



CONGRESO DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD PORTUGUÉS

DISCURSO DE IGNACIO PARA RODRÍGUEZ-SANTANA

Presidente de la Fundación Bamberg

COIMBRA, 25 Y 26 DE MARZO 2010

Excelentísimas e ilustrísimas personalidades nacionales e internacionales que nos acompañan, es para mí un honor participar en este Congreso del Sistema nacional de Salud de Portugal, y también una satisfacción compartir esta mesa de debate con tan distinguidos asistentes.

Queridos amigos:

En España, los servicios sociales y la atención a la dependencia se han venido prestando a **través de los Ayuntamientos**, con poca y a veces nula coordinación con los servicios de salud. Pero, sin embargo si se ha ido forjando en los últimos años la idea de que estos servicios deben estar muy relacionados y coordinados, sobre todo en el contexto actual de alargamiento de la vida, envejecimiento de la población y cronificación de enfermedades antes mortales.

En este contexto, algunas Comunidades autónomas, como Extremadura y Castilla La Mancha, y el mismo Ministerio de Sanidad han **fusionado las responsabilidades relacionadas con la salud y la dependencia e incluso de bienestar** en un solo ministerio. Así nacen la Consejería de salud y Dependencia de Extremadura, La Consejería de Salud y Bienestar Social de Castilla La Mancha y el propio Ministerio de Sanidad y Consumo, que pasa a llamarse Ministerio de Sanidad y Política Social.

El Gobierno actual promovió **La Ley de Dependencia**, que fue aprobada por el parlamento español en diciembre del 2006, la cual es una Ley Universal a la que tienen derecho todos los ciudadanos y ciudadanas españoles que no pueden valerse por sí mismos por encontrarse en situación de dependencia. Con esta Ley nace el cuarto pilar del Estado de Bienestar, que configura el Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia.

A través de esta ley se pretende alcanzar la autonomía personal de las personas dependientes y de sus cuidadores para lo que el Estado y las Comunidades Autónomas, se deben dotar de recursos para atender las

prestaciones a los que pueden acceder todas aquellas personas que cumplan los requisitos establecidos en la Ley de Dependencia.

Esta ley sienta las bases para construir el futuro Sistema Nacional de Atención a la Dependencia, que financiará los servicios que necesitan las personas dependientes, bien por sufrir una enfermedad o accidente o al llegar a la vejez. Pero este sistema está por construir.

La Ley establece tres tipos de dependencia: Grado I. Dependencia moderada; Grado II. Dependencia severa; Grado III. Gran dependencia.

El Estado aportará más de 12.638 millones de euros desde 2007 hasta el 2015. El primer año con 400 millones, ascendiendo anualmente esta cifra hasta sumar 2.212 millones en 2015. Las comunidades autónomas deberán aportar las mismas cantidades. Los usuarios sufragarán el 35% del total en función de su renta. Sin embargo, si una familia puede pagar el 90% del coste de una residencia, así deberá hacerlo.

Pero para su aplicación es necesario crear la oferta de servicios que generará esta demanda, residencias, centros de día y servicios de asistencia domiciliaria, impulsados por las Comunidades Autónomas y los Municipios.

La implantación de este Sistema Nacional de Atención a la Dependencia está resultando muy complicada al intervenir tres administraciones del Estado: la Administración Central, la Autonómica y la Local tanto en su financiación como en su ejecución; máxime en la crisis económica en la que nos encontramos.

Creo que esta ley, por sí sola se queda corta y debe de integrarse en el contexto general de la atención de la salud. Debe haber un enfoque más amplio y global que permita de los mayores con patologías tengan que quedarse en los hospitales de agudos porque no hay donde llevarles, porque viven solos, porque no tienen asistencia.

Necesitamos una nueva organización de los Sistemas de Gestión de la Salud centrada en el ciudadano, un nuevo modelo de gestión de la salud, que supere los modelos de gestión sanitaria y asistencial actuales. En estos últimos años prácticamente todas las autoridades y expertos sanitarios han estado expresando la necesidad de continuum asistencial, de integración entre la asistencia primaria y la especializada, de la gerencia única del área de salud.

Desde hace tiempo se viene promoviendo en diferentes foros la *disease management* o gestión de la enfermedad, la gestión por procesos y una nueva manera de abordar la gestión de crónicos de manera proactiva y personalizada enfocándose en una gestión de casos, dada la prevalencia de pluripatologías en los enfermos crónicos.

Las **Enfermedades Crónicas** son la Prueba de Fuego para los sistemas de salud. Y es necesario concentrarse en este problema porque 7 de cada 10 muertes están relacionadas con la enfermedad crónica; porque el 72% del gasto está relacionado con la enfermedad crónica; porque 2/3 del aumento en el gasto actual se debe al aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas; porque va muy rápido... y porque La mayor parte de las personas mayores tienen más de una enfermedad crónica.

Desde estas posiciones se reclama la necesidad de implicación del paciente en su salud en un ambiente de progresiva formación del paciente a causa de su mayor nivel cultural y su acceso a internet, televisión y otros medios de divulgación sanitaria.

Necesitamos una mayor inversión en las actividades de promoción de la salud y de prevención de las enfermedades, en la gestión proactiva, personalizada, de base poblacional, en la gestión de riesgos personales y profesionales y, en fin, proponiendo una gestión integrada, lo que supone la integración de la salud pública en la práctica asistencial y la integración con la salud mental y la asistencia sociosanitaria.

Para ello, necesario un cambio de la organización de la gestión de la salud que de respuesta a estas necesidades. Un cambio en el que la asistencia primaria pase de ser un medio para gestionar la demanda asistencial, descargando el trabajo de los especialistas y de los hospitales, siendo básicamente un elemento de filtrado, a ser un verdadero director y controlador de la salud de sus vecinos, de su población asignada, incorporando el progresivo reconocimiento de la gran importancia que tienen los hábitos de vida saludables, el enorme valor de la prevención de las enfermedades y del diagnóstico precoz y la introducción de la medicina predictiva. Todo ello pone de relieve la necesidad del médico de “cabecera” (llamado también de “familia”) como artífice del control de la salud de los ciudadanos, a través y como responsable proactivo de su “historia de salud”.

Nos encontramos en una situación grave de crisis económica, engarzada y en parte generada por una crisis de los valores en que se asienta nuestra



civilización y que se trasmite a las relaciones entre profesionales, ciudadanos y pacientes.

Nadie discute en nuestro país que la cobertura universal de la asistencia sanitaria, con cargo a los presupuestos generales, es uno de los pilares básicos de nuestro Estado de Bienestar, algo que prácticamente todos valoramos como irrenunciable.

Habría que integrar la asistencia a la dependencia en el contexto de la gestión de la salud, integrando procesos y responsabilidades, al ser la dependencia una consecuencia más del estado de salud de las personas.

Muchas gracias.