

NEWSLETTER Diciembre 2013

- **Calidad de vida de los profesionales en el modelo de gestión clínica de Asturias**
- **La sociedad que viene**
- **Does health insurance improve health?: evidence from a randomized community-based insurance rollout in rural Burkina Faso**
- **El liderazgo de los profesionales y la eficiencia del Sistema Nacional de Salud**

CALIDAD DE VIDA DE LOS PROFESIONALES EN EL MODELO DE GESTIÓN CLÍNICA DE ASTURIAS

Carmen Díaz Corte, Óscar Suárez Álvarez, Alejandra Fueyo Gutiérrez, Pablo Mola Caballero de Rodas, Iván Rancaño García, Ana María Sánchez Fernández, Rebeca Suárez Gutiérrez, Carlos Díaz Vázquez

Servicio de Calidad y Gestión Clínica, Servicio de Salud del Principado de Asturias, Oviedo, España

Resumen

Objetivo

Analizar la calidad de vida profesional en el modelo de gestión clínica de Asturias y comprobar si hay diferencias en los centros donde el modelo lleva implantado más tiempo o en función del ámbito asistencial (atención primaria o especializada).

Métodos

Se aplicó el CVP-35 (35 preguntas), anónimo y autocumplimentado, con tres preguntas adicionales. Se realizó un análisis descriptivo, univariado y bivariado, de las preguntas por separado y según las subescalas «Apoyo directivo» (AD), «Cargas de trabajo» (CT) y «Motivación intrínseca» (MI), siendo las principales variables independientes el ámbito asistencial y el tiempo como unidad o área de gestión clínica.

Resultados

De la población de estudio, 2572 profesionales, respondieron 1395 (54%) (el 67% en primaria y 51% en especializada). El 87% llevaba 5 años o más en su puesto. Para el 33% era su primer año en gestión clínica. El ítem con mayor puntuación fue la capacitación para el trabajo ($8,39 \pm 1,42$) y el más bajo los conflictos con los compañeros ($3,23 \pm 2,2$). Primaria obtiene resultados más altos en AD y calidad de vida en el trabajo, y especializada en CT. Respecto a la gestión clínica, las mejores puntuaciones se obtienen en las de 3 años y las peores en las de primer año. Las diferencias son especialmente favorables a la gestión clínica en especializada: las que más tiempo llevan perciben menos CT y más MI y calidad de vida.

Conclusiones

Llevar más tiempo en el modelo de gestión clínica se asocia con mejores percepciones en la calidad de vida profesional, sobre todo en atención especializada.

Gac Sanit.2013;27:502-7 - Vol. 27 Núm.6 DOI: 10.1016/j.gaceta.2013.01.012

Texto completo:

<http://www.gacetasanitaria.org/es/calidad-vida-los-profesionales-el/articulo/S02139111300037X/>

LA SOCIEDAD QUE VIENE

D.A. Bernardini-Zambrini a, ,

a Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina

La etapa histórica abierta a partir de la globalización modificó radicalmente dos aspectos constitutivos de las sociedades, «tiempo» y «espacio», dimensiones cruciales que se han tomado en cuenta para definir su agenda, cumplir objetivos y resolver necesidades.

Al «encogerse» el espacio geográfico como una variable que separaba y dividía a las naciones, también perdieron importancia las fronteras a la hora de pensarlas como límites que custodiaban un espacio cerrado en el que se podían diseñar, sin necesidad de tener en cuenta contextos más amplios.

Ni hablar del tiempo, donde las nuevas tecnologías ponen al alcance de la mano algo hasta hace poco inimaginable. Vivimos la comunicación en una época que se define precisamente como la era de las comunicaciones, caracterizado por el carácter global e interconectado de la realidad que nos toca vivir. Frente a esta nueva coyuntura, tenemos que buscar respuestas sobre la construcción de vínculos (locales, nacionales, globales) en la gestión de políticas públicas como el acceso a la salud, los determinantes sociales, la gestión de la información y la formación de profesionales.

