



Hemos avanzado en los sistemas de información, y hemos sido pioneros en el establecimiento de la Receta Electrónica, que ya compartimos con la atención especializada. Sin embargo corremos el riesgo de convertir el principal instrumento de trabajo de antaño, el bolígrafo, por el ratón y teclado. Pantalla que hace de cortina entre nosotros y el paciente. Estamos más preocupados en multi-registrar y buscar el diagnóstico, para alcanzar los objetivos, que en mantener una comunicación adecuada.

### Avances

Se ha avanzado en modelos de informe de salud para diferentes necesidades.

Se han puesto en marcha en algún área de salud las interconsultas “virtuales”, que tienen un aspecto positivo, pues permiten una comunicación fluida con el especialista, pero otros negativos, pues en algunas especialidades hay lista de espera para responder. Cuando uno de los objetivos era mitigar las listas de espera, con lo que supone de peligro para el usuario, pues se cortan otras vías de comunicación que limitan el acceso del paciente a los centros de especialidades, dejando solo abierta la de las urgencias hospitalarias, donde no siempre está el especialista presente. Además, en ocasiones se nos trata como ayudantes del especialista y no como profesionales que formamos parte de un mismo equipo, con responsabilidades compartidas y con unos mismos objetivos. Aún no se han evaluado los resultados.

En muchos centros de salud dedicamos 10 minutos de consulta al paciente, aunque esto suponga aumentar el tiempo total de consulta, para garantizar un mínimo de consultas por día, en detrimento de otras actividades.

La situación no es buena y hay mucho camino por andar para convertir a la Atención Primaria en el eje de nuestro sistema sanitario. ◆

# Ayuntamientos,

¡POR EL CAMBIO

EN LA SANIDAD!

**José J. O'Shanahan Juan**

*Responsable de la Cátedra UNITWIN-UNESCO de Investigación Planificación y Desarrollo de Sistemas Locales de Salud de la ULPGC. Ex Presidente de la International Association of Health Policy*

**E**l momento en que se institucionaliza la Reforma Sanitaria en España podría fijarse en la aprobación de la Ley General de Sanidad en el año 1986, por la cual a los Ayuntamientos y Cabildos se les libera de su obligación a la asistencia sanitaria de la población pobre sin derecho a la seguridad social. Estas personas eran atendidas a través de los

hospitales insulares y psiquiátricos así como por los sanitarios locales que como inspectores y funcionarios de la sanidad local municipal, dependían funcionalmente de los Alcaldes.

A cambio de eximirles de dicha competencia técnico-asistencial, y que suponía una enorme carga para las arcas de estas instituciones, se establece su participación en la planificación y gestión de los recursos sanitarios públicos de salud, en nuestro caso del Servicio Canario de la Salud, a través de los Consejos de Dirección y de Salud de las Áreas de Salud, de ámbito insular, así como de los Consejos de Salud de Zona Básica en el nivel municipal.

**BUENA PARTE DEL CAMINO YA ESTÁ HECHO EN EL PROYECTO DEL III PLAN DE SALUD DE CANARIAS 2015-2017**

### Consejos de dirección

Los Consejos de Dirección constituyen una especie de consejo de administración del sistema público de salud en la isla, con un nivel de participación en la toma de decisiones muy importante y poco conocido. La representación de las corporaciones locales es casi paritaria con el número de vocales del Servicio Canario de la Salud<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> La participación comunitaria en el Servicio Canario de la Salud. [http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/3df69e01-358d-11e3-a0f5-65699e4ff786/DocReferencia8\\_ParticipacionComunitariaEnElSCS4.pdf](http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/3df69e01-358d-11e3-a0f5-65699e4ff786/DocReferencia8_ParticipacionComunitariaEnElSCS4.pdf).



