

Gestión clínica:

*introduciendo los criterios
empresariales en la asistencia
sanitaria*

www.casmadrid.org

Historia

- *Gestión empresarial /Clinical management /Gestión clínica*
- 1995: Pacto CESH-INSALUD. Fracaso por discrepancias incentivos/evaluación
- 1996. Catalunya EBA Vich
- 1999. Hospital de Alzira
- Década 2000: Andalucía, inicialmente adscripción voluntaria.
- 2010: Asturias y extensión paulatina al resto del Estado

Discurso de la Administración

- Democratizar la gestión
- Descentralizar las decisiones
- Dar voz a los profesionales
- Paciente centro del sistema.
- Favorecer la mejor práctica clínica
- Medicina basada en la evidencia

Razones

- Incremento del gasto
- Utilización inadecuada de los recursos
- Saturación (recortes, envejecimiento)
- No mejora de los indicadores de salud
- Estancamiento del modelo sanitario

Objetivos centrales

- A. Primaria. Reducir el gasto sanitario que depende de los profesionales (desde farmacia a bajas laborales).
- A. Especializada. Cuantificación monetaria de cada acto, para que cada médico sepa en cada momento cual es su capacidad de producción diaria, incentivando: (1)
 - Cada urgencia atendida sin ingreso hospitalario (objetivo: "premiar a aquellos que adecuan el número de ingresos que se producen desde urgencias")
 - Por intervenciones locales realizadas fuera de quirófano.
 - Por cada alta hospitalaria producida.
- (1) Principios económicos Hospital de Alcira, 1999. Valencia. www.hospital-ribera.com
- No se actúa sobre el enorme gasto sanitario comprometido con farmacéuticas, conciertos con centros privados, hospitales modelo concesión.
-

