

CARTA AL DIRECTOR



Gaceta Médica de Bilbao. 2014;111(3):75-77

El sistema sanitario en el contexto de la situación española actual

The healthcare system in the context of the current Spanish situation

Actualmente estamos asistiendo a un amplio debate sobre las denominadas unidades de gestión clínica (UGC), debate ya existente en el sistema sanitario español y que se ha agudizado con las propuestas que parten del ministerio de Sanidad y el autodenominado Foro de la profesión médica, y de las iniciativas que en este sentido se están tomando desde algunas Comunidades Autónomas. A raíz de este debate parece, pues, procedente analizar la gestión clínica, sus potenciales beneficios y perjuicios y las propuestas que se están realizando en nuestro país en torno a su implantación, a fin de disponer de elementos de crítica sobre la misma.

La gestión clínica se ha definido como el uso de los recursos humanos, intelectuales, tecnológicos y organizativos, para el mejor cuidado de los enfermos y está en relación con el conocimiento clínico y la mejora de los procesos asistenciales. Sin embargo, esta definición no tiene en cuenta objetivos claves como la contención del gasto sanitario y el control de las decisiones profesionales que, sin embargo, han sido determinantes para la formulación y puesta en práctica de las estrategias gubernamentales recientemente adoptadas. Más aún, cuando tales estrategias han sido diseñadas con criterios mercantilistas y economicistas.

En un análisis de la situación sanitaria española, lo primero que hay que señalar es que el sistema sanitario español no se caracteriza a nivel macro por un despilfarro de recursos, sino más bien por lo contrario: nuestro gasto sanitario es bajo y los resultados en salud buenos, en cuanto a esperanza de vida y esperanza de vida libre de incapacidad. España es el quinto sistema de salud más eficiente del mundo y el primero de Europa.

Por otro lado, desde 2009, el Sistema Nacional de Salud (SNS) está sufriendo una política muy agresiva de recortes presupuestarios que le sitúan al borde del abismo, con una

disminución drástica de presupuestos y una reducida capacidad de eficiencia en la gestión clínica.

Además, hay que tener en cuenta que el sistema sanitario se ha ido fraccionando en los últimos años en múltiples especialidades y áreas de actividad (asistencia sanitaria, salud pública, mental, ambiental, laboral, etc.) que han generado multitud de compartimentos estancos, dificultades a la atención integrada y racional, problemas funcionales que reducen efectividad, calidad y eficiencia, y generación de duplicidades de recursos y actividades que producen un gasto sanitario.

Para resolver estos problemas, la Ley General de Sanidad propuso la puesta en funcionamiento de las Áreas de Salud basadas en principios de demarcación territorial, garantía de la atención integral y gestión coordinada de centros, prestaciones y programas sanitarios. Sin embargo, las Áreas de Salud no se desarrollaron por la concurrencia de varios motivos: el temor de las administraciones de las CC. AA. a descentralizar, el mantenimiento de la hegemonía de los hospitales, la falta de cultura en la medicina basada en la evidencia, la concentración de poder en personas con nombramientos políticos y poca formación; y el desinterés de determinadas instituciones no sanitarias en asumir responsabilidades sobre la salud. El resultado fue el abandono de este modelo de áreas sanitarias y el desmantelamiento de las existentes en favor de nuevas estructuras, como las gerencias únicas (que acabaron con la absorción en la práctica de la atención primaria (AP) por parte de los hospitales) y más recientemente, el intento de implantación generalizada de las UGC.

Las pretendidas ventajas de la introducción de las UGC deberían ser: a) incorporar los profesionales a la administración de los recursos, dada su concienciación sobre la necesidad de utilizar criterios de eficiencia en sentido estricto, b) dar autonomía a los servicios hospitalarios y a

los centros de AP para eliminar algunos de los efectos negativos del gerencialismo burocrático y c) favorecer el establecimiento de guías, protocolos y otros instrumentos que racionalicen los procesos asistenciales y de asignación de recursos. Sin embargo, estas ventajas han sido desvirtuadas con medidas destinadas a fragmentar los centros sanitarios públicos y convertirlos en microempresas dotadas de entidad jurídica propia que, gestionadas mediante las diferentes modalidades empresariales de la Ley 15/1997, tendrían capacidad de internalizar los beneficios generados por la venta de sus servicios a otras unidades o centros sanitarios. Así se fomentaría la creación de un mercado interno dentro del sistema sanitario que daría entrada al sector privado (Farmaindustria, fondos de capital-riesgo, etcétera) a cambio de aportar recursos y capitalización. El sector privado podría controlar la elaboración de las estrategias y decisiones clínicas dirigidas a los procesos asistenciales más prevalentes y/o de mejor relación coste-beneficio, obteniendo pingües beneficios paradójicamente financiados con fondos públicos.

Por otro lado esta estrategia pretende también pasar la responsabilidad de la prestación sanitaria a una maraña de empresas interpuestas que en época de recortes gestionaran la escasez y servirán de dique para las protestas.

