

Autora:

M^a Eugenia Azpeitia Serón. Médica de familia. UAP Salcedo. Lantarón. Álava
Coordinadora del Grupo de Salud Comunitaria de Osatzen

Itinerario profesional

Rafael Bengoa es médico. Se especializó en Medicina Comunitaria y Gestión Sanitaria en Inglaterra. Ha tenido una carrera nacional e internacional. Organizar un sistema sanitario en el que el aumento de la esperanza de vida y los avances médicos provocarán un incremento de los enfermos crónicos es el reto que aceptó desde que accedió a su cargo. Pero no es el único objetivo. El consejero de Sanidad del País Vasco busca también fortalecer la red sanitaria pública incrementando su eficiencia.

Fue director de Planificación entre 1991 y 1995, con Iñaki Azkuna de consejero.

Ha ocupado durante 15 años la dirección de Sistemas de Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

En 1990 participó como coautor en el Informe Abril sobre la reforma del sistema sanitario español, que coordinó el ex vicepresidente español Fernando Abril Martorell.

Entre 1991 y 1995 fue el impulsor del Informe Osasuna Zainduz, que puso las bases de la reestructuración del sistema sanitario vasco. Este informe introdujo criterios empresariales de calidad en el sistema público, clarificando las funciones de cada nivel de decisión.

En la actualidad, es consejero de Sanidad y Consumo del Gobierno vasco.

- ▶ **Con su dilatada experiencia, tanto en el campo de la gestión pública como en el del asesoramiento, y habiendo tenido un papel protagonista en las reformas de los sistemas sanitarios español y vasco. ¿Por qué ha considerado necesario un nuevo modelo sanitario para el Servicio Vasco de Salud?**

Todo lo que se ha estado estructurando y haciendo en la sanidad en estos últimos años ha ido creando una situación y un modelo asistencial satisfactorio para atender a los episodios agudos de enfermedad. Mientras se organizaba la asistencia así, ha ido cambiando de forma muy sustancial el entorno del Sistema Vasco de Salud (y el de todos los demás). De hecho, nunca ha cambiado tanto el entorno y de forma tan brusca. Me refiero al entorno económico, al epidemiológico y al tecnológico, y a las expectativas de los usuarios. Estos cambios no sólo obligan a una transformación, sino que son una oportunidad para adecuar el sistema sanitario al siglo XXI.

Hoy tenemos el «chasis» de una organización de 1970, mientras que las tecnologías y las expectativas de nuestros pacientes, y gran parte de la medicina, están en el año 2010.

Para avanzar es necesario diseñar e implementar políticas activas desde los responsables de política sanitaria, porque los sistemas de salud no se reforman solos en esa dirección. De hecho, hacen todo lo contrario, mantienen el *statu quo*.

En Euskadi hemos decidido avanzar activamente para sincronizar el sistema de salud con ese nuevo entorno. No hacerlo, incluso en plena crisis, nos parece un error.

- ▶ **¿Cuáles son las líneas maestras de este nuevo modelo?**

En primer lugar, ha sido preciso, en plena crisis, desarrollar una serie de medidas coyunturales de contención del gasto (prescripción de genéricos), modernización e inversiones de las infraestructuras y decisiones sobre recursos humanos. Esto permite asegurar que el sistema de salud actual siga mejorando, pero en el fondo ésa es una línea de trabajo continuista y no nos cambia en lo sustancial el modelo asistencial ni lo sincroniza con el nuevo entorno menciona-

Para contactar:

M^a Eugenia Azpeitia Serón
azpeitia@jet.es



▶ Rafael Bengoa, consejero de Sanidad y Consumo del Gobierno vasco

MUCHOS EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA YA OPERAN CON ELEMENTOS DE PROACTIVIDAD, PERO EL SISTEMA EN GENERAL NO LO HACE

do antes. Este modelo heredado es un modelo pasivo, donde a la mayoría de los pacientes, que ahora son crónicos, se les gestiona como si fueran enfermos agudos. Es decir, la organización es esencialmente de carácter reactiva cuando toda la evidencia indica que en el caso de los pacientes crónicos es necesario un enfoque proactivo para conseguir buenos resultados. En un modelo de pacientes agudos, se trata de definir el problema por el que se consulta, diagnosticar e iniciar un tratamiento, habitualmente farmacológico. La consecuencia de esta lógica, tanto en Atención Primaria como en la hospitalaria, es que el paciente crónico recibe una atención más episódica que continua porque el razonamiento organizativo del «chasis» de la década de 1970 fue concebido para eso. Además, la consulta está normalmente determinada por los problemas agudos que le han surgido a ese paciente crónico. Todo ello lleva a un modelo reactivo.

