

IMPLICACIONES DEL PLAN “LIBRE ELECCIÓN Y ÁREA ÚNICA DE SALUD” DEL SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD.

En el mes de enero hemos visto plasmado, en el documento llamado “Libre Elección y Área Única de Salud”, un plan de reestructuración del sector sanitario por el que quedan implantadas las bases para la final cesión de servicios de públicos a privados a medio plazo.

Hemos tratado y analizado punto por punto, y en el mismo orden, el documento publicado por el Servicio Madrileño de Salud este mismo enero. Se ha comentado y expuesto los puntos más relevantes, resaltando en cursiva nuestra postura:

1 - OBJETIVOS DE LA LIBRE ELECCIÓN.

Situar a la persona en el centro de decisión del sistema sanitario, estableciendo su derecho a elegir sobre dónde y por quién quieren ser tratadas.

Es decir: reorganizar la asistencia sanitaria y la concesión de servicios para que el paciente se familiarice con un sistema de asistencia similar al privado y **a adaptar los servicios para su posterior venta** (privatización) cuando este modelo resulte inviable y la vuelta atrás imposible.

2 - VENTAJAS DE LA LIBRE ELECCIÓN.

- CALIDAD

El ciudadano expone sus preferencias de forma directa y continuada.

La preferencia se acomoda a la oferta de servicios, presentada como asistencia sanitaria a la carta: entre servicios, precios, centros y profesionales. Esto es, si actualmente todos los centros mantienen unos servicios parecidos, con el área única solo se mantendrán los servicios más lucrativos, de modo que para obtener el requerido se deberán desplazar hasta lugares que lo oferten o incluso no llegar a poder escogerlo porque no es ofertado. En otras palabras, el centro hará **selección de pacientes**.

Servicios más eficientes mediante “indicadores de calidad percibida y fomentando la competencia entre centros”.

Los indicadores ponen **énfasis en los grandes números** sin tener en cuenta el beneficio real del paciente en concreto. Sin contar con el equipo de salud que corrija los resultados, éstos no se ajustarán a la realidad social y sí a la financiera.

- TRANSPARENCIA

Facilitar a cada ciudadano su derecho a una decisión informada sobre quién le va a atender. Publicitando los indicadores del centro.

Si el servicio o centro tiene buenos indicadores, **tenderá a saturarse** por mucho que se amplíe. El ciudadano normalmente preferirá una conclusión pronta de su convalecencia a esperar servicio elegido, por lo que acudirá a otro, con todo lo que ello implica. Este efecto aumenta con la percepción de gravedad de su enfermedad, que será generalmente mayor cuanto más desconozca su enfermedad, y más se desconocerá cuanto menor sea el seguimiento. La publicidad de estos indicadores será perjudicial.

Permitir a los responsables “establecer incentivos a los servicios y profesionales más demandados” y corrección de los malos servicios “publicitando los indicadores del centro”

Los indicadores de centro se convertirán en referente, objetivo y criterio de incentivos y financiación, nada más **fácil de manipular**, por ejemplo con las ofertas de servicios mencionadas. Los incentivos, si se conceden, sirven para fomentar la competencia entre los compañeros, creando un ambiente laboral perjudicial a la postre para el paciente si tiene que ser asistido por distintos profesionales. También suelen crear casos de **favoritismos** y por último exceso de carga de trabajo con la consiguiente desatención.

Si los **incentivos no se conceden** sirven para ahorrar costes cuyo beneficio redundará en el gestor.

- ACCESIBILIDAD

Sin barreras administrativas.

Citas mediante contestadores, call center y web.

Permitiendo "hacer efectivas las preferencias de horarios, médicos y servicios asistenciales."

La libertad de horarios es beneficiosa para las empresas, no para los pacientes. Un simple ejemplo: los empleados acudirán al médico fuera de su horario de trabajo, disminuyendo falsamente las enfermedades laborales, y los profesionales tendrán las jornadas de atención y la cantidad de pacientes que imponga el centro, abriendo la puerta a los **destajos, horas extras y pluriempleo**.

- EQUIDAD

Compensando las demoras entre distintos centros.

Los CS (Centros de Salud) del centro de la ciudad tenderán a colapsarse y no admitirán pacientes mientras que los de los pueblos remotos comenzarán a ser usados más asiduamente. En general estos serán **desplazamientos inevitables**.

Respondiendo en menos tiempo a las demandas del ciudadano.

