

## PREVENCIÓN

## Sanofi Pasteur no ve relación entre efectos adversos y vacuna VPH

## Redacción

Después de que el Ministerio de Sanidad haya convocado vía telefónica a las comunidades autónomas a una Comisión de Salud Pública extraordinaria en la que ha ordenado la suspensión temporal de la administración del lote N152670 de Gardasil ante la existencia de dos posibles casos de efectos adversos en niñas vacunadas frente al virus del papiloma humano de la Comunidad Valenciana, Sanofi Pasteur MSD, fabricante de la vacuna, ha dicho que "en principio, no hay ninguna razón para creer que hay una relación directa entre los efectos adversos observados y la administración de la vacuna".

La compañía ha manifestado que "entiende que es una suspensión cautelar y temporal, pero el producto sigue siendo completamente seguro" y, por tanto, el resto de regiones continuarán con los procesos de vacunación de forma normal. En total, en España se han distribuido 1.146.458 dosis de vacunas Gardasil sin que se haya referido ninguna señal de alerta.

## Reacciones

De momento, el Gobierno de Canarias ha informado de que las dosis pertenecientes al lote inmovilizado "no se han adquirido ni distribuido en la red hospitalaria pública del Servicio Canario de la Salud". La Consejería de Sanidad de Baleares ha afirmado que mantiene la campaña de vacunación, ya que en las islas se utiliza la marca Cervarix. Madrid, Cataluña y Asturias también descartan haber administrado vacunas de esa partida. La Dirección General de Salud Pública de Cantabria, por su parte, ha manifestado que mantiene "con absoluta normalidad" el proceso, mientras que la Junta de Extremadura ha apuntado que adquirió ocho dosis del lote inmovilizado, pero "no se han administrado en el Servicio Extremeño de Salud".

CATALUÑA ES EL NUEVO CONCEPTO ORGANIZATIVO RECOGIDO EN EL PLAN DE INNOVACIÓN DE AP

## Salud medita integrar todo en comunidades sanitarias locales

→ Si hoy se aprueba el documento de elementos operativos del Plan de Innovación de Atención Primaria, el que ha tenido acceso DIARIO MÉDICO,

Cataluña podría rizar el rizo integrando todos los servicios asistenciales y todos los profesionales en comunidades sanitarias locales.

■ Carmen Fernández Barcelona Integración de niveles de atención sanitaria y autonomía de gestión para equipos y profesionales es la receta que se recoge en el borrador del documento de elementos estratégicos y operativos del Plan de Innovación de atención primaria y salud comunitaria que, con el sobrenombre de Proyecto oxígeno, se espera que aporte aire fresco al sistema sanitario catalán.

Lo más novedoso de este borrador es el concepto de Comunidad Sanitaria Local (CSL), nombre con el que se agruparían funcionalmente el conjunto de servicios y profesionales de la salud de cada territorio (a su vez, bajo el respectivo Gobierno Territorial de Salud o GTS), incluyendo el hospital comunitario y otros centros con recursos de internamiento (subagudos, salud mental) y excluyendo únicamente la atención terciaria.

De cada CSL formarían parte, en concreto, los servicios de atención familiar y comunitaria (se quiere eliminar la actual división entre atención primaria y atención especializada) y los de internamiento, consultorios clínicos (especialidades médicas y de enfermería), salud sexual y reproductiva, salud mental, salud pública, urgencias, fisiología y rehabilitación, logopedia, podología, odontología, salud laboral, dietética y nutrición, servicios sociales, farmacia comunitaria y atención al riesgo y a la complejidad (en manos de la enfermería y los trabajadores sociales).

El liderazgo de la CSL lo asumiría un director ejecutivo,



Ramón Morera, codirector operativo del nuevo plan de AP.

De cada CSL formarían parte todos los servicios y profesionales de cada territorio, exceptuando los de atención terciaria

El borrador no deja claro que médicos y enfermeras de primaria vayan a liderar el conjunto del sistema, como estaba previsto inicialmente

vo, que resultaría de la transformación del actual cargo de director de sector del Servicio Catalán de la Salud (CatSalut).