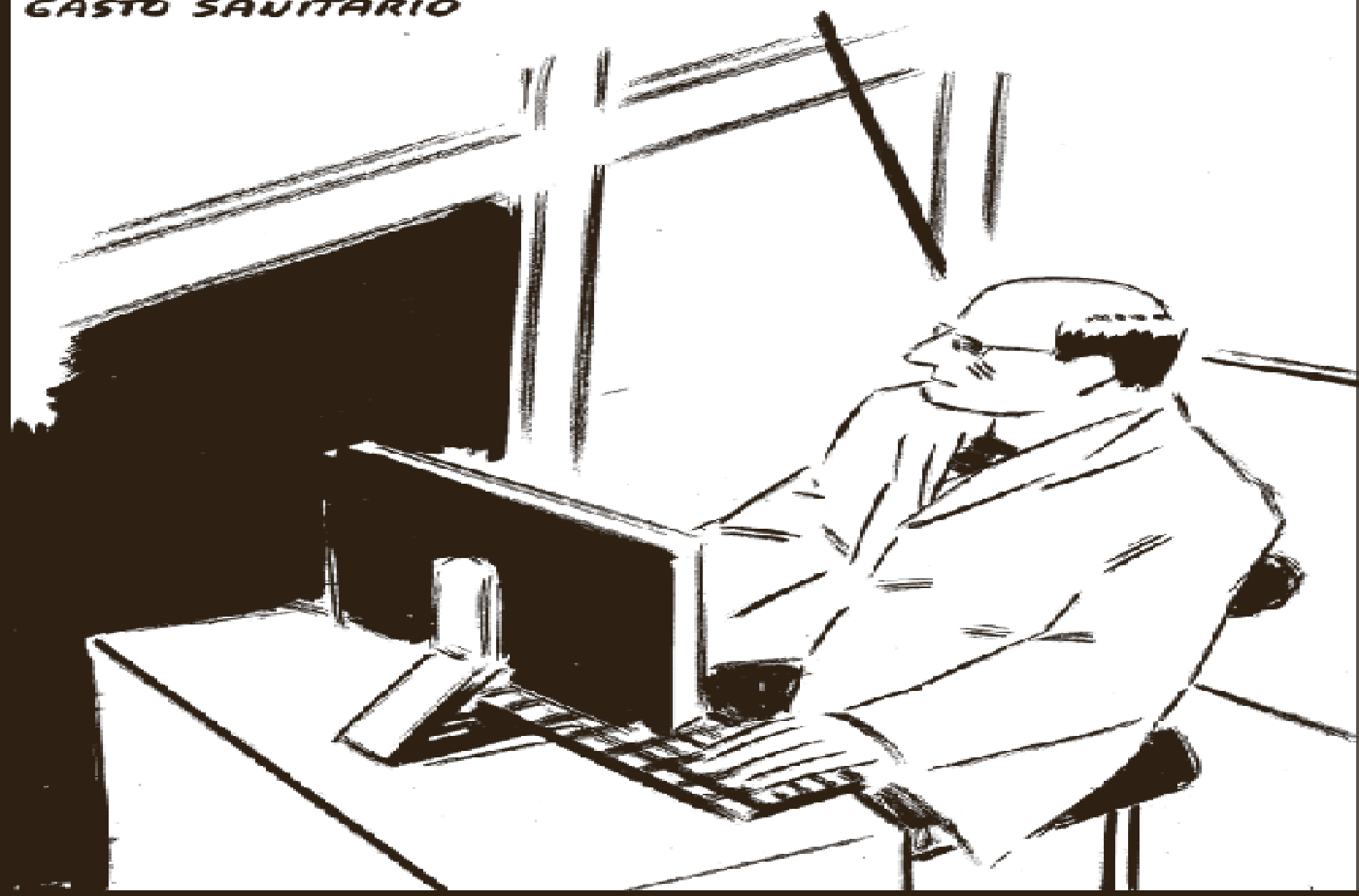
Reduciendo los costes variables

- Salarios
- Farmacia y material sanitario
- Pacientes rentables versus no rentables, por ejemplo, *un paciente amputado consume menos recursos que uno ingresado para intentar evitar una amputación*
- Estancia media, número de pruebas (imagen, laboratorio...), hospitalizaciones...

La práctica

- Medicina decide el 70 % del gasto
- Traspaso de la gestión de parte del presupuesto económico.
- Competencia frente a colaboración
- Unidades rentables (laboratorios, imagen..) versus no rentables (UCIs, Quemados)
- Objetivos definidos por la Administración.
- Falsa autogestión.
- Mayor poder a los directivos

ANTES HACÍAMOS MEDICINA, AHORA GESTIONAMOS GASTO SANITARIO



elrotto.elpais@gmail.com

El anzuelo

- Introducción de mecanismos de gestión de costes, acompañadas de recompensas económicas (si se logra reducir el gasto por paciente), en la práctica diaria del personal, fundamentalmente el médico.
- Se trasfiere a las UGC presupuestos virtuales y se establece un pacto de objetivos de consumo de recursos (farmacia, derivaciones, pruebas diagnósticas, cobertura de ausencias....), que no es negociado, ni debatido con los trabajadores y que es firmado con el director de unidad.
- Salto cualitativo. Introducción de estrategias de mercado al ámbito de la atención a la enfermedad

Incentivos económicos I. Sector "público"

- Andalucía: 7.000-13.000 €
- Asturias: "hasta el 49 % del ahorro generado"



Incentivos económicos II.

Microempresas

- Valencia, hospitales PPP. Evaluación de objetivos trimestral.
- Valencia, centros de salud: 24.000 €/año
- Madrid hospitales PPP: 40.000 €/año.
- EBAs Catalunya: médicos accionistas. 100.000 €/año. Venta acciones al jubilarse (300.000 €)

LE VA A OPERAR UN OPERADOR DE BOLSA



Andalucía. Hablan los profesionales

- *«Al principio, se nos animaba a esforzarnos en ahorrar para conseguir los objetivos y cobrar la productividad al año siguiente. Así, por ejemplo, empezamos a consentir en cubrirnos unos a otros los permisos y bajas cortas para no gastar, y la máxima del ahorro empieza a invadir nuestra actividad laboral»*

Andalucía. Hablan los profesionales

- *«Tampoco tenemos ninguna autonomía en los recursos: cada vez más objetivos sin aumento de recursos, con la complicidad de las UGC y la tentación de la productividad. Hay que seguir cumpliendo objetivos aunque no nos den los medios. Por ejemplo, la demora cero: un paciente debe de tener cita en 24 horas máximo, pero como no se sustituye a nadie ni a los salientes de guardia, cuando se acaban las citas del día insertan citas dobles en la agenda»*