Modelo asistencialista que no intenta en ningún momento disminuir la incidencia de la enfermedad, sino su prevalencia. Esto es, no invierte en prevención sino en tratamientos porque si no no se ganaría dinero; la salud es su negocio.

3 - OBJETIVOS DEL ÁREA ÚNICA.

Organizar el sistema madrileño público sin limitaciones territoriales.

Aumentar la **movilidad de los pacientes** por toda la comunidad y ya no solo en un área.

Aumentar la **movilidad de los profesionales**, lo cual conlleva inherentemente un incremento de la temporalidad y peores contratos si cabe.

Organización territorial [...] sin barreras administrativas.

Menos mandos más poderosos, eliminando los intermedios.

Es posible gracias al Sistema Informático, que estandariza la movilidad de los profesionales y su grado de temporalidad, ya que no se permanecerá lo suficiente en un puesto como para implicarse en su área de salud.

Área de salud única.

Derivaciones a centros remotos de pacientes con menor carga asistencial. Cambiando a los pacientes de médico, enfermera o centro según convenga.

Flexibilidad móvil de pacientes.

Gracias a la movilidad y a la oferta de servicios se creará lo que se podría llamar **pacientes precarios**, condenados a vagar de CS en CS hasta encontrar algún médico que lo atienda y sin posibilidad de seguimiento en le tratamiento de su dolencia. Un posible perfil de estos pacientes sería: enfermo crónico de edad avanzada polimedicado y en rehabilitación.

4 - VENTAJAS DEL ÁREA ÚNICA DE SALUD.

Mejora en la gestión de RRHH.

Aumento de la precariedad, **contratos exprés**, temporalidad y carga de trabajo para flexibilizar el mercado y ajustarlo a las necesidades de cada centro.

Reducción de equipos directivos.

Vista su inutilidad es una medida positiva que llega tarde.

Facilitará sistemas de movilidad.

Mediante contratos con empresas de transporte sanitario y coaccionando al enfermo para que se desplace.

Junta de personal única.

Disminución de delegados sindicales y aumento de movilidad de profesionales.

Centralización y estandarización.

Gestión centralizada con claras economías de escala en áreas no estrictamente sanitarias.

Introducción de todo tipo **de establecimientos y servicios comerciales en los centros sanitarios**, bien sean estrictamente sanitarios, como farmacias, ópticas, prótesis, dentistas, o de cualquier tipo, como agencias de viajes, restaurantes. Los CS se integrarán en los centros comerciales.

Diseño centralizado de procesos para disminuir la variabilidad, favorecer la calidad científico-técnica y mejorar la equidad de la organización.

Al estandarizar se permite a dos profesionales, por medio de algoritmos de decisión, llegar a la misma conclusión sobre un diagnóstico y tratamiento. También el aumento de la movilidad de pacientes y profesionales, pero disminuye el seguimiento y por lo tanto **disminuye la especificidad del tratamiento al paciente**, disminuyendo su efectividad y aumentando a la larga el coste.

5 - LIBRE ELECCIÓN. REQUISITOS.

- REQUISITOS

Identificación unívoca de pacientes. /Base de datos única de referencia de los ciudadanos y validación en tiempo real. /Cruce de las bases de datos.

Se realizará **mediante empresas de gestión de recursos informáticos**, se baraja la posibilidad de que sean tres. El volcado de datos para estas empresas se lleva realizando desde hace más de un año. Esta gestión implica la pérdida de la confidencialidad y **usos no estrictamente sanitarios**, acceso policial (por ejemplo a nuestra huella de ADN o biometría), venta de datos a multinacionales, a aseguradoras. Los datos son suyos.

Asignación de enfermeras. Ciudadanos asignados a enfermera.

La flexibilidad de asignación de enfermera producirá cambios con disminución del seguimiento de su afección y de la especificidad del tratamiento.

Citación multicentro. /Agendas de citación unificadas de los hospitales disponibles para todos los centros. /Citación centralizada. /Adaptación de los Historiales Informáticos Clínicos de los hospitales.

Citación inmediata en localizaciones remotas e imposibilidad de acceder a tu profesional si este está sobrecargado.

Diseño de plataformas de citación.

Por medio de plataforma de citación o call center se despersonaliza el servicio de atención al paciente. En los actuales CS el equipo administrativo conoce al profesional y pueden llegar a acuerdos en los modos de citación.

Documentación clínica accesible por el profesional en el momento de la actuación:

- en Atención Primaria (AP): Historias Clínicas compartidas en todos los centros.

- en Atención Especializada (AE): circuitos de Historias Clínicas.

