

LAS UNIDADES DE GESTIÓN CLÍNICA:

¿REALMENTE SON UNA BUENA RECETA?

Las Unidades de Gestión Clínica (UGCs), puestas en marcha por el SESPA son un nuevo modelo de organización de los servicios sanitarios. ¿Su objetivo? Integrar la práctica clínica con la gestión de los recursos: lo que conocemos como una “buena práctica profesional”. Para lograr este objetivo proponen un método: elaborar indicadores de ahorro en cada unidad, y cobrar dinero por alcanzarlos. ¿Realmente es una buena receta?

1. ¿No hay dinero para contratos, y sí para repartir en la UGC?

Los incentivos económicos a la productividad son perversos porque orientan a los trabajadores sanitarios hacia determinados objetivos vinculados al ahorro: ahorro en gastos en personal, en tratamientos y pruebas diagnósticas, en derivaciones a especialistas... Sin embargo, tener plantilla suficiente para poder acabar con la lista de espera, parece no ser una prioridad. Curioso *encontrar dinero para repartir en las UGC mientras en los 2 últimos años hemos perdido 28.500 trabajadores sanitarios* a nivel nacional, se eliminan mocosos, se congelan salarios, los pacientes cada día pagan más por las medicinas, se instauran copagos...



2. ¿Cobrar más que tu compañero, haciendo el mismo trabajo?

En Asturias, ha resultado escandalosa la falta de información y participación de los trabajadores sanitarios en el la constitución de las UGCs. Muchos trabajadores que no han firmado ser parte de la UGC, *realizan el mismo trabajo que sus compañeros, y cobran cientos de euros menos*. ¿Esa es la eficacia de las UGC?. Estamos ante una discriminación en toda regla.

3. ¿Más poder a cargos no electos?

Pese a un discurso sobre la gestión clínica basado en la “autonomía” de los centros y servicios, la realidad muestra lo contrario. Aunque en Asturias no tienen personalidad jurídica propia, el Director de la UGC es un cargo de un cargo de confianza de la gerencia, de “*libre designación*”, que refuerza el carácter “clientelar” de puestos directivos, disminuyendo las competencias y la autonomía de los profesionales. Aunque el Director no puede cambiar el estatuto laboral de los trabajadores, sí puede: cambiar turnos y horarios, amortizar plazas, no hacer sustituciones... Algo que puede hacer con el consenso del gerente y sin acuerdo previo con los trabajadores.

4. ¿Competir entre nosotros para mejorar la sanidad?

Los “indicadores” sobre los que se sustentará la arquitectura de incentivos pueden crear una nefasta “competitividad”: mejorar tus indicadores podría dañar los de otras Unidades. Ejemplos: derivar menos a los especialistas para mejorar tu indicador... dañando el de dichos especialistas, negar medicaciones cuando te las solicitan con urgencia de una planta en la que no quedan, porque “*ya hemos cumplido el cupo*”, intentar deshacerse de “pacientes y patologías caras”, evitar derivaciones costosas a otros centros... La introducción de criterios economistas corre el riesgo de que el ahorro en una UGC suponga aumentar el de otra UGC, introduciendo una dañina dinámica competitiva, que ponga en segundo plano la atención del paciente o aumente el gasto a largo plazo.

6. ¿Gastar menos en salud antes que prevenir?

En ningún lado veremos indicadores como prevención de hábitos tóxicos o educación sanitaria. En la práctica, los criterios economistas en que se basan las UGC, se orientan a un ahorro rápido, y no se basa en una visión a medio o largo plazo de mejora de la salud poblacional. Supone una ruptura con los criterios básicos de la gestión pública en sanidad.

5. **¿Dónde está la participación?** Tras 3 años de su puesta en marcha, y a pesar de ser un “argumento de oro” en su promoción, es evidente que con las UGC... *todo sigue funcionando igual*. El Decreto 667/2009 contempla una Comisión de Dirección de trabajadores sanitarios, participación social y de los Consejos de Salud. Pero en la práctica, la ausencia de discusión y participación de los profesionales es el día a día y se sigue relegando a los pacientes a ser “una carga asistencial a controlar”.
6. **¿Una vía a la privatización?** Ciertamente es que en Asturias las UGC conservan en su definición “*el ámbito público*”, carecen de “*personalidad jurídica propia*”, y los trabajadores “*conservan la condición de estatutario*”. Pero la parcelación del sistema de salud en pequeñas unidades “*lo más rentables posibles*”, aisladas unas de otras, facilita una posterior “*gestión*” por entidades privadas, la creación de micro-empresas de colaboración público-privada, en donde los trabajadores sanitarios pasen a la condición de “*laborales*”.

Propuestas:

Nuestro sistema sanitario público es los más baratos de Europa y nuestros indicadores sanitarios son buenos. Pero se puede ahorrar en sanidad. Empezando por las **compras centralizadas, un mayor uso de genéricos o evitando las ineficiencias diarias en base a una discusión amplia y colectiva**. Pero las UGC introducen un criterio peligroso: cobrar por indicador, discriminando a los profesionales que no firman las UGC e introduciendo un posible sesgo en la práctica clínica. Se prioriza el ahorro a corto plazo sobre la prevención o la falta de personal que está detrás de gran parte de la lista de espera. Y, al funcionar como “entidades aisladas”, corren el riesgo de competir entre ellas.

Por eso creemos importante:

- Crear una alianza profesional y ciudadana para rechazar esta Gestión Clínica que fragmentará y facilitará la privatización del sistema sanitario público.
- Ampliar y reforzar la plataforma en defensa del sistema sanitario y de rechazo a estas medidas.
- Convocar medidas de movilización social y profesional que exijan la retirada de las Unidades de Gestión Clínica

PLATAFORMA EN DEFENSA DE LA SANIDAD PÚBLICA DE ASTURIAS