Los médicos de familia entre nuestros recursos, habilidades, destrezas o «tecnologías» tenemos una que nos es propia. La «visión en perspectiva», diferente a la «longitudinalidad». La perspectiva nos permite ver en un contexto amplio, aproximarnos desde una dimensión de referencia macro al análisis de situaciones y así lograr una mejor comprensión. De alguna manera nos posibilita anticiparnos a lo que podría suceder. Parte de esta visión es la que fundamenta la teoría de curso de vida.

La perspectiva bien utilizada debería hacer sonar las alarmas de quienes tienen ante sí la toma de decisión política frente al artículo «Una jubilación entre rejas» publicado en El País recientemente. Un par de datos son suficientes para ello: a) el porcentaje de reclusos mayores de 60 años ha crecido desde los años 1980 llegando al actual 3,5%, y b) el sindicato de funcionarios de prisiones solicitó al Gobierno un plan integral para el tratamiento de los internos mayores.

En otra parte del artículo se afirma: «La enfermería de la prisión pasa a ser una especie de geriátrico [...]». Hasta aquí lo que nos brinda un escrito que expone un submundo, el de los mayores en prisión, como parte de un mundo poco conocido y aprensivo como es el de las prisiones.

Un poco de perspectiva y reflexión

El aumento de la población carcelaria en el mundo viene en continuo aumento, no solo ocurre en España. Aumentó en el 82% de los países de las Américas y 74% de Europa. Según la World Prison Population List de 18 países/territorios de Europa del Sur, España tiene una tasa de encarcelamiento solo superada por Montenegro y Gibraltar. Si miramos un poco más amplio en la UE27 España es superada por Estonia, Letonia, Lituania, República Checa, Polonia y Eslovaquia. Con estos datos regionales, con los datos nacionales presentados en el artículo y

con el envejecimiento poblacional, que es global y muy marcado en España, es de esperar que la tendencia se acentúe.

Ahora bien, ¿qué ocurre en un escenario de crisis económica con las tasas de crimen? Distintas teorías sostienen que la contracción de la economía puede incrementar las tasas de crimen, lo mismo que ocurre con altas tasas de desempleo y los elevados índices de desigualdad. También se menciona la baja inversión en políticas de bienestar social.

Durante las crisis económicas el número de personas en condición de pobreza aumenta y de la experiencia sabemos que las consecuencias sobre el bienestar de la población son negativas. Los indicadores sociales se resienten y con ello los determinantes sociales. El informe «Population and social conditions» de 2012 mostraba que en España cerca del 25% de la población se encuentra en riesgo de exclusión social o de pobreza, país donde las estadísticas nacionales de crimen no suelen ser confiables, fenómeno agravado por el proceso de descentralización.

A 1 de enero de 2011 había en España algo más de 8 millones de personas mayores, representando el 17,4% de la población de España. Según el informe del IMSERSO «Un perfil de las personas mayores en España, 2012», la generación del baby boom de España (1957-1977) que hoy se encuentra en plena edad laboral, comenzara su retiro al aproximarnos al 2020. La combinación de crisis económica con un país de fuerte tendencia demográfica al envejecimiento como España hará que el fenómeno descrito por el artículo de El País muy probablemente se agrave y de una manera significativa.

Pensar y actuar con perspectiva nos permite considerar situaciones y espacios donde hacer el que porvenir sea menos incierto y seguramente menos desigual para todos. Es de alguna manera hacer prevención primaria. Ya alertamos sobre aspectos que escapan a la práctica médica pero que al mismo tiempo la condicionan o condicionarán en un futuro no lejano: las nuevas dinámicas familiares, la transición demográfica de la población y nueva necesidad de cuidados y hasta los vínculos con países vecinos u otras regiones.

La perspectiva, en una de sus acepciones, habla del conjunto de circunstancias que rodean al observador, y que influyen en su percepción o en su juicio. Bajo este considerando da la impresión que estamos ante una necesidad que no ha encontrado respuesta aún. Una respuesta que, como la salud de hoy, debe ser integral y transversal, y que sin dudas a la vista de la situación actual será cada vez más necesaria encontrarle una respuesta que no solo involucre a los profesionales de la salud y las asociaciones que los agrupan sino a la sociedad toda, como el caso de los mayores privados de su libertad.