El **exceso de sistematización** es un intento de abaratar costes por la **pérdida de la atención personalizada** y calidad. El objetivo es que cualquier profesional sea capaz de seguir un protocolo al presentarse el mismo caso. Al no haber seguimiento se pierde calidad ya que no se ajusta el tratamiento al paciente. También se intentará, bajo la excusa de que son protocolos, que algunas técnicas las realicen empleados de inferior cualificación para abaratar coste, disminuyendo la calidad del trabajo.

Información al ciudadano. /Disposición de forma centralizada de información requerida para ejercer la Libre Elección.

-Modelo retributivo ligado a la Libre Elección en:

AP → incentivar a los profesionales por la actividad y calidad del servicio.

Ahorrando en profesionales se produce un aumento de pacientes por profesional, que es su incentivo, ya que se cobraría por población atendida, técnicas aplicadas y ahorro en material. La calidad depende del protocolo usado y el material gastado, lo cual nos da el indicador de salud. Lo que traducido será descontrol de la población enferma y **sobrecarga de trabajo**.

AE → modelo Presupuestario para el hospital capitolativo y facturación intercentros. /El gasto sigue al paciente. /Contratos de gestión.

Cada hospital recibe una cantidad de dinero por paciente y año. El ahorro se consigue en material y personal, aumento de los tratamientos y operaciones de urgencia, disminuyendo el período de observación y concediendo altas prematuras.

Implica **selección de los pacientes** más rentables **y de menor estancia en el hospital**.

Da la oportunidad a las aseguradoras de hacer convenios con las empresas/centros sanitarios de atención preferente a sus pacientes.

Transporte sanitario- /traslado en ambulancia independiente de su asignación por domicilio. /Adjudicación de contratos.

Como estamos viendo, disminuye el control sobre los servicios de transporte y disminuye la cualificación del personal aumentando los beneficios.

- IMPLICACIONES DE ESTAS MEDIDAS

1 Contrato programa- incentivos por gestión de recursos y adecuación de la prescripción farmacéutica en AP.

Los **beneficios** se los queda como siempre **el gestor** que diseña y pone en marcha el programa, por medio del aumento en el número de asistencias con el menor material, personal posible y selección de pacientes.

Lo sobrante llega a los empleados como **productividad variable** aumentando los favoritismos y la acumulación de trabajo.

En **la receta médica** se pasará de la prescripción de genéricos -cubiertos por la SS- a la **de marcas**, así disminuye el gasto para la SS (uno de los objetivos) y se pueden convenir acuerdos de exclusividad con las marcas comerciales manteniendo el consumo de fármacos.

2 Contrato programa- capitolativo y precio público para la facturación entre hospitales.

El ahorro en pruebas, personal y material, fármacos. Aumento de las cirugías y tratamientos de urgencia y disminución de la rehabilitación.

Control del gasto de facturación por medio de la **manipulación de las imputaciones de material** y actividades, igual que sucede en la empresa privada (ej: el gasto de 1 pañal se convierte en 1 paquete de pañales).

En ambos casos, al igual que con los seguros, se intentará **atraer por cualquier medio al cliente**, para posteriormente intentar no cumplir con el contrato o cumplirlo introduciendo modificaciones para abaratar costes (la letra pequeña).

-Plan de comunicaciones para su implantación. Interno y externo.

6 - ÁREA ÚNICA DE SALUD. REQUISITOS.

- REQUISITOS

Diseño de plantilla de la nueva estructura. Plantilla definida.

Cesión de la capacidad de contratación de profesionales al centro sanitario con **entrevistas de trabajo en vez de bolsa** de trabajo, seleccionando a los trabajadores más dóciles a pesar de sus méritos o capacidades.

Planificación de ubicaciones. /Optimización de edificios.

Reubicación de las especialidades. Reformas y remodelación de nuevos hospitales para introducir los Sistemas Informáticos (SI) y la nueva administración. **Eliminación de servicios poco rentables** y desatención de sus usuarios.

Reubicación por categorías de profesionales en vacantes disponibles en AP, AE y call center.

Los administrativos que no se reubiquen serán **despedidos**.

Los altos cargos de las anteriores gerencias pasarán a la nueva gerencia o a ser **directores** de centro.

Personal y Delegados: acuerdo sobre representación.

Nueva junta de personal. **Eliminación de la representación sindical** en muchos de los centros.

Sistema unificado y centralizado para la gestión de personal y nómina. /Implantación peopenet.

