



Reorganizar el Sistema Nacional de Salud

Navia-Osorio JM

Consejero de Sanidad. Principado de Asturias

El papel del paciente

Prefiero hablar del ciudadano, que no es necesariamente un paciente, aunque lo es en potencia, que es quien contribuye al mantenimiento del Sistema Nacional de Salud (SNS).

A los ciudadanos se nos obliga, en base a un bien común de valor superior, a sostener el SNS, que es uno de los mayores activos del Estado de Bienestar español.

Como contrapartida, en la medida en que el sistema de provisión de servicios lo permita, se debería devolver al ciudadano la posibilidad de elegir dónde o como prefiere ser atendido.

Lógicamente, la posibilidad de elección debe acompañarse de la información suficiente para que el paciente pueda decidir cual es la mejor opción para él.

El principio de equidad es igualmente básico.

Si todos los ciudadanos pagan los mismos impuestos todos han de tener los mismos derechos.

Es evidente que no es posible que todos tengan la misma facilidad para acceder a determinados servicios especializados. La lejanía o cercanía de los domicilios de los pacientes a los centros especializados no es la misma pero probablemente las barreras geográficas sean menos importantes que las administrativas en lo que se refiere a la accesibilidad a los servicios sanitarios.

En todo caso no hay ninguna justificación para que la atención primaria no sea prácticamente idéntica en cualquier lugar de España.

Problemas del gobierno del SNS, y soluciones

El problema que está en la mente de todos es la sostenibilidad de nuestro SNS.

Es una amenaza que siempre ha estado presente en nuestras mentes. El tiempo va haciéndonos comprender que la tan anunciada quiebra del SNS no se ha producido y que quizás no sea inevitable como temíamos.

En estos dos últimos años de crisis hemos podido comprobar que algunas de las amenazas a la sostenibilidad tenían solución. El caso más llamativo es el gasto de farmacia a través de receta, que en los dos últimos años ha disminuido. Es cierto que se ha conseguido mediante medidas irrepetibles como el descenso del precio de los medicamentos, pero el resultado final ha sido que ha disminuido la factura de la farmacia en vez de aumentar por encima del producto interior bruto y la inflación como siempre habíamos temido.

Hace diez años el caballo de batalla de la economía de la salud era el capítulo de personal, hoy tampoco es un problema.

En estos momentos nuestra preocupación es el crecimiento de los medicamentos de uso hospitalario, quizá dentro de unos años lo sea la renovación tecnológica.

Los responsables de la gestión sanitaria tendrán que enfrentarse en cada momento histórico a un problema distinto, hasta la fecha siempre se ha encontrado una solución para ese problema y nada debe hacernos pensar que será distinto en el futuro.

Me gustaría resaltar la importancia de buscar soluciones comunes a los problemas, que también son comunes. El espectáculo al que estamos asistiendo en el que cada Comunidad Autónoma propone soluciones para su ámbito geográfico pone en evidencia la necesidad de que el Ministerio de Sanidad asuma su papel de coordinar y liderar los servicios sanitarios autonómicos.

El problema de la deuda sanitaria es un "problema de Estado", todas las autonomías lo padecen en mayor o menor medida y las medidas a aplicar han de ser las mismas.

Es imprescindible y urgente que en el seno del Consejo Interterritorial se decidan consensuadamente las medidas a tomar. El consenso debe acompañarse de la lealtad y la responsabilidad en el cumplimiento de los acuerdos que se tomen.

¿Cómo garantizar la solvencia?

La solvencia está íntimamente ligada a la confianza.

En Asturias nuestros proveedores, y acreedores, nos dicen que las entidades bancarias vuelven a tener confianza en la solvencia del Sistema de Salud del Principado de Asturias. Nos preguntan cómo lo hemos conseguido. Simplemente nos hemos limitado a elaborar unos presupuestos para 2012 que garanticen que la deuda no va a aumentar y que cobrarán sus facturas en un plazo razonable y asumible. Si todas las comunidades autónomas hicieran la misma política la situación cambiaría radicalmente.

Lo anterior no impide un control estricto sobre el gasto innecesario y arbitrar medidas que mejoren la eficiencia.

Papel de los profesionales

Es indispensable contar con su colaboración. Volviendo al caso asturiano, hemos elaborado un sistema de gestión clínica al que llamamos el "modelo asturiano de gestión clínica", que nos está dando buenos resultados.

Se basa en la creación de las Unidades y Áreas de Gestión Clínica (UGC y AGC) en atención primaria y especializada. A los profesionales se les delega una determinada capacidad de gestión y participan de los ahorros conseguidos sobre el presupuesto

asignado. Los resultados están siendo muy buenos, especialmente en atención primaria.

La relación entre el Sistema de Salud (SESPA) y las UGC se articula a través de los denominados "acuerdos de gestión". En los acuerdos se especifican los resultados a alcanzar, los métodos de evaluación y los requisitos para poder acceder a los requisitos pactados.

En los métodos de evaluación se utilizan sistemas que evitan la subjetividad. En la medida de lo posible los resultados se extraen de los sistemas informáticos de seguimiento de la actividad asistencial, en otros casos es necesario recurrir a auditorías presenciales.

Formación de los gestores

En el modelo asturiano de gestión clínica se ha optado por fomentar la formación de los "microgestores". Para conseguirlo, se han programado cursos de formación encaminados a instruir a los directivos de las UGC en la gestión de sus unidades. Observando el interés que mostraban los asistentes a los cursos se extendieron éstos al resto de integrantes de las UGC.

El Director de una UGC de mediano tamaño gestiona el trabajo de no menos de 30 personas y un presupuesto anual en torno a los cinco millones de euros. En la actividad privada se trataría de una empresa en el rango superior de las pequeñas y medianas empresas.

En las AGC hospitalarias hay varias con más de 200 profesionales sanitarios.

Como se comentaba en el punto anterior algunas evaluaciones requieren la realización de auditorías, al extenderse el modelo de gestión clínica fue necesario crear un cuerpo de auditores con sus correspondientes cursos de formación teórico-práctica.

Los microgestores, convenientemente formados y con uno o dos años de experiencia, pueden convertirse fácilmente en gerentes de Áreas sanitarias o de hospitales comarcales. La experiencia nos dice que en el pasado han accedido a la función directiva personas con menos formación previa y sin ninguna experiencia.

Lo anterior no excluye la conveniencia de la existencia de un centro de formación de gestores sanitarios pero basado en la realidad de la gestión cotidiana y huyendo de las enseñanzas teóricas de personas sin experiencia real en nuestros centros sanitarios.

La profesionalización de la gestión debería ir acompañada de sistemas de evaluación objetivos con publicidad de sus currículos.

Un tema a considerar es el de la remuneración de los gestores sanitarios. Cuando se les compara con gestores de empresas no sanitarias, se observa que las retribuciones de los gerentes de nuestros hospitales se sitúan muy por debajo de las de directivos de empresas del ámbito no sanitario. En tanto no se solucione este problema la profesionalización de la gestión sanitaria será muy difícil porque no se puede pretender que un buen profesional sanitario abandone la actividad clínica, en la que se siente seguro por su larga experiencia, para adentrarse en el terreno de la gestión sanitaria, desconocida para él, y que además lo haga perdiendo dinero.