El borrador de este documento, del que se conocen las líneas y criterios generales (ver DM de 4-III-2008 y 23-IV-2008), será presentado hoy, para su aprobación, a los consejos permanente y asesor del plan, y ejecutivo y de dirección del Departamento de Salud de la Gene-

ralitat y el CatSalut.

Lo ha elaborado un consejo asesor específico dirigido operativamente por Ramón Morera, ex gerente territorial de Tarragona y ex director de atención primaria del Instituto Catalán de la Salud (ICS), y Glòria Jodar, enfermera; y técnicamente, por Amando Martín Zurro.

El trabajo de diseño del plan se inició en 2007 (ver DM de 25-IV-2007) por encargo de la dirección gene-

ral de Planificación y Evaluación del Departamento de Salud de la Generalitat, con el objetivo de elaborar un proyecto más ambicioso que la Estrategia AP 21 del Ministerio de Sanidad y Consumo.

Si se aprobase hoy este borrador, se procedería a la definición del plan por territorios, se elaboraría la normativa precisa para poder implantarlo y, a partir de julio de este mismo año, comenzaría a aplicarse. Un total de 150 profesionales de instituciones y organizaciones sanitarias, científicas, profesionales y laborales han podido realizar aportaciones al plan.

## Algo ha cambiado

En el documento se especifica que los médicos y enfermeras de primaria son "los profesionales responsables del conjunto de la atención que reciben las personas que tienen asignadas, lo que incluye la prestación directa de la atención familiar y comunitaria y la gestión y seguimiento de los contactos que mantienen sus pacientes con los otros recursos del sistema sanitario. Constituyen el punto de encuentro principal entre la sociedad y los servicios de salud y la trascendencia de sus decisiones condiciona la mejor utilización de las competencias del conjunto de profesionales que trabajan en la CSL, aportando elementos de valor y juicio experto".

De ello se desprende que la primaria tendrá el papel de líder del sistema, que es lo que se recogía en el documento de criterios generales del plan, aunque en el que se presenta hoy este objetivo no queda tan claro puesto que se añade: "El hospital es otro de los elementos nucleares del sistema en lo que respecta a la atención de internamiento y tecnológica. Interacciona con el resto de recursos comunitarios en el marco de las guías de práctica clínica y rutas asistenciales".

Por otro lado, sobre la autonomía de gestión el nuevo documento refrenda totalmente el proyecto del Instituto Catalán de la Salud (ver DM de 29-IX-2008).

MEJORAS EN DIÁLISIS

## Nuevo plan estratégico de ordenación de la atención nefrológica

## Redacción

La consejera de Salud de la Generalitat, Marina Geli, ha presentado el nuevo Plan estratégico de ordenación de la atención al paciente nefrológico que recoge, entre otros criterios, las características de las infraestructuras y de personal que tienen que tener los centros de hemodiálisis para garantizar la seguridad y la calidad de la asistencia, así como las bases para potenciar la prevención y el diagnóstico de la insuficiencia renal.

Los objetivos del plan son mejorar la seguridad, la efectividad y la accesibilidad de los enfermos al tratamiento sustitutivo renal, con independencia del lugar de residencia; y aumentar así la satisfacción de los profesionales, pacientes y familias, según el motivo declarado por la consejera.

De acuerdo con los últimos datos del Registro de Enfermos Renales de Cataluña, en 2006 hubo 903 nuevos casos de insuficiencia renal terminal. La prevalencia se situó en 7.596 pacientes, de los que 3.548 (el 46,7 por ciento) recibían tratamiento de hemodiálisis, un 3,4 por ciento de diálisis peritoneal y un 49,9 por ciento, había recibido un trasplante. El año pasado se contabilizaron 471 trasplantes de riñón en la comunidad autónoma.

En cuanto a los recursos, Cataluña dispone de diez servicios de Nefrología (selección disponen también de una unidad de trasplante renal), nueve unidades de asistencia neurológica y 25 centros y unidades de diálisis.

La implantación del nuevo plan se realizará tras la aprobación de dos decretos, ahora en fase de tramitación; uno versa sobre los requisitos técnicos de autorización de los centros de diálisis, y otro, sobre los estándares de calidad que ofrecen atención nefrológica de cobertura pública, que también define los niveles asistenciales, la cartera de servicios, los criterios de planificación y las vías de coordinación.

