

I. INTRODUCCIÓN

I. 1. LOS SISTEMAS SANITARIOS.

Los sistemas sanitarios son estructuras sociales complejas de naturaleza heterogénea, destinados a satisfacer las necesidades de la población de cada país en materia de salud y enfermedad. Cinco son los aspectos principales que determinan su configuración⁽¹⁾:

- a) *Recursos* materiales y humanos.
- b) *Funcionamiento*, que incluye aspectos de participación de los agentes e importancia de las distintas funciones y medidas sanitarias.
- c) *Estructura y Organización*.
- d) *Financiación*.
- e) *Prestación de servicios*.

Un análisis de la tipología de sistemas sanitarios en el mundo nos llevaría a distinguir tres grandes grupos:

Primer grupo: Se incluyen los seguidos por la mayoría de países de la Europa Occidental (podemos incluir también a Canadá), influidos por el desarrollo del Estado del Bienestar, en el que las prestaciones sanitarias se consideran un servicio público y, por tanto, responsabilidad del Estado.

Fundamentalmente se alinean en dos modelos clásicos ⁽²⁾: (Tabla I)

1.- Inspirados en el informe Beveridge de 1942, que formalizó la organización adoptada por Suecia en los años 30. Establece un Sistema Nacional de Salud con las siguientes características:

- ◆ Cobertura universal: Libre acceso de todos los ciudadanos.
- ◆ Financiado por impuestos, a través de los presupuestos estatales.
- ◆ Gestionado y controlado por el Gobierno.
- ◆ Propiedad estatal de los medios de producción, aunque existe una parte del sector privado.
- ◆ Provisión pública, en su mayoría, de los cuidados de salud.
- ◆ Los médicos son asalariados o con pago capitolativo y hay una participación en el pago de los pacientes.

2.- El sistema de Bismark, que fue inspirado en la legislación social de Alemania de 1833. Tiene las siguientes características:

- ◆ Cobertura universal obligatoria dentro del sistema de Seguridad Social.
- ◆ Financiación por contribuciones de empresarios y empleados a través de un fondo de seguro, sin ánimo de lucro, no gubernamentales.
- ◆ Propiedad pública y privada de los medios de producción y de los cuidados de salud.

Tabla I: Sistemas Sanitarios de Europa: Características de la práctica médica en Atención Primaria.

| País | Población Definida | A. Primaria actuando como primer nivel | Modelo | Tipo de consulta |
|-------------|--------------------|--|------------------|------------------|
| Alemania | No | No | Seguridad Social | Sólo |
| Austria | No | No | Seguridad Social | Sólo |
| Bélgica | No | No | Seguridad Social | Sólo |
| Francia | No | No | Seguridad Social | Sólo |
| Suiza | No | No | Seguridad Social | Sólo |
| Dinamarca | Sí | Sí | S. N. S. | Grupo/sólo |
| España | Sí | Sí | S. N. S. | Centro Público |
| Finlandia | Sí | Sí | S. N. S. | Centro Público |
| Holanda | Sí | Sí | S. N. S. | Grupo/sólo |
| Hungría | Sí | Sí | S. N. S. | Centro Público |
| Irlanda | Sí | Sí | S. N. S. | Grupo/sólo |
| Italia | Sí | Sí | S. N. S. | Sólo |
| Noruega | Sí | - | S. N. S. | Centro Público |
| Portugal | Sí | Sí | S. N. S. | Centro Público |
| Reino Unido | Sí | Sí | S. N. S. | Grupo/sólo |
| Suecia | Sí | No | S. N. S. | Centro Público |
| Yugoslavia | Sí | - | S. N. S. | Centro Público |

Segundo Grupo: Formado en exclusiva por el sistema sanitario que existe en los Estados Unidos. Se estructura mediante simples relaciones

de mercado, de modo que el Estado sólo interviene mediante subsistemas como Medicare y Medicaid.

Su organización es la más cara del mundo y está orientada, fundamentalmente, a cuestiones terapéuticas, dejando prácticamente de lado las actividades preventivas. Alrededor del 18% de la población no goza de ninguna protección contra los costes sanitarios.

La salud se trata como una mercancía más.⁽³⁾

Tercer Grupo: Los modelos de economía planificada: **modelo Semashko**, que han existido durante muchos años en Europa Oriental, desarrollaron un sistema sanitario público, gratuito y universal. Los cambios políticos acaecidos en la última década han afectado al modelo mencionado y está por determinarse la definición y evolución de los mismos.

Sin embargo, e independientemente del modelo, cuando realizamos un análisis más profundo sobre los distintos sistemas sanitarios mencionados, siempre encontramos la presencia de dos niveles asistenciales más o menos interconectados: **la Atención Primaria o primer nivel**, primer contacto del paciente con el sistema sanitario,

habitualmente con funciones de puerta de entrada y regulador del acceso al sistema, y **la Asistencia Especializada**, en teoría, segundo nivel, pues en la práctica en función de las características de cada sistema en algunos países este segundo nivel se imbrica e incluso entra en competencia con el primario, como es el caso de los sistemas del modelo Bismark.

I.2. ESTRUCTURA Y ACTIVIDADES DEL SISTEMA SANITARIO.

La estructura de un sistema sanitario permite suministrar unos servicios de salud utilizando los recursos necesarios. Hay como mínimo diez componentes estructurales principales a tener en cuenta:⁽⁴⁾

- *Personal*: incluye a todas las personas relacionadas con la provisión de los servicios, así como su formación y preparación.
- *Instalaciones y equipos*.
- *Gestión y servicios*: incluye las características de la provisión no relacionadas directamente con la atención clínica.
- *Variedad y servicios ofrecidos por la organización*: aunque el conjunto de servicios puede variar de una Comunidad a otra, cada

organización debe decidir acerca de la variedad de servicios que ofrecerá.

- *Organización de los servicios:* cómo trabaja el personal, sólo o en equipo y quien es el responsable de proporcionar los distintos aspectos de la atención de la salud.
- *Mecanismos para ofrecer continuidad de la atención:* sin ellos no hay forma de atender problemas que requieren más de una visita o de la transferencia de información.
- *Mecanismos para facilitar el acceso a la atención.* Existen varios tipos de accesibilidad: accesibilidad en el tiempo, es decir horario de servicio, accesibilidad geográfica (oportunidad del transporte y distancias a cubrir) y accesibilidad psicosocial, relacionada con barreras lingüísticas y culturales entre el personal y los pacientes.
- *Regulación económica:* hace referencia a cuál es la forma de pago de los servicios y cómo se remunera al personal por su trabajo.
- *Delimitación de la población elegible para recibir los servicios.* Los individuos deben poder identificar su lugar de atención y conocer su responsabilidad respecto a los servicios de salud

- *Participación de la población:* los sistemas sanitarios difieren entre sí según el grado de responsabilidad que tienen respecto a las personas a las que sirven.

