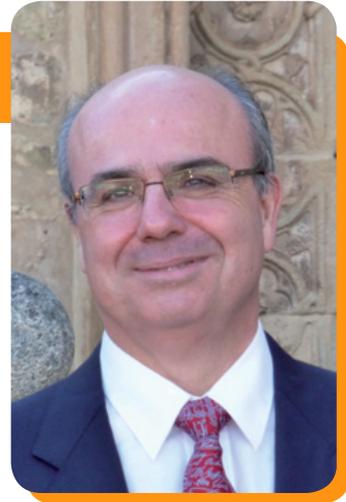




Gestión

Los costes ocultos del sistema de salud

Javier Carnicero Giménez de Azcárate



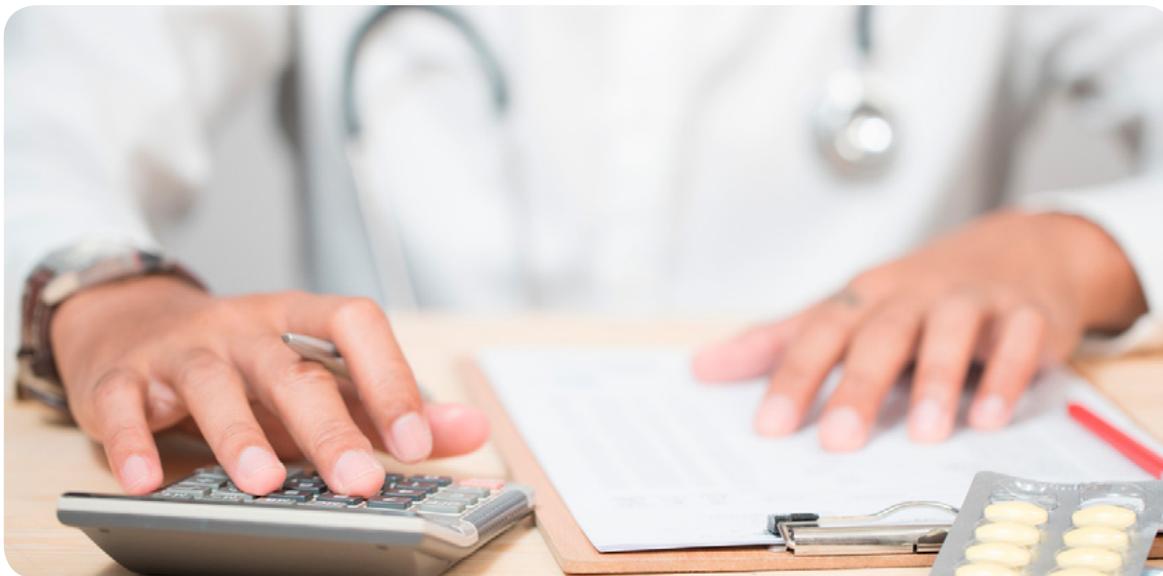
En 1993 se publicó un artículo en el *New England Journal of Medicine* sobre los enormes costes administrativos de los hospitales de Estados Unidos, que tuvo una importante repercusión entre los administradores sanitarios de nuestro país¹. Se publicaron incluso artículos en la prensa no profesional comparando las ineficiencias de aquel sistema de salud con las nuestras. Los mismos autores han publicado varios trabajos con posterioridad en la misma prestigiosa revista comparando los costes administrativos de su sistema de salud con los de Canadá y del Reino Unido, con resultados siempre muy desfavorables para el de Estados Unidos.

Hace pocos días se publicaba una información en un medio de comunicación de Navarra sobre el estudio llevado a cabo por la Institución Futuro, un *think tank* ubicado en la Comunidad Foral, so-

bre el gasto del Servicio Navarro de Salud en la legislatura que está a punto de terminar. En ese informe se alertaba sobre el hecho de que solo el 10 por ciento de los nuevos contratos de los últimos años –crecimiento de plantilla– correspondían a médicos y el resto se dirigía a ampliar la plantilla de la Administración². No es este el lugar para evaluar o no si el informe que se refiere a Navarra está correctamente elaborado, ni si su metodología es la apropiada, ni si sus conclusiones son las adecuadas. Pero sí es oportuno aprovechar esta oportunidad para reflexionar sobre algunos de los costes ocultos de nuestro sistema de salud que están vinculados a sus carencias en materia de gestión, la administración del sistema.

Como nuestras instituciones sanitarias son públicas y sus empleados, sean estatutarios o no,





son empleados públicos, están obligadas a seguir los procedimientos que marcan las leyes de procedimiento administrativo, de contratos del sector público y los estatutos que rigen las relaciones entre los empleados públicos y la Administración, entre otras disposiciones. Todo ello no sería un obstáculo para una gestión eficaz si dichas normas se aplicaran con racionalidad en organizaciones cuyo fin no es el cumplimiento de las normas, sino la mejora del estado de salud de la población y de cada paciente en particular. Las normas son los requisitos y no un fin en sí mismo, pero la situación en nuestros servicios de salud con frecuencia parece ser la contraria. Un expediente de contratación sencillo tiene un periodo de tramitación de nueve meses si no se presentan incidencias o dificultades imprevistas. En unas organizaciones con presupuestos anuales resulta más que difícil gestionar con estos plazos de tramitación.