Entre los objetivos del plan figura incrementar la diálisis peritoneal a domicilio y aumentar el acceso al tratamiento de la fistula arteriovenosa.

## POLÉMICA EN TARRAGONA

La presentación del borrador de los elementos estratégicos y operativos del Plan de innovación en atención primaria coincide con la polémica en Tarragona por el posible traspaso de la gestión de todos los centros del primer nivel asistencial del Bajo Campo del Instituto Catalán de la Salud (ICS) a la empresa pública Grupo de Asistencia Sanitaria y Social (Sagessa), vinculada al Ayuntamiento de Reus, que ya gestiona atención hospitalaria, primaria, sociosanitaria, social y educativa en la zona. Profesionales afectados por este proyecto han hecho público un

manifiesto en el que ponen en duda su legalidad y muestran su rechazo porque, a su juicio, la medida "pondría en peligro la gestión pública que hasta ahora se ha estado realizando en el ICS atendiendo a criterios de equidad, calidad, eficiencia, eficiencia y sostenibilidad, y no sólo guiados por criterios de coste/beneficio". El sindicato Médico de Cataluña ha expresado ya al Departamento de Salud de la Generalitat su rechazo a este proyecto si previamente la Administración no abre un proceso de diálogo con los facultativos afectados.

## POLÍTICA

## La aportación del PSOE al Pacto por la Sanidad, lista en abril

J. M. J.

Tres meses después de su puesta en marcha (ver DM del 5-XI-2008), los grupos de trabajo creados por la Secretaría de Bienestar Social del Partido Socialista para favorecer el Pacto de Estado por la Sanidad han anunciado que harán público un documento con sus conclusiones a mediados de abril.

Así lo ha confirmado a DM Alberto Fidalgo, portavoz de Sanidad del PSOE en el Congreso de los Diputados, que, como coordinador de los equipos, ha señalado que "todavía no podemos extraer unas conclusiones definitivas de nuestra actividad, pero sí estamos en condiciones de afirmar que daremos prioridad a cuestiones como la unificación de los calendarios vacacionales en el Sistema Nacional de Salud y la puesta en marcha de normativas que limiten las listas de espera y mejoren la planificación y la gestión de los recursos humanos y materiales en todos los servicios de salud".

Los socialistas plantean que la consecución de estos objetivos sólo tiene sentido desde la perspectiva de la gestión pública, "que es la base del sistema sanitario", y consideran importante que los grupos parlamentarios trabajen de forma interna como está haciendo el PSOE "para posicionarse sobre la propuesta realizada por el Ministerio de Sanidad (ver DM del 1-X-2008) y poder añadir contenidos de valor a este acuerdo institucional".

## Prioridad

La secretaria de Bienestar Social del partido, Mariel Pérez, ha manifestado que "la sanidad es una prioridad en la articulación de nuestras políticas sociales. Tenemos un compromiso y una responsabilidad enorme en seguir consolidando, fortaleciendo y modernizando nuestro sistema sanitario público" (ver DM del 10-XI-2008).

I+D LOS AUTORES DEL BORRADOR COMENTAN SUS CLAVES, FUNDAMENTADAS EN EL CSIC

## Unificar las escalas laborales, mayor reto de la Ley de Ciencia

→ La equiparación de las categorías profesionales de los investigadores en los OPI tomando como referencia el modelo del Consejo Superior de In-

vestigaciones Científicas es, según algunos autores del borrador, el principal desafío de la nueva Ley de la Ciencia.

■ José Mª Juárez

Falta un mes y cinco días para que entre la primavera, estación del año en la que el Parlamento iniciará la tramitación de la nueva Ley de la Ciencia, según la ministra de Ciencia e Innovación, Cristina Garmendia (ver DM del 13-II-2009).

Antes de que la norma sea sometida a la votación de los grupos políticos, será analizada por los técnicos del ministerio y los agentes sociales. Además, Garmendia deberá elaborar la memoria económica de la ley y negociar con otros departamentos, como los de Administraciones Públicas y Economía, la remodelación de regulaciones como la de extranjería, que, de salir adelante el último borrador consentido por los expertos, debería modificarse para facilitar la movilidad de los investigadores.

