

LA TRAMPA DE LA LIBRE ELECCIÓN DE PROFESIONAL Y HOSPITAL

El pasado 27 de enero, la Comunidad de Madrid anunció su intención de implantar -antes del verano y por decreto-, el Área única y la libre elección de médico/pediatra/enfermer@ y hospital, estableciendo la competencia entre centros y entre profesionales -sin excluir dar entrada a la competencia privada-, e implantando un nuevo modelo retributivo de los profesionales ligado a la libre elección y al cumplimiento de objetivos.

La libre elección ya existe desde 1993, si bien sujeta a una serie de restricciones geográficas y de límites de población por profesional, a fin de preservar la calidad de la atención prestada. La pretensión de instaurar la libre elección con carácter absoluto, tiene las patas muy cortas. Si sólo 10.000 personas quisieran ser vistas por el mismo profesional en un centro de salud, se crearían extensas listas de espera y disminuiría el tiempo por persona en consulta (ya de por sí escaso con las actuales 1.500-2.000 personas que tienen los cupos). Los riesgos y el caos sanitario serían mayores si varios miles de personas desearan ser operadas en el mismo hospital y por el mismo profesional al mismo tiempo. La libre elección gratuita y sin limitaciones no es practicable.

Además, parece un sin sentido promover la libertad de elección individual al tiempo que se reducen las formas de protección colectivas. Las restricciones presupuestarias, la escasez de personal, la masificación de consultas y servicios, o la dificultad para acceder a las prestaciones gratuitas, son mayores en la Comunidad de Madrid que en el resto de Comunidades. Y esto no sólo lo dicen las asociaciones profesionales, lo confirman los datos del Ministerio de Sanidad y de la propia Comunidad de Madrid. Por tanto, la libre elección no es más que una cortina de humo del gobierno de Esperanza Aguirre, para ocultar como desmantela la Atención Primaria y liquida el actual modelo sanitario público. Sus repercusiones para la salud de la población madrileña, serán graves.

Al establecer la competencia entre centros y entre profesionales haciendo que el dinero siga al paciente, introduce las relaciones de mercado en la sanidad y sustituye la actual orientación del sistema -que se dirige a solucionar las necesidades de salud de la población-, por otra que colocará en el centro la lucha por la obtención de clientes como garantía salarial de los profesionales y de supervivencia de los propios servicios sanitarios. Esta búsqueda de clientes y la eliminación de topes de población por profesional, impulsará las sobrecargas de trabajo, la explotación de los servicios por encima de lo recomendable para mantener unos mínimos de seguridad y calidad, y romperá las relaciones internas de cooperación y complementariedad que deben regir un sistema sanitario público.

Al eliminar las actuales 11 Áreas de salud se desprecian las variables sociodemográficas y los problemas de salud específicos de cada zona, impidiendo la planificación sanitaria y ajustar los recursos a las necesidades de las barriadas y distritos. Los desequilibrios serán inevitables, al depender financiación e infraestructuras de los centros sanitarios de los flujos de población que provoque la elección de los ciudadanos, favoreciéndose la concentración de medios en pocas zonas geográficas y centros (en los más competitivos). Todo ello perjudicará principalmente a las zonas y centros sanitarios donde se concentra una población más envejecida y pobre (las zonas menos competitivas), que son las que presentan mayores problemas de salud, aumentando las desigualdades y disminuyendo la equidad y la calidad del sistema.

Por otra parte, facilitar una elección responsable y con conocimiento, exigiría a la Consejería el desarrollo de una información sanitaria relevante y su distribución entre la población. Lo complicado de la medida y su alto coste, implicaría destinar importantes recursos económicos a labores administrativas. Tal aumento de los costes administrativos, en un medio caracterizado por la escasez financiera, supondría disminuir aún más la financiación de las actividades puramente sanitarias y de las inversiones, repercutiendo negativamente en las plantillas, equipamientos y calidad prestada.