SEMERGEN, Vol. 39. Núm. 06. Septiembre 2013

DOES HEALTH INSURANCE IMPROVE HEALTH?: EVIDENCE FROM A RANDOMIZED COMMUNITY-BASED INSURANCE ROLLOUT IN RURAL BURKINA FASO

Günther Finka, Harvard School of Public Health, United States

Paul Jacob Robynb, University of Heidelberg, Institute of Public Health, Germany

Ali Siéc, Nouna Health Research Centre, Ministry of Health, Burkina Faso

Rainer Sauerbornb, University of Heidelberg, Institute of Public Health, Germany

Highlights

- In 2004, a community-based insurance (CBI) scheme was introduced in Nouna health district, Burkina Faso.
- We use six years of panel data to evaluate the welfare and health impact of the insurance scheme exploring the random rollout of the program as exogenous source of variation.

- The average reductions in health expenditure among insurance enrollees are small.
- The insurance scheme induced a temporary increase in mortality among older community members.

Abstract

From 2004 to 2006, a community-based health insurance (CBI) scheme was rolled out in Nouna District, Burkina Faso, with the objective of improving access to health services and population health. We explore the random timing of the insurance rollout generated by the stepped wedge cluster-randomized design to evaluate the welfare and health impact of the insurance program. Our results suggest that the insurance had limited effects on average out-of-pocket expenditures in the target areas, but substantially reduced the likelihood of catastrophic health expenditure. The introduction of the insurance scheme did not have any effect on health outcomes for children and young adults, but appears to have increased mortality among individuals aged 65 and older. The negative health effects of the program appear to be primarily driven by the adverse provider incentives generated by the scheme and the resulting decline in the quality of care received by patients.

Journal of Health Economics, Volume 32, Issue 6, December 2013, Pages 1043–1056

EL LIDERAZGO DE LOS PROFESIONALES Y LA EFICIENCIA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Participantes:

Juan Luis Burón Llamazares. Gerente del Complejo Asistencial Universitario de León.
Verónica Casado Vicente. Médico de Atención Primaria. Centro de Salud Parquesol. Valladolid.
Enrique Delgado Ruiz. Gerente de Atención Primaria y Especializada de Soria.
Carlos Fernández Rodríguez. Gerente del Hospital Clínico Universitario de Valladolid.
Carmen Ibáñez Rodríguez. Gerente de Atención Primaria de Burgos.
Rafael López Iglesias. Gerente del Complejo Asistencial de Zamora.
José María Pinilla Sánchez. Gerente de Atención Primaria de Segovia.
Jesús San Miguel Izquierdo. Jefe de Servicio de Hematología y Hemoterapia. Complejo Asistencial de Salamanca.
Alberto San Román Calvar. Jefe de Servicio de Cardiología. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Moderador:

Ángel J. Pérez Gómez. Fundación Signo.

Cuestiones tratadas:

1. ¿Qué papel deben asumir los profesionales de la salud?
2. ¿Cómo mejorar su colaboración? ¿Cómo incentivar las buenas prácticas y sancionar los comportamientos irresponsables?
3. ¿Qué papel juega la autonomía de gestión y el control y rendimientode cuentas?
4. ¿Deberían estimularse las alianzas y la colaboración entre los profesionales para que permita la asistencia integral al paciente con independencia del ámbito asistencial y territorial?
5. ¿Deberían concentrarse determinados servicios de alta tecnología y complejidad garantizando que atienden un ámbito poblacional adecuado, incluso de distintas comunidades autónomas? ¿Qué líneas de colaboración podrían establecerse?
6. ¿Debería acabarse (y cómo) con la cultura del “déficit”?

Texto completo:

http://www.fundacionsigno.com/archivos/publicaciones/02_PUN_ENCUESTRO.pdf