Varios miembros del grupo de trabajo que ha elaborado el texto preliminar han comentado a DM su satisfacción por el documento que han entregado a la ministra, especialmente por la conversión de los organismos públicos de investigación (OPI) en agencias esta-



Rafael Rodrigo, presidente del CSIC.

tales y por los cambios que propone en materia de recursos humanos -la homogeneización de las escalas y la posibilidad de firmar contratos indefinidos-, aunque reconocen que son transformaciones que costará tiempo llevar a la práctica.

¿Por qué lo consideran tan complicado? En el caso de los OPI, el periodo de dos

años del que dispondrá el Gobierno desde la entrada en vigor de la norma es considerado razonable, pero el supuesto de la equiparación de las categorías científicas y técnicas genera algunas dudas por la gran diversidad de categorías existente.

Se trata del mayor reto de la nueva ley a su juicio, una valoración en la que han

coincido con Rafael Rodrigo, presidente del CSIC.

## Coordinación

Rodrigo considera que el borrador aporta soluciones a la totalidad de los problemas de la investigación española y cree que la coordinación interministerial resulta fundamental "para aplicar la nueva norma, ser competitivos internacionalmente y atraer el talento que hasta ahora no hemos aprovechado por nuestras condiciones laborales".

Reconoce además que la regulación de las cuestiones fundamentales de la innovación en el esbozo es muy similar a la que presenta el CSIC y plantea que su idea es continuar con la transformación del consejo en agencia estatal a la misma velocidad que se desarrolle la ley, "aunque sí podemos, iremos más rápido para que nuestras experiencias, positivas y negativas, sirvan de referencia al resto de OPI".

DIARIO MEDICO.COM

Consulta más noticias sobre el borrador de la nueva Ley de la Ciencia en nuestro portal web

## PAÍS VASCO

## Inclán sitúa la Biomedicina como motor socioeconómico de la comunidad

■ Redacción

La Biomedicina como un sector estratégico, motor de la economía y clave para el asentamiento de la Medicina Individualizada ha sido el concepto que ha defendido Gabriel María Inclán, consejero de Sanidad del País Vasco, en el discurso inaugural de la jornada Impacto de la I+D+i en Biomedicina, organizada por la Fundación Bimberg, el Instituto Roche y el Gobierno vasco.

El eje ha sido la ciencia y cómo aplicarla a la mejora de la salud humana: "Ambas cosas trascienden las iniciativas individuales y las estrategias de instituciones y empresas, incluso las encrucijadas de mercados e intereses sectoriales, para terminar formando parte de las políticas gubernamentales".

Por último, ha subrayado que el mundo sanitario es también "proveedor de I+D y un socio imprescindible en el desarrollo socioeconómico del país". Prueba de ello es que "la sanidad vasca tiene más de 400 proyectos de investigación activos, por un valor de casi 21 millones de euros". Y es que "la investigación científica es una herramienta de mejora de la asistencia y una autoexigencia intelectual de nuestros especialistas".

CATALUÑA RECOGE UNA REFORMA QUE AFECTA A TODOS LOS PROVEEDORES DEL SISTEMA

## La patronal UCH propone ampliar el plazo de debate sobre el Plan de Innovación en la Atención Primaria

■ Carmen Fernández Barcelona

La patronal mayoritaria Unión Catalana de Hospitales (UCH) cree necesario ampliar la representación en el consejo responsable del Plan de Innovación de atención primaria y salud comunitaria (ver DM del miércoles) y el plazo de debate sobre este proyecto porque en el último borrador se recoge una reforma de profundo calado para el conjunto del sistema sanitario autonómico como es la propuesta de integrar todos los centros sanitarios y sociosanitarios y todos los profesionales bajo comunidades locales o territoriales (ver DM del 11-II-2009).

Según ha explicado Roser Fernández, directora de la

UCH, "si realmente el plan avanza en esta línea habría que revisar la gente que hay en el consejo asesor porque una reflexión de este tipo no la pueden hacer sólo los representantes de la atención primaria. Hay que ser muy cautos y no precipitarse a la hora de crear nuevos conceptos, y más cuando aún no sabemos cómo quedarán los gobiernos territoriales de salud".