Esto es lo que es necesario cambiar. Muchos equipos de Atención Primaria ya operan con elementos de proactividad, pero el sistema en general no lo hace. Es necesario aprender de esos equipos y convertir muchas de esas demostraciones locales en política general.

Por ello, en Euskadi nos dirigimos hacia un modelo organizativo más proactivo para asegurar, entre otras cosas:

- Que los pacientes tengan la confianza y las habilidades para gestionar su enfermedad. Esto lo hacemos por medio de nuevos programas de educación al paciente con nuevos enfoques educativos, y con apoyo educativo virtual en la medida de lo posible.
- Que los pacientes reciban cuidados para un control óptimo de su enfermedad y prevención de complicaciones. Esto lo hacemos presencialmente en la interacción clínica y desarrollando nuevas formas virtuales y no presenciales de interrelación a distancia con los pacientes.
- Que exista un sistema de seguimiento continuo, tanto virtual como presencial, con todo tipo de recordatorios preventivos y de control.
- Que los pacientes dispongan de un plan para el control de su enfermedad mutuamente acordado con los profesionales de la salud.
- Que los pacientes reciban más cuidados en su domicilio y en Atención Primaria y menos en los hospitales.

- Que los pacientes reciban una atención más continua por medio de la integración de los sistemas de información –historia única electrónica– y por medio de nuevas profesiones más integradoras tipo enfermero/a de enlace.

Hemos empezado estos proyectos y todos tienen unos hitos que deben cumplir para asegurar su implementación. La intención es mover todas estas poleas a la vez, incluida una que promueve el desarrollo de nuevas experiencias de demostración de estas líneas de actuación por los equipos locales de salud. El cambio tiene mucho de aprendizaje en acción. Esperamos exponer muchas de estas experiencias diseñadas y ejecutadas por los equipos locales de salud y aprender muchas más de otras comunidades autónomas en el próximo Congreso de Gestión de Enfermedades Crónicas que tendrá lugar en San Sebastián en mayo de 2011.

Las líneas maestras de nuestra estrategia vienen recogidas en la nueva «Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi» (<http://cronicidad.euskadi.net>).

- ▶ ¿Por qué y cómo es posible estratificar a la población en nuestro continuo asistencial actual?

En la actualidad, nuestra comunidad autónoma no está estratificada a nivel comarcal y, sin embargo, parece un elemento calve para planificar las acciones. Cualquier seguro (nosotros somos un seguro público) necesita esa estratificación para poder apuntar mejor sus intervenciones. En nuestro caso, la desarrollamos para asegurar que nos dirigimos más a aquellos que más nos necesitan. Nosotros pretendemos que esa estratificación nos permita hacer un mejor *targeting* de nuestras intervenciones, y así ser proactivos con aquellos pacientes que tendremos mejor monitorizados a distancia. El proyecto ya está en marcha.

- ▶ La aplicación a veces indiscriminada de nuevas tecnologías, la complicada decisión de cantidad frente a la calidad de la vida y el terrible dilema ético de la distribución de los recursos económicos en salud ponen sobre el tapete la necesidad de conocer las opiniones de los pacientes. ¿Cómo piensa que se puede «conocer» esa opinión?

