

La Salud Mental ante los nuevos modelos de gestión.

Francisco Chicharro

Psiquiatra
Hospital Psiquiátrico de Zamudio

Resumen: Se hace un breve repaso de los orígenes de los nuevos modelos de gestión, inicialmente centrados en los procesos industriales y más tarde aplicados al mundo sanitario. Se hace un balance riesgo-beneficio de la aplicación de estos modelos y, por último, se debate su encaje en el modelo de atención de salud mental comunitaria.

Palabras clave: Modelos de gestión, ventajas, riesgos, reformas, unidades de gestión clínica, salud mental comunitaria.

LOS NUEVOS MODELOS DE GESTIÓN (TIEMPOS MODERNOS)

Hace cuatro o cinco años, en el curso de unas jornadas sobre psicoterapia organizadas en Bilbao, uno de los más conocidos psiquiatras de Euskadi (Dr. Guimón) decía algo parecido a: “*los nuevos modelos de gestión pueden suponer para la salud mental el cambio más radical de los últimos veinte años.*” No estaba claro en aquel momento si eran cambios positivos o no y en realidad, sigue sin estarlo en estos momentos (depende) pero lo cierto es que, aún con desarrollo e implantación variable según los territorios, los “tiempos modernos” han venido de la mano de los “nuevos modelos”

Y lo cierto es que estos “tiempos modernos”, nos han sorprendido en cierto modo sin haber resuelto “los viejos problemas”: El desarrollo de la reforma; la consolidación de la Red de Salud Mental; el colapso de los centros de salud mental; el abordaje de nuevas patologías (trastornos de la alimentación, diagnóstico dual) la atención infantojuvenil; los programas de rehabilita-

ción, etc.

En el número del pasado marzo de la revista de la AEN¹, se publicaba un artículo de Antonio Espino con un título que contenía la esencia de estos cambios: “*Estado actual de la reforma psiquiátrica*” –de donde venimos- “*Debilidades y fortalezas. Amenazas y oportunidades*” (la terminología de los Planes Estratégicos empresariales) –hacia donde vamos-.

LOS ORÍGENES

No es objetivo de esta aportación hacer un repaso a la totalidad de los modelos sanitarios. Únicamente se hará mención a los tres principales de nuestro entorno (Europa Occidental):

1. Modelo alemán de Seguridad Social (“Bismarck”) también conocido como conmutativo, e inspirado en la legislación social de Alemania de 1883 y adoptado por Alemania, Austria, Bélgica, Francia y Países Bajos, con las siguientes características:

- Cobertura universal dentro del sistema de la Seguridad Social

* Presentado en VI Congreso de la Asociación Madrileña de Salud Mental (AEN). “Tiempos Modernos” Madrid, 6 y 7 de junio de 2002.

¹ Revista de la AEN. Vol. XXII, nº81; págs. 39 a 61

- Financiación por contribuciones de empresarios y empleados, a través de un fondo de seguros, no gubernamentales
- Los ciudadanos que no tienen acceso son cubiertos por el sistema impositivo o por seguros privados
- Los medios de producción son de propiedad tanto pública como privada
- Los cuidados de salud son de provisión pública y privada. Los cuidados médicos son provistos por profesionales liberales y pagados por acto médico. Los hospitales reciben presupuestos globales

2. Modelo anglosajón de Servicio Nacional de Salud, también conocido como “distributivo” y adoptado después de la II Guerra Mundial por Dinamarca, Finlandia, Irlanda, Noruega, Reino Unido, Suecia. Posteriormente sería asumido también por España, Grecia, Italia y Portugal.

- Cobertura universal (acceso libre de todos los ciudadanos al sistema)
- Financiado por impuestos, a través de los presupuestos estatales
- Gestionado y controlado por el Gobierno
- Propiedad estatal de los medios de producción, con coexistencia del sector privado
- Provisión pública de los cuidados de salud
- Los médicos son asalariados o de pago capitativo
- Hay una participación de los usuarios en el pago (% de las recetas)

3. Modelo de Seguro Privado

- Usuarios y proveedores acuerdan, mediante contrato, el tipo, volumen y precios de los servicios sanitarios
- Financiado por los individuos y/o cuotas de los empresarios
- Provisión de los servicios sanitarios de tipo privado (generalmente con ánimo de lucro)

LAS REFORMAS EN LA GESTIÓN

Desde mediados de los años setenta y, curiosamente, coincidiendo con la crisis económica que supuso para los países occidentales el aumento del precio del petróleo, se viene avisando de la incompa-

bilidad del crecimiento sostenido del gasto y el mantenimiento del llamado Estado de Bienestar. En la última década del siglo pasado se inician reformas tratando de aumentar la eficiencia, implementándose los nuevos modelos de gestión. Los objetivos de la mayoría de estos nuevos modelos son intachables desde el punto de vista empresarial (e incluso social):

- Equidad en el acceso de los ciudadanos y en la atención ante problemas o necesidades semejantes
- Eficiencia, en cuanto a conseguir una mayor conciencia del coste sanitario
- Libertad de elección de los usuarios
- Competencia en la oferta

En principio, nada que objetar en cuanto a los dos primeros puntos (equidad y eficiencia). Los dos últimos serían ya más cuestionables, aunque desde el punto de vista de la sociedad parece atractivo poder elegir centro (en la realidad no es tan cierto) y en cuanto a la competencia, vendría a dar respuesta a la falta de incentivos de los profesionales de los sistemas públicos (reconocimiento “a los más eficientes”).

El marco en que se han venido poniendo en práctica las reformas ha sido diverso: Fundaciones, Institutos, entidades públicas de derecho privado. Por lo general, la clave de todas las reformas consiste en la diferenciación entre financiación y provisión de recursos y la “compraventa” de servicios por medio de los contratos programa.

El **Plan Estratégico del Insalud** (1998) se presentó bajo el lema “Mejorar lo que es de todos.” ¿Quién no suscribiría el eslogan? Y, desde la perspectiva de la gestión, fue un instrumento clave para iniciar un proceso de cambio. Resumiendo, en dicho plan se contemplaba:

1. Separación de las funciones de compra y provisión de servicios sanitarios, mediante la creación de una Dirección Territorial en cada uno de los territorios dependientes de la entidad, con las siguientes funciones:

- Negociación con los Servicios Centrales del presupuesto sanitario anual
- Coordinación de las Direcciones Provin-





ciales, que se convierten a su vez en “compradores” de servicios a proveedores internos y externos

2. Organización de los centros:

- Cada uno elaborará su propio Plan Estratégico
- Podrán dotarse de personalidad jurídica propia
- Cada centro adecuará la plantilla a sus necesidades reales
- Firmarán los Contratos Programa con la Dirección Provincial
- Los Contratos tendrán en cuenta los logros en la lista de espera

3. Atención Primaria

- Podrán comprar a la especializada pruebas y consultas externas
- En una primera fase adquirirían dichos servicios al hospital del área
- Posteriormente podrían