Fernández, además, ha recordado que el Servicio Catalán de la Salud (CatSalut) tiene instrumentos para lograr la integración sin tener que recurrir a crear más estructuras sanitarias de las que ya hay.

Joan Ferré, director del CHC, por su parte, ha anun-

ciado que presentarán alegaciones al plan tendientes a lograr que el liderazgo de una reforma de este tipo recaiga en el CatSalut, como comprador de servicios, y en en las organizaciones proveedoras. "Hay que reforzar el papel de las entidades proveedoras porque si se da el protagonismo a los profesionales posiblemente será más difícil implementar un plan de este tipo", ha dicho.

## La Camfic lo apoya

La Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria (Camfic) apoya la actual redacción del plan, al que ha podido hacer aportaciones desde que empezó a elaborarse en 2007, pero echa en falta que se aborde

en él también la asignación y redistribución de recursos por el conjunto del sistema.

Según ha explicado Josep Espinasa, vocal de comunicación de la sociedad científica, "el plan, sin buscar segundas intenciones ni prejuicios, nos parece bien; recoge por primera vez por escrito cosas que venimos pidiendo desde hace años". En cuanto a las comunidades sanitarias locales, Espinasa ha afirmado que el objetivo es lograr que todos los recursos de una misma zona funcionen coordinada y armónicamente, evitando las polémicas generadas por las gerencias únicas o gerencias territoriales en las que quien manda es un gestor hospitalario.



Roser Fernández.

Francisco Ridau, presidente de Atención Primaria de Médicos de Cataluña, ha explicado que, a falta de conocer en detalle el plan, no ven claro que vaya a resolver los problemas de primaria. "Descentralizar está bien, pero con eso, ¿qué hacemos? de momento, ese plan suena a humo, y si se aplica habrá que ver cómo, porque no concreta nada", ha declarado.

GALICIA PÉREZ TOURIÑO CUMPLE ASÍ UN COMPROMISO DE GOBIERNO

## La Xunta licita dos centros a 15 días de los comicios

→ El Consejo de la Xunta ha aprobado la licitación de las obras de los nuevos centros de Vigo y Pontevedra, cumpliendo así un compromiso de gobierno a tan sólo dos semanas de las elecciones autonómicas.

■ María R. Lago  
Vigo  
Las expropiaciones para la construcción de los nuevos hospitales de Vigo y Pontevedra fueron aprobadas en el último Consejo de la Xunta, a dos semanas de las próximas elecciones autonómicas. Además, el presidente, Emilio Pérez Touriño, anunció la inminente licitación de las obras y consideró que así se cumple "un compromiso de gobierno que cambia la perspectiva de la atención sanitaria en el sur de Galicia".

Estos dos hospitales son de enorme trascendencia en Galicia, pues las actuales infraestructuras hospitalarias han venido demostrando desde hace años que son claramente insuficientes para atender la demanda de las áreas sanitarias de Vigo y Pontevedra. La materialización de ambos proyectos es

una importante asignatura pendiente tanto del anterior Gobierno del Partido Popular como del actual, en manos de socialistas y nacionalistas.

El Consejo de Gobierno también ha aprobado en su última reunión el proyecto sectorial de incidencia supramunicipal para el nuevo hospital de Vigo y la urgente ocupación de los bienes y derechos afectados por estas obras y por las de Pontevedra. Touriño aseguró que la licitación y contratación de los trabajos de construcción de ambos proyectos tendrá lugar en los próximos meses.

El máximo mandatario gallego ha querido incidir en que hace aproximadamente un año su Gobierno aprobó la declaración de incidencia supramunicipal del hospital de Vigo, como fér-

mula para "acortar plazos, ganar tiempo y acometer cuanto antes la licitación y la puesta en marcha de las obras". La Xunta invertirá 390 millones de euros para hacer un hospital que tendrá más de 1.500 camas, "el mayor de toda la comunidad, de España y de los que se están proyectando en la Unión Europea".

Con respecto al hospital único de Pontevedra, el jefe del Gobierno gallego ha incidido en que "aumenta en 217 las camas y triplica la superficie".

