



Gestión

Las listas de espera no son el problema

Javier Carnicero Giménez de Azcárate



En todas las comunidades autónomas surge periódicamente el debate sobre las listas de espera, casi siempre promovido por los partidos de la oposición, que ven en la demora para ser atendido por el sistema público un asunto para incomodar al gobierno. Sin embargo, el problema de nuestro sistema de salud no son las listas de espera, de la misma manera que cuando se padece una enfermedad infecciosa, el problema no es la fiebre. Los políticos se empeñan en medidas para disminuir las listas de espera, tratar la fiebre; en vez de preocuparse por sus causas y afrontarlas: tratar la infección, que en este caso es el modelo de nuestro sistema de salud.

Las listas de espera se comenzaron a contabilizar en la segunda mitad de la década de los años 80, cuando el INSALUD dictó varias circulares para recabar esa información. Suelen medir siempre la demora para intervención quirúrgica, para primera consulta y para determinadas exploraciones. En la actualidad no existe unanimidad para emplear los mismos criterios de medida, porque algunas comunidades autónomas calculan la lista de espera quirúrgica desde el momento en que el paciente es atendido en la consulta de anestesia, mientras otras lo hacen desde que se cita al paciente para la intervención, sin tener en cuenta el momento de la indicación quirúrgica.



En alguna comunidad autónoma se emplea una ficción que llaman demora media prospectiva para evitar expresar la diferencia en días desde la petición a la fecha de cita. Tampoco se miden las esperas acumuladas: para la atención en consulta, en primer lugar y luego para la atención en interconsultas y para exploraciones complementarias entre otras esperas sucesivas. No obstante, la estadística que publica el Ministerio de Sanidad sí tiene criterios unificados de medida o indica las salvedades a la norma general. Un asunto que se ha politizado desde los años 80 emplea, como es lógico, criterios en los que influye mucho la percepción política y lamentablemente se afronta con disposiciones coyunturales y de corto plazo, para que el gobernante de turno pueda presumir de resultados.

Los economistas dicen que la lista de espera es el procedimiento de racionamiento de servicios del sistema público. Una lista de espera corta o razonable no es necesariamente un indicador de insuficiencia de recursos o de mala gestión. Incluso una lista de espera asumible permite organizar mejor los servicios y gestionar de manera más eficiente los recursos. Cuando la lista de espera se convierte en motivo de preocupación es el signo indiscutible de que el sistema no responde a lo que esperamos de él. Esta situación puede tener sus causas en la planificación, en la gestión o en

“Estamos encastillados en un modelo de sistema que se ha quedado anticuado”

la insuficiencia de recursos. Como siempre queda margen de mejora en el desempeño, siempre es posible la mejora de la planificación o de la gestión, aunque muy pocas veces se aborde de forma conveniente. Los remedios habituales para tratar esta fiebre son como los antipiréticos, que se ocupan exclusivamente del síntoma y no de su etiología. Suelen consistir en declaraciones grandilocuentes, estudios que analizan siempre lo mismo y llegan siempre a las mismas conclusiones, a veces con consultoría incluida y reuniones con los servicios médicos que suelen concluir con aumento de plantilla o al menos con contrataciones temporales que siempre se consolidan. A todo ello se añade, según la ideología del gobierno correspondiente, la remisión de pacientes a centros concertados o la actividad vespertina, que cuando la denomina el gobierno se llama actividad extraordinaria y cuando se refieren a ella los sindicatos horas extraordinarias, y

todos en la jerga habitual le llamamos peonadas. Se da la circunstancia de que las peonadas tienden a prolongarse en el tiempo y además tienen efectos perversos sobre la actividad en el horario matutino, porque la actividad más sencilla tiende a ocupar la jornada de tarde con costes de actividad compleja y la actividad que se programa por la mañana tiende a reducirse, aunque todos los gestores digan que se ocuparán de controlar que esto no ocurra. Todas estas medidas son temporales, menos los incrementos de plantilla, y todas tienen un efecto limitado en el tiempo. Inexorablemente la crisis de la lista de espera se acaba repitiendo.

Mientras, no se tiene en cuenta que el actual modelo del sistema de salud tiene muchos años y apenas ha evolucionado. El modelo de gestión de nuestros hospitales es de finales de los años 60 del siglo pasado, cuando se consolidaron los hospitales con servicios médicos jerarquizados en la Seguridad Social. El de Atención Primaria es el modelo de la Ley General de Sanidad (1986), que había sido precedida por el Real Decreto de Estructuras Básicas de Salud (1984). Esto quiere decir que los hospitales de hoy se gestionan en sus aspectos fundamentales como los de los años 70, la Atención Primaria como a finales de los años 80 y que ambos se gestionan de forma separada. Todos, hospitales y centros de salud, con médicos empleados públicos cuyas retribuciones tienen un componente variable casi nulo, y con gestión propia de Administración Pública, que no de servicio público, que es de lo que en realidad se trata. Lo que sí ha cambiado son los organigramas de la estructura directiva, siempre mucho más complejos y extensos; y la plantilla, siempre mayor.

El modelo de nuestro sistema de salud tiene que evolucionar y para eso hace falta innovación, valentía y estrategia. En primer lugar, es imprescindible reconocer la importancia transcendental que tienen los médicos en cualquier sistema de salud, importancia que siempre han tenido, incluso cuando se ha pretendido ignorarla. Son unos profesionales a los que se exige más de 10 años de estudios superiores para desempeñar su actividad, que es altamente especializada y tecnicada, también en Atención Primaria, que deben establecer una relación de confianza con sus pacientes, que deciden sobre el curso de cada uno de ellos de forma autónoma, y por tanto también sobre el gasto, y que determinan la calidad del servicio. Unos profesionales de estas características no deberían ser remunerados con salarios fijos que solo pueden crecer a base de guardias y de horas extraordinarias o peonadas, y que no tienen en cuenta el desempeño. Es imprescindible



ble la innovación, en su selección, en su relación contractual y en sus retribuciones.

