

01/1

Las miradas en la sanidad actual y sus consecuencias.

Francisco Javier Rivas Flores,

Doctor en Medicina, Máster en Bioética (Universidad Pontificia Comillas) y Máster en Dirección y Administración de Servicios Sanitarios (Universidad Pompeu Fabra)

Médico Gestión de Pacientes, Hospital Universitario Fuenlabrada.

Son muchos estamentos y personas relacionadas con la atención sanitaria, políticos, gestores, profesionales sanitarios y usuarios.

Partiendo de una mirada histórica, para entender en qué punto nos encontramos, se presentan las distintas miradas de cada uno de los actores que participan en el sistema sanitario, con el empeño de que el conocimiento de cada una de las maneras de entender la asistencia redundará en una mejor atención sanitaria al poner los medios necesarios para ello.

Palabras clave:

Asistencia sanitaria, Políticos, Gestores, Profesionales sanitarios, Pacientes.

There are many different classes and people related to health care: politicians, managers, health professionals and users.

From a historical perspective, to understand where we are, different perspectives of each of the actors in the health system are presented with the determination that the knowledge of each of these ways of understanding assistance will occur in better healthcare when providing the necessary means.

Key Words:

Health care, Health professionals, Managers, Patients, Politicians

Introducción.

Varios ciegos se acercan al museo de ciencias naturales y el monitor les acerca a un elefante y sin decirles de qué se trata les pide que cada uno palpe una parte del animal y después la describa.

En efecto cada uno describe una parte del animal que comparan, por semejanza con lo conocido, así uno describe el elefante como una gran columna, porque estaba palpando una pata, otro lo describe como una potente lanza al palpar uno de los colmillos, otro lo describe como un abanico gigante y así todos los demás, sólo compartiendo cada una de las experiencias se hacen una idea cabal de lo que es un elefante.

En la atención sanitaria pasa lo mismo cada uno tenemos una visión del sistema pero estamos ciegos ante las demás. En este trabajo se trata de exponer las visiones de cada uno de los implicados para que, conociéndolas, seamos capaces de interactuar para mejorar nuestro sistema.

1.

Mirada histórica.

Nuestro actual sistema sanitario es fruto de una evolución temporal e histórica que creo necesario recordar para entender el punto en el que nos encontramos y que resumo de manera sucinta.

Históricamente la atención médica se prestaba a través de una relación interpersonal entre el médico y el paciente. Éste acudía a un médico determinado para la resolución del problema, a cambio el enfermo abonaba a los médicos unos “honorarios”, por la atención recibida.

Se fundan hospitales bien por señores feudales, reyes, órdenes militares, etc., que prestan una atención con carácter benéfico.

Siendo las órdenes religiosas las que asumen esta atención y en un devenir histórico van fundando congregaciones dedicadas, por mor de su carisma, a la atención sanitaria, (**Véanse las Constituciones de la Orden de “San Juan de Dios” o de los Religiosos Camilos, o las Hermanas Hospitalarias, religiosas de Santa Ana, etc.)**)

En el siglo XIX, debido a los movimientos sociales y a la inclusión del derecho a la salud como parte de los derechos fundamentales de las personas, se va modificando la manera de prestar la asistencia, iniciándose la socialización de la atención sanitaria.

Inicialmente gremios de trabajadores tenían contratado a unos o varios médicos que atendían a estas personas. El gremio recogía unas cuotas de sus gremiales con los que abonaba la atención, circunstancia que se transformaría en el Sistema de Seguridad Social (**Pastor y Aldeguer, 1992; Sanchon Macias, 2011**).

2.

Modelos de atención sanitaria.

2/1

Modelo de Seguridad Social.

Se caracteriza por tener una financiación que procede de cuotas de los trabajadores en activo y de los empresarios, que a través del proveedor de servicios presta la atención sanitaria, la población atendida se limita a los trabajadores

LH n.311

en activo y sus familias, siendo la provisión de la atención con elementos propios del sistema (Sancho Macias, 2011).

2/2

Modelo Sistema Nacional de Salud.

Este modelo fue propuesto por el ministro inglés de sanidad, William Beveridge, en los años posteriores a la segunda guerra mundial, basado en el principio de que mantener una población sana redundaría en una mejor producción con lo que se incrementaría la riqueza del país. Para ello utiliza como ejes la financiación vía impuestos con lo que se extiende la cobertura a toda la población, llevando a cabo prestaciones que no sólo se centran en la curación sino también en la prevención para mejorar el nivel de salud global de la población.