**Plan de Infraestructuras**  
La Consejería de Sanidad regional llevó al mismo Consejo de la Xunta un informe sobre el Plan Director de Infraestructuras Sanitarias de Galicia, dotado con una previsión económica de 1.300 millones de euros. En este



Emilio Pérez Touriño.

Los proyectos son una importante asignatura pendiente tanto del anterior Gobierno del PP como del actual, en manos de socialistas y nacionalistas

sentido, Touriño recaló que con el impulso de estos dos hospitales, este plan "quedará en un nivel de ejecución próximo al 50 por ciento, que aumentará con la licitación en este mismo mes de una de las fases de ampliación del Complejo Hospitalario de La Coruña". Concretamente, 30 de los 244 millones de euros asignados a La Coruña se licitarán en febrero.

ADICIONES SEGÚN HA AFIRMADO LA OMS

## La visibilidad de las drogas ilegales no debe ocultar el impacto de las legales

■ E. Mezquita Valencia

En palabras de Benedetto Saraceno, director del Departamento de Salud Mental y Toxicomanías de la Organización Mundial de la Salud (OMS), "aunque desde el punto de vista del imaginario colectivo, las drogas ilícitas son las que más impresionan, no debemos olvidar que el mayor impacto sobre la salud pública se debe al alcohol".

Saraceno, participando en una jornada sobre drogodependencias organizada por la Consejería de Sanidad de la Comunidad Valenciana y la Fundación Valenciana de Estudios Avanzados, ha recordado que "la contribución del alcohol a la carga de morbilidad es del 4 por ciento, mientras que la de las sustancias ilícitas es inferior al uno por ciento". En esta línea, ha remarcado que "la OMS está especialmente alarmada por el aumento del consumo entre jóvenes y mujeres", sin olvidar

La OMS se muestra especialmente alarmada por el aumento del consumo de drogas ilegales entre jóvenes y mujeres

otro producto tan dañino y socialmente admitido: el tabaco. A la hora de afrontar las amenazas en este terreno, Saraceno ha puesto como ejemplo el Observatorio de Drogodependencias creado recientemente en esta autonomía (ver DM del 11-XII-2008), "ya que permite apreciar mejor los movimientos epidemiológicos de consumo e identificar cuáles son los grupos de riesgo".

En el ámbito de la salud mental, los principales desafíos a corto y medio plazo "serán la depresión, la demencia y los problemas de desarrollo intelectual de niños y adolescentes".

TRIBUNA EL ÚLTIMO BORRADOR DEL PROYECTO RECOGE UNA REFORMA QUE RESULTA FUNDAMENTAL PARA LA SANIDAD AUTONÓMICA

## El Plan de AP catalán requiere debate político

→ El economista Pere Ibern recuerda que la integración de todos los servicios sanitarios y profesionales que se recoge en el último borrador del Plan de Innovación en Atención Primaria de Cataluña es una medida de gran

trascendencia que ha resultado incierta en Gran Bretaña y que, además, excede al primer nivel asistencial, por lo que convendría contar con la opinión del conjunto del sistema sanitario y fuerzas políticas.



PERE IBERN  
Profesor de la  
Universidad Pompeu  
Fabra de Barcelona

Posiblemente haya formas más exitosas de reforma, pero esta es una forma singular y desconocida en la política sanitaria comparada

El nuevo contexto económico lleva necesariamente a redefinir las prioridades políticas y los recursos necesarios para su consecución. Y en una política sanitaria donde el eje principal de discusión han sido los aspectos de financiación, ahora cobra mayor interés la revisión de los modelos organizativos y de gestión. La cuestión de si necesitamos más recursos o mejor gestión en los servicios de salud se decantará definitivamente por lo segundo, porque las posibilidades de conseguir lo primero se han diluido como azucarillo en un café.

La capacidad que tenemos de evaluar aquellos modelos organizativos en sanidad que consiguen mejores resultados ha sido escasa. Y precisamente ahora en este nuevo entorno hay motivos para cambiar la situación. Incluso antes de evaluar las formas organizativas podríamos describirlas, categorizarlas en dos ámbitos tal y como nos propone la economía de la organización: coordinación e incentivos. Tomar decisiones en una organización requiere coordinación, lo que implica determinar quién decide qué y quién hace qué (asignación de derechos de decisión y tareas). La necesidad de motivación para que los distintos actores se comporten como se desea obliga a definir reglas de juego y un entorno que favorezcan la consecución de objetivos.