# Cabildos y Sociedad Civil

Entre las trece atribuciones que la Ley de Ordenación Sanitaria de Canarias le otorga a este Consejo de Dirección destacaría como ejemplos algunas como: formular el anteproyecto del Plan de Salud del Área; proponer acuerdos, convenios y conciertos para la prestación de los servicios y el establecimiento de fórmulas de gestión integradas o compartidas con entidades públicas y privadas; proponer al Consejo de Dirección del servicio la relación de puestos de trabajo para la administración del Área; aprobar el estado de cuentas y los documentos de la gestión económica y contable además del anteproyecto de presupuestos de ingresos y gastos anuales del Área o, lo que tendría que ver, por ejemplo con la nueva estrategia para la modernización del modelo de gestión en el sistema nacional de salud, la Gestión Clínica al considerar la función de estudiar, proponer y, en su caso, adoptar medidas para la mejora de la organización y el funcionamiento interno de las distintas unidades.

## Autonomías y la Ley de Ordenación Sanitaria de 1986

Con el desarrollo del Estado de las Autonomías y la Ley de Ordenación Sanitaria de 1986, no se optó por la descentralización de la sanidad hacia los municipios, como muchos otros países del mundo, caso de países escandinavos, Italia, Brasil... sino por su transferencia hacia las Comunidades Autónomas. A cambio, el Estado les cede poder a las corporaciones locales para la participación en el proceso de toma de decisiones en la planificación y gestión del Servicio Canario de la Salud. Sin embargo, esta competencia nunca se ha llegado a hacer realmente efectiva. Las veces en que se han reunido los Consejos de Dirección ha sido "para cumplir" pero nunca ha habido verdadera voluntad política de parte de los gobiernos de la Comunidad Autónoma, ni ha sido demandado por los Cabildos ni Ayuntamientos como manifestábamos en otro artículo, para el ejercicio de dichas competencias. Por cierto que esta cuestión puede ser una referencia para su próximo debate en el seno de la tramitación de la Iniciativa Legislativa Popular por la defensa de la salud y de la sanidad pública en cuanto a la efectiva participación ciudadana que sus proponentes han venido planteando, como condición necesaria en la negociación dentro de la Comisión Parlamentaria en la anterior legislatura.

Por tanto consideramos que se debe asumir que las corporaciones locales están legitimadas y son legalmente competentes para intervenir formalmente en un pacto social por la defensa de la salud y de la sanidad pública con el resto de actores con representación en los Consejos de Salud tales como las organizaciones sindicales, sean o no los acreditados como representativos; los colegios profesionales, asociaciones de pacientes, de vecinos, profesionales sanitarios y demás actores representados en los consejos.

En estos momentos se puede afirmar que una buena parte del camino ya está hecho en el Proyecto del III Plan de Salud de Canarias 2015-2017 con su expediente culminado y aprobado por el Gobierno a finales de enero del 2015 y el desarrollo y resultados de las Conferencias Insulares de Salud referidas.

Todo este proceso participativo podría culminar con la realización, debate y aprobación de los anteproyectos de cada uno de los Planes Insulares de Salud en los Consejos de Dirección y de Salud de las Áreas y el patrocinio, respaldo y refuerzo de una Conferencia de Salud de Canarias realizada desde el Consejo Canario de la Salud.

A partir de ahí, los partidos políticos, en el nivel de decisión que les corresponda en el Parlamento, tomarán en consideración, podrán realizar aportaciones y, en su caso, aprobar definitivamente el III Plan de Salud de Canarias como el comprometido Pacto Social por la Sanidad. De ser así, estaríamos siendo protagonistas de una experiencia innovadora a nivel internacional y tecnológicamente avanzada de modernización de la gestión pública y de gobernanza democrática para la sostenibilidad del sistema sanitario público. ◆

**TODAS LAS CORPORACIONES LOCALES ESTÁN LEGITIMADAS Y SON LEGALMENTE COMPETENTES PARA INTERVENIR EN UN PACTO SOCIAL POR LA DEFENSA DE LA SALUD Y DE LA SANIDAD PÚBLICA**