La marginación económica de la Atención Primaria es inevitable, dado que la supresión de las Gerencias de Área implica una disminución de su poder político. El menor peso económico de este nivel, el menor número de trabajadores y la dispersión de los centros de salud, unido a que cada centro negociará aisladamente su presupuesto y condiciones con la Consejería de sanidad, disminuirá su capacidad para asegurar su desarrollo, lo que traerá su subordinación a los intereses hospitalarios y el abandono de las actividades de prevención y promoción de la salud. El hospital volverá a estar en el centro del sistema, y se impondrá un enfoque reparador, que despersonalizará la atención al ser reducido el individuo a sus patologías sin relación con el ambiente laboral y el medio en el que vive, e impedirá el desarrollo de programas de salud comunitarios. Volveremos a sufrir situaciones superadas hace 20 años.

El nuevo modelo retributivo de profesionales y centros ligado a la libre elección, aumentará sustancialmente las cuantías graciables relacionadas con la población atendida y el cumplimiento de objetivos. Entre esos objetivos destacan los relacionados con el gasto (disminuir la petición de pruebas, derivaciones a especialistas y hospital, número de personas de baja laboral, etc.), lo que supone introducir presiones económicas para alterar las decisiones de los profesionales. Eliminar los topes de población por profesional y relacionar una buena parte del salario con el número de personas por cupo, va a favorecer la selección negativa de pacientes. Cabría preguntarse qué profesional o que centro sanitario va a desear tener pacientes mayores, crónicos o que presenten patologías complicadas, que van a repercutir negativamente en la nómina o los ingresos al provocar un gran consumo de tiempo y de medios, dificultar el cumplimiento de objetivos, e impedir asumir más población sana o que requiera menos dedicación.

Crear un Área única que elimina las Gerencias de Atención Primaria, va a concentrar el poder y las decisiones en manos de la Consejería de sanidad, alejando esos centros de decisión de los distritos y barrios. Y va a cerrar el camino a la participación y control ciudadanos, a la intervención colectiva e individual, eliminando cualquier posibilidad de incidir desde abajo sobre la orientación del sistema sanitario, sobre las políticas de salud y la planificación a fin de adaptarlas a las necesidades de la ciudadanía. La voz de las gentes no molestará más en algunos ámbitos.

Otros riesgos se refieren a la centralización de la información sanitaria y la entrada de empresas privadas en su gestión -pérdida del control de la cadena de custodia de las historias clínicas y datos sensibles, y riesgo de quiebra de la debida confidencialidad-; o a la manipulación interesada de información para dirigir los flujos de población hacia determinados centros -máxime si empresas privadas tienen acceso a la información generada-. El gobierno de Esperanza Aguirre niega que tales cosas vayan a suceder, pero su palabra no tiene mucho valor político si tenemos en cuenta que este proyecto de reforma ha sido elaborado por una entidad privada.

El objetivo del sistema sanitario es garantizar el derecho a la salud de la población - de todos y cada uno de los ciudadanos-, y esto sólo es posible mediante una cobertura

universal, gratuita en el momento de uso y accesible. La planificación sanitaria no es un capricho, es el medio que permite aportar lo que se necesita, cuando y donde se necesita, para favorecer la salud de la población. Cualquier cambio que amplíe las actuales posibilidades de elección, debe respetar estos principios para evitar una pérdida social de derechos y graves consecuencias para la salud de la población.

Pretender que el mercado regule el funcionamiento del sistema sanitario, el acceso de la población al mismo, la planificación o cualquier otro aspecto de la sanidad pública, supone instaurar la llamada “soberanía del consumidor”, que consiste en dar al individuo capacidad de elección sobre lo que otros le ofertan, pero marginar al individuo y a la colectividad de cualquier tipo de decisión política o para decidir qué es lo que realmente quiere. Variar la orientación y el modelo sanitario son cuestiones de tal calado que no pueden realizarse con engaño y hurtando el debate a la sociedad madrileña.

Es preciso crear un frente único que expulse del gobierno de la Comunidad a Esperanza Aguirre y abra el debate entre las fuerzas políticas, sindicales, sociales y profesionales, para decidir qué sanidad queremos los madrileños.

Jaime Baquero (comisión de Sanidad de la FRAVM)