

[I ENCUENTRO DE RISS]

SERGIO MINUÉ LORENZO:

Médico de familia, profesor de la Escuela Andaluza de Salud Pública y coordinador de la Red Colaborativa de Atención Primaria de la Salud de la OPS, participó del encuentro en ISALUD, donde analizó los desafíos de la atención primaria en la región

“AMÉRICA LATINA INTENTA INTEGRAR LO QUE ESTÁ ROTO”

Es médico de familia por vocación, como le gusta decir en su presentación, y profesor de la Escuela Andaluza de Salud Pública (“de las pocas que ya quedan en España”, asegura) y reivindica el valor de los buenos profesionales debidamente capacitados. Cree que en estos tiempos de cambios “se le ha dado más importancia a la enfermedad que al enfermo”. En esa lucha está Sergio Minué Lorenzo mientras coordina el proyecto de Red Colaborativa de Atención Primaria de la Salud de la OPS, destinada a compartir experiencias de comunidades de práctica en toda la región latinoamericana. Su participación en el I Encuentro Presencial de Líderes de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), resultó enriquecedora.

–¿Cuál es su primera impresión de este primer encuentro sobre las RISS?

–La primera reflexión que yo me haría es saber de qué hablamos cuando lo hacemos de redes o de atención primaria de la salud, porque en los primeros

niveles de atención la diversidad en la composición es tan enorme que, según sea el país, algunos cuentan con especialistas y otros no. Pero a pesar del corto tiempo recorrido el modelo sobre el cual estamos trabajando tiene la suficiente rigurosidad como para seguir avanzando y al mismo tiempo posee la flexibilidad para que cada país pueda encontrarse cómodo dentro de él, a diferencia de otras épocas donde había modelos muy buenos desde el punto de vista de sus diseños metodológicos pero imposibles de aplicar en algún otro sistema sanitario. La gran innovación que supone el modelo de RISS de la OPS es que resulta un modelo de referencia que es compatible con cualquier modelo y la cuestión es hacia dónde uno camina dentro de ese modelo.

–¿Hay experiencias que puedan servir de referencia?

–No es por mencionar a una en particular, pero me han gustado mucho las iniciativas que se están haciendo en diferentes países sobre modelos de gobernanza, en otros me gustan los modelos de colaboración entre profesionales de un nivel asistencial y otro, hasta las formas que tienen de estimular la participación de los usuarios o

la toma de decisiones con las comunidades. Así que no es tanto que haya un país de referencia, sino que en realidad todos están avanzando en una misma dirección, pero con experiencias absolutamente incomparables. No es lo mismo el sistema uruguayo que el argentino, y los avances están en relación a la situación de cada país, hay quienes avanzan a una velocidad increíble (Uruguay), muchos hicieron cambios en poco tiempo (Ecuador y Chile) y otros intentan un modelo de desarrollo integral (Brasil). Se está trabajando muy bien, pero no hay un modelo en particular.

–¿Cómo ha sido el caso español en relación a las redes?

–En España tenemos una gran ventaja y es que nuestro sistema nacional de salud no tiene los problemas de América latina en cuanto a la fragmentación. Sí, enfrentamos problemas por falta de coordinación entre los proveedores de los niveles asistenciales, pero el hecho de que sea un sistema integrado, que la provisión sea pública, y que todos dependan de la misma organización facilita muchas cosas. Ahora los problemas en cuanto a la coordinación entre profesionales y niveles son exactamente iguales que en cual-



En España tenemos una gran ventaja y es que nuestro sistema nacional de salud no tiene los problemas de América latina en cuanto a la fragmentación. Hay problemas de coordinación entre los niveles asistenciales, pero el hecho de que sea un sistema integrado, que la provisión sea pública, y que todos dependan de la misma organización facilita muchas cosas

quier otro país porque eso depende de las personas, si quieren colaborar o no. España tiene ahora un problema que no lo es desde el punto de vista interno de cada uno de los servicios, pero el país cuenta con 17 servicios sanitarios, de tal manera que no estamos fragmentados dentro de cada servicio pero sí en el conjunto del país tenemos un sistema andaluz y otro catalán, por ejemplo, que no se hablan entre sí. Por lo que un usuario de Andalucía o Catalunya, si se va de vacaciones a una comunidad autónoma y debe hacer una visita al médico, éste no puede acceder a la información clínica para saber que le están haciendo al paciente en el lugar que ha nacido. Hay allí un problema grande de fragmentación.

–¿Y cómo se soluciona?

–Tenemos un problema enorme de falta de rectoría porque en el momento que se produjo la descentralización a las regiones, a las comunidades autónomas para que gestionaran todas las competencias en materia de sanidad y

de salud, se perdió la oportunidad de establecer órganos de coordinación y rectoría fuertes y potentes. No tenemos un órgano de rectoría a nivel nacional, en consecuencia, dependemos de la buena o mala voluntad, como en muchas ocasiones cuando se depende del equilibrio de fuerzas entre partidos políticos, pues si el Gobierno es de determinado signo y las comunidades autónomas son del signo contrario, entonces no se llega a un acuerdo y viceversa. Se están haciendo intentos por hacer compatibles los sistemas de información, las historias clínicas electrónicas y la tarjeta sanitaria, pero la falta de rectoría es un problema grave en España.

–¿Qué ha querido decir al señalar que el mapa no es el territorio?

–Alguien dijo que la función del médico general es hacer de puente entre el mapa y el territorio. Hay que adaptar ese mapa a una realidad, a un sufrimiento. Los modelos de gobernanza son también muy distintos y como

dije, el papel de rectoría es clave en las redes. Un tercio del gasto sanitario en Estados Unidos, según el Instituto de Medicina Americana, es despilfarro, es decir que se podrían haber utilizado recursos para otro fin y salir mejor. Además, con el envejecimiento progresivo de la población los sistemas de salud van a estar más abocados a una mayor demanda porque habrá más gente requiriendo de más servicios, hay países que tienen costos de medicamentos totalmente desorbitados respecto a otros, acostumbramos a que el usuario vaya a los controles para que sea atendido de dolencias inexistentes, es decir, convertimos a cualquier persona en un enfermo y lo que necesitamos es no generar servicios innecesarios. Está demostrado que un sistema sanitario basado en la atención primaria es más eficiente que un sistema que no lo tiene, sufre menos gastos y logra una mayor equidad.

–¿Cuál es la mayor complejidad que observa en la región?

–Sin duda, la fragmentación que tienen los sistemas, cuando lo veo pienso en qué suerte tengo al no trabajar en un sistema tan complicado y eso me parece un reto descomunal. Aspirar a lograr un Manual de Buenas Prácticas serviría mucho sobre todo en dos aspectos: contar con una especie de marco general en el que vamos analizando qué hacemos y luego de tener la posibilidad de compartir experiencias, sean buenas o malas, y que se las comparta por internet o se publique en un manual, que es mejor aún. Es enorme y difícil la integración, pero al mismo tiempo lo que me fascina, maravilla y hasta me da envidia de Latinoamérica es que pese a esa realidad tan compleja está dando pasos muy sensatos y valientes, para en tan poco tiempo continuar en ese intento de integrar lo que está roto. [U](#)