



## ***UNIDADES DE GESTION CLINICA ¿UN RODEO PARA LA PRIVATIZACION SANITARIA?***

En estos momentos se está produciendo un amplio debate sobre las denominadas “unidades de gestión clínica”, debate que ya existía en el sistema sanitario español y que se ha agudizado con las propuestas sobre “unidades de gestión clínica” que parten del Ministerio de Sanidad y el autodenominado “Foro de la profesión médica”, y de las iniciativas que en este sentido se están tomando desde algunas CCAA.

El presente documento pretende analizar la gestión clínica, sus potenciales beneficios y perjuicios y las propuestas que se están realizando en nuestro país en torno a su implantación, desde la óptica de quienes defendemos la Sanidad Pública y nos oponemos a su privatización, y a la introducción de los criterios mercantilistas y economicistas en el sistema sanitario público.

### **LA GESTION CLINICA COMO CONCEPTO**

La gestión clínica aparece en el entorno de sistemas sanitarios muy fragmentados, como el de USA donde se coexisten diferentes aseguradoras sanitarias, una multiplicidad de proveedores públicos y privados y un gasto sanitario disparatado (conviene recordar que en 2011 el gasto sanitario total era del 17,7% sobre el PIB y de 8.508 \$ ppc per capita, frente al 9,3% y 3.322 respectivamente del promedio de la OCDE) con unos mediocres resultados de salud (esperanza de vida de 78,7 años frente a 80,1 del promedio OCDE en el mismo año).

La gestión clínica se ha definido como “el uso de los recursos humanos, intelectuales, tecnológicos y organizativos, para el mejor cuidado de los enfermos y están en relación con el conocimiento clínico, la mejora de los procesos asistenciales”, se supone que su objetivo es integrar la mejor práctica clínica con el mejor uso de los recursos disponibles, y se acompaña de una descentralización de la organización que permita favorecer el que los profesionales puedan organizarse para activar estrategias para la mejora de los resultados asistenciales. Pero estas definiciones, evidentemente edulcoradas, no tienen en cuenta otro de los objetivos claves, la contención del

gasto sanitario y el control de las decisiones profesionales, porque no se puede olvidar que, como ya se ha señalado al principio, el exceso de gasto sanitario ha sido uno de los incentivos fundamentales para su formulación y puesta en práctica, y el trasvase de negocio a las empresas privadas es una de sus consecuencias más probables.

El compromiso de los profesionales con la gestión de los recursos sanitarios ha tenido múltiples expresiones, especialmente en el desarrollo de las guías de práctica clínica y las vías clínicas. La gestión clínica puede desarrollarse como ya han señalado numerosos autores sin cambiar el marco organizativo y necesita sobre todo de un cambio en la cultura de las organizaciones, en la formación y en los incentivos de los profesionales, y un cambio en las actitudes de los directivos de los centros públicos hacia una apuesta y compromiso con el Sistema Nacional de Salud.

## **UN ANALISIS DE LA SITUACION SANITARIA EN ESPAÑA**

No pretendemos hacer un análisis detallado, pero lo primero que hay que señalar es que el sistema sanitario español no se caracteriza a nivel macro por un despilfarro de recursos, sino más bien por lo contrario. Nuestro gasto sanitario es bajo y los resultados en salud buenos (según el Informe Bloomberg en 2013, relacionando esperanza de vida y esperanza de vida libre de incapacidad con gasto sanitario, España tenía el 5º sistema de salud más eficiente del mundo y el 1º de Europa), por lo tanto a ese nivel macro la necesidad de mejoras de eficiencia no son la prioridad de nuestro sistema sanitario, aunque es obvio que siempre existen espacios de mejora que deben de investigarse.

Por otro lado desde 2009 el Sistema Nacional de Salud está sufriendo una política muy agresiva de recortes presupuestarios que le sitúan al borde del colapso (se ha pasado de 70.464 millones € en 2009 a menos de 60.000 millones € presupuestados para 2014), como han advertido numerosos observadores internacionales (OCDE, UE, FMI, Lancet, BMJ, etc) y en ese contexto las capacidades de eficiencia de la gestión clínica se han visto espectacularmente reducidas.

