

Reflexión sobre el cambio de modelo sanitario

Por Luis Rosado Bretón, exconseller de Sanidad de la Comunidad Valenciana

Asistimos al resurgimiento del debate sobre el cambio de modelo sanitario, hecho recurrente en la corta historia del Sistema Nacional de Salud (SNS) tal como lo conocemos desde la Ley General de Sanidad, que lo dotó del concepto de universalidad y sostenimiento por presupuestos y no por caja propia como hasta entonces. Desde el informe Abril ya se avisó de que, sin cambios estructurales, el modelo podía ser insostenible, aunque hay que reconocer que hasta la actual crisis económica donde las administraciones han perdido sus avales crediticios, no se había planteado en profundidad un abordaje de la necesidad de cambio. Los enfoques del cambio, sin embargo, no alcanzan a visualizar un horizonte claro para la consecución del fin perseguido (la sostenibilidad), en parte por no haberse tratado como un ajuste de modelo de carácter técnico, sino como un propósito político y generalmente basado en criterios económicos clásicos y nunca en un verdadero análisis de las causas de la quiebra del actual modelo. Diríamos que el abordaje realizado hasta ahora se ha hecho de arriba-abajo y no desde la base hacia arriba, lo que hubiera permitido abordar las causas y afrontarlas con mayor facilidad.

En la siguiente reflexión voy a tratar de describir lo que para mí son las causas multifactoriales de un modelo heredado de un sistema de asistencia parcial, cuyo origen se remonta a la era prodemocrática, que en la últimas décadas ha crecido *en capas de cebolla* y, salvo contadas excepciones, ha dejado de lado la eficiencia centrándose excesivamente en los resultados asistenciales al margen de los costes. El criterio en el que puedo establecer las siguientes aseveraciones se rige en la experiencia de 30 años en todas las estructuras de la sanidad pública, donde he tenido la oportunidad de ejercer en la cadena del escalafón sanitario del que ahora, ya de una forma global, puedo *recoger velas* de todo un ciclo profesional.

De nada puede servir poner en marcha un proyecto si no existe un problema que resolver o una oportunidad de mejora bien identificada: el problema es la falta de sostenibilidad de un sistema sanitario que crece por encima de la riqueza del país, y que ya no obtiene créditos para poder seguir creciendo. Sabemos que tenemos un modelo universal, con una cartera de servicios amplia y una cierta sobreutilización, que descansa en un SNS descentralizado en 17 comunidades autónomas, donde consume casi la mitad del presupuesto de las autonomías (curiosamente las peor financiadas dedican mayor porcentaje). Ahora bien, las causas del peligro de quiebra no son solo atribuibles a la insuficiencia financiera, sino también a los elementos que hasta ahora no han sido abordados profundamente y que conforman la eficiencia del sistema:

1.- **La estructura burocrática.** La organización de los sistemas de salud descansa en un modelo de empresa creado a finales del siglo XIX, definido por Frederick Taylor y desarrollado con posterioridad por Henri Fayol, donde se prioriza la organización científica del trabajo centrada en la división del trabajo, la disciplina, la autoridad, la jerarquía y el conocimiento específico ligado a la función a desarrollar frente a los modelos que tienen en cuenta los valores individuales, el trabajo en equipo, el liderazgo posicional, la participación en la toma de decisiones y conocimiento de los objetivos y que en definitiva inciden sobre la productividad y que se desarrollarían a lo largo del siglo XX. Esta estructura lastra la agilidad de la toma de decisiones y se invalida para establecer cambios en la estructura de carácter innovador, ya que está creada para autoprotgerse en una gran complejidad normativa. Disponemos de un modelo organizativo obsoleto, “pesado y torpe”, donde el cambio es prácticamente inabordable. No podemos imaginar un modelo de empresa en el siglo XXI, incapaz de adaptarse de forma inmediata a nuevos acontecimientos, y sin embargo nuestra administración sanitaria permanece anclada en este ineficaz modelo.

El sistema de salud es una actividad extremadamente compleja, donde una gran estructura de centros hospitalarios y de atención primaria volcados en la asistencia a ciudadanos sanos y enfermos, en miles de procesos diferentes diarios, no pueden depender de una estructura burocrática que nunca entró en contacto con los problemas diarios, compuesta por una jerarquía de unas decenas de funcionarios carentes de conocimiento por experiencia. En definitiva, se trata de recuperar la tan discutida separación entre provisión (prestación del servicio) y financiación (administración de los recursos públicos), que nunca ha llegado a producirse por el celo del ambiente político por mantener el control.