2/3

Evolución histórica en España.

España inicialmente se decantó por el modelo de Seguridad Social, por lo que la cobertura solo alcanzaba a los trabajadores en activo (titulares) y sus familiares (cónyuge e hijos -hasta una determinada edad). La llegada de la democracia y la promulgación de la Constitución de 1978 que reconoce el derecho a la protección a la salud como derecho fundamental hace decantar nuestro sistema sanitario hacia un modelo Sistema Nacional de Salud, pero compartiendo algunos componentes con el modelo anterior, como lo demuestra el sistema de financiación mixto vía impuestos generales y por las cuotas de los trabajadores y empresarios.

En 1986 se promulga la Ley General de Sanidad, que introduce los cambios prefigurados en la Constitución Española. Estos cambios supusieron la práctica universalización de la asistencia sanitaria, reconociendo que la asistencia sanitaria es un derecho cívico

igual para todos. La atención no se reduce a los trabajadores sino que tiene una base poblacional, todos los ciudadanos tienen reconocidos derechos de asistencia, aunque con algunas limitaciones.

Se produce la descentralización de la asistencia generado por la transferencia de competencias a las Comunidades Autónomas, cediendo la promoción, prevención y planificación territorial a las Comunidades Autónomas, con lo que nacen los Servicios de Salud autonómicos con capacidad de organizar la asistencia de manera independiente (Cabo Salvador, Cabo Muiños, y Iglesias, 2010).

2/4

Organización sanitaria en España.

España goza de un sistema complejo de atención sanitaria. Por un lado hay un potente sistema público de atención, prestado por los distintos sistemas de salud de las CCAAM en el que la asistencia es financiada vía impuestos, y prestada con medios propios (tanto en personal como en estructuras).

Como aseguramiento público se considera también las mutualidades, que engloban a importantes colectivos de trabajadores públicos: funcionarios (MUFACE) componentes de la carrera judicial (MUGEJU) y miembros de las Fuerzas Armadas (ISFAS).

Estas mutualidades son gestoras, no proveen directamente la atención sanitaria, sino que conciertan con las distintas compañías aseguradoras de salud la atención para que el mutualista pueda elegir la compañía que le prestará atención.

Por otro lado hay un sistema de aseguramiento privado, que ha crecido en el tiempo. Se entiende el prestado por entidades aseguradoras que cuentan con cuadro médico propio y con centros asistenciales propios o

La atención sanitaria se rige por tres ejes que vienen marcados por la Ley de Cohesión y Calidad, del año 2003: calidad, equidad y participación ciudadana

concertados, siendo en este caso los hospitales pertenecientes a órdenes religiosas los que ofrecen un importante volumen de camas. Son compañías de reembolso en el que el sanitario, en ejercicio libre, cobra por acto médico a través de la compañías. Finalmente también se mantiene la atención en régimen privado puro, con el modelo tradicional de atención de ejercicio libre por parte del profesional (Aportación del modelo de mutualismo, 2011; RuizAyúcar Dorado, 2014).

La atención sanitaria se rige por tres ejes que vienen marcados en la Ley de Cohesión y Calidad, del año 2003: **calidad**, entendida como prestar los servicios que respondan a las necesidades de los pacientes con criterios de eficiencia, eficacia y efectividad; **equidad** en el acceso, garantizando que no haya discriminación por sexo, religión, edad, procedencia, etc.; y por último **participación ciudadana**, entendido como la participación activa de los ciudadanos en los órganos rectores de la asistencia, bien directamente, o lo más habitual, a través de asociaciones de pacientes o grupos de interés.

3.

Mirada de los Políticos.

