

¿Por qué todos tienen razón y no arreglan el sistema sanitario?

La evaluación va a ser básica de aquí en adelante. Conocer la cantidad, calidad y precio de lo que entra al sistema sanitario, y determinar lo necesario, efectivo y equitativo, son los pilares fundamentales sobre los que debe asentarse el nuevo modelo sanitario.

DIARIO MEDICO. Miguel A. Asenjo | Profesor emérito de la UB y asesor científico de IL3-UB | 29/11/2011

Existen cinco motivos por los que todos tienen razón al hablar de sanidad: 1º) la utópica definición de salud que, como la belleza, no tiene límite; 2º) el rechazo personal a responsabilizarse de sus determinantes, de los que el más importante es el propio estilo de vida; 3º) el imparable avance de la especialización médica, causante fundamental del exponencial aumento del gasto sanitario y de su efectividad; 4º) la ignorada evidencia de que a un mayor gasto no corresponde una mejor salud, y 5º) la identificación de que existen en el mundo al menos 57 sistemas sanitarios diferentes que, además, no guardan relación directa con la esperanza de vida de la población.

- En la sanidad pública la aspiración ¡de conseguir un puesto en propiedad es obsesiva, ya que ni la retribución ni la continuidad dependen de sus resultados
-

Los responsables no lo arreglan porque a las anteriores razones hay que añadir que, siendo la cobertura universal, gratuita y pública, conviene un pacto que es difícil, pero que ayudaría mucho individualizar la responsabilidad; para ello es preciso ofrecer datos que atemperen las emociones.

Existen en España ejemplos de éxito sostenido de lo que vengo defendiendo. Para estudiar Medicina, desde los años 70 del siglo pasado, es necesario obtener muy buena nota en la Selectividad y, en consecuencia, quien quiere estudiar Medicina es un excelente estudiante de Bachillerato. Para especializarse en lo que se desea, acabada la Licenciatura de Medicina, desde finales de los 70, hay que tener el mejor número posible en el examen MIR y, en consecuencia, los estudiantes de Medicina son excelentes. Para que los profesores progresen en su carrera universitaria, desde mediados de los 80, es necesario publicar en revistas

reconocidas; por tanto, las publicaciones de impacto españolas han aumentado exponencialmente. ¡Qué exigentes son la medicina y la docencia!

- La falta de evaluación es una injusticia para los ciudadanos, que son potenciales enfermos, además de seguros contribuyentes y periódicos votantes
-

Más ejemplos que se pueden seguir

He vivido experiencias gestoras colectivas novedosas de éxito temporal, como son las del Hospital General de Asturias, en el que a finales de los 60 ocupé la gerencia. Para gestionar aquel hospital la diputación creó, en 1960, un Consejo de Administración de nueve miembros (cinco diputados y cuatro personas relevantes de la sociedad civil, incluido un párroco de un barrio marginal de Oviedo) y una Gerencia. La singularidad de aquel hospital, además de su novedosa organización, incluidos los primeros comités médicos, fue que todos sus médicos tenían dedicación exclusiva, con un excelente salario que podía verse incrementado. También fue original la introducción en España del sistema MIR.

El caso del Hospital Clínico de Barcelona, que tan bien conozco, es una experiencia de éxito sostenido. Introdujimos, a comienzos de los 70, un sistema organizativo en que la participación de los médicos en la gestión y la evaluación de su productividad (actividad y gasto) y calidad era, y sigue siendo, constante; de sus resultados depende su carrera profesional. Su progreso es sostenido y lleva así 40 años. La formación de sus médicos en gestión es buena y eso ayuda. La mayoría de los más jóvenes han cursado, en la licenciatura, la asignatura troncal Planificación y Gestión Sanitarias, y los más veteranos, incluida la Alta Dirección, el Máster de Gestión Hospitalaria, del que hoy son profesores.

Insisto en que es necesario determinar, objetiva y numéricamente, lo necesario, lo eficaz, lo efectivo, lo equitativo y el nivel de calidad. Dicho en términos más comprensibles: es posible y necesario cuantificar lo que se necesita para realizar correctamente la actividad prevista; saber cuánto se puede hacer con lo que se tiene, qué es la eficacia; conocer lo realizado, que es la efectividad, y relacionar lo hecho con el gasto y conocer la eficiencia.

Evaluar y difundir resultados

Es fundamental conocer la cantidad, calidad y precio, y evaluar a sus actores. Igual da que sean público o privados. En el sistema público la aspiración de conseguir un puesto en propiedad es obsesiva, ya que ni la retribución ni la continuidad dependen de sus resultados. En el curioso mercado sanitario público, el médico compra, el enfermo consume y un tercero

paga. Es imprescindible, además de reforzar la ética personal, evaluar y difundir los resultados, máxime si se recuerda que existen trece factores que modifican la frecuentación hospitalaria. Cuatro de ellos son: la disponibilidad de servicios (cartera de servicios, dicen), el sistema de pago, la edad de la población y la organización de la asistencia primaria. La especialización, por aumento de profesionales, y la duplicidad de servicios, por despilfarro, encarecen la asistencia.

La falta de evaluación es una injusticia para los ciudadanos, potenciales enfermos, seguros contribuyentes y periódicos votantes. Lo es también para los profesionales sanitarios, pues no todos son iguales en su rendimiento ni en su calidad. Denota incompetencia y escasa profesionalidad de los equipos directivos y es una irresponsabilidad de los poderes públicos. Además, disponer de números hace posible armonizar los deseos de enfermos y profesionales, que es el objetivo de la gestión sanitaria. Se hace justicia y se evitan conflictos.