En su selección, cumpliendo el mandato constitucional de igualdad, mérito y capacidad; evitando el bochorno de los escándalos que se han puesto de manifiesto en las oposiciones de alguna comunidad autónoma. En su relación contractual, contemplando una carrera profesional que supere el modelo actual que prima sobre todo la antigüedad. En sus retribuciones, remunerando la calidad, el desempeño, la docencia y la investigación, con cuantías variables que además supongan una magnitud relevante de su retribución. Los médicos de Atención Primaria además también deben ser remunerados con cantidades significativas por su población adscrita y por la dispersión de sus pacientes en el territorio.

Además de todo ello, se deben olvidar determinados sectarismos que pretenden hacernos creer que el sector privado es nefasto y no debe ser empleado por el sistema público; o en sentido contrario, que el sistema público es un modelo de ineficiencia que siempre es superado por el sector privado. Si el paciente es la prioridad, el

centro del sistema, como dice cualquier político o gestor politizado cuando tienen la mínima oportunidad, estos sectarismos están fuera de lugar. En el modelo de gestión del sistema de salud debe introducirse siempre como una de las opciones posibles el sector privado. Por razones de eficacia, eficiencia y efectividad. La contratación con el sector privado es casi siempre una opción mejor que el crecimiento de plantilla o las horas extras o peonadas; siempre que se base en criterios de eficacia, prestar los servicios que son necesarios; eficiencia, de modo que su calidad y coste sean los criterios imprescindibles para tomar decisiones; y efectividad, para que se garantice la continuidad asistencial y no se trate de un parche coyuntural que tenga repetirse periódicamente cuando el sistema se desborda. De esta forma se evitan efectos perversos como los ya indicados antes, o el crecimiento casi nunca justificado de recursos.

La contratación con centros y servicios privados exige planificación a largo plazo, desde luego más que cuatro años, relaciones transparentes, precios conocidos y justificados, contratos que primen la calidad sobre los precios y control es-

tricto de la ejecución del contrato por servicios especializados. También exige que se conozcan con la misma transparencia los costes de los servicios públicos, de forma que puedan compararse con los de los centros o servicios privados que se contraten, como uno de elementos imprescindibles para la toma de decisiones.

En el sistema de salud no existe cultura de costes, de evaluación del desempeño, ni tampoco de cooperación o competitividad entre servicios públicos y entre servicios públicos y privados. Algún servicio de salud ha desarrollado con gran esfuerzo de sus técnicos un sofisticado sistema de costes por proceso, por servicio y por unidades asistenciales. Ninguno de sus directivos, entre los que se encuentran los de sus hospitales y gerencias de primaria los emplea, ni tampoco, naturalmente los jefes de los servicios médicos. Su única herramienta de gestión económica en el mejor de los casos es el control presupuestario, entendido este simplemente como el límite de gasto anual de cada partida.

Tampoco se maneja el concepto de ecosistema o de clúster de salud, que tantas ventajas tendría para los pacientes, la innovación, la investigación y la gestión. Es necesario incentivar tanto la cooperación como la competitividad - que no son incompatibles - entre los servicios médicos de diferentes hospitales públicos; entre centros públicos y centros privados, y entre Atención Primaria y Atención Hospitalaria. El médico de primaria no puede seguir siendo para sus compañeros de hospitales el que deriva pacientes, ni puede limitarse a atender como en la actualidad su consulta y la asistencia a domicilio, que no es poco. Es el momento de analizar su papel y decidir, por ejemplo, si siguen creciendo los servicios de hospitalización a domicilio de forma aislada o se busca más cooperación entre los dos niveles asistenciales. Si el médico de familia tiene una parte mucho más activa en los cuidados paliativos o

en la atención que reciben sus pacientes durante su estancia en los hospitales o en las consultas y exploraciones. Si se le proporcionan servicios o consultas de referencia con un modelo más cercano y ágil, tanto para él como para sus pacientes. Es el momento de que el médico de hospital y su servicio no se consideren entes ajenos a lo que ocurre a sus pacientes fuera del hospital. Es el momento de evaluar si los centros privados no tienen un papel que desempeñar en los planes para atender enfermos crónicos. También es el momento de analizar cuál es y cuál debería ser el papel del personal de enfermería en Atención Primaria.

Todo lo anterior debe tener en cuenta, además, que se tardará al menos 10 años en paliar la carencia de determinados especialistas, que el presupuesto no es infinito, que la tendencia de crecimiento del gasto se mantiene y se mantendrá por causas de todos conocidas, y que por si todo esto fuera poco, se aproxima una nueva crisis económica.

En resumen, el problema no son las listas de espera, el problema es que estamos encastillados en un modelo de sistema que se ha quedado anticuado, que no es válido ya casi en el tercer decenio del siglo XXI, que exige una transformación profunda que supere las carencias que presenta hoy en su gestión, en la gestión de profesionales y en su relación con el sector privado. De lo contrario, las listas de espera y la insatisfacción aumentarán, aunque ese no sea el problema. También aumentará el gasto público de forma insostenible, aunque sigamos con listas de espera que en algunas ocasiones sean intolerables.

Consultor de sistemas y servicios de salud

javiercarnicero@cognitiosalud.es