Además hay que tener en cuenta que el sistema sanitario se ha ido fraccionado en los últimos años: en múltiples especialidades y super-especialidades, en áreas de actividad (asistencia sanitaria, salud pública, salud mental, salud ambiental, salud laboral, centros de crónicos, atención socio-sanitaria....) generando multitud de compartimentos estancos y dificultades a la atención integral, integrada y racional, con barreras que hacen muy difícil la coordinación asistencial, la presencia de incentivos inadecuados, la puesta en funcionamiento de estructuras organizativas fragmentadas y la falta de planificación y objetivos compartidos.

Los resultados de todos los problemas señalados anteriormente son la presencia de problemas funcionales que reducen efectividad, calidad y

eficiencia, la generación de duplicidades de recursos y actividades con el consiguiente despilfarro de recursos. La fragmentación de la práctica profesional y de la atención a los enfermos produce un gasto sanitario inapropiado resultado del uso intensivo e irracional de las pruebas y recursos tecnológicos, la utilización irracional y abusiva medicación y el abordaje problemas asistenciales en niveles inadecuados

La Ley General de Sanidad proponía para resolver estos problemas la puesta en funcionamiento de las Áreas de Salud que tenían como objetivo el establecimiento de demarcaciones territoriales, garantizar la atención integral y equitativa y la gestión coordinada de centros, prestaciones y programas sanitarios.

Sin embargo las Áreas de Salud no se desarrollaron por la presencia de numerosas resistencias - obstáculos a las mismas por una multitud de motivos que actuaron de una manera confluyente, como son: el temor de las administraciones CCAA a ceder poder (descentralización) y a dar autonomía de gestión; la hegemonía de los hospitales (poder, formación el personal y prestigio social) ; el desconocimiento y escaso desarrollo del trabajo en equipo; la falta de cultura y de desarrollo medicina basada en la evidencia; el auge del gerencialismo (concentración de poder de decisión en personas con nombramientos políticos y poca formación); y por fin el desinterés de instituciones no sanitarias en asumir responsabilidades en salud.

El resultado es que se acabo abandonando/paralizando el modelo de áreas sanitarias con lo que la descentralización se detuvo en las CCAA y no avanzó hacia las áreas, además en algunos casos se desmantelaron las áreas sanitarias (Madrid, Galicia, etc), con el objetivo evidente de crear grandes espacios para la competencia público-privada y abrir el negocio a las multinacionales de provisión sanitaria.

La salida fue el intentar crear nuevas estructuras, como las gerencias únicas (que acabaron con la absorción en la practica de la Atención Primaria (AP) por parte de los hospitales), y ahora, como desgraciadamente suele ser habitual en nuestra Sanidad, sin haber realizado ningún tipo de evaluación se plantea la implantación generalizada de las unidades de gestión clínica.

## **UNIDADES DE GESTION CLINICA. BENEFICIOS Y LIMITACIONES**

**¿Cuáles son las ventajas de la gestión clínica?**, en principio habría que tener en cuenta las siguientes cuestiones

- Incorpora la los profesionales a la administración de los recursos, lo que evidentemente es importante porque estos deben ser conscientes de la necesidad de utilizar criterios de eficiencia en su sentido estricto (conseguir los mismos resultados al menor coste posible) en la atención sanitaria.
- Dar autonomía a los servicios hospitalarios y a los centros de AP, para eliminar algunos de los efectos negativos del gerencialismo burocrático.

- Pueden servir para coordinar los niveles de AP y hospitalaria, mejorando la continuidad asistencial, aunque su resultado puede ser el contrario: aumentar la fragmentación e incoordinación del sistema sanitario.
- Favorecer el establecimiento de guías, protocolos y otros instrumentos que racionalicen los procesos asistenciales y la asignación de los recursos

**¿Cuales son sus problemas?**, como se ha señalado la gestión clínica responde a un marco general, siendo los criterios organizativos de su implantación muy diversos. En todo caso deben de considerarse las siguientes cuestiones:

1. **Introduce criterios de competencia y de mercado** en el funcionamiento del sistema sanitario, con muchas similitudes con la gestión empresarial. Propiciar la fragmentación del sistema en centros y unidades (más aún si tienen personalidad jurídica propia), favorece la competencia frente a la cooperación que es clave en la continuidad asistencial.
2. **Rompe con los criterios básicos de la gestión pública en sanidad** que se fundamenta en la necesidad que tiene el sistema sanitario público de orientarse en la consecución de niveles de salud y de satisfacción de todos y no solo en los buenos resultados de algunas partes del sistema que se basan muchas veces en el empeoramiento de otras partes del mismo (transferencias de flujos económicos hacia las áreas con mejores resultados). Por otro lado hay que tener en cuenta que **el mercado presenta muy serios fallos en la Sanidad**, porque la atención sanitaria se caracteriza por una información asimétrica, la presencia de importantes incertidumbres y de externalidades que no pueden ser controladas a nivel micro. Finalmente la gestión pública en Sanidad tiene como uno de sus objetivos mejorar la equidad social lo que tampoco puede plantearse a nivel micro (por poner un ejemplo, el área rural es un buen exponente de unos recursos sanitarios que no se justifican por la demanda o la presión asistencial, y si por el objetivo de que todas las personas en todo el territorio tengan garantizada una atención sanitaria accesible y de calidad).
3. **Los problemas de la selección de riesgos y los incentivos en Sanidad.** Es bien conocido que uno de los mecanismos de búsqueda de rentabilidad, que no de eficiencia, en Sanidad es la selección de riesgos puesto que se conoce hace tiempo que el gasto sanitario se acumula en un grupo reducido de población (un 5% produce un 58% del gasto mientras un 50% solo gasta el 3%), de manera que existe una tendencia habitual para obtener beneficios de centrarse en este gran grupo de población de bajo gasto, no atendiendo o derivando hacia otros al grupo de mayor gasto (también se conoce como la “ley de atención inversa” expuesta por Tudor Hart), la selección de riesgos por lo potente de los beneficios que genera es muy difícil de controlar, y mas aún cuanto mas pequeñas son las unidades de atención. Por otro lado los incentivos en la atención sanitaria tienen una gran facilidad para convertirse en “perversos”, existiendo mucha literatura científica de que los que se basan en el ahorro generan infrautilización de servicios y prestaciones

necesarias y los que se basan en la actividad favorecen sobreutilización (fomentar actividades innecesarias) y/o sobregistros (registrar mas de lo que se hace).

4. Diferentes estudios han detectado que **la sobreutilización de tecnologías provoca el sobrediagnóstico de enfermedades** en pacientes con lesiones de significado incierto y/o irrelevante, pero que se someterán a tratamientos intensivos y costosos, dando lugar a una situación paradójica, el aumento de la esperanza de vida en algunas patologías (cáncer, enfermedad coronaria, etc) no por la disminución de la mortalidad en números absolutos sino por el aumento irreal de su incidencia.
5. Por eso **es fundamental que los incentivos se basen en la calidad de la atención**, lo que resulta complicado de gestionar.
6. Conviene recordar que **la OMS considera fundamental la integración atención clínica**, con autonomía de los niveles, propiciar la relación interprofesional horizontal no jerárquica, una mejor adaptación de las prestaciones a las necesidades asistenciales y la adaptación al ciudadano, garantizando la calidad y la satisfacción, sin embargo se favorece una mentalidad de competencia y mercantilización.

En resumen, **aunque la gestión clínica puede tener algunas ventajas como un mayor compromiso de los profesionales y una mayor autonomía, también entraña riesgos muy claros de favorecer la ideología mercantilista y favorecer la incoordinación en la provisión de servicios sanitarios**. Por otro lado hay que diferenciar gestión clínica, que en principio es posible en cualquier entorno organizativo de “unidades de gestión clínica” que conlleva un planteamiento de cambio de organización, y dentro de estas son posibles múltiples variaciones.