El argumento de la necesidad de coordinación entre la atención primaria y especializada ha estado repetido constantemente. A pesar de ello, queda un largo camino por recorrer y lo sabemos. ¿Cuál es este camino? Mientras unos se preguntan quién debe asumir tal función de coordinación, lo que corresponde es redefinir la organización de los servicios bajo un nuevo esquema de integración asistencial. Se trata de un modelo orga-

nizativo con una asignación de derechos de decisión y tareas distintas, con unos incentivos claros a la integración funcional y clínica. El motivo y la necesidad de la integración asistencial evitan precisamente coordinar niveles asistenciales para integrarlos en un entorno de continuidad de la asistencia. Ya hace quince años que finalizó el *Health Systems Integration Study*, que permitió comprender cómo podía llevarse a cabo de forma efectiva un modelo organizativo alternativo (otros estudios no han hecho sino corroborarlo posteriormente).

Al lado de las realidades de integración asistencial, podemos encontrar experimentos erráticos como el *fundholding* o los *primary care trusts* británicos. El primero tuvo que suprimirse justo a la llegada del Gobierno Blair, y el segundo es motivo de controversia continuada. Recientemente, un informe gubernamental explica los déficits de capacidad de gestión y las dificultades en la fórmula de asignación de recursos.

Pero más allá de estas realidades lejanas, hay otras más próximas como el *Plan de Innovación de Atención Primaria que se medita en Cataluña* (ver DM de 11-II-2009). Su objetivo es hacer que la primaria sea un núcleo vertebrador de los servicios de salud y crea un concepto de salud comunitaria y un nivel de gestión nuevo con un director ejecutivo en cada gobierno territorial de salud. Más allá de entrar en los detalles, que por supuesto son importantes, conviene algunas reflexiones profundas: en primer lugar, la oportunidad. Superar la fragmentación asistencial es necesario y posible. Hay ejemplos que ya lo han conseguido en Cataluña y que este plan, en lugar de aprovecharlos, puede diluirlos. En segundo lugar, el contexto. Bajo el título de Plan

de Innovación de Atención Primaria aparece una aspiración de reforma organizativa profunda de la sanidad catalana. Posiblemente haya otras formas más exitosas de reforma sanitaria, pero esta es una forma singular y desconocida en la política sanitaria comparada.

En tercer lugar, las reglas de juego. Toda legislación permanece hasta que es derogada. Resulta complejo admitir el ensayo con una Ley de Ordenación Sanitaria y con unos gobiernos territoriales en salud que, por decreto, no tienen asignado presupuesto. Surgen nuevos costes administrativos y niveles burocráticos adicionales, mientras no se detalla la transformación necesaria de lo existente.

En cuarto lugar, la asignación de recursos. Las mejoras en la forma como se distribuyen los recursos en función de las necesidades son necesarias, pero al mismo tiempo en toda cuestión de incentivos, la cautela y prudencia se impone. La asignación capicitativa poblacional puede y debe convivir con la asignación transparente en función de actividad y resultados.

Un ejercicio de reforma sanitaria responsable surge de la capacidad de convencer y consensuar con los actores del sistema sanitario sobre las oportunidades que se abren si se avanza en una dirección compartida. Este plan, que es reforma, nace con sus propias limitaciones. La posibilidad de superarlo está en situarlo en el entorno parlamentario en la medida que supone un cambio fundamental en la sanidad catalana tal como la hemos conocido. Coincide en el tiempo que el Congreso de los Diputados acaba de asumir el debate del Pacto Sanitario; en Cataluña el Plan de Innovación de Atención Primaria podría tomar ejemplo.



TRIBUNA LA REFORMA DEL SISTEMA DEBE DICTARLA EL CATSALUT

# Alcaldes y gerentes no deben liderar la sanidad

→ El proyecto de Plan de Innovación en Primaria refuerza la tendencia de la Administración sanitaria catalana a dejar el gobierno de la sanidad en manos de alcaldes y gestores; algo erróneo, según el autor.