La capacidad de negociación y autonomía de los CS puede capacitarles a realizar sus propias contrataciones, gestionándolas la unidad centralizada de RRHH.

Gestión de RRHH. /Cese estructura directiva. /Concurso de movilidad.

- IMPLICACIONES DE ESTAS MEDIDAS

1 Nueva estructura AP

2 Reducción de puestos ligados a la gerencia (administrativos):

- derivados al call center.
- manejo de Historias Clínicas.
- reintegra en AP.

Reconversión del sector en el que nuevamente **la persona se pone al servicio de una máquina que le indica lo que debe hacer en todo momento**, sin tener en cuenta la calidad en la atención, técnica o capacidad del profesional ni el valor del puesto de trabajo en sí.

3 Ubicación de la nueva estructura e identificación de edificios de actividades que se quedarán vacíos.

4 Movilidad voluntaria y forzosa en toda el área.

5 Junta de personal.

- REESTRUCTURACIÓN

ESTRUCTURA ORGÁNICA DE AP (diagrama).

Una Dirección general con:

3 gerencias adjuntas

- gestión (RRHH, compras y obras)
- planificación (calidad SIS, De I, M, E)
- Asistencia sanitaria, con 5 direcciones asistenciales de unos 54 CS cada una. Cada CS con un "Director de Centro".

El director del centro pasa a gestionar los recursos del mismo teniendo como **meta la obtención de incentivos** mediante la contención del gasto y el mantenimiento de los indicadores de salud. Como se ha mencionado, esto implica temporalidad laboral y discriminación mediante la oferta.

Plantilla básica de la nueva estructura: 361 profesionales, reducción de 544 con respecto al modelo actual.

- REQUISITOS

Implantación contrato programa. /Contrato programa firmado. /Implantación de modelo retributivo.

Gestión de compra centralizada. /Conseguir economía a escala. /Catálogo de productos y servicios. /Central de compra: almacenaje y suministros.

Sistema unificado y centralizado para la gestión económico-financiera.

Es lo que posibilita la gestión capitalista de los centros.

Aún no han decidido cómo serán los contratos ni las fechas en que se pondrán en vigor.

- IMPLICACIONES DE ESTAS MEDIDAS

1 Contrato programa por centro.

2 Catálogo de productos y servicios para AP y compra centralizada. /Profesionalización de las unidades de compra.

- REQUISITOS

Modificaciones de infraestructuras, en sistemas de información y servicios para adaptarlos a los nuevos requerimientos. /Decisiones sobre contratos existentes e inventario en materia de TIC de las GAPs. /Centralización de servidores distribuidos. /Redefinición de modelo de administración y explotación de SSII, soporte al usuario y políticas de seguridad. /Integración de SSII sanitarios. /Integración de servicios horizontales.

Plan de comunicación. /Material gráfico. /Calendario de comunicaciones cerrado.

7 - CONTENIDO DE LOS DECRETOS.

Todas las personas con tarjeta sanitaria individual vigente expedida en la Comunidad Autónoma de Madrid podrán ejercer la Libre Elección:

- Información que facilite la Libre Elección.*
- Menor tiempo posible gastado en medios telemáticos.*
- Tratamiento de los datos de carácter personal a información de forma segura y confidencial.*
- Implantación en función de las medidas organizativas y tecnológicas necesarias.*

Proceso de libre elección AP

1 Asignación previa de equipo sanitario.

2 Elección entre todos los profesionales de la AP del SERMAS.

3 La libre elección se ejercerá en los centros de salud.

Siempre dependiendo del servicio ofertado por el centro, que indefectiblemente lleva a la acumulación de pacientes y carga de trabajo, y por tanto a la pérdida de empleos.

4 La atención domiciliaria se hará por los profesionales destinados en la zona básica de salud en la cual el paciente tenga fijada su residencia.

Bien sea por contratos con empresas de visita a domicilio o por los mismos miembros del CS.

Proceso libre elección en AE

1 Se llevará a cabo dentro de la red de hospitales del SERMAS.

2 El acceso a los servicios de AE se realizará de forma programada a través de la petición del médico o pediatra de AP.

3 Se realizará en el CS o servicios de admisión de hospitales o centros de AE.

4 Elección libre de especialista siempre que las circunstancias lo permitan.

Siempre dependiendo de la oferta del centro, por lo que estos tienen potestad de aceptar o no a los pacientes de cierto tipo.

Organización territorial: Áreas de Salud única.