Se aplica la ley de contratos del sector público a la contratación de servicios de salud (conciertos), cuyos principios y disposiciones priman la competencia entre proveedores sobre la calidad y eficiencia, y se obliga a justificar, de forma que se convenza a letrados e interventores, tarea nada sencilla, de la imposibilidad de hacer "lotes", olvidando los principios de integridad y continuidad asistencial, que también están en leyes publicadas en el BOE. Todo ello sin tener en cuenta cuál es el interés que debe prevalecer, que es el de calidad y respeto a los derechos del paciente. A cualquier médico que se le diga que la asistencia

a sus pacientes hay que fraccionarla en lotes le parecerá algo incomprensible, pero para interventores y letrados esto es lo obligatorio.

La política de recursos humanos y su régimen retributivo cada vez es más funcionarial, lo que quiere decir que no está pensada para unos servicios, que no administración, que se basan en el empleo de personas muy cualificadas. Sin embargo, no se dispone de instrumentos para vincular a esas personas con los objetivos de la organización, su proceso de selección es poco racional y además su situación de interinidad se prolonga durante muchos más años de los deseables. Para colmo, la política de contratación se dirige a la igualdad por encima de todo, olvidando con frecuencia los también constitucionales principios de mérito y capacidad.

Por otra parte, en muchas ocasiones se escuchan referencias a la importancia de la profesionalización de los gestores sanitarios, pero esas referencias siempre se dirigen a los directivos de los hospitales. Tan importante o más que la de los directivos de los hospitales y servicios de salud es la profesionalización en el área de salud de sus funcionarios y directivos o mandos intermedios. No son necesarios letrados, son imprescindibles letrados especializados en salud, a los que no se les tenga que recordar que además de la ley de contratos del sector público existen las de salud o las que regulan y reconocen los derechos de los pacientes. También son imprescindibles economistas y contables que, por ejemplo, conozcan los GRD y su utilidad y que las prótesis no son tor-

nillos; e ingenieros y arquitectos que conozcan de primera mano las peculiaridades y el funcionamiento de las instalaciones y edificios de salud, como los hospitales o los centros de Atención Primaria. Cada vez es más frecuente la incorporación de profesionales de disciplinas no sanitarias a la gestión intermedia de los servicios de salud, que piensan y trabajan con criterios de Administración y no de servicio. Cuando se resuelve un expediente hay que tener en la cabeza el interés general y el de los pacientes en un servicio público, que no se limita a ser una Administración Pública.

Las normas son los requisitos y no un fin en sí mismo, pero la situación en nuestros servicios de salud con frecuencia parece ser la contraria

Los sistemas de información pueden llegar a convertirse en una pesadilla si se gestionan con criterios de Administración Pública como es el caso en algún servicio de salud, en el que no se dispone de una estrategia de sistemas de información de salud no ya a largo plazo, sino a corto o medio plazo. En esos servicios el método de gestión se ha convertido en la norma fundamental y se dedica más tiempo a la gestión a la que obliga el método, que a considerar que el sistema de información clínica se ha convertido en un instrumento imprescindible para la asistencia. La falta de especialización del personal de tecnologías de la información y comunicación en el área de salud hace que sea necesario comenzar por explicar la organización sanitaria, el funcionamiento de un hospital o la forma de trabajar de los médicos cada vez que se tiene que afrontar un proyecto digno de ese nombre.

Todo lo anterior no quiere decir en absoluto que los profesionales de nuestros servicios de salud, entre los que me incluyo, no estemos debidamente preparados para nuestra tarea. Tampoco que haya que huir del cumplimiento de leyes que son y deben ser obligatorias cuando se trata de dinero público y de servicio a la sociedad. Lo que aquí se quiere resaltar es la importancia de la selección, preparación, motivación y formación continuada de esos profesionales; la importancia de que las leyes y su aplicación contemplen

la peculiaridad del sistema de salud, que prima o debe primar la calidad de la asistencia a cada uno de sus pacientes; y sobre todo, que se trata de un servicio público, no de una Administración Pública. Por encima de todo debe prevalecer la aplicación racional de las leyes, pensando también en los pacientes; y la garantía de que los sistemas de información dispongan de una estrategia vinculada a la de salud que permita a sus profesionales una visión global de las necesidades del sistema.

El Gobierno ha modificado la aplicación de las leyes de contratos y otras normas en los centros de investigación, que habían llegado a bloquearse por tener que cumplir a rajatabla las normas de contratación pública, entre otras, impidiendo que llevaran a cabo su función, que no es otra que la de investigar. Los requisitos se habían convertido en un fin en sí mismo y ese es el camino que parece seguir el sistema de salud. Se ha rectificado en los centros de investigación. Bienvenida sea esa rectificación y ojalá se apliquen medidas similares al sistema de salud.

Los costes de todas estas ineficiencias son enormes, aunque no los tengamos cuantificados todavía. Llama la atención que, cuando tanto nos preocupa la sostenibilidad del sistema, no se mencionen nunca los costes de convertir un servicio público en Administración pura y dura.

1. Woolhandler et al. Administrative costs in US hospitals. N Eng J M Vol 329 nº 6 (400-403): 1993
2. Diario de Navarra 11 de febrero de 2019, págs. 1, 16-17