2.- **Diferenciación.** La estructura organizativa de la sanidad enraiza con el modelo académico de las disciplinas médicas, con un gran fraccionamiento del conocimiento no siempre relacionado. Además, la estructura jerárquica donde el liderazgo clínico no ha permitido desarrollar la función directiva de los mandos intermedios ha separado progresivamente las necesidades de los pacientes de las de unos servicios cada vez más hipertrofiados, generando unas necesidades a veces ficticias que no han podido ser asimiladas por una administración desconocedora de las necesidades reales.

Nuestros hospitales poseen tecnologías, recursos humanos y otros medios materiales superponibles, duplicados y no siempre rentabilizados, donde la concentración y priorización brillan por su ausencia. Podemos afirmar que la alta tecnología española no es menor que en ninguna otra nación europea de mayor PIB. Hemos introducido técnicas de alto rendimiento o recursos humanos según las necesidades expresadas por profesionales que no han contrastado la necesidad global de un hospital o zona, sino de su propio servicio, sin recurrir a validaciones estandarizadas o necesidades por población. De hecho hay una gran dispersión de los recursos, según el liderazgo clínico

de los responsables intermedios, la permisibilidad del gestor y la falta de control de la administración.

Hoy nos encontramos con un gran esfuerzo inversor de las comunidades autónomas en infraestructuras, habiéndose registrado en los últimos años el crecimiento de hospitales terciarios, comarcales y centros de salud, que podrían en algunos casos competir en concursos de arquitectura de vanguardia. Sin embargo, las aproximaciones a las necesidades del paciente y la capacidad para prevenir o asistir a las mismas no han recibido el mismo interés. Hoy sabemos que más del 50% de la población adulta tiene enfermedades crónicas y que el uso de los recursos sanitarios es directamente proporcional a las complicaciones de estas enfermedades, que podrían controlarse con programas de autocuidados y visión integral de los casos.

Poseemos unos sistemas de información clínica que permiten segmentar poblaciones según las necesidades de control y también una estructura de atención primaria lo suficientemente entrenada para convertirse en el tutor del proceso asistencial integral. Lo único que falta es transformar o reenfocar el actual modelo asistencial centrado en las enfermedades agudas.

No es propósito de estas líneas profundizar en el abordaje de la cronicidad, pero la sensación es que el enfoque de los sistemas de salud ha sido equivocado y de ello se están dando cuenta los decisores, si bien será necesario establecer un modelo de sustitución (no de superposición) para alcanzar la eficiencia del nuevo modelo.

3.- **Variabilidad:** A menudo se ha considerado que la mejora de la eficiencia debía establecerse en una reducción de los costes abaratando los servicios o productos, pero pocas veces se ha abordado la precisión en la práctica médica y mucho menos en la gestión de servicios o centros. Si la evidencia indica que los profesionales o gestores no siempre toman la misma decisión ante situaciones similares, es seguro que el resultado de los procesos, aunque fuera igual de eficaz, no siempre va a ser igual de eficiente. Por ejemplo, podemos encontrar prescripciones muy diferentes para llegar a un mismo tratamiento o peticiones de pruebas diferentes para llegar al mismo diagnóstico, aunque en algunos casos realmente sea *matar moscas a cañonazos*.

Podemos encontrar disparidad en el gasto farmacéutico por habitante en cada médico del sistema, incluso a igual casuística manejada, o podemos encontrar mucha disparidad en el coste por proceso, según cada centro (con gran trascendencia económica cuando se agrupan los resultados), no son iguales los resultados de funcionamiento o morbi-mortalidad de los centros sanitarios independientemente de los recursos asignados, etc...

No sería posible eliminar la variabilidad, pero sí reducir la dispersión de la misma en cada uno de los casos que quisiéramos analizar. A mi entender, sería necesario abordar diferentes cuestiones para optimizar los resultados pero debería tenerse en cuenta la

estandarización de procesos sometidos a mejora en el plano asistencia (gestión por procesos) y la adquisición de conocimientos de gestión en los mandos intermedios (no es un elemento de carrera profesional la promoción a jefaturas), así como la profesionalización de los gestores sanitarios, para la que es necesaria el aprendizaje de las funciones directivas y el ejercicio del liderazgo.

¿Se pueden adquirir habilidades directivas sin mecanismos de selección y formación específica? Esta pregunta, si la hiciéramos en el sector privado, solo podría ser contestada con un no rotundo. Ninguna empresa contrataría a alguien para gestionar más de 1.000 personas o más de 100 millones de euros solo con sentido común, ilusión y compromiso, que también deben estar presentes.