En suma, bajo una apariencia inofensiva, se pretende introducir de manera encubierta, una empresarización de los servicios hospitalarios y de los centros de salud; como ejemplo tenemos que en la Ley 10/2013 destinada a regular temas relacionados con la farmacovigilancia, su disposición final quinta contempla la creación de áreas de gestión clínica, con personal regulado por el régimen laboral de las empresas privadas. Esta medida eliminaría el régimen estatutario de los trabajadores de la sanidad pública, que perderían estabilidad y derechos laborales y quedarán sometidos al control empresarial de gerentes y responsables de las unidades clínicas. Por otra parte, la previsible firma de un acuerdo con el denominado Foro de la Profesión, formado por organizaciones alejadas ideológicamente de colectivos sanitarios y sindicales y que, a cambio de algunas prebendas, han dado su apoyo a la laboralización del personal de las UGC, supondría todo un respaldo a la política privatizadora y dividiría al colectivo sanitario.

Un sumario de las consecuencias de estas medidas sería: 1) La desregulación y privatización del sistema sanitario, que se fragmentaría en múltiples empresas, en las que entraría el capital privado y grupos empresariales que podrían influir de manera directa en las decisiones sobre los procesos y procedimientos asistenciales más interesantes económicamente. 2) Las decisiones clínicas de los profesionales sanitarios se someterían a las políticas empresariales y al poder de control a las gerencias en deterioro del carácter estatutario del personal. 3) La pérdida y deterioro de los derechos de los trabajadores sanitarios, que para integrarse en las UGC, deberían renunciar a las garantías del Estatuto del Personal (estabilidad, seguridad y libertad de decisión). 4) La desaparición del modelo actual de atención primaria, cuya actividad quedaría relegada al cribado de pacientes y patologías atendiendo a criterios de rentabilidad. 5) El aumento del gasto sanitario

en dotaciones del aparato burocrático administrativo para gestionar los recursos como empresas autónomas (gestión del personal, facturación de servicios, etc.) y promoción del uso intensivo de las tecnologías. Y 6), la pérdida de calidad, seguridad y de acceso a los servicios, especialmente de los pacientes aquejados de patologías no rentables para las nuevas UGC.

Con este sistema, los que ganan son los empresarios, laboratorios, fondos de inversión, consultoras, profesionales con capacidad de influencia y gestores interesados en ampliar el modelo empresarial y la burocracia y los que pierden son los ciudadanos: la atención sanitaria quedará sometida a los intereses empresariales de las UGC, profesionales y trabajadores sanitarios perderán estabilidad, seguridad y libertad de decisión; el sistema sanitario público, además de fraccionado, será ingobernable, más costoso y provocará más desigualdad; la atención primaria, en un contexto de debilidad, quedará relegada a seleccionar pacientes y procesos para las UGC.

Para contrarrestar este modelo, será preciso crear un clima de rechazo profesional y social en contra de estas UGC, evidenciando la pérdida de derechos y de calidad de la atención para la gran mayoría de ciudadanos y profesionales y articulando una alianza profesional que aisle a los sectores que apoyan la gestión clínica que plantean. Y ampliar y reforzar la alianza social en defensa del sistema sanitario mediante medidas de movilización que exijan la retirada de las UGC.

La característica más importante del sistema que se pretende imponer es su mercantilismo, lo cual no es banal por los fallos a los que da lugar: información asimétrica, presencia de importantes incertidumbres y externalidades que no pueden ser controladas a nivel micro. A este respecto, el área rural es un buen exponente de unos recursos sanitarios que no se justifican por la demanda o la presión asistencial, y sí por el objetivo de que todas las personas en todo el territorio tengan garantizada una atención sanitaria accesible y de calidad.

Es conocido que, en Sanidad, uno de los mecanismos de búsqueda de rentabilidad, que no de eficiencia, es la selección de riesgos basada en el grupo de población de bajo gasto, y no en el alternativo, pues los beneficios que generan son muy difíciles de controlar, y más cuanto más pequeñas son las unidades de atención. Por otro lado, los incentivos en la atención sanitaria tienen una gran facilidad para convertirse en perversos, ya que los que se basan en el ahorro generan infrautilización de servicios y prestaciones necesarias y los que se basan en la actividad favorecen sobreutilización (fomentar actividades innecesarias) y/o sobrerregistros (registrar más de lo que se hace). Por eso es fundamental que los incentivos se basen en la calidad de la atención, lo que resulta complicado de gestionar.

A la vez, en los acuerdos con el Foro de la Profesión se incorpora la necesidad de promover un marco jurídico específico y un modelo retributivo voluntario vinculado a la UGC. Es decir, se intenta utilizar también las UGC para laboralizar al personal, que como es bien sabido es una de las vías para facilitar la privatización del sistema sanitario. Esta estrategia supondrá una nueva afrenta a los profesio-

nales (desmotivación), que se suma a otras anteriores, como reducción salarial, eliminación pagas extra, pérdida de días de descanso, jubilaciones forzosas a los 65 años, etc., y puede favorecer una fractura en organizaciones sanitarias: CESM, colegios profesionales, etc.