La participación de la población es un continuo que va, desde tener un poder mínimo, hasta un poder máximo con capacidad de controlar toda la organización sanitaria.

La participación más directa es el control político, en el que la población tiene autoridad sobre presupuestos y distribución de los recursos; incluye también, la toma de decisiones colectivas y democráticas.

Una forma alternativa de participación es la elección, método más indirecto, basado en el principio de permitir a los individuos la elección de dónde y por quién quieren ser atendidos, lo que en definitiva fomenta la competencia y se fuerza la responsabilidad de quien presta el servicio.

El tercer mecanismo de gobierno es todavía más indirecto y lo constituyen los sistemas de compensación social y legal por la prestación de servicios inapropiados o perjudiciales.

I.3. NIVELES Y ESTRUCTURAS DE RELACIÓN.

Independientemente de la estructura y del modelo sanitario que se aplique, y que la delimitación de las funciones de la Atención Primaria y Especializada estén más o menos definidas y claras, siempre existen problemas de relación entre ambos niveles, debido a múltiples intereses y condicionamientos, sin embargo, el futuro de la salud y de los servicios sanitarios sólo será una realidad si se toman las acciones positivas para transformar los sistemas de salud y el paciente se convierta en el centro sobre el cual giran todas las iniciativas y reformas.

Quizá debido a esta realidad tan evidente, fuente de múltiples conflictos, el futuro plantea la necesidad de una red de servicios de atención primaria y especializada trabajando conjuntamente para proporcionar cuidados y apoyo de forma que cada individuo y la comunidad mejoren su salud, atendiendo fundamentalmente a dos premisas:

1. **El paciente es un “todo único”**. La continuidad de atención y de cuidados es un imperativo recogido en nuestra Ley General de Sanidad. Art. 65.3 ⁽⁵⁾.

El paciente no entiende la diferencia entre Atención Primaria y Especializada. Las enfermedades no se presentan de forma diferente en ningún texto de Medicina según sean vistas por un médico de familia o por un especialista, y su atención no puede estar supeditada a la existencia de diferentes estructuras organizativas y asistenciales, con objetivos propios, normas distintas y diversos servicios aislados. La continuidad de la atención y de los cuidados es la lógica elemental que estamos obligados a acometer desde la gestión sanitaria.

Al mismo tiempo, el incremento del nivel de renta, el mayor desarrollo sociocultural y el aumento progresivo del ejercicio de libertad en la elección, han transformado al paciente en un cliente de servicios, con criterios mucho más exigentes con respecto al sistema: mayor preocupación por la calidad hostelera, ampliación de las prestaciones, crecimiento de la aplicación de las técnicas diagnósticas, mejor accesibilidad a los servicios sanitarios y en definitiva, mayor calidad.

2. El sistema sanitario en nuestra sociedad también es único:

La *cobertura universal*, la *financiación estatal* - fundamentalmente por impuestos y cuotas sociales -, la *estructura* por Comunidades

Autónomas y la *organización* - Áreas de salud con sus diferentes zonas sanitarias -, son las características más relevantes.

“El logro de un standard razonable de salud para la población está impedido por un acceso desigual a la salud pública elemental y a los servicios clínicos, por unos sistemas sanitarios ineficaces y por unos costes desorbitados de los sistemas sanitarios”.⁽⁶⁾

Esta afirmación realizada por la OMS en su conferencia celebrada en Ontario (Canadá) en 1994, alertaba sobre el gasto sanitario en los diferentes países, proponiendo cambios en la macrogestión, con el fin de conseguir tanto una distribución apropiada de profesionales sanitarios capaces de proporcionar los servicios clínicos y de salud pública necesarios, como la distribución presupuestaria que beneficie a la mayoría de la población y que rentabilice los esfuerzos realizados por los diferentes Sistemas Nacionales de Salud, pues hay que decir con la crudeza necesaria, que sólo hay dos caminos: o se adecuan los presupuestos a los servicios que se prestan, o se adecuan los servicios a los presupuestos que la sociedad pueda o quiera asignar a sanidad.

Lo que no sirve son presupuestos restrictivos para carteras de servicios amplísimas y para prestaciones cuantitativas y cualitativas sin límites, y para un ámbito de cobertura dirigido prácticamente a toda la población.⁽⁷⁾

En muchos países, las ventajas de la atención primaria se han aceptado desde hace tiempo como un paradigma incuestionable. El informe Dawson⁽⁸⁾ estableció en 1920 la necesidad de que el sistema de salud ideal sería aquel cuyos cimientos descansasen y se centrasen en una *Atención Primaria* bien implantada, amplia, accesible y con profesionales preparados, capaces de resolver la mayoría de los problemas de salud y que suponga el primer contacto del paciente con el sistema sanitario y al mismo tiempo aporte la continuidad asistencial precisa; seguida de una buena y suficiente *Estructura Especializada Secundaria*, próxima, capaz de apoyar y solucionar los dilemas de la atención primaria; culminado con un nivel de *Hospitales Terciarios*, adecuados en cuanto a su ubicación y dotación, complementando toda la organización, pero sin absorber presupuestariamente, ni usurpar la actividad de los dos niveles anteriores. (Figura 1).