A los pacientes se les puede proporcionar más poder dándoles más voz y más capacidad de elección. De momento nosotros vamos a hacer más del lo primero. Lo estamos haciendo dando

carácter operativo a tres de las líneas estratégicas mencionadas antes:

- a) En primer lugar, estableciendo una conexión continua con los pacientes de forma virtual, conectando con ellos a través del sistema multicanal (médicos y enfermeros al teléfono a través de nuestro servicio multicanal llamado Osarean).
- b) En segundo lugar, desarrollando un nuevo proceso de educación a pacientes estructurados y en grupos. La diferencia con lo que se hace hoy en los centros de salud es que la educación será estructurada y pilotada con un método pedagógico nuevo (Stanford).
- c) En tercer lugar, dando un apoyo decidido a las redes sociales de las asociaciones de pacientes crónicos y los blogs participativos de diversos hospitales y unidades de Atención Primaria. Estos proyectos ya están en marcha.

- ▶ **Sabemos que uno de los grandes retos de la cronicidad es actuar de forma proactiva sobre los determinantes de la salud que inciden en su aparición. ¿Cómo encaja esto en su modelo?**

En todo el continuo de la enfermedad, en sus grandes ejes como vivienda, bienestar social, pobreza, medioambientales, etc., actúan la política fiscal y las ayudas sociales. Podemos influir sobre esas líneas de trabajo de otros departamentos del Gobierno con evaluaciones de impacto en salud.

Ya dentro del sector de la salud, trabajamos sobre todo en los determinantes de salud (tabaco, nutrición-obesidad y ejercicio físico), ya que impactan en múltiples enfermedades. Esta consecuencia, junto con la de Bienestar Social, ha dado un impulso muy importante potenciando la Ley del tabaco (se pretende prohibir fumar en todos los sitios públicos; en el ámbito nacional también se está trabajando en ello, pues ha quedado probado que la ley existente es insuficiente). Debemos tener en cuenta que el cáncer de pulmón en Euskadi ha aumentado en las mujeres y prácticamente supera en la actualidad al de mama.

También se están potenciando intervenciones intersectoriales en ejercicio físico y nutrición, que serán menos regulatorias y en las que habrá que sentarse a hablar con la industria para su regulación, como ejemplo la sal y el azúcar.

- ▶ **Dado que ha quedado demostrado que el estado de salud está profundamente influido por el estado de ánimo, los mecanismos de**

afrentamiento de las diversas situaciones y el soporte social de los pacientes, ¿cómo se va a potenciar este soporte social?

Es cierto que hemos medicalizado muchas situaciones que antes se manejaban de una manera natural, lo que los psiquiatras llaman la gestión de la tristeza, y que estamos medicalizando la vida de los ciudadanos en exceso. La gente y muchos políticos piensan que la medicina le puede ofrecer soluciones a cosas que no puede solucionar. Ésta puede ser una de las razones por las que la gente se siente cada vez más enferma, a pesar de tener cada vez mejor salud.

Creo que debemos ser realistas con los límites del sector de la salud. No debemos esperar que este sector nos proporcione la solución de todos los dilemas sociales, pues dejaríamos de hacer medicina preventiva y clínica. Pero sí es preciso hacer estudios en la comunidad en este campo para influir sobre las políticas sociales.

La comunidad y su participación tendrán un papel creciente en la provisión de nuevos servicios de soporte social. Esto no es fácil de conseguir, pero es la línea promovida en los países de nuestro entorno.

- ▶ **¿Cómo va a conseguir la participación ciudadana?**

Hay que pasar a operacionalizar el concepto, si no vamos a estar hablando de participación ciudadana o de la comunidad otros 30 años, como nos ha ocurrido desde que se avanzó la idea en Alma Ata.

La participación ciudadana tiene mucho que ver con la «voz» de los ciudadanos que hemos comentado antes. Ya he mencionado tres formas concretas de lograr dar más voz a los ciudadanos.

Aparte de esto, y dentro del Consejo del Buen Gobierno que estamos elaborando, pretende-

ESTAMOS MEDICALIZANDO LA VIDA DE LOS CIUDADANOS EN EXCESO



**NUESTRA
INTENCIÓN ES
PILOTAR INTE-
GRANDO A LOS
CIUDADANOS
EN LOS CON-
SEJOS DE ADMI-
NISTRACIÓN DE
HOSPITALES Y
COMARCAS**

mos ir profesionalizando la gestión del sistema sanitario creando gestores profesionales para nuestras comarcas.