Una visión alternativa es la adoptada por la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública, que defiende un sistema sanitario universal, accesible, sin barreras económicas en el momento del uso, de propiedad y gestión pública, basado en la atención primaria y con una amplia participación profesional y ciudadana. Su ideario se concreta en el decálogo siguiente. 1) La gestión clínica debe ser un mecanismo para asegurar una mejor utilización de los recursos disponibles de acuerdo con la evidencia científica, para favorecer la autonomía de gestión, mejorar la eficiencia del sistema sanitario y favorecer una mejora de la calidad de la atención sanitaria. 2) La gestión clínica no precisa de cambios organizativos en el sistema sanitario porque lo esencial para su desarrollo es un cambio de la cultura organizativa que busque el compromiso diario de los profesionales sanitarios con el buen funcionamiento de la sanidad pública. 3) Para el buen funcionamiento pública es fundamental la integración de todos los recursos que intervienen en la atención sanitaria. Las Áreas de Salud en su diseño en la Ley General de Sanidad fueron un gran paso en este sentido por lo que deberían recuperarse como marco geográficamente delimitado de integración de recursos. 4) La participación social y profesional es un paso imprescindible para cualquier diseño organizativo del sistema sanitario público. 5) Es preciso una gestión profesionalizada que acabe con tantas interferencias de la política partidaria en la gestión sanitaria. Desde hace más de 20 años se ha reivindicado el proceso MIR de gestión que permita tener profesionales de acreditada formación y cualificación en esta área. 6) Las UGC deben ser desprovistas de personalidad jurídica propia y más aún de la presencia de capital e intereses privados en las mismas. 7) No existe justificación alguna para que se produzcan cambios en el régimen estatutario de los trabajadores sanitarios, ya que la laboralización que se propone es otra puerta abierta a la privatización del servicio sanitario. 8) Los incentivos en la sanidad pública deben cumplir los siguientes requisitos: ser un conjunto bien elaborado, sostenido en el tiempo y adaptado a las necesidades, tanto en términos financieros como de recursos humanos; tener en cuenta en su diseño las aportaciones de los principales interesados; basarse en principios de transparencia, equidad y coherencia; adaptarse a la finalidad de la mejora de la salud de la población y de reforzamiento del sistema sanitario público; combinar los incentivos económicos con los no económicos, revisables periódicamente y evaluables, tanto en su impacto como en sus consecuencias; motivar al conjunto de los trabajadores

sanitarios; y evitar la generación de conflictos de interés y/o éticos en relación a lo que se incentiva. 9) La evaluación de cualquier transformación en la sanidad pública es absolutamente imprescindible, y eso exige transparencia y publicidad de los datos asistenciales, porque hay una tendencia de las administraciones sanitarias hacia una sistemática ocultación y manipulación de los datos que hace realmente imposible una evaluación pormenorizada de los resultados. Antes de avanzar habría que realizar una evaluación detallada de la situación del sistema sanitario (a nivel global y en cada comunidad autónoma) y evaluar de manera detallada los resultados de los experimentos y transformaciones realizados, tanto de las privatizaciones (concesiones, etc.) como de las UGC ya en funcionamiento. Y 10), no es posible realizar transformaciones en profundidad si primero no se acaba con los recortes indiscriminados que están dañando seriamente la sanidad pública en su conjunto, porque si no es así cualquier intento de poner en marcha la gestión clínica se convertirá en un sistema de gestionar la miseria y de anteponer los recortes sobre las necesidades de la salud de la población.

El principal problema para la mejora de la eficiencia y la calidad de la sanidad pública está en conseguir potenciar el compromiso de sus trabajadores con el objetivo central del sistema sanitario, que es la salud de la población, porque ellos son los que hacen posible su funcionamiento y los que toman la mayoría de las decisiones realmente sustanciales para el mantenimiento de la calidad y la eficiencia. Se precisa de la ética y moral de los servidores públicos, y de su identificación con la salud de la ciudadanía, reconociendo como principal enemigo la política privatizadora. Por eso es muy posible que las recientes movilizaciones en defensa de la sanidad pública hayan hecho más por la sostenibilidad del SNS que todos los "planes de sostenibilidad" de las autoridades sanitarias.

Bibliografía

- 1 Barbado J. La gestión privada llega al rescate de la pública. *Revista Médica* 2013; 145: 16-22.
- 2 Fargas P. La colaboración público-privada es una fórmula connatural a nuestro SNS. *Revista Médica* 2013; 145: 36-41.
- 3 Martín García M. Las unidades de gestión clínica al servicio de la privatización sanitaria.
- 4 Unidades de gestión clínica ¿un rodeo para la privatización sanitaria? *Nuevatribuna.es* | 10 Febrero 2014 - 20:09 h. <http://www.nuevatribuna.es/articulo/sanidad/unidades-gestion-clinica-rodeo-privatizacion-sanitaria/20140210162902100738.html>.

Á. San Miguel Hernández
Especialista en Análisis Clínicos. Valladolid.