## **¿QUIENES SON LOS PROPIETARIOS DEL SISTEMA SANITARIO PUBLICO?**

La Sanidad Pública conviene recordarlo es propiedad del conjunto de la ciudadanía, no de los profesionales sanitarios, ni de los médicos, ni de los políticos de turno. Pertenece del conjunto de la población que es quien la ha hecho posible y la mantiene con sus impuestos, especialmente los grupos de población con menor renta que no pueden evadir impuestos mediante técnicas de ingeniería financiera. Los profesionales de la salud deben de ser consultados para encontrar soluciones ante los problemas, y también el conjunto de la población y de las entidades sociales que les representan.

El desarrollo de unidades de gestión clínica vuelve a obviar esta realidad al dejar en manos de administradores y profesionales decisiones que tienen implicaciones sobre el conjunto de la ciudadanía. Por supuesto los profesionales de la salud deben tener un papel de asesoramiento técnico de los proyectos y propuestas que se hagan sobre el sistema sanitario, pero tampoco conviene olvidar que progresivamente se han ido eliminado todos los organismos de participación social y profesional existentes.

Desde la FADSP venimos reclamando hace años que deben ser, los profesionales de la salud, los ciudadanos y los responsables de la Administración Sanitaria, los encargados de gestionar conjuntamente el sistema sanitario público y que es esta conjunción de planteamientos la única capaz de garantizar el carácter de servicio público de calidad que debe tener el Sistema Nacional de Salud.

## **LAS UNIDADES DE GESTION CLINICA. LA EXPERIENCIA EN ANDALUCIA**

Andalucía inicio su experiencia con unidades de gestión clínica (UGC) hace 18 años, por lo que existe una experiencia razonable sobre sus problemas, sus éxitos y sus limitaciones. En primer lugar hay que señalar que el modelo organizativo implantado ha sido la sustitución de los Equipos de atención primaria y de los servicios por unidades de gestión clínica, inicialmente se implantaron solo en servicios que ya funcionaban con buenos resultados por lo que no presentaron apenas problemas.

Luego se avanzo en AP porque los instrumentos que utilizaban las UGC estaban ya en funcionamiento (historia clínica electrónica, objetivos, contratos...), y se desarrollo depende mucho de los centros y la actitud de las gerencias. Aunque en general parece que ha mejorado la situación, no se han hecho evaluaciones que permitan asegurarlo, y desde luego a nivel macro los resultados no son muy diferentes de los de otras CCAA

Entre las potencialidades de las UGC conviene mencionar:

- Implicación de los trabajadores en la gestión y en la organización del SSPA.
- Trabajar con un contrato-programa en el que se debaten los objetivos de cada año.
- Se pueden negociar objetivos clínicos y se pueden no cumplir todos los objetivos no clínicos, asumiendo que se cumplan un % más bajo de esos objetivos.
- Corresponsabilidad compartida en la consecución de los objetivos.
- Comisión de Dirección ampliada: reuniones mensuales.
- Productividad económica en función de la consecución de objetivos.
- El SSPA impone un % de objetivos que considera fundamentales: si se utilizan criterios correctos estos objetivos comunes no nos parecen negativos.
- Se fijan objetivos individuales y productividades individuales.
- Corresponsabilidad en el gasto y concienciación de los trabajadores en el gasto.
- Pactos interunidades: multidisciplinarios.
- UGC multicentros.
- Evaluaciones anuales de las UGC y clasificación hospitalaria. Las notas son públicas.

- Las Direcciones son evaluadas cada 4 años por tribunales internos y externos: gerente, director médico, sociedad científica, jefe del hospital o de otro hospital.
- Registros y actividades registradas y evaluables: ha mejorado la eficiencia global.
- Objetivo: Plan de Participación ciudadana.
- Las directrices de la Consejería son de claro apoyo al SSPA, no han supuesto ninguna privatización

Pero no deben olvidarse los riesgos:

- Perversiones: el registro es la obsesión pues se registra todo y mas (aunque sea de forma fraudulenta).
- Burocratización de la actividad: deshumanización.
- Nula participación de ciudadanos.
- Escasa participación real de trabajadores pero por decisión activa, pero parece que asumen la dinámica.
- Porcentaje de objetivos comunes obligados por el SSPA.
- Ninguna autonomía en recursos: cada vez más objetivos sin más recursos y con la complicidad de las UGC y la tentación de la productividad.
- Demasiada diferencia entre estamentos: para los médicos puede ser relevante pero para el resto no.
- Otra cuestión son los recortes que están dirigiendo sus actividades hacia el ahorro no siempre con criterio
- Más que una revolución, las UGC han permitido a equipos comprometidos en cumplir mejor sus funciones de servicio.
- Es un instrumento que se utiliza para marginar a las personas que tenían claramente una menor actividad, al no darles productividad si no cumplen los objetivos individuales.
- La responsabilidad está más concretizada: objetivos, evaluaciones.... cada año.
- UGC multicentros: “muchos cambios para que nada cambie”. Estrategia de ahorro exclusivo: 200 directores menos pero con riesgos potenciales. Se ha unificado sin criterios: hospital + distrito, 2 hospitales en la misma ciudad, 3 hospitales de distintas ciudades, UGC provinciales, etc.
- Se han llegado a fusionar 2 hospitales del máximo nivel en Sevilla, Málaga o Granada, sin consenso y sin previo aviso: política de hechos consumados.
- No han existido problemas porque las UGC previas han seguido trabajando con los mismos objetivos o muy similares, sin generar conflictos.

- Ventajas potenciales: compartir objetivos y protocolos. Pero no nos parece una estrategia adecuada: grandes riesgos de conflictos graves con ventajas no claras o no consensuadas

En resumen, tras 18 años de experiencia a nivel macro no se han logrado avances sustanciales, tampoco retrocesos. En algunos casos concretos se ha mejorado el funcionamiento, pero también se están utilizando en estos últimos años para “gestionar los recortes”, hay una notable ausencia de participación social y profesional y con frecuencia se toman decisiones desde la administración sanitaria sin consenso ni consultas.

## **LAS PROPUESTAS DEL MINISTERIO DE SANIDAD**

Las últimas propuestas realizadas por el Ministerio de Sanidad paradójicamente, se están proponiendo en nuestro sistema (integrado) para fragmentarlo, mediante la transformación de servicios en microempresas con autonomía plena (con posibilidad de apropiarse de los beneficios), dotando a los centros y unidades de personalidad jurídica propia.

Estas propuestas tienen dos objetivos, por un lado continuar avanzando en la privatización aplicándola a la microgestión para sortear la paralización judicial y los problemas económicos de la financiación y gestión privada (PFI, Concesiones, etc) como consecuencia de las movilizaciones profesional y social) y por el otro romper la unidad profesional formando acuerdo con el Foro (a cambio de prebendas)

La apuesta por establecer Unidades de Gestión Clínica se basa en:

- La descentralización administrativa y funcional de los servicios sanitarios
- Agrupar recursos y personal de diferentes especialidades, disciplinas y niveles asistenciales
- Darles plena autonomía para organizarse, y gestionar al personal y sus presupuestos, establecer relaciones con otras unidades y centros, generar beneficios y quedarse con parte de los mismos (mercado interno)
- Dotarlas de personalidad jurídica propia: Consorcios, fundaciones, y otras fórmulas de gestión privada.
- Participación del sector privado: Recursos, personal e inversiones

En este contexto se ha introducido de manera casi clandestina, en la Ley 10/2013 de regulación de fármaco-vigilancia, la Disposición adicional 5ª que establece que el personal de las UGC personal estará regulado por el régimen laboral de las empresas privadas, a la vez en los acuerdos con el Foro de la Profesión (minoritario y poco representativo) se incorporan la necesidad de: Promover un marco jurídico específico y un modelo retributivo voluntario vinculado a la Gestión Clínica. Y todo esto en un contexto en el que los



Consejeros de Galicia, Madrid y Valencia anunciaron en la reunión del Consejo Interterritorial en Barcelona la voluntad de acabar con el personal estatutario y/o funcionario en la Sanidad Pública. Es decir se intenta utilizar también las UGC para laboralizar al personal, que como es bien sabido es una de las vías para facilitar la privatización del sistema sanitario.