Por otro lado, nuestra intención es pilotar integrando a los ciudadanos en los consejos de administración de hospitales y comarcas. Estamos lejos de la participación ciudadana, pero creemos que despolitizando y profesionalizando la gestión del sistema sanitario vamos hacia la creación de un microsistema local donde la salud pública, la intervención comunitaria poblacional y la intervención clínica estén más juntas.

- Los defensores del paciente y las reclamaciones son los principales mecanismos de participación ciudadana dentro de la sanidad, y sabemos así mismo que la toma de decisiones en el sector de la salud debería tener en cuenta la percepción de los usuarios, apoyada en una profunda evidencia empírica de base científica, que considere, además de los indicadores clásicos cuantitativos (mortalidad, morbilidad, expectativa de vida) y los costos, los indicadores cualitativos que expresan el impacto sobre la calidad de vida y la satisfacción del paciente. ¿Cómo piensa que se pueden conseguir intervenciones sociales adaptadas a las necesidades de las personas?

Estratificando a la población, pues nos da la oportunidad de hacer intervenciones más sociales.

Por otro lado, conviene promover de abajo arriba nuevas experiencias de demostración socio-sanitarias por los equipos locales de ambos sectores, social y sanitario.

- La visión del Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria (PACAP) es que la participación de la comunidad en cuestiones de salud y enfermedad sea la norma y que esto implique una mejora en la salud de la población a través del empoderamiento de los ciudadanos y una utilización más adecuada de los servicios sanitarios, contribuyendo a la sostenibilidad del sistema sanitario. ¿Qué opina al respecto?

Creo que la agenda de los crónicos abre una nueva era para la salud pública y la participación de la comunidad. Esta aspiración de la Atención Primaria está encontrando en esta agenda (crónicos) la necesaria argumentación técnica para darle forma a algo que hasta ahora ha sido más conceptual que real. Por ejemplo, ¿no es lógico pensar que los expertos en salud pública de

nuestros sistemas de salud se integren en los centros de salud para ayudar a los equipos de esa comarca a estratificar a la población y a co-diseñar con los clínicos (medicina y enfermería) programas preventivos y de gestión de los pacientes crónicos?

- ¿Qué nos pide al PACAP para este tiempo de retos e incertidumbres?

Que se entienda que el movimiento a través de los pacientes crónicos abre una oportunidad para crear unos sistemas locales de salud teniendo en cuenta las características poblacionales y comunitarias, con instrumentos como la estratificación a riesgo y nuevas profesiones, que abren la puerta hacia intervenciones comunitarias donde hoy en día sólo hay intervenciones clínicas. Sólo cuando gestionemos sistemas (microsistemas locales) y no estructuras, podremos desarrollar una lógica más comunitaria en la Atención Primaria. De momento, seguimos gestionando estructuras asistenciales y no sistemas. Es el modelo organizativo que nos impide avanzar. Le pido al PACAP que comprenda e interiorice este mensaje y que lo difunda.

El discurso está más desarrollado en el artículo «Empantanados» de la revista RISAI 2008;1(1).

- ¿Qué se debería modificar o añadir en la formación de los profesionales (grado, posgrado, formación continuada) de las ciencias de la salud para adecuarse a las nuevas exigencias de su reforma?

A nivel de pregrado, convendría introducir el razonamiento que conllevan las preguntas y respuestas de este artículo. Para ello, en la actualidad, necesitamos convencer a la universidad de esto, pues en este momento carece de espacio para esto.

A nivel de posgrado y MIR, habría que presentar las numerosas nuevas experiencias que se están dando en España con nuevas formas de organización y gestión. Por ejemplo, las experiencias más y más numerosas de integración de Atención Primaria y hospitales lideradas por profesionales de la salud locales son la mejor forma de transmitir el modelo en el que futuras generaciones estarán trabajando.

No me queda más que agradecerle esta cálida y fructífera entrevista, y así mismo desearle que pueda llevar a buen puerto los objetivos que se ha marcado para esta legislatura.