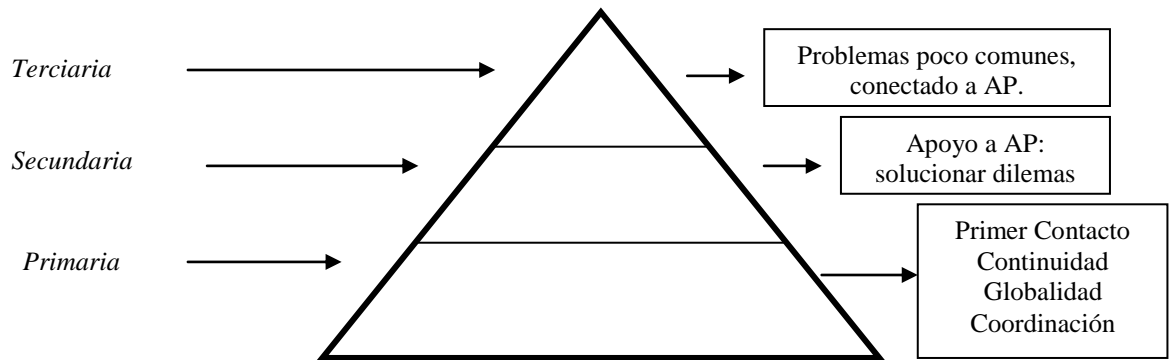


Figura 1. El espectro de la atención sanitaria.

Sin embargo, la búsqueda y demostración empírica de los beneficios de la Atención Primaria es más reciente, y se plantea, para la consecución de sus objetivos y resultados, la necesidad ineludible de establecer nexos de conexión con el resto de protagonistas que intervienen en el proceso asistencial: *especialidades, de gestión, social* (asociaciones de vecinos, Asociaciones Padres de Alumnos, Servicios Sociales) y *docente* (Universidades, Unidades Docentes) (Figura 2).⁽⁹⁾

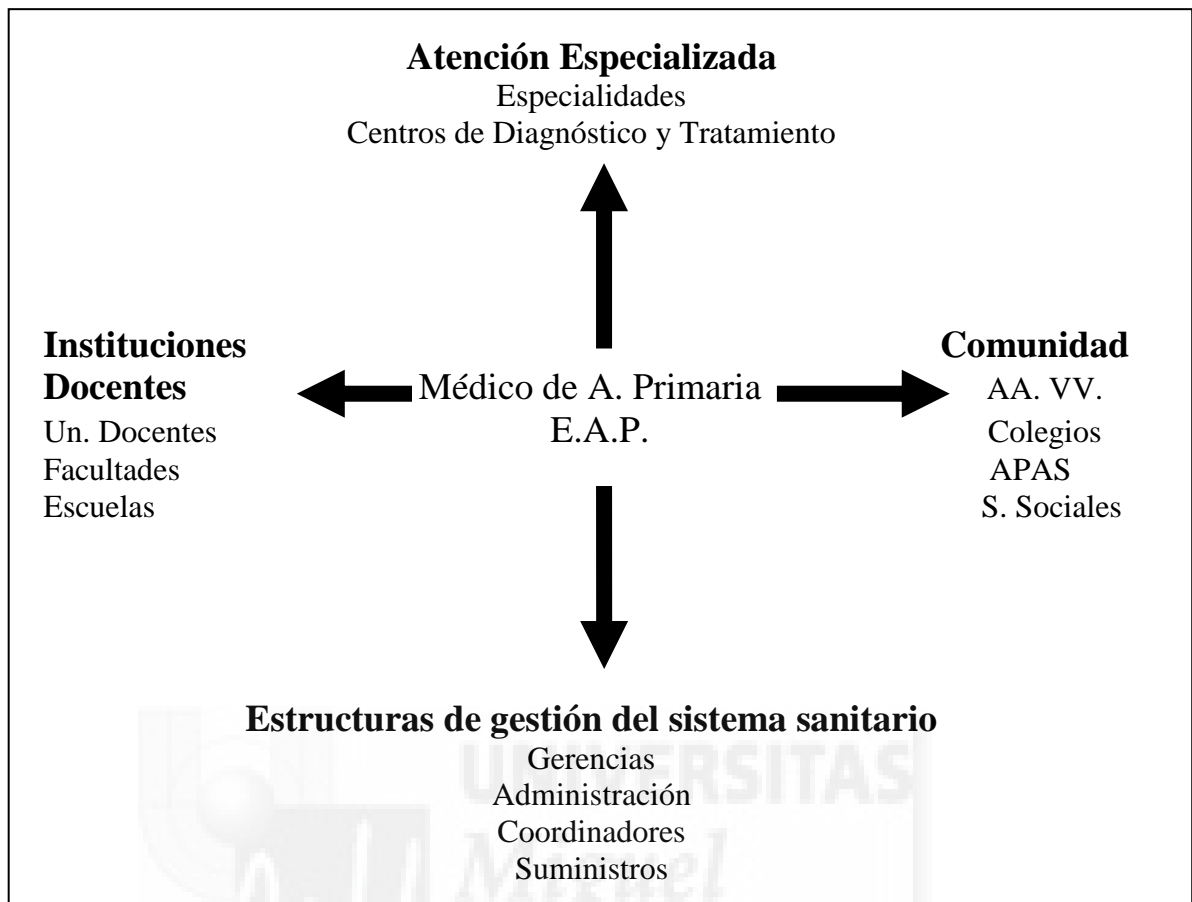


Figura 2. Las relaciones entre niveles asistenciales.

A pesar de que todos somos conscientes de la necesidad de que exista una buena relación e incluso de que la diferenciación entre niveles sólo se produjese desde la complementariedad y no desde el antagonismo y la exclusión, se detectan una serie de problemas en el binomio Primaria /Especializada, (Tabla II),⁽¹⁰⁾ que convendría abordar y solucionar en la búsqueda de un auténtico Sistema Integrado de Salud.⁽¹¹⁾

Pues la realidad objetiva es que cada nivel tiende a priorizar la utilización racional de sus propios recursos olvidando con frecuencia los objetivos globales del sistema de salud.

Tabla II: Problemas detectados en el binomio Primaria /Especializada.

| |
|---|
| <p>1. Área profesional.</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Falta de uniformidad de criterios.<input type="checkbox"/> Desconocimiento de las actividades realizadas por el “otro nivel”.<input type="checkbox"/> Falta de consideración profesional entre profesionales.<input type="checkbox"/> Desmotivación del personal sanitario.<input type="checkbox"/> “Diferente” concepto de salud en especializada que en primaria. <p>2. Área organizativa.</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Falta de comunicación y diálogo e insuficiente información entre niveles.<input type="checkbox"/> Falta de seguimiento de pacientes por A.P y Especializada.<input type="checkbox"/> Masificación asistencial.<input type="checkbox"/> Mala organización de las urgencias.<input type="checkbox"/> Exceso de listas de espera en centros de especialidades.<input type="checkbox"/> Prescripción delegada al médico de familia por el especialista.<input type="checkbox"/> Escasez de medios administrativos y de personal. |
|---|

En definitiva, lo que pretendemos en un sistema sanitario universal y público es que el paciente reciba la atención con la mayor calidad posible, en el menor tiempo y con el menor coste.