Una aproximación a la mirada de los políticos sobre el sistema sanitario nos lo puede dar los programas electorales que presentaron a las últimas elecciones al Parlamento Europeo en el año 2014. Quizás una constatación, tras el acercamiento a sus propuestas, es el escaso interés por atacar los problemas reales con los que se enfrentan lo ciudadanos, los sanitarios y los sistemas, como lo demuestra el escaso espacio que dedican en sus programas al mundo de la salud. En un informe elaborado por la Sociedad Española de Directivos de la Salud (Díaz & Arenas), SEDISA, se advierte de la

utilización partidista de la sanidad por parte de los políticos, que se sirven más de propuestas con un cierto tinte demagógico que de ofertar soluciones a los problemas reales de la sociedad, así se comenta que se ha sido muy generoso en la construcción de nuevas infraestructuras sanitarias y mejoras de las mismas ya que inaugurar Hospitales, Centros de Salud y nuevas unidades da mucho rédito político; el hecho de que se ofrece la mejora y ampliación de las carteras de servicios, en muchas ocasiones para obtener ventajas políticas y sociales; también se detecta la fragmentación de las prestaciones sanitarias.

Todo esto supone que la sanidad se ha usado como herramienta política, en algunos casos evidentes cuando ha interesado incrementar los votantes mediante promesas sanitarias.

Otro de los problemas ligados a la actuación política procede de la mirada cortoplacista que tienen los políticos y no hacen planteamientos a más largo plazo, sin poner la mira en las elecciones, en parte porque la clase política tiene escasos conocimientos técnicos de la gestión sanitaria y de las posibles soluciones para mejorar los sistemas sanitarios y no está dispuesta a asumir los riesgos derivados de una reforma del sistema, que, en ocasiones puede ser impopular (Ruiz Ayúcar Dorado, 2014).

4.

Mirada de los gestores.

Consideran que el SNS es uno de los logros históricos de la sociedad española contemporánea y que su nivel de gestión es más que aceptable, teniendo en cuenta las condiciones de partida tan desfavorables. Reconocen que actualmente con una menor capacidad de la gestión de los recursos.

Los gestores manifiestan un cierta desilusión y quemazón puesto que no hay una continuidad en la función directiva y eso crea en los profesionales un gran descrédito. En cierta medida se sienten utilizados puesto que tiene la responsabilidad de proponer los objetivos que le plantea el programa electoral del Gobierno o de la empresa que le ha designado, y de alcanzar esos propósitos, pero no siempre se les ofrecen los medios para poder hacerlos efectivos.

Se ven como motores de la institución y como tal y con respecto a los profesionales con los que trabaja, deben saber liderarles e ilusionarles, para conseguir una mejor dinámica de funcionamiento. Se proponen modelos de actuación basados en la gestión clínica siendo conscientes de la necesidad de reconocer el protagonismo de los profesionales en la gestión de los recursos sanitarios y de contar con su participación en la configuración de los servicios.

Son conscientes de que la transparencia es básica para conseguir estos objetivos por lo que proponen estimular y difundir las comparaciones y el benchmarking de base estatal sobre la base del trabajo con datos ya existentes como iniciativas que deberían tenerse en cuenta, por el buen funcionamiento del sistema y con la voluntad de impulsar una nueva transparencia informativa.

Perciben carencias de recursos, tanto económicos como humanos. Destacan como punto problemático las diferencias de prioridades y valores entre gestores y profesionales.

Ponen énfasis en la necesidad de reorientar el modelo de gestión, ubicando al usuario como prioridad. Destacan la coordinación como un elemento central del sistema.

Creen que los profesionales tendrían que ser más conscientes del gasto que comporta la práctica asistencial y que se puede ser eficiente mejorando técnicas y procedimientos (Iñiguez Rueda, Sánchez Candamio, Sanza, y Fusté, 2008).

5.

Visión de los profesionales.

El sistema sanitario está compuesto por una pléyade de profesionales muy diferentes. A pesar de que toda su actividad gira en torno al paciente, no parece que la manera de entender esta relación sea la misma.

Aprecian que la asistencia del sistema sanitario es de mucha calidad, a pesar de la percepción de carencia de recursos. Ven un paralelismo entre la calidad, el desarrollo profesional y la formación, por lo que barruntan una pérdida de la calidad asistencial si no se refuerza el desarrollo profesional y se fomenta el estímulo a la formación.

Reconocen que los usuarios buscan entre los profesionales los interlocutores del sistema que les resultan más accesibles (a menudo las enfermeras/os). Consideran fundamentales, en la interacción con los usuarios, la receptividad hacia la demanda, la atención y la escucha.