La finalidad parece clara, avanzar en la privatización:

- Fragmentando los hospitales en micro-empresas, que compitan entre si para crear un mercado sanitario público y privado financiado
- Posibilitando alianzas con otras unidades, centros sanitarios públicos y privados, laboratorios farmacéuticos, industrias tecnologías sanitarias (socio preferente): Nuevos monopolios con hegemonía privada
- Aprovechase de esta fragmentación de los centros, para dividir al personal e instalar en el sistema la lógica empresarial y de mercado

Todo ello permitirá avanzar en la privatización de la provisión con financiación mixta, una parte a través de los presupuestos y otra por los copagos.

En este proceso se pervierte y desacredita el concepto de gestión clínica, cuando se la utiliza para modificar la situación del personal sanitario (renunciar al Estatuto para poder integrarse en las Unidades), se liga la Gestión Clínica a cambios en el régimen jurídico y se fragmenta el sistema público y se da entrada al sector privado.

Esta estrategia opaca y marrullera puede desencadenar una gran movilización y enfrentamientos profesionales, como ya se ha señalado suponiendo un descrédito para la gestión clínica, además supondrá una nueva afrenta a los profesionales (desmotivación), que se suma a todas las anteriores: Reducción salarial, eliminación pagas extra, perdida de días de descanso, jubilaciones forzosas a los 65 años, etc, y puede favorecer una fractura en organizaciones sanitarias: CESM, Colegios Médicos etc,

Las consecuencias serán muy negativas

1. **Desregulación y privatización del sistema sanitario**, que se fragmentará en múltiples empresas, en las que entraría el capital privado y de grupos empresariales, que podrán influir de manera directa en las decisiones sobre: qué hacer, cómo, quién y con qué, en la política sanitaria y en los procesos y procedimientos asistenciales más interesantes económicamente
2. **Las decisiones clínicas de los profesionales sanitarios se someterán a las políticas empresariales**. La laboralización del personal otorgará un gran poder de control a las gerencias para influir en la libertad de decisión que hasta ahora garantiza el Estatuto del Personal
3. **Pérdida y deterioro de los derechos de los trabajadores sanitarios**, que para integrarse en las Unidades de Gestión Clínica deberán renunciar a las garantías del Estatuto del Personal (estabilidad, seguridad y libertad de decisión). Los que no lo hagan quedarán

marginados dentro de los centros, sin acceso a las innovaciones y nuevos recursos.

4. **Desaparición del modelo actual de Atención Primaria**, cuya actividad quedará sometida a los intereses empresariales de las nuevas unidades, con la función de realizar el cribado de pacientes y patologías atendiendo a criterios de rentabilidad (selección adversa), con un total desinterés por los programas comunitarios de prevención y promoción.
5. **Aumento del gasto sanitario innecesario**, ya que las unidades deberán dotarse de un aparato burocrático administrativo para gestionar los recursos como empresas autónomas (gestión del personal, facturación de servicios, etc.). Además, el sector privado buscará maximizar beneficios promoviendo el uso intensivo de las tecnologías.
6. **Pérdida de calidad, seguridad y de acceso a los servicios para la ciudadanía**, especialmente de los pacientes aquejados de patologías no rentables económicamente para las nuevas Unidades Clínicas (selección de riesgos), las cuales podrán apropiarse de los beneficios económicos que generen.

#### **Quienes ganan:**

Empresarios, laboratorios, fondos de inversión, aseguradoras, consultoras, profesionales con capacidad de influencia, personajes vinculados a la actual administración que participen en la llamada puerta giratoria, el clan de gestores interesados en ampliar el modelo empresarial y la burocracia .

#### **Quienes pierden:**

**Los ciudadanos**, dado que la atención sanitaria quedará sometida a los intereses empresariales de las Unidades de Gestión; **profesionales y trabajadores sanitarios**, que perderán estabilidad, seguridad y libertad de decisión; el **sistema sanitario público**, que además de fraccionado, será ingobernable, más costoso y provocará más desigualdad; **la Atención Primaria**, que en un contexto de debilidad, quedará relegada a portera de las Unidades de Gestión para seleccionar pacientes y procesos.