Pese a la bondad de esta teoría, el problema sigue siendo que los proveedores clínicos están separados y trabajan fragmentados

(hospitales, centros de salud, y servicios sociales), y al mismo tiempo existe también fragmentación entre los sistemas clínicos y de gestión y entre la atención sanitaria y atención social. A todo lo cual se añade que los indicadores de calidad generalmente evaluados, hacen referencia a la utilización de recursos de cada organización en particular y no, como sería deseable, a los resultados finales de los procesos.

Nuestra propuesta es evitar que el paciente tenga la sensación de estar atendido por dos sistemas diferentes, sin comunicación y objetivos comunes, actuando independientemente.

I.4. EL MODELO ASISTENCIAL.

Llegado a este punto la pregunta que siempre se plantea en la definición de los sistemas sanitarios públicos es **¿ A qué modelo asistencial aspiramos?**. La propuesta más adecuada⁽⁸⁾, sería aquél que se basa en la:

- ◆ Globalidad. Atención a los aspectos preventivos y de promoción de la salud, curativos, rehabilitadores y de reinserción social, junto a un enfoque biopsicosocial de la atención.

- ◆ Continuidad asistencial. Atención centrada en la persona a lo largo del tiempo, bien por un equipo o por una sola persona con capacidad de comunicación efectiva y oportuna.
- ◆ Accesible. Con facilidad de contacto y eliminación de las barreras geográficas, administrativas, económicas, culturales y lingüísticas.
- ◆ Coordinación, entendiéndola ésta como la acción dirigida a sincronizar y armonizar constantemente entre sí, y en función de los programas establecidos, las actividades, los medios y los hombres empleados en la consecución de los objetivos.⁽¹²⁾
- ◆ Relación personal médico /paciente. Esta relación se cimenta sobre la confianza y el tipo de comportamiento, muy diferente al que se plantea en los negocios. Se admite que las restricciones morales de la profesión médica son más exigentes que las de otras profesiones, siendo conocidas las diferencias entre el comportamiento esperado de un médico y el de un hombre de negocios⁽¹³⁾:
 - Entre los médicos está virtualmente eliminada tanto la competencia abierta de precios como la publicidad.
 - El consejo a la hora de seguir un tratamiento se sobreentiende que no está condicionado por interés material.

- El tratamiento dado debe estar determinado por las necesidades objetivas del caso y no limitado por consideraciones financieras.
- El médico es el experto en el que se confía para certificar la existencia de enfermedades y lesiones, y el consenso social es que la preocupación del médico por transmitir información veraz prevalecerá sobre su deseo de agradar a los pacientes.

Pese a ser deseable, el modelo definido presenta gran dificultad para su aplicación, debido a los problemas anteriormente mencionados (fragmentación de la asistencia en niveles, intereses y objetivos contrapuestos).

Dicho modelo sólo se podrá desarrollar dentro de un sistema que vaya desde la fragmentación actual a la colaboración, donde el funcionamiento de los proveedores se haga desde un verdadero Sistema Integrado de Salud.^(11,14)

I.5. SISTEMAS INTEGRADOS DE SALUD.

Un Sistema Integrado de Salud es: “Una red de organizaciones que provee servicios coordinados e integrados a una población definida y que está dispuesta a responsabilizarse clínica y económicamente de los resultados en salud de esa población.” (Shortell Stephen M, Robin R, Anderson D.)

Al usar el término “sistema”, no nos referimos al modelo global del Sistema Nacional de Salud, sino a una forma de organización más horizontal y local (Área de Salud) y a los proveedores de atención sanitaria (centros de salud, hospital) que prestan atención sanitaria continua, comprometiendo a la Administración que, en general no financia ni visualiza a los proveedores como un sistema continuo sino como piezas sueltas. Por ello, la conexión entre las partes que prestan asistencia será el factor primordial tanto para la viabilidad económica como funcional del sistema público de salud.

Sin embargo, las dificultades de integración desde la primaria son grandes y hay muchos más casos de integración liderada desde el hospital, que posee probablemente mayor masa crítica, capacidad gerencial y poder de mercado para llevarla adelante. Con ello se pretende también asegurar un

flujo adecuado de pacientes al hospital, evitar urgencias e ingresos no necesarios y proporcionar un tratamiento más integral y personalizado.⁽¹⁵⁾

Actualmente y siendo conscientes del problema, todas las tendencias integradoras planteadas cobran mayor protagonismo si se desarrollan en un entorno de colaboración adecuado y basándose en una perspectiva poblacional que permita que se tomen decisiones entre necesidades, incluyendo un mejor equilibrio entre la prevención, el tratamiento curativo y la rehabilitación ⁽¹⁶⁾.

Entre las tendencias integradoras emergentes podemos destacar:

- ◆ **La gestión de redes.** Son diversas las redes sociosanitarias que habitualmente intervienen en el proceso asistencial, gestionarlas de manera conjunta mediante una Comisión de Integración compuesta por los diversos responsables facilita la consecución de los objetivos planteados.
- ◆ **La gestión clínica.** Consiste en implicar a cada profesional del sistema en las consecuencias de sus decisiones, para lo cual se le debe informar y responsabilizar tanto del gasto realizado como de los resultados obtenidos en su práctica diaria. Los mecanismos de información se deben diseñar con el fin de permitir dicha responsabilidad.

- ◆ **La medicina basada en la evidencia.**⁽¹⁷⁾ Las nuevas tecnologías permiten la práctica clínica con el conocimiento contrastado de que cada decisión tomada se fundamenta en experiencias y evidencias suficientemente evaluadas, ofertando a nuestros pacientes, independientemente de su lugar de residencia, una atención de calidad propia del siglo en el que estamos.
- ◆ **Protocolos clínicos y guías de práctica clínica.**^(18,19) Se deben diseñar y aplicar de forma bidireccional, implicando en su elaboración y desarrollo a todos los protagonistas del sistema existentes en el Área, teniendo en cuenta las particularidades y recursos de la misma. A veces, para la funcionalidad de los protocolos suele ser suficiente con especificar claramente las causas de derivación, los tiempos recomendables para la atención y la información precisa para su devolución al alta.

