



El camino se hace al andar

Corbella Virós X

*Director Gerente. Hospital Universitario de Bellvitge.
Gerencia Territorial Metropolitana Sud.
Instituto Catalán de la Salud*

Sin entrar en las causas que nos han traído hasta aquí, el hecho es que las Administraciones de nuestro país han alcanzado un nivel tan elevado de déficit que motiva una reducción presupuestaria sin precedentes. Nuestro sistema sanitario público se ha situado en el centro del debate, por la trascendencia que tiene para el ciudadano todo lo referente a la salud, por lo que si ahora toca hacer "más" con "menos", tendremos que cambiar y hacer algo "diferente".

El paso más doloroso y difícil ya se ha hecho, y ha sido el hacer evidente que es necesario un nuevo paradigma, a través de aplicar medidas de ajuste a dos niveles: unas a nivel local, propias de cada centro o institución, y otras a nivel de la estructura del propio sistema. Las instituciones sanitarias deberán buscar el equilibrio financiero que ajuste una menor contratación de actividad por parte de la aseguradora pública, y a un menor precio de compra de la misma. La consecuencia será el tener que reducir fuertemente los gastos.

En los entes sanitarios, en los que el 60-70% de los costes son salariales, el impacto inmediato y más importante

se verá en la reestructuración del personal. El ajuste del coste de los salarios se puede hacer de tres maneras: 1) manteniendo el número de profesionales pero a un menor coste (reduciendo el sueldo base o los complementos); 2) manteniendo las condiciones pero reduciendo el número de profesionales, o bien 3) a través de una combinación de las dos (menos con un menor coste). Cada institución deberá buscar el equilibrio en función de su realidad y capacidad de acuerdo con los sindicatos.

La reducción del coste del personal puede garantizar el ajuste presupuestario pero puede disminuir los niveles de actividad y resolución, por lo que instituciones y profesionales deberán también mejorar su productividad (hacer más con menos). Para ello, deberemos aprovechar al máximo las horas contratadas, la experiencia y competencias de los profesionales, y hacer rendir la tecnología que tenemos a nuestro alcance.

En los hospitales, la cama es el dispositivo de mayor coste. Por este motivo, los centros hospitalarios están potenciando desde hace tiempo alternativas al ingreso convencional para

evitar la hospitalización o reducir el tiempo de la misma, sustituyendo parte de las camas por dispositivos ambulatorios (cierre de camas definitivo), reduciendo su tiempo de apertura y adaptándolo al tiempo real que se realiza la actividad (cierre de camas durante las noches, fines de semana o vacaciones del personal). Entre otras, se pondrán en valor las iniciativas más consolidadas que potencian la atención primaria, el mayor uso de los hospitales de día, la cirugía mayor ambulatoria, las unidades de corta estancia o las de hospitalización a domicilio. Estas alternativas permiten evitar hospitalizaciones innecesarias y reducir el tiempo de estancia en el hospital, y por tanto, abaratar la sanidad.

En el ámbito de la atención primaria, se abrirán nuevas vías para dar respuesta al ajuste presupuestario garantizando la atención a la demanda, pero cambiando la oferta: programas de atención no presencial (telefónica, correo electrónico o atención telemática) que evitan esperas y desplazamientos innecesarios, y establecen un cambio de paradigma en la relación médico-paciente. Concentrar recursos dispersos poco dotados y muy costosos, es también el principio que guiará a muchas instituciones para unificar e integrar servicios territoriales de atención primaria de pediatría, radiología, atención a la mujer, etc., así como la necesaria concentración de especialistas en centros de atención especializada o consultas externas del hospital. Estas medidas de concentración territorial, aunque obligan al ciudadano a desplazarse un poco más lejos, permite garantizar y equilibrar mejor la atención en horarios y disponibilidad de profesionales. Debemos reconocer que la frecuentación no es exógena y que viene en gran parte inducida por el propio sistema, siendo el número de pacientes que van a un centro de salud depen-

diente de los profesionales o de la organización, que acaba promoviendo que un gran volumen de personas vengan a los centros casi "todos" los días. Deberíamos acabar con la idea de que la solicitud de pruebas complementarias o la prescripción es el centro del acto médico, ya sea en atención especializada o en primaria, y en eso el paciente deberá aceptar que no toda dolencia acaba con una radiografía o unas pastillas. Podemos mejorar mucho con sentido común, simplificando tareas administrativas, dejando de hacer multitud de "servicios" que no aportan valor (registros, seguimientos, etc.), descentralizando más y potenciando el trabajo clínico por cuenta propia.

Otras iniciativas deberán buscar de aprovechar mejor las competencias de los diferentes profesionales implicados, para que cada uno haga lo que mejor sabe hacer, descongestionando progresivamente la consulta médica de procedimientos administrativos, o dotando a la enfermería de un rol más importante en el proceso asistencial (selección y selección de enfermos, gestión de enfermos crónicos complejos, atención domiciliaria, etc.).

En este proceso, el papel de los profesionales es y será absolutamente necesario pero también muy difícil. Muchos se sienten amenazados por el conjunto de estas medidas que modifican sus condiciones de trabajo, sus retribuciones y sus expectativas de seguir incorporando innovación y excelencia como hasta ahora. Si ellos han sido la base para convertir nuestro sistema en uno de los más reconocidos del mundo, ahora no pueden quedar al margen en un proceso de ajuste que ha de mantener el máximo nivel de calidad. Las nuevas estrategias de atención sanitaria deberán seguir teniendo una lógica asistencial, y es la experiencia profesional la que puede

aportar las bases técnicas para este cambio, participando directamente en el diseño y desarrollo de nuevos dispositivos de atención, definiendo los criterios de prioridad clínica, auto-administrando los recursos disponibles, estableciendo los acuerdos territoriales para la concentración de actividad o las formas de colaboración con la industria farmacéutica y de productos sanitarios que permitan hacer más sostenible la necesaria continuidad de incorporación de innovación. Por ello, manteniendo los vectores que fundamentan las bases nuestro sistema (equidad en el acceso, orientación al paciente, liderazgo profesional, modelo autonómico, etc.), deberemos incorporar o reforzar otros que permitan definitivamente el cambio (eficiencia, colaboración público-privada, servicios compartidos, innovación y excelencia basados en la evidencia, etc.).

En este largo camino, los profesionales no pueden quedar al margen de esta reforma, y deben estar presentes en los órganos de decisión y de gobierno de las instituciones (de hecho, muchos de los gestores tanto de hospitales como de atención primaria son y han sido profesionales asistenciales), juntas directivas médicas y de enfermería, juntas clínicas, juntas de personal, comisiones de calidad asistencial, etc.

Entendiendo la decepción y frustración de ver amenazado lo que ha costado mucho construir, el sistema deberá saber cómo incorporar el compromiso de todos sus agentes, para que este cambio de paradigma sea posible y para bien.