Interpretan que las prioridades que marca el sistema a menudo interfieren en su tarea asistencial, lo que genera incomodidad porque los profesionales saben que se deben a su paciente y que deben hacer todo lo que esté en su mano por resolver su problema de salud, lo que puede generar desencuentros con los gestores. Reconocen que el aumento del tiempo disponible para la consulta es capital para transformar una asistencia que se caracteriza por una actividad tecnológica en una actividad de atención.

Detectan el cambio demográfico que está experimentando nuestra sociedad y denuncian que el envejecimiento (por la tipología del paciente) y la inmigración (por la dificultad

En la visión que tiene el paciente una la ampliación de los servicios sanitarios al ámbito de las políticas sociales, y se ha desdibujado la frontera entre lo meramente sanitario y lo social

de atención como consecuencia de la falta de regularización de algunos colectivos) generan presión añadida sobre la práctica cotidiana.

Desde el punto de vista laboral asisten a cambios en los modelos de contratación, la falta de reposición de plantillas, la amortización de plazas y por tanto la mayor carga de trabajo. Por ello califican la provisionalidad, la rotación y la precariedad laboral como elementos que generan disfuncionalidades (Iñiguez Rueda et al., 2008).

6.

Mirada de los usuarios pacientes.

Todo el sistema sanitario debe girar en torno al paciente, usuario o como quiera que se denomine dado lo simbólico de toda denominación, pero a la vista de lo anterior no parece que sea así. Uno de los primeros elementos que debemos considerar es que la tipología del paciente ha variado a lo largo del siglo pasado pero sobre todo en estos últimos años. Así nos encontramos con un paciente que reúne las siguientes características:

- Aumento del nivel de alfabetización formal básica y superior que no se ha acompañado de un incremento de la alfabetización sanitaria y de la educación cívica.
- Aumento de las necesidades de atención social y socio sanitaria,
- Cambio de la categoría de paciente a la de cliente,
- Acceso a mayor información mediante Internet.

En la visión que tiene el paciente una la ampliación, en el estado del bienestar, de los servicios sanitarios al ámbito de las políticas sociales, y se ha desdibujado la frontera entre lo meramente sanitario y lo social. Lo que ha tenido repercusión en tres ámbitos específicos: los centros de salud, los servicios de urgencias y la atención socio sanitaria.

- **El centro de salud** se convierte en un “centro social” ya que parte de la patología que atiende está relacionada o acompañada de situaciones relativas a la dependencia, problemas de salud mental, estrés, soledad y adicciones, entre otras condiciones de naturaleza social.

- **Servicios de Urgencia**, se hace una que refleja de una sociedad que no sabe esperar y que busca encontrar soluciones rápidas a los problemas de salud.

- **Atención sociosanitaria**, el envejecimiento de la población produce un incremento de la comorbilidad, lo que se define, en la denominada transición epidemiológica, como la transición de un estadio de enfermedad única y aguda, a uno de pluripatología y enfermedad crónica.

El paciente quiere tener capacidad de elección de los profesionales y del centro que le presta la atención. Cuando se escucha la voz de los pacientes expresan lo siguiente:

Se confirma la existencia de una doble tendencia en la actitud de los pacientes: pasiva y activa. El paciente activo suele ser joven y con mayor nivel de estudios, por lo que aparece como una tendencia emergente y de futuro. Reclaman más medios y más información.

Reconocen aspectos positivos del comportamiento de los profesionales (compromiso, responsabilidad, competencia, consideración, buena disposición, confianza, empatía), pero en la interacción de los dos componentes de la relación también perciben carencias (dismetrías, deslegitimación, trato diferencial,

LH n.311

paternalismo). Demandan información comprensible sobre su estado de salud y sus consecuencias, el proceso asistencial y la organización de los servicios.

Mencionan que los itinerarios asistenciales que hay que seguir a menudo son demasiados complejos y poco explicitados. Destacan el alto nivel de recursos tecnológicos ante la escasez de otros, como por ejemplo déficit estructurales y de profesionales.

Aprecian que la duración de los procesos es demasiado larga y mencionan que hay una diferencia entre el tiempo de los usuarios y el tiempo del sistema. Hacen un uso sistemático de los servicios de urgencias como alternativa a otros servicios.

Reclaman derechos (a la información, a ser bien atendidos, a discrepar, a no ser discriminados, a ser respetados, a una atención adaptada a sus especificidades, etc.)