Presenta la dificultad de asumir unos mismos criterios para médicos con dispar formación. El fracaso en su aplicación ha originado la aparición de organizaciones y unidades específicas que duplican recursos sin solucionar los problemas.⁽²⁰⁾
- ◆ **La gestión de patologías.** La posibilidad de que aquellas patologías más prevalentes sean gestionadas como tales y no como casos aislados

de servicios aislados, permite y facilita la actuación de manera global sobre el individuo.

- ◆ **La gestión de casos.** La posibilidad de que el médico de Atención Primaria pueda realizar el seguimiento de sus pacientes a nivel especializado y que el especialista se constituya en un consultor permanente de los casos clínicos planteados desde primaria facilita, no sólo una mejor atención, sino un considerable ahorro de tiempo para el paciente y de dinero para el sistema.
- ◆ **La atención basada en el paciente.** Que el paciente sea el centro de todas las actuaciones realizadas de forma coordinada permite a éste sentirse mejor atendido, con el considerable aumento de la calidad percibida y la sensación de que su capacidad de elección se potencia.
- ◆ **Los contratos integrados.** La puesta en marcha y el desarrollo de las Carteras de Servicios, así como de Contratos de Gestión, aportan los instrumentos necesarios para la evaluación continua, la homogeneización de la asistencia y la adecuación de los recursos materiales y humanos a las necesidades de la población, con el objetivo primordial de obtener la máxima efectividad y eficiencia.
- ◆ **Medición de rendimiento.** La utilización de la Cartera de Servicios basada en unos mínimos requisitos (sustentada en programas de salud

y protocolos, con sistemas de registro actualizados y el seguimiento y evaluación mediante indicadores previamente diseñados), permitirá medir objetivamente el rendimiento de los E.A.P. y de los diversos servicios clínicos, permitiendo la incentivación de aquellos con más y mejor actividad.

Como consecuencia de la puesta en práctica de todos los puntos anteriores una atención integrada debe ofrecer:

- ◆ Servicios orientados a las necesidades de una población y no a las necesidades del sistema.
- ◆ Mejoras de coordinación y de comunicación para que el servicio se preste en el lugar y por el proveedor adecuado.
- ◆ Mejoras de calidad.
- ◆ Continuidad de la atención.
- ◆ Reducción de la duplicación de procedimientos clínicos y administrativos.

Pero no todo es positivo en este tipo de organización, ya que la integración entre Atención Primaria y Especializada ofrece numerosos elementos de discusión, muchos de ellos incluso ideológicos, y

habitualmente no suele ser pacífica, debiendo tenerse en cuenta los problemas y buscar soluciones para las desventajas previsibles entre las que podríamos contar:

- ◆ Impactos sobre la viabilidad de servicios clínicamente considerados marginales, pero imprescindibles en cualquier sistema público sin ánimo de lucro.
- ◆ Recursos adicionales y tiempo para resolver la desconfianza histórica y la mala comunicación.
- ◆ Una mala orientación de la financiación a los objetivos estratégicos de la integración obligaría a los proveedores, a buscar salidas artificiales para compensar los incentivos perversos creados por una práctica contractual errónea.

La organización de la asistencia sanitaria en nuestro país sufrió un cambio sustancial con la entrada en vigor de la Ley General de Sanidad (1986)⁽⁵⁾, en la que se define al Área de Salud como la estructura sanitaria donde se ofrece a los ciudadanos todas las prestaciones para la protección de la salud, y establece dos niveles asistenciales teóricamente interconectados entre sí: **Atención Primaria y Atención Especializada.**

La Atención Primaria se constituye en la puerta de entrada al sistema para el individuo, la familia y la propia comunidad, independientemente de la presencia o no de enfermedad.

La Asistencia Especializada se concibe como apoyo y complemento de la atención primaria, atendiendo aquellos procesos cuya complejidad exceda la capacidad de ésta. El hospitalocentrismo, que era la característica más destacada de nuestro sistema sanitario pierde protagonismo, - aunque presupuestariamente todavía no sea así -, y el auge de la atención primaria marcará el comienzo de una etapa de cierta rivalidad entre ambos niveles asistenciales. ^(21,2,2,23,24,25,26,27)

Pero pese al imperativo de continuidad asistencial que recoge la mencionada Ley General de Sanidad en su artículo 65.3., la realidad es otra, y la falta de coordinación entre niveles asistenciales y el escaso desarrollo de la red socio-sanitaria es la constante en nuestro sistema; esto provoca un grado importante de disfunción en las actividades clínicas que muchas de las veces se traduce en: 1) insatisfacción de ciudadanos y profesionales, 2) incremento de los costes asistenciales - gasto farmacéutico, repetición de pruebas -, 3) demora en la asistencia -

lista de espera -, 4) mala utilización de recursos -hospitales de agudos saturados por pacientes crónicos y terminales -, y en consecuencia 5) un deterioro en la calidad asistencial. ^(27,28,29)

En los próximos años los tres problemas a abordar con mayor atención en nuestro sistema sanitario serán: **financiación y control del gasto, establecimiento de una política de personal adecuada y la mejora de la calidad asistencial;**⁽³⁰⁾ problemas que requieren una apuesta inteligente y con visión de futuro, ya que ser ignorantes y no investigar en servicios de salud resulta muy caro a la sociedad en términos económicos y de bienestar. ^(31, 32)

Por tanto, es preciso medir los resultados de cualquier intervención que se proponga mejorar la relación entre niveles asistenciales, favoreciendo la contención de costes y el aprovechamiento de los recursos, en definitiva buscando la eficiencia de cualquier intervención.

En este sentido, cualquier intento de cooperación entre los profesionales de los diferentes niveles, desde la igualdad y con la bidireccionalidad necesaria de las actuaciones, va a servir para modificar el panorama actual, sensibilizándoles sobre la necesidad de implicarse en la gestión

de su actividad como mejor argumento para no romper la cadena asistencial de los pacientes.⁽³³⁾

En definitiva, el patrón epidemiológico y la conjugación de los criterios de efectividad, satisfacción y costes han de ser las reglas de juego que determinen la configuración de la organización sanitaria en el futuro inmediato.⁽³⁴⁾

¿Podemos iniciar el desarrollo de un sistema integrado de salud en nuestro entorno de trabajo, que solucione los problemas del binomio Primaria / Especializada, más allá del marco estrictamente teórico?