En resumen las propuestas del Ministerio suponen una nueva vía para la privatización sanitaria, para favorecer esta de una manera solapada y con menor visibilidad, una vez que la estrategia más frontal está fracasando por el amplio rechazo social y profesional. Estamos pues ante la propuesta de una verdadera “Gestión Clínica SA”, que de desarrollarse tendrá muy graves consecuencias para la Sanidad Pública.

#### **LOS ABANDERADOS DE LAS “UNIDADES DE GESTION CLINICA”**

También, para conocer lo que significa un proyecto conviene saber quienes lo abanderan y en este caso las cosas están más que claras, la Sra Mato, la ministra de los recortes, los copagos y las privatizaciones, los colegios de

médicos y de enfermería que merced a la obligatoriedad de la colegiación (y probablemente a cambio del mantenimiento de esta) pretenden “representar” a unos profesionales que no les votan y que mayoritariamente estiman innecesaria la pervivencia de estas, herencia del corporativismo franquista. Luego andan por ahí una serie de sociedades científicas, mas bien de superestructuras de las mismas, que tampoco se han molestado en consultar a sus afiliados, y luego como guinda para el pastel, el Sr Lamela, conocido privatizador y exconsejero de Madrid al que el Ministerio de Sanidad ha encargado la implantación de las mismas en Ceuta y Melilla.

Por supuesto han quedado fuera los sindicatos y las organizaciones que no estaban dispuestas a dar un espaldarazo al gobierno del PP y a las privatizaciones sanitarias. Por eso este proyecto nace con una evidente sesgo antidemocrático, politizado y carente de apoyo real en la mayoría de los profesionales sanitarios.

## **LO QUE DEFENDEMOS DESDE LA FADSP**

Desde la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública defendemos un sistema sanitario universal, accesible, sin barreras económicas en el momento del uso, de propiedad y gestión pública, basado en la Atención Primaria y con una amplia participación profesional y ciudadana.

Por todo ello estimamos que:

- 1) **La gestión clínica como concepto** es decir como un mecanismo para asegurar una mejor utilización de los recursos disponibles de acuerdo con la evidencia científica, para favorecer la autonomía de gestión, mejorar la eficiencia del sistema sanitario y favorecer una mejora de la calidad de la atención sanitaria **nos parece una idea positiva.**
- 2) **La gestión clínica no precisa de cambios organizativos en el sistema sanitario** porque lo esencial para su desarrollo es un cambio de la cultura organizativa que busque el compromiso diario de los profesionales sanitarios con el buen funcionamiento de la Sanidad Pública
- 3) Para el buen funcionamiento de la Sanidad Pública es fundamental la **integración de todos los recursos que intervienen en la atención sanitaria.** Las Áreas de Salud en su diseño en la Ley General de Sanidad fueron un gran paso en este sentido por lo que deberían de recuperarse como marco geográficamente delimitado de integración de recursos. La gestión clínica entendida como competencia entre unidades favorece la desintegración del sistema sanitario, dificulta la cooperación entre servicios y niveles asistenciales, y es un paso que dificulta la eficiencia del conjunto del sistema sanitario.
- 4) **La participación social y profesional es un paso imprescindible para cualquier diseño organizativo del sistema sanitario público.** No es de recibo que se contemple autonomía de gestión sin garantizar la participación social y profesional, porque la ciudadanía no puede ni debe ser responsable de los resultados de decisiones en las que no participa y porque es la propietaria del sistema sanitario público.