Muestran una tendencia creciente a tomar parte activa en las decisiones (Iñiguez Rueda et al., 2008; Jovell, 2006; Mira et al., 2000).

tiempo y más información. Necesidad de una mejor relación médicopaciente. Recuperando la humanización de la asistencia como tarea pendiente.

- Reconducir los efectivos para intentar evitar la masificación como problema. Esto también implica cambio en los ciudadanos que se deben hacer más responsables de su salud y de los medios para conservarla en las mejores condiciones posibles

- Procurar que los elementos que contienen información sanitaria a través de las redes sean de calidad y puedan dar herramientas para mejorar la calidad de vida y de atención de los pacientes, dado que en este momento Internet sólo es valorado de forma positiva como instrumento de gestión de procesos burocráticos.

- Fomentar políticas que tengan en cuenta los derechos y los deberes de los pacientes, dada la escasa atención que se percibe en relación con los mismos.

Bibliografía

▶ **Aportación del modelo de mutualismo administrativo al mercado laboral sanitario español.** (2011). Madrid: Fundación IDIS.

▶ **Belenes, R. (2003).** Un balance personal de 25 años de gestión sanitaria moderna en el Sistema Nacional de Salud. *Gaceta Sanitaria*, 17 (2), 150-6.

▶ **Cabo Salvador, J., Cabo Muiños, J., y Iglesias, J.R. (2010).** Sistemas de salud y reformas sanitarias en España, Canadá y EEUU.

7.

El paciente del futuro.

Es preciso que el paciente recupere el ser el centro del sistema, esto puede suponer cambios estructurales y de actividad para que el sistema se adapte al paciente y no viceversa (Jovell, 2006).

Algunos cambios factibles a introducir:

- En el ámbito propio de la relación sanitario paciente procurar un trato más personalizado en la visita médica: mayor dedicación de

En J. Cabo Salvador, Gestión sanitaria integral: pública y privada (p. 31-55). Madrid: Centro de Estudios Financieros.

▶ **Díaz, C., y Arenas, A. (n.d.).** Sostenibilidad del sistema sanitario en España. Recuperado 15 septiembre 2014 desde www.sedisasigloxxi.es/spip.php?article242

▶ **García-Aparicio, J., Herrero-Herrero, J., Corral-Gudino, L., y Jorge-Sánchez, R. (2010).** Calidad percibida por los usuarios de un servicio de Medicina Interna tras 5 años de aplicación de una encuesta de satisfacción. *Revista de Calidad Asistencial*, 97-105.

▶ **Iñiguez-Rueda, L., Sánchez-Candamio, M., Sanza, J. À., y Fusté, J. (2008).** Incorporación de las visiones de ciudadanos, profesionales y gestores sobre la atención sanitaria en el proceso de planificación sanitaria de Cataluña. *Medicina Clínica (Barcelona)*, 137 (Supl. 4), 9-15.

▶ **Jovell, A. (2006).** El paciente del siglo XXI. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 29 (Supl.)

▶ **Martín-Fernández, J., del Cura-González, M. I., Gómez-Gascón, T., Fernández-López, E., Pajares-Carabajal, G., y Moreno-Jiménez, B. (2010).** Satisfacción del paciente con la relación con su médico de familia: un estudio con el Patient-Doctor Relationship Questionnaire. *Atención Primaria*, 42 (4), 196-205.

▶ **Mira, J., Buil, A., Aranaz, J., Vitaller, J., Lorenzo, S., Ignacio, E., et al. (2000).** ¿Qué opinan los pacientes de los hospitales públicos? Análisis de los niveles de calidad percibida en cinco hospitales. *Gaceta Sanitaria*, 14 (4), 291-29.

▶ **Pastor y Aldeguer, V. (1992).** Evolución hisotórica de los hospitales. *En J. Temes, V. Pastor, y J. Díaz, Manual de Gestión Hospitalaria. Madrid: Interamericana - McGraw Hill.*

▶ **Ruiz-Ayúcar Dorado, M. (14 mayo 2014).** Doce ideas en los programas de los partidos políticos sobre sanidad. Público. Recuperado 29 septiembre desde www.publico.es/521110/doce-ideas-en-los-programas-de-los-partidos-politicos-sobre-sanidad

▶ **Sanchon Macias, M. (1 octubre 2011).** Salud pública y atención primaria de salud. Recuperado 28 septiembre desde www.unican.es/ciencias-de-la-salud/