Pensamos que sí, e intentaremos estudiar sus condicionantes y desarrollar algunas de las facetas orientadas a su implantación.

En nuestro estudio intervendremos sobre uno de los problemas más acuciantes en los sistemas sanitarios públicos como son las listas de espera, mediante su abordaje a través de la autogestión de las citas con el fin de facilitar la accesibilidad del paciente al segundo nivel.

Con la puesta en práctica de una serie de medidas intentaremos poner en funcionamiento el mecanismo que nos ponga en camino a la definitiva integración asistencial.

Las medidas a desarrollar, motor de todo el proceso de integración, serían:

- ◆ Elaboración de protocolos clínicos de actuación y derivación de patologías, siempre consensuados y bidireccionales.
- ◆ Mejora de la accesibilidad a técnicas diagnósticas en Atención Primaria.
- ◆ Definición de competencias de los contenidos asistenciales.
- ◆ Incentivación y formación continuada de los profesionales en esta cultura de integración.
- ◆ Evaluación de los resultados finales de los procesos.

I.6. LA LISTA DE ESPERA.

En las sociedades modernas es ampliamente aceptado que la igualdad en el acceso a un conjunto de servicios sanitarios básicos, contribuye a una mayor justicia social. Dado que se puede considerar inhumano que algunos miembros de la sociedad no reciban el tratamiento médico que necesitan debido a su bajo nivel de ingresos, en la mayoría de los países

desarrollados, estos servicios son financiados y suministrados públicamente.

Este principio de justicia social tiene su coste y dado que se rechaza la asignación de recursos vía precios, este coste se refleja en un exceso de demanda en la mayoría de los servicios cubiertos por los sistemas sanitarios. Por tanto, se hace necesario establecer algún mecanismo que racione la demanda.

Se han barajado diversas posibilidades, una es excluir del sistema a aquellos potenciales pacientes con un nivel de ingresos suficientemente alto, sería una discriminación y a la larga éstos encontrarían los mecanismos de entrada para acceder al sistema.

Otra opción, que no es incompatible con la anterior, sería definir una cartera de servicios sanitarios básicos, y la provisión médica gratuita se proporcionará exclusivamente a aquellos servicios incluidos en el paquete básico.

Como tercera opción, que podría ser complementaria a la anterior, sería la cofinanciación de los servicios por los usuarios mediante un copago deducible, sin embargo, son numerosas las experiencias que demuestran que los copagos o reembolsos reducen la utilización de los servicios (Rasell 1995)⁽³⁵⁾ sin disminuir los costes de atención (Saltman y Figueras

1997)⁽³⁶⁾. El quid de la cuestión es que el copago disminuye tanto las visitas innecesarias como las necesarias (Rasell 1995)⁽³⁵⁾ y es improbable la disminución de los costes, imponiendo controles adicionales sobre los mismos, sin comprometer la salud. Es mejor estrategia *la identificación de los servicios ineficientes e instaurar un sistema de mejora de calidad que disminuya las intervenciones diagnósticas y terapéuticas innecesarias.*

Debido a los problemas que se derivan de las alternativas planteadas, la opción generalmente utilizada no se basa en un mecanismo de exclusión explícito sino en uno implícito: **las listas de espera.**

Se define “LISTA DE ESPERA” a una lista de pacientes pendientes de recibir un determinado servicio sanitario. Cada lista está asociada a un TIEMPO DE ESPERA, el cual se entiende como la fecha más próxima a la cual es posible incorporar la citación de una nueva visita.

Las listas de espera son pues inherentes al sistema sanitario público, y las limitaciones existentes en lo referente a recursos económicos y a medios humanos e infraestructuras imposibilitan su desaparición, aunque sí podemos mejorar su gestión.

Debemos tener en cuenta que con carácter general, el incremento en la demanda de consultas de especialidad y como consecuencia las listas de espera, cabe atribuirlo a múltiples factores:

1. *La cobertura universal y la financiación pública*, que induce a los ciudadanos a percibir los servicios ofrecidos como gratuitos, dando lugar a la aparición de un consumo excesivo.
2. *El envejecimiento de la población* de las sociedades más desarrolladas, y como consecuencia el incremento de morbilidad hacia enfermedades crónicas y degenerativas, lo que conduce a una demanda prolongada en el tiempo.
3. *La mayor atención de los medios de comunicación a los problemas sanitarios y las expectativas sociales* en cuanto a la potencia del sistema sanitario,⁽³⁷⁾ junto con la ausencia de procedimientos diagnósticos suficientes en manos de primaria, genera en la población la necesidad a ser evaluada por un especialista, que oriente al paciente y confirme el diagnóstico de su proceso.
4. La habitual *descoordinación existente entre los niveles asistenciales* del Área de Salud a la hora de resolver los problemas, lo cual induce, entre otros, a la duplicación de actuaciones por un mismo proceso.

Como consecuencia, cualquier sistema de planificación que se plantee debe adecuar la oferta a la demanda estimada. Los recursos sanitarios deben satisfacer las necesidades existentes y una demanda que no disponga de una solución ágil que permita corregir los incrementos de ésta o sus posibles incidencias, en la mayor parte de las ocasiones lleva consigo la aparición de las "listas de espera" en consultas de especialidad, que en ocasiones logran superar los niveles mínimos de calidad permitidos dentro de un sistema sanitario moderno, cuestionando la propia eficacia de aquellas organizaciones que las soportan, produciendo además, un efecto rebote sobre la propia derivación por parte del médico de Atención Primaria, en forma de incremento e incluso en ocasiones abuso con la mal llamada "Consulta Urgente" (Figura 3).