4.- **Modelo de gestión de compras y servicios**: Antes hablábamos de variabilidad en la toma de decisiones clínicas. Lo más llamativo es la presencia de variabilidad en el precio de las cosas o los servicios dentro de una misma organización. Es posible encontrar diferencias sensibles en el precio de los medicamentos intrahospitalarios, el material fungible, los servicios de catering o limpieza, la adquisición de alta tecnología o un contrato de mantenimiento en hospitales o áreas de un mismo servicio de salud. Evidentemente, esta disparidad redundará en un coste adicional que en muchos casos se pone de manifiesto cuando se centralizan las compras, aunque no solo es por la agregación de productos que abarata el coste, sino también por el modelo de negociación que no siempre es el mismo.

Además, en el sector sanitario existen tomas de decisión de carácter económico no controladas por el pagador (administración), hecho que no se reproduce en casi ningún sector. Por ejemplo: el médico prescribe el producto farmacéutico por receta, el farmacéutico lo dispensa, la distribuidora y la industria lo sirven, el Estado marca el precio y la comunidad autónoma paga. Este mismo ejemplo puede ser aplicado a la petición de pruebas diagnósticas o endoprótesis, si bien con un circuito más simple donde es el prescriptor el que toma la principal decisión de repercusión económica, sin (hasta ahora) mucha influencia de la administración.

En el sector privado esto no puede suceder por dos motivos: el profesional no toma muchas decisiones sobre la compra de productos y si lo hace, participa del beneficio de la eficiencia que se genere.

Por último, es necesario señalar que el sentido corporativo de la organización no está totalmente interiorizado entre los profesionales y entre los directivos solo existe a nivel local o de la estructura que dirige, frente a la que agrupa el servicio de salud. Este hecho dificulta la compra de servicios y productos en modelos centralizados de compras que se tratan de impulsar con cierta lentitud y amplitud de su desarrollo.

5.- **Modelo de negocio**. La mayoría del intercambio económico en la sanidad pública se realiza con el sector privado. Salvo la nómina de los profesionales estatutarios y

funcionarios, todos los servicios y productos generan plusvalías en diferentes sectores de micro o macroempresas. Esta relación comercial posee una correlación lineal entre la actividad asistencial y el incremento de ventas de productos o servicios al sector sanitario. Pero no solo la actividad modula el modelo de negocio del sector privado, también la insuficiencia de medios del sector público o las bolsas de ineficiencia en torno a la sanidad. Podríamos definir que existe un contraste de intereses entre comprador y vendedor o *negocio inverso*, donde el beneficio de la actividad externa se contrapone a la sostenibilidad del sistema, o por el contrario los intentos de sostenibilidad excluyen a las empresas cuyo beneficio se contrapone.

Como constatación, allí donde la sanidad pública es insuficiente crece el sector privado y donde la gestión sanitaria alcanza sus objetivos de actividad, calidad y accesibilidad el sector externo no crece; de hecho, en donde se transfiere la gestión al sector privado, tiene difícil acoplamiento un tercer operador complementario, ya que “no hay negocio”. Es paradójico percibir que en las comunidades autónomas donde menos se desarrolla la colaboración público-privada, más crece el modelo de concierto complementario donde no se transfiere la gestión pero sí el volumen de actividad incapaz de ser atendido en el sector público.

El futuro habla de la necesidad de cambio de relación de modelo de negocio por la imposibilidad de hacer sostenible el actual, y si esto sucede no será bueno para los prestadores de servicios, pero tampoco para los proveedores, que mermarán sus ingresos. El cambio de orientación hacia contratos per cápita, tarifas planas o riesgo compartido deberán ser profundamente analizados.

6.- **Recursos Humanos.** Es probablemente donde más se distancia el sector público del privado. Como ya hemos señalado, no existen criterios objetivos para la selección de gestores, decidiéndose más por afinidad y compromiso los cargos gerenciales y por conocimiento académico los miembros intermedios. Los profesionales suelen carecer de una definición de estrategia y por tanto de objetivos a cumplir. Si estos aparecen son de carácter testimonial y no implican repercusión como incentivo o modelo para progresión en carrera. Existe un grave deterioro de la comunicación interna cuanto más complejo es el centro y, como ya hemos dicho, el sentido corporativo no alcanza más allá del servicio u hospital al que se pertenece, pero no a la red sanitaria. No existe una evaluación del desempeño o una diferenciación retributiva que mejorarían la productividad y solo la realización de mayor actividad por prolongación horaria permite obtener algún beneficio salarial extra.