**JOAN GENÉ**  
Membro de la Comisión Permanente del Plan de Innovación de Atención Primaria en representación de la Universidad de Barcelona

**El liderazgo efectivo de planificación y ordenación debe recaer en el CatSalut. Ésto no puede seguir limitándose a repartir el presupuesto y a delegar decisiones en proveedores**

**El Plan de Innovación en Atención Primaria sólo se implementará si logra el soporte de profesionales y pacientes. Políticos y gestores parecen poco entusiasmados con el cambio**

En salud, la falta de innovación comporta inevitablemente un retroceso. Algunas de las buenas ideas de los años ochenta y los noventa que marcaron el carácter diferencial del modelo catalán ya no son válidas para empezar la segunda década del siglo XXI: ahora las patologías crónicas se han convertido en el principal problema y son las máximas responsables del consumo sanitario. Sin embargo, nuestro sistema sigue orientado a la patología aguda. Entendemos la atención primaria como la puerta de entrada, el hospital como el centro de la asistencia y el sociosanitario como la salida; un círculo fácil de comprender, pero totalmente desajustado de la realidad.

En el Reino Unido el 70 por ciento de los pacientes crónicos que acudían repetidamente a urgencias y que reiteradamente ingresaban, no eran ni conocidos ni seguidos por sus médicos de familia; nosotros ni siquiera disponemos de indicadores para valorar su atención. Estas enfermedades complejas únicamente son abordables desde una política de integración de servicios, aprovechando las nuevas tecnologías, utilizando las nuevas profesiones sanitarias y creando nuevos servicios en la comunidad.

Desgraciadamente la palabra integración tiene mala prensa en primaria, ya que los hospitales la han empleado para absorber el primer nivel con el fin de optimizar su cuenta de resultados. Justamente, tal como señala Chris Ham, esta integración vertical de la gestión es la peor forma de conseguir la integración asistencial por las resistencias que genera en la comunidad.

El modelo catalán ha de estructurarse a partir de las necesidades de los ciudadanos y no de las demandas de usuarios e intereses de hospitales. Los pacientes han de disponer de más información, mayor capacidad de elección y, por otra parte, han de asumir más responsabilidad sobre su salud. Los centros sanitarios han de proveer proactivamente la atención que precisa cada segmento de la población y no responder exclusivamente a la demanda de los servicios

que tienen instalados.

Este cambio del paradigma asistencial, necesario para afrontar la nueva realidad, no lo liderarán nunca los gestores de los centros sanitarios ni los políticos locales. Justamente por este motivo los sistemas de salud, como el catalán, separaron la planificación y la compra de la provisión de servicios.

Los alcaldes de los municipios, por la naturaleza de su cargo, no pueden aplicar el principio elemental en salud pública de "piensa globalmente y actúa localmente". Los gerentes de los centros asistenciales trabajan para mantener la supervivencia de su organización, objetivo que en este momento no coincide con las necesidades de la población.

Por ello, el liderazgo efectivo de la planificación y de la ordenación de la asistencia debe recaer en el Servicio Catalán de la Salud (CatSalut). Éste no puede seguir limitándose a repartir el presupuesto y a delegar las decisiones sobre inversiones y ordenación de la asistencia a los proveedores. Los obvios conflictos de interés de alcaldes y gestores impiden que sigan animando el liderazgo de la atención a la salud de su territorio. No pueden dirigir el cambio que ahora precisamos.

## En sentido contrario

El proyecto de Plan de Innovación de Atención Primaria catalán apuesta por este nuevo liderazgo del CatSalut apoyado en la colaboración leal de profesionales y pacientes. Desgraciadamente, Cataluña sigue avanzando en sentido contrario. Tanto el Instituto Catalán de la Salud (ICS) como el resto de proveedores siguen promoviendo la gestión territorial desde la provisión; existen múltiples plataformas que intentan integrar sin conseguirlo la información clínica; no disponemos de guías de práctica clínica unificadas; los pacientes siguen cautivos de la especializada y el CatSalut delega en alcaldes y proveedores el gobierno.

El plan de innovación sólo se implementará si logra el soporte de profesionales y pacientes. Políticos y gestores parecen poco entusiasmados con el cambio propuesto.