Andalucía. Hablan los profesionales

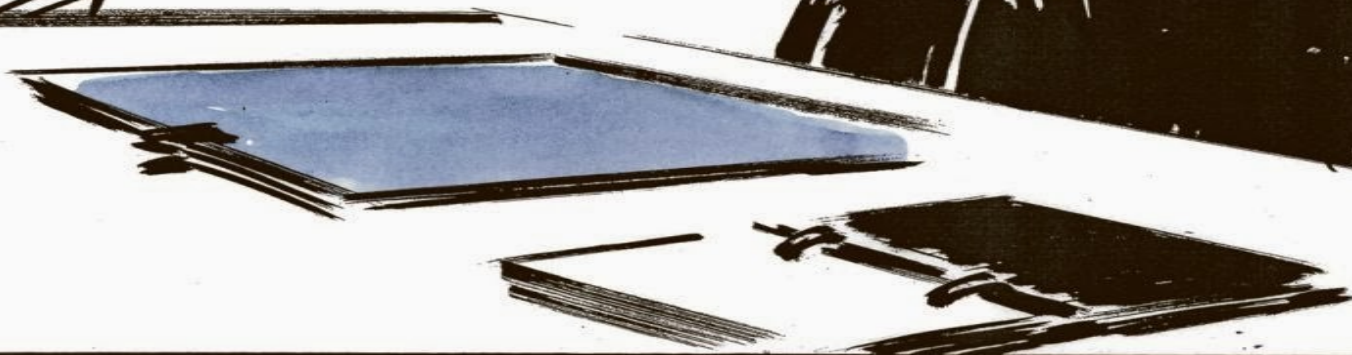
- *«Los objetivos de las diferentes unidades pueden estar enfrentados entre sí, por ejemplo: en primaria penalizan si derivan mucho al especialista (llegando a recibir amenazas), y al especialista le pasa lo mismo si revisa mucho y no resuelve la consulta en "acto único". En ocasiones nuestros pacientes se encuentran en un limbo porque el especialista le da el alta de forma precipitada y su médico de primaria no quiere gastar otra derivación en volver a mandarle al especialista si el motivo de consulta no mejora, con lo que se enreda en una burocracia que tiene que resolver el propio paciente hasta que el sistema decide a quién le cuenta la derivación...»*

Andalucía. Hablan los profesionales

- *«Directamente se promueve la competencia por la consecución de objetivos entre profesionales y unidades. Los directores de unidad acuden a reuniones del distrito donde les presentan la posición en la consecución de objetivos, qué unidades han ahorrado más y cuáles son las más "gastonas". Allí solo ven números y gasto sanitario desbordado y vuelven a los centros con la lección aprendida: nos hacen responsables fundamentales de la gestión del gasto tanto al paciente, como al profesional. Encima de esto los objetivos van cambiando todos los años, cada vez son más estrictos y difíciles de conseguir: porque se ha visto que los profesionales con objetivos cumplidos "se acomodan y no se siguen esforzando"»*

DETRAS DE LOS NÚMEROS HAY PERSONAS

¡PUES QUE SE APARTEN!



Andalucía. Hablan los profesionales

- «...se registra todo y más (aunque sea de forma fraudulenta), esto está pasando, muchos profesionales en lugar de visitar pacientes en su domicilio, dedican horas a cumplimentar historias con iconos para cumplir objetivos, o calculan cuántos tratamientos necesitan poner/quitar de uno de los indicadores para que puntúe...»

Andalucía. Hablan los profesionales

- «Éste sistema perverso nos enfrenta a nuestros pacientes. Tienen la sensación de que no les atendemos con interés, que no queremos recetar, ni derivar al especialista... »
- «Entre la profesión sanitaria cada vez está más extendida la idea de que el paciente abusa del sistema. Nos han convencido de esto y los vemos y los tratamos como el enemigo».

¿CUAL ES EL DIAGNÓSTICO,
DOCTOR?

NO RENTABLE



Conclusiones

- *Introducción estrategias mercantiles*
- *Enfrentamiento entre profesionales y entre unidades*
- *Focalización en el gasto (derivaciones, pruebas, visitas, medicamentos..) y no en el paciente*
- *No suponen una privatización mientras no tengan entidad jurídica propia*

Conclusiones

- *Tras una década de aplicación, los problemas estructurales del sistema se mantienen o empeoran (listas de espera, deterioro asistencial, enfoque curativo, abandono de las ya escasas actividades de promoción de la salud..)*
- *Siguen existiendo bolsas de ineficiencia en el sistema. Continúa la infrautilización en beneficio de la privada.*
- *Ningún avance en cuanto a participación de la población en la gestión, ni en el acceso a información*

¿QUÉ TENGO?

A MÍ NO ME PREGUNTE, LOS DIAGNÓSTICOS
LOS HACE EL GERENTE