- 5) **Necesitamos una gestión profesionalizada** que acabe con tantas interferencias de la política partidaria en la gestión sanitaria. Por eso reivindicamos desde hace más de 20 años una formación MIR de gestión que permita tener profesionales de acreditada formación y cualificación para la gestión sanitaria.
- 6) **Rechazamos totalmente el que las unidades de gestión clínica tengan personalidad jurídica propia** y más aún la posibilidad de la **presencia de capital e intereses privados** en las mismas, y entendemos que se trata de medidas solo encaminadas hacia una privatización soterrada de la Sanidad Pública
- 7) Igualmente entendemos que **no existe ninguna justificación para que se produzcan cambios en el régimen estatutario de los trabajadores sanitarios**, y que la laboralización que se propone es otra puerta abierta a la privatización del servicio sanitario.
- 8) **Los incentivos en la Sanidad Pública tienen muchos riesgos de convertirse en incentivos perversos**, que han sido señalados anteriormente y en publicaciones de la FADSP <http://www.fadsp.org/index.php/publicaciones?task=view&id=21&catid=55> . En todo caso estos pueden implantarse independientemente de que haya o no UGC, y entendemos que deben cumplir los siguientes requisitos: 1) Ser un conjunto bien elaborado, sostenido en el tiempo y adaptado a las necesidades, tanto en términos financieros como de recursos humanos. 2) Tener en cuenta en su diseño las aportaciones de los principales interesados. 3) Basarse en principios de transparencia, equidad y coherencia. 4) Adaptarse a la finalidad de la mejora de la salud de la población y de reforzamiento del sistema sanitario público. 5) Combinar los incentivos económicos con los no económicos. 6) Revisables periódicamente y evaluables, tanto en su impacto como en sus consecuencias. 7) Motivar al conjunto de los trabajadores sanitarios. y 8) Evitar la generación de conflictos de interés y/o éticos en relación a lo que se incentiva.
- 9) **La evaluación de cualquier transformación en la Sanidad Pública es absolutamente imprescindible, y eso exige transparencia y publicidad de los datos asistenciales**, porque hay una tendencia de las administraciones sanitarias hacia una sistemática ocultación y manipulación de los datos que hace realmente imposible una evaluación pormenorizada de los resultados. Antes de avanzar habría que realizar una evaluación detallada de la situación del sistema sanitario (a nivel global y en cada comunidad autónoma) y evaluar de manera detallada los resultados de los experimentos y transformaciones realizados, tanto de las privatizaciones (concesiones, PFI, EBAs, etc) como de las UGC ya en funcionamiento.
- 10) **No es posible realizar transformaciones en profundidad si primero no se acaba con los recortes indiscriminados** que están dañando seriamente la Sanidad Pública en su conjunto (13.000 millones € menos presupuestados en 2014 respecto a 2009), porque si no es así cualquier intento de poner en marcha la gestión clínica se convertirá en un sistema de gestionar la miseria y de anteponer los recortes sobre las necesidades de la salud de la población.

11) Hay que recordar por fin que el principal problema para la mejora de la eficiencia y la calidad de la Sanidad Pública esta en conseguir **potenciar la adherencia y el compromiso de sus trabajadores con el objetivo central del sistema sanitario, la salud de la población**, porque ellos son los que hacen posible su funcionamiento y los que toman la mayoría de las decisiones realmente sustanciales para el mantenimiento de la calidad y la eficiencia. Se precisa **una promoción de la ética y moral de los servidores públicos, de la identificación de estos con la salud de la ciudadanía**, cuyo principal enemigo es la política privatizadora, por eso las amplias movilizaciones en defensa de la Sanidad Pública han hecho mas por hacer sostenible el Sistema Nacional de Salud que todos los “planes de sostenibilidad” de las autoridades sanitarias.

## **¿QUE HACER PARA FRENAR ESTE PROYECTO?**

1. Crear un clima de rechazo profesional y social en contra de estas Unidades de Gestión Clínica, informando y demostrando la pérdida de derechos y de calidad de la atención para la gran mayoría de ciudadanos y profesionales. Una buena manera es colaborar firmando esta petición: <http://www.fadsp.org/index.php/sample-sites/manifiestos/648-contr-a-el-pacto-entre-los-autodenominados-foros-profesionales-y-el-ministerio-de-sanidad>
2. Articular una alianza profesional lo más amplia posible, que aisle a los sectores que han suscrito un acuerdo de apoyo, para rechazar esta Gestión Clínica que plantea el Gobierno, que fragmentará y privatizará el sistema sanitario público, y que no tiene nada que ver con la mejora de la integración y de la efectividad del sistema.
3. Ampliar y reforzar la alianza social y profesional en defensa del sistema sanitario y de rechazo a estas medidas de desmantelamiento y privatización.
4. Convocar medidas de movilización social y profesional que exijan la retirada de las Unidades de Gestión Clínica

***Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad  
Pública  
Febrero de 2014***