En un panorama como este, es donde más se trata de incidir para mejorar la eficiencia, pero nuevamente el modelo funcional o su derivación al modelo estatutario merma las posibilidades de evolución del régimen laboral, en este caso agudizado por la tremenda influencia sindical en el sector, que actúa como freno para el cambio. Nuestra organización pública no está preparada para considerar al médico y enfermera

decisores o ejecutivos del *core-business*, tendiendo a diluirlos en el escalafón de los trabajadores, ni tampoco el resto de personal cualificado del resto de la administración pública está dispuesto a hacer distinciones con estos profesionales.

COROLARIO

Se ha dicho muchas veces que la colaboración público privada es eficiente y esto es cierto, tal como indican los estudios que analizan funcionamiento y costes de los diversos modelos. Fuera de intereses claramente politizados y que están fuera de lugar en el siglo XXI (a no ser que sea por mantener círculos de poder más o menos definidos por determinados colectivos), hoy podemos estar seguros que el futuro pasará por la colaboración con objetivos comunes entre empresas y administración, porque dudar del intercambio económico que ya se produce, es no querer ver que el beneficio privado ahora es directamente proporcional a las limitaciones que imperan en el sector público, con una doble moral.

Muchos se preguntan cómo es posible que gane la administración y también las empresas que operan sin merma de la calidad. El que quiera ver un gato encerrado puede hacerlo repasando la parte inicial de este artículo: las empresas no utilizan el modelo burocrático agilizando los cambios, evitan la diferenciación para establecer sinergias, adoptan gestión por procesos para minimizar la dispersión, compran en mejores condiciones de negociación que en el sector público y no tienen rigidez para cambiar los modelos de negocio de los que ellos mismos forman parte, pero sobre todo, establecen una política de recursos humanos diferente que facilita la consecución de metas de eficiencia por el grado de implicación que consiguen.

La experiencia indica que cuando se cubre un vacío asistencial con el modelo de colaboración público-privada no se generan tensiones (solo en el dogmatismo político), porque al fin y al cabo se va a contratar donde antes no había nadie, siendo un modelo claramente relacionado con la expansión de los sistemas de salud. Así se creó y desarrolló en la Comunidad Valenciana, donde un millón de habitantes poseen hospitales nuevos para poblaciones que requerían recursos hasta entonces insuficientes (solo en el Hospital de Denia, se sustituyó un hospital público por uno concesional de mayor tamaño. Existió conflicto pero se subsanó al no hacer perder el estatus de los profesionales con contrato previo si no era de forma voluntaria).

Sin embargo, la implantación de estos modelos en donde está establecido el tradicional modelo estatutario genera sistemáticamente conflicto al sentirse amenazado en su estatus el personal del centro. Si no existieran amenazas en este sentido y el profesional supiera que su puesto no peligra y sus retribuciones tampoco, es posible que la resistencia fuera mucho menor. Al fin y al cabo los profesionales que poseen su plaza por oposición no quieren perder sus derechos consolidados, como no

harían jueces, militares, notarios, catedráticos o el resto de funcionarios.

Se ha esgrimido que sin traspaso de la *bata blanca*, no es posible cambiar a la gestión privada, en la creencia de que si no se puede seleccionar al personal y establecer ratios de funcionamiento diferentes, no hay mejora del resultado económico. A mi entender esto no es preciso, ya que en el propio modelo concesional el personal estatutario fijo no ha cambiado y la empresa gestiona sin problemas. También se ha esgrimido el riesgo que supone dejar la toma de decisiones en el personal que no está controlado directamente por la empresa, si bien el profesional debe realizar la toma de decisiones de forma correcta con y sin la dependencia del operador y existen modelos de incentivos que no necesariamente pasan por la dependencia contractual (el *outsourcing* de las empresas es un buen ejemplo).

Hoy por hoy, con la experiencia adquirida, solo podemos actuar acercándonos a modelos de colaboración público-privada, sabiendo sus limitaciones en el sector público establecido; o algo más complejo, pero también eficiente y necesario: transformar el sector público en un modelo empresarial que tenga en cuenta las disfunciones citadas. A saber: 1) modelo de empresa con verdadera separación de la financiación y la provisión; 2) cambio de enfoque hacia las necesidades del paciente; 3) gestión por procesos y lucha contra la variabilidad; 4) cambio de modelo de compras de bienes y servicios; 5) cambio del modelo de negocio, y 6) gestión de los recursos humanos.

El futuro indica que no hay mucha distancia entre la gestión del modelo concesional y un sector público gestionado con modelo empresarial y que en cualquier caso tenderán a fusionarse sin perder la titularidad de la sanidad pública para una sanidad universal, gratuita, igualitaria y de calidad.