1 Al frente del área habrá un gerente de AP del que dependerá una Secretaría general y tres gerencias adjuntas.

2 Zona básica de salud tendrá como referencia un CS y lo dirigirá un Director de Centro.

3 Cada Hospital atenderá a sus áreas de salud asignadas y las personas que ejerzan la libre elección sobre alguno de sus servicios. Al frente de este habrá un gerente.

Vemos en esta **organización la habitual concentración de poder**, capacidad de decisión y falta de democracia de las empresas capitalistas.

Mientras el sistema no surja de una organización horizontal, basada en el consenso de los distintos equipos del sector mediante delegación directa, vemos imposible la viabilidad del sistema y auguramos que las pérdidas solo serán proporcionales al beneficio obtenido por los directivos de las empresas implicadas en el mismo.

8 - COSTES ASOCIADOS A LA LIBRE ELECCIÓN (resumido).

Adaptación de los sistemas informáticos. 10.345.000 €.

La mayor parte del cual debería haberse invertido en el anterior modelo.

Solo una mínima fracción se invierte en infraestructuras. Casi toda destinada a los SI y de gestión de TIC (Tecnología Informática y de Comunicaciones), que son los que hacen posibles la estandarización de técnicas y el tratar a la población como ganado.

9 - ORGANIZACIÓN INTERNA PARA LA PUESTA EN MARCHA.

Oficina de Coordinación.

Liberación de recursos con dedicación exclusiva.

CONCLUSIONES.

La opción de **Libre Elección** es un sistema que facilitará su venta a las empresas privadas. Implica la acomodación del paciente a la oferta, colapsos de servicios, eliminación de los menos rentables y la movilidad de pacientes y profesionales a lo largo de toda la comunidad autónoma.

Las **ofertas de servicios** de cada centro enmascaran una **discriminación de pacientes**, plasmada en los indicadores de salud utilizados y la percepción de la atención recibida. El objetivo es alcanzar ciertos indicadores para conseguir los incentivos, ya no se habla de pacientes sino de clientes.

Los incentivos, productividad variable y las nuevas modalidades de contratos implican **destajos**, acumulación de pacientes, alteración de horarios, y desplazamientos de centros.

La imposición del Área Única está abalada por una serie de leyes diseñadas específicamente para convertirlo en un **negocio que sea lucrativo**, favoreciendo la figura del **gestor como receptor de los beneficios** del centro y posibilitando la **coexistencia con otros tipos de negocios no sanitarios**.

El esfuerzo que se observa en la implantación del SI es de una intensidad no vista hasta ahora y que llega tarde. La **gestión de los Recursos informáticos** se cede a las empresas y se expone a **todo tipo de comercio y uso**.

El **Sistema Informático** posibilita la estandarización de protocolos, la gestión de servicios centralizada y la **atención masificada y deshumanizada**: acceso remoto a los servicios controlado por máquinas y protocolos que tratan a las personas como máquinas sin posibilidad de acomodación al paciente por falta de acomodación del tratamiento y su seguimiento.

El intento de ahorro del gasto hospitalario por medio de la contención de ingresos por AP será reforzada mediante contratos e incentivos entre ambos.

El ahorro previsto en personal, material, farmacia y pruebas aumentará el número de errores, desajustes y complicaciones en cada enfermo; que junto con el desvío del gasto al paciente y criterios mercantiles, y no de calidad, hacen **imposible el balance final positivo**.

También **es imposible la implantación de dicho sistema**, ni en los plazos previstos ni en las condiciones propuestas, después de observar la evolución del sector.

Mientras no se les permita a los equipos de profesionales adoptar sus propias decisiones concernientes a -y con- la población adscrita, no se eliminen los incentivos productivos, se permita la entrada de actividades no sanitarias, no se aumente el personal y no se adopten **políticas de prevención y educación y no solo asistencialistas**, no observaremos un verdadero ahorro ni mejora de la calidad, tanto laboral como productiva.

Por todo esto el sistema planteado se ve netamente inviable y **solicitamos que se retire la propuesta en todos sus puntos** entendiendo que el cambio debe ser a mejor.

**NO SOMOS MÁQUINAS, QUEREMOS UN TRATO MÁS HUMANO.
LA SALUD ES UN DERECHO, NO UN NEGOCIO.
ORGANIZATE Y LUCHA.**



CNT - AIT

**Sindicato de Oficios Varios de Madrid
Sección de Sanidad**

Pza. Tirso de Molina, 5 2º - 913690838
sovmadrid@cnt.es - <http://sovmadrid.cnt.es/>