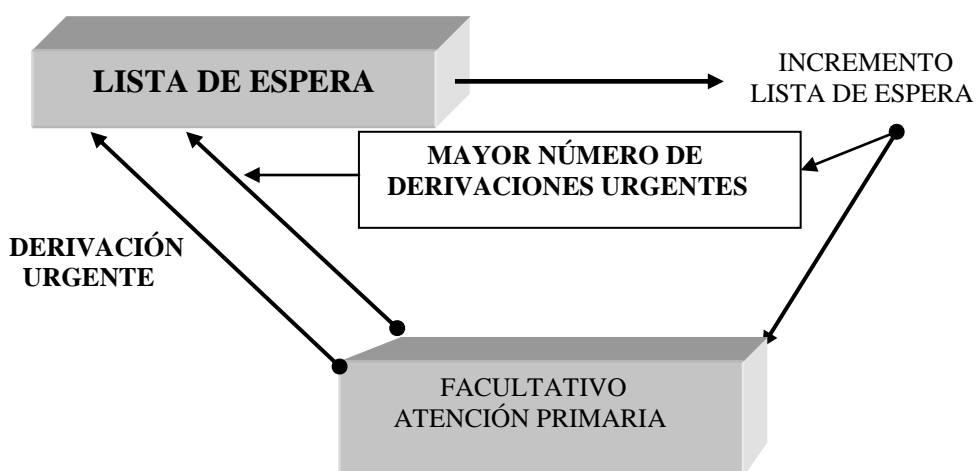


Figura 3. Círculo de derivación/ Lista espera.

Se inicia de esta manera un círculo vicioso e ineficaz difícil de romper, puesto que el médico que más derivaciones urgentes realiza (la mayor parte de las veces no justificadas), es el profesional al que el especialista más tiempo dedica, incrementando por contra la lista de espera y haciendo que ésta recaiga sobre aquél que no deriva sin causa justificada, es decir el sistema tiende a premiar a los que mayor número de derivaciones urgentes realizan, que no son habitualmente los que mejor trabajan.

Por todo ello, se destinan gran cantidad de recursos en medidas orientadas a mejorar su gestión con el fin de, si no erradicarlas, al menos controlarlas adecuadamente, a pesar de que parece comprobado que cualquier incremento de la oferta genera su propia demanda.

¿ Qué se entiende por una lista de espera aceptable?

Para responder a esta pregunta habría que tener en cuenta la gravedad del caso, la urgencia y ¿por qué no? el particular nivel de exigencia y sensibilidad del paciente. Hasta ahora, el criterio empleado para determinar la gravedad de las listas no es tanto el volumen de las mismas en cuanto a pacientes incluidos en ellas, como el tiempo máximo que un paciente debe esperar hasta ser atendido, y mientras no se establezca y

generalice un criterio de prioridad en función de la necesidad médica lo único que podemos establecer son listas diferenciadas para consultas y para hospitalización, señalando los tiempos de demora existentes.

La cuestión de si un incremento sustancial de los recursos del sistema hasta cubrir la demanda existente en los periodos de máxima actividad sería la solución óptima y adecuada, se contrapone con que, efectivamente, el efecto inmediato de esta medida sería la aparición de capacidad asistencial sobrante, y en consecuencia un despilfarro de eficacia pasajera, puesto que el crecimiento por el lado de la oferta generaría a medio o largo plazo un aumento en la demanda y, por tanto, la reaparición de listas de espera⁽³⁸⁾.

Clásica y equivocadamente se considera a las listas de espera un problema sólo de atención especializada, lo cual es injusto, pues no se implica al primer nivel, que soporta, como puerta de entrada del sistema la mayor presión, y que a veces deriva hacia especializada en un intento de reducir dicha presión. (ANEXO I)

A nuestro modo de entender, debemos evitar en lo posible el voluntarismo e intentar que las posibles soluciones pasen inexorablemente por acuerdos institucionales entre niveles, que

coordinados trabajen al unísono, planifiquen y desarrollen una estrategia común, que evite la mala derivación e implique a todos los profesionales del Área de Salud en las posibles soluciones al problema, aún más si cabe Atención Primaria, puesto que ante la existencia de demora en la atención por parte del especialista, quien debe cubrir las necesidades básicas asistenciales es aquel facultativo que está más próximo al paciente y es conocedor de sus problemas, hecho que suele coincidir de manera habitual con el Médico de Familia.

En general existen dos listas de espera diferentes, las de **espera para visitar al especialista** y las de **espera para el correspondiente servicio diagnóstico o terapéutico** (Radiología, Fisioterapia) .⁽³⁹⁾

La práctica habitual es que los centros sanitarios clasifiquen las listas de espera en función del motivo, más o menos detallado, para el que se espera⁽⁴⁰⁾. (Tabla III)

Tabla III. Clasificación típica de listas de espera.

| | |
|-------------------------------|--|
| Listas de espera diagnósticas | De atención primaria a especialistas. De atención primaria para pruebas diagnósticas. De atención especializada para pruebas diagnósticas. |
| Listas de espera terapéuticas | De cirugía electiva. De cirugía cardiovascular. De cirugía y otros tratamientos oncológicos De rehabilitación y tratamientos médicos. De trasplante. |

Este índice de actividad sanitario, ampliamente usado para expresar la cobertura de la demanda asistencial, sólo aparece en los sistemas con aseguramiento universal y presupuesto global, cuando existe (es decir hay lista de espera), raramente expresa lo que con él se quiere poner de manifiesto puesto que la demora en la atención puede y en ocasiones es hasta conveniente, ya que puede cumplir un doble objetivo ⁽⁴¹⁾:

- Facilitar la planificación de tareas, es decir, establecer con suficiente antelación las intervenciones o consultas a realizar durante un periodo de tiempo, con el fin de favorecer el máximo aprovechamiento de los recursos.
- Autorregular la demanda, ya que la existencia de una lista de espera elevada desincentiva a aquella *demanda oculta*, consistente en individuos con patologías menores que buscan

otras alternativas asistenciales, y que de no existir utilizarían el sistema público volviendo a incrementar la demanda y en consecuencia la lista de espera.

El objetivo a plantear no es pues eliminarlas en su totalidad, sino mantener una lista tal que sus periodos sean acordes con los deseos de la población, la demanda recibida y los recursos disponibles en el Área.⁽⁴¹⁾

Son diversas las medidas aplicadas hasta ahora sobre las listas de espera, siempre desarrolladas a remolque de opinión pública, de manera recurrente y de forma puntual, ninguna de ellas ha dado resultados definitivos e indiscutibles y todas han pretendido acortar el tiempo y disminuir el número de paciente en espera: **soluciones cuantitativas**, sin tener en cuenta la variable más importante a la hora de establecer prioridades como es la necesidad médica⁽⁴²⁾ o la gravedad del proceso a tratar: **soluciones cualitativas**.

Iniciativas Cuantitativas

Las más conocidas:

Las concertaciones con otros centros sanitarios, públicos o privados.

Se derivan determinadas patologías a otros centros para su solución en un momento determinado, suelen derivarse patologías menores, que no acarrearán riesgos excesivos.

Uno de los principales problemas que conllevan las concertaciones son la devolución de pacientes del centro concertado al de partida, por considerar que su atención constituye un riesgo elevado, o bien por el rechazo del propio paciente a ser atendido fuera de su centro de referencia, debido a las connotaciones asociadas: mayores desplazamientos, incremento de los gastos familiares, desarraigo del entorno, etc.

Suponen una desviación de la carga para reducir la lista de espera en un momento puntual, pero no resuelven el problema a largo plazo.

No producen ningún efecto negativo, por lo cual es perfectamente adecuado su utilización en un momento dado.

Los programas especiales: “peonadas”.

En los programas especiales, vulgarmente conocidos como peonadas, la principal intervención se realiza sobre el trabajo del personal sanitario, la remuneración de éste se produce en función de los actos profesionales que realice, fuera de su horario habitual, permite, que duda cabe, reducir las listas de espera, pero genera una serie de expectativas e incentivos perversos, nada desdeñables, a tener en cuenta:

- a) El incremento temporal en la remuneración del personal que se acoge a estos programas, genera expectativas futuras de salarios más elevados.
- b) Pagar por incrementar la cantidad de actividad puede llevar a una reducción en la calidad.
- c) Cambios de ritmo de actividad dentro y fuera de la jornada laboral, pues dentro de la jornada laboral la remuneración percibida es por horas y fuera de ella por actividad.

Diversos estudios ⁽⁴³⁾ demuestran que si bien a corto plazo mejora la evolución de la lista de espera, su eficacia a largo plazo resulta nula, y no compensa debido a que genera los efectos perversos mencionados.

Deben emplearse con carácter extraordinario.

3. Cambio en la política vacacional del personal sanitario.

Debido a la reducción significativa de actividad observada en los clásicos periodos vacacionales, se ha planteado la posibilidad de distribuir las vacaciones de otra manera más uniforme a lo largo del año.

Diversas experiencias han observado que con esta estrategia sólo se eliminan los picos de consultas externas, no afectando a la evolución a largo plazo.

El inconveniente fundamental es el rechazo que genera en los profesionales implicados lo cual desaconseja su aplicación sistemática.

4. Turnicidad.

Pretende aprovechar, mediante la ampliación en turnos de mañana y tarde, los recursos estructurales existentes. El problema, sin embargo, persistirá salvo que se produzca la adecuación de plantillas necesaria, pues en caso contrario solo se produce un desplazamiento de la jornada en los diversos servicios, pero sin aumentar el rendimiento.

5. Depuraciones sobre la lista de espera.

Sólo son recomendables si buscamos mejorar o actualizar la información disponible, sin embargo a veces se busca la reducción artificial de la misma con fines políticos para presentar unos indicadores aceptables.

Se han de revisar periódicamente puesto que, cuando rebasan determinado tiempo (entre 3-4 meses) pueden difuminarse, ya que muchos pacientes tratarán de resolver sus problemas de salud en otros centros y a través de las mencionadas urgencias.

Iniciativas cualitativas: El sistema de puntos.

Recientemente, y teniendo en cuenta las necesidades médicas y la gravedad del proceso a tratar, se han planteado nuevas experiencias en la gestión de las listas de espera basadas en la necesidad asistencial.

Nueva Zelanda decidió racionar la demanda no con planteamientos de mínimos, es decir excluyendo algunos tratamientos, sino dando prioridad a los pacientes con mayor necesidad dentro de cada patología y diversos grupos de expertos están elaborando sistemas de puntos para gestionar las listas de espera en algunos servicios, basándose en la necesidad en sentido amplio.

Se establecen prioridades entre pacientes sobre la base de sus características clínicas y sociales. Por ejemplo en el caso de los servicios de fertilidad, las características utilizadas fueron: probabilidad de éxito, edad, número de hijos, etc.

Lo novedoso de la experiencia neocelandesa es que están tratando de aplicar el sistema de puntos en la cirugía electiva para una gran cantidad de problemas de salud.^(44,45)

La asignación de servicios públicos mediante un sistema de puntos no es un procedimiento nuevo, Elster⁽⁴⁶⁾ en 1992 desarrolló en New York algunos ejemplos. Sin embargo, este sistema apenas se ha utilizado en la gestión de las listas de espera a escala nacional, aunque recientemente un estudio realizado por Pinto y Rodríguez Míguez⁽⁴⁷⁾, sobre su aplicación a las listas de espera de cirugía electiva de cataratas parece demostrar su adecuación y efectividad.

Su principal ventaja es que pueden contrarrestar la gestión habitual de las listas según el orden de llegada.

Otra ventaja es que no se considera de forma exclusiva un solo criterio sino varios y permite que el paciente conozca en qué nivel de prioridad se encuentra en relación con otros pacientes.

Entre sus limitaciones destaca la ausencia de garantía absoluta de protección frente a manipulaciones por parte de profesionales, familiares y pacientes y la posibilidad de que el sistema provoque que un grupo de pacientes siempre esté a la cola de la ordenación de enfermos.

También es necesario disponer de una buena organización de los servicios asistenciales y de un sistema de información adecuado para la recogida de datos y la aplicación del sistema de priorización.⁽⁴⁸⁾

Pese a las experiencias comentadas son muchas las dificultades que se plantean a la hora de conocer la situación y el abordaje de las listas de espera en otros países, pues la gestión de este problema depende de las características del sistema sanitario de cada uno, que no siempre es equiparable a la nuestra; tampoco es sencillo conocer la realidad de otras Comunidades Autónomas, pues el sesgo y el oscurantismo político con el que se afronta este problema condiciona su conocimiento.

Sobre la base de estas consideraciones (soluciones diversas para un mismo problema, sesgos de información, diferente gestión, etc.) y dando por bueno que el efecto filtro de la Atención Primaria consigue una utilización más racional de los recursos, planteamos en nuestro estudio la conveniencia de realizar modificaciones en el sistema de derivación

existente en Atención Primaria, introducir nuevos métodos de citación que agilicen el acceso a valoración por especialistas y a las pruebas diagnósticas, en función del tipo de demanda, así como el diseño de indicadores que expresen la dinámica de las listas y tiempos de espera de forma conjunta, intentando, como consecuencia indirecta, medir la calidad asistencial aportada.

