

Reflexiones

Felipe Chavida

Centro de Salud de Brihuega. Guadalajara.

Varios factores vienen influyendo en las dos últimas décadas en el desarrollo de la comprensión de los servicios sanitarios desde la óptica del mercado, la gestión empresarial y, por tanto, la definición de su producto.

El desarrollo económico, el incremento constante del gasto sanitario que puede llegar a ser inasumible, la participación creciente de España en foros internacionales que le obligan a asumir criterios comunes y, en definitiva, la asunción de la necesidad de producir con más calidad en todos los ámbitos de nuestras actividades ha llevado a abordar la dirección y control de los centros sanitarios desde esta perspectiva.

Sin embargo la dinámica de mercado en el sector sanitario público (mayoritario en España) es muy especial, “sui generis” diríamos, con una serie de situaciones paradójicas que repetidamente se han puesto de relieve y que conviene recordar: el cliente (paciente) no paga al proveedor, el proveedor (médico) no tiene, o tiene muy poca, capacidad de organización y gestión de los servicios y, en nuestro caso, su relación laboral es de carácter funcionarial. Por otra parte, el financiador (empresa sanitaria pública) no tiene el control de los servicios (médicos) que se proporcionan ni puede repercutir el aumento de costes en el pago que realizan los clientes.

Esta especial visión puede servirnos para detectar aspectos perversos que dificultan el ejercicio del médico general/de familia (MGF) y el desarrollo de los fines de la atención primaria en general.

1. El paciente/usuario/cliente (PUC) no paga directamente los servicios por lo que el mayor número o coste de aquellos que utilice no repercutirá sobre su economía. El pago se realiza vía impuestos y ni siquiera existe en ellos una parte diferenciada para la asistencia sanitaria, lo que disminuye aún más la relación entre coste de los servicios y repercusión en el bolsillo del PUC. Esto hace que la demanda pueda crecer constantemente sin que el coste de los servicios sirva como factor de contención.

Esto es una realidad a pesar de que todos tengamos clara la conveniencia de que sea así por razones de equidad y por la selección adversa de pacientes que podría ocasionar un pago directo (mayor dificultad para el que más lo necesite).

2. Al no pagar al proveedor (profesional o centro sanitario) el PUC ve disminuida su influencia sobre él y la posibilidad de que sus demandas o necesidades “no técnicas” se vean satisfechas de forma inmediata: trato, facilitación de acceso a las consultas, flexibilidad de horario, acceso telefónico a su médico, confort de las instalaciones, información, trámites administrativos, etc. En definitiva es un factor que influye negativamente en el aumento de sensibilidad a sus necesidades: disminuye su poder de cliente.

3. En cuanto a las más técnicas (calidad clínica) podrían también verse afectadas al reducir la competencia con otros proveedores y, por tanto, con una consiguiente disminución de la necesidad de prestigio profesional, esfuerzo en formación continuada, nivel de competencia, capacidad resolutoria, etc.

4. El financiador (en general la Administración Sanitaria –AS– en sus distintas modalidades: Consejerías, Institutos de Salud...) no puede teóricamente inmiscuirse en la actividad clínica del médico, lo que hace que tenga una muy difícil gestión de los recursos ya que una gran parte del gasto proviene de las decisiones clínicas que éste toma.

Es el sistema profesional (SP) (expertos, publicaciones, sociedades científicas, colegios de médicos) el que puede determinar en cada momento el paradigma de conocimiento al que el médico se tiene que atener y, por tanto, el que tiene capacidad técnica para evaluar el ejercicio profesional. Por otra parte el SP tiene una gran capacidad de influir o motivar al MGF; a éste le importa bastante la opinión que de él, como profesional, tengan sus compañeros y el nivel o grado que pudiera conseguir en dicho SP.

La AS, por el contrario, en lugar de estimular y promover el SP, lo suple en múltiples ocasiones y crea en su seno grupos de profesionales de su plantilla que funcionan como grupos de expertos sin un necesario reconocimiento del SP, realizando así recomendaciones clínicas propias de éste. Hasta el punto que algunos MGF creen reconocer en la AS poder para dictar la actuación clínica del médico a través de dichas recomendaciones o protocolos, cuando éstos tienen el valor real de los profesionales que los realizan, como tales profesionales y no como pertenecientes a la empresa correspondiente. En contadas ocasiones plantea recomendaciones consensuadas con las sociedades que en todo caso distribuye desde su propia organización perdiendo así una parte importante del efecto deseado.

5. Se reserva la AS sin embargo las decisiones y el poder organizativo de todos los elementos que rodean a la actividad clínica en los centros, la hacen posible y la favorecen o dificultan, la mejoran o empeoran: personal, horarios, accesibilidad, instalaciones, materiales, normativa, organización en general...

De esta forma la capacidad de decisión sobre estos aspectos tan importantes se aleja de quien puede presentar las necesidades sobre ellos (el PCU) y de quien primero puede detectarlas y conocer sus soluciones (los profesionales sanitarios).

La solución de las necesidades “no técnicas” ha de realizarse así en un medio muy alejado de donde se toman las decisiones “técnicas” (clínicas) dificultando su estrecha unión en aras del beneficio y satisfacción del PCU. Sería deseable una mayor autonomía de los Centros de Salud sobre estos aspectos que permitiera a quien primero detecta las necesidades tomar las decisiones para resolverlas.

6. Por otra parte en España, a diferencia de otros muchos países occidentales, los MGF somos funcionarios o asimilados (estatutarios) lo que conlleva:

a. Una gran seguridad laboral y un bajo estímulo para asumir responsabilidades sobre la gestión de los centros, organizativas o presupuestarias.

b. La percepción de que quien tiene que responder de la calidad de los servicios sanitarios es la AS.

c. La percepción de que trabajamos para la empresa que nos paga y no para el paciente.

d. En esta situación tenemos un “estatus” de trabajador por cuenta ajena por lo que todos los gastos realizados en nuestra formación continuada no son desgravables. Es como si los hiciéramos por gusto o conveniencia personal no relacionada con nuestro trabajo. O como si se nos dijera que es la empresa la que decide qué debemos aprender y sólo vale por tanto la formación que ella nos proporcione. Aunque luego es a ti al que procesan si no tienes la suficiente competencia profesional.

e. Hasta la fecha la AS, el gran contratador de personal sanitario, no tiene establecido un sistema de carrera profesional que pudiera motivar a los MGF para mantener un elevado nivel de competencia clínica y que pudiera conducir al reconocimiento de éste, tanto desde el aspecto socio-profesional (categoría, prestigio) como desde el económico (retribuciones).

f. La adscripción del personal al centro de salud es resultado de un mecanismo automático que sólo tiene en cuenta los deseos del profesional que accede a la plaza, relacionados habitualmente con factores ajenos al contenido de su ejercicio futuro (ubicación, cupo de pacientes, sueldo...) y no con las necesidades del equipo (dirección de programas u otros sectores de gestión clínica o no clínica, identificación del nuevo profesional con la forma de trabajo del equipo y su idoneidad para ello...), lo que dificulta los compromisos reales entre ambas partes (equipo-profesional) y, por tanto, la configuración de un verdadero equipo.

La cuestión fundamental, después de este análisis, insuficiente sin duda, es encontrar todas aquellas soluciones

parciales que poco a poco vayan cumpliendo los objetivos que de él se deducen. Con toda probabilidad casi todas habrán sido propuestas en múltiples ocasiones. Todas juntas podrían tener un efecto multiplicador. Citaremos algunas de ellas.

- Mayor descentralización de la gestión no clínica, en relación con los aspectos citados en el párrafo 1. Los profesionales deben ser responsables de la organización de los servicios ante la población. Su puesto privilegiado para detectar necesidades debe usarse para aportar soluciones. Por otra parte parece claro que el MGF es más sensible a las necesidades de los pacientes que a las indicaciones de los gestores.

- Reconocimiento explícito de la calidad profesional mediante establecimiento de niveles o categorizaciones a través de la carrera profesional que motiven al MGF en su esfuerzo formativo.

- Incentivación económica:

- Del nivel profesional acreditado a través del sistema de carrera profesional.

- De la asunción de responsabilidades de gestión.

- De cada uno de los servicios que oferta el EAP, con exigencia estricta de cobertura y calidad.

- Promoción del papel del sistema profesional, y colaboración con él, tanto en la acreditación de la calidad profesional o de la formación, como en las recomendaciones clínicas.

- Financiación de la formación continuada, con cantidades anuales, a devolver si no son utilizadas, en actividades de libre elección según las necesidades detectadas y plasmadas en un plan personal (“portafolio”) con el asesoramiento de la sociedad científica de MGF correspondiente.

- Promoción de la formación de verdaderos equipos, estableciendo mecanismos de adscripción a una plaza teniendo en cuenta las necesidades del equipo. Éste podría ofertar plazas de determinadas características (directores de programas, docencia, investigación, gestión del centro o de aspectos parciales...) e incluso podría opinar en la adjudicación. El solicitante debería esforzarse en reunir las características previstas y su vinculación posterior con el equipo sería mucho más fuerte. Sería sencillo hacerlo en los concursos de traslado. En el caso de las oposiciones se realizaría en la fase de concurso, una vez asegurada una plaza.

Estas medidas, posibles todas pero difíciles algunas, deben completarse con el esfuerzo por construir una conciencia profesional fuerte, que se haga consciente de que la responsabilidad real es la que tenemos ante nuestros pacientes; que debemos ser los primeros interesados en aumentar la calidad de lo que hacemos sin necesidad de que la empresa venga a recordárnoslo; y que esto no puede hacerse sino en el seno de un sistema profesional fuerte y de calidad, empeñado en discernir en cada momento cuál es la forma de actuar que conviene a nuestros pacientes. Este sistema profesional en su forma organizada está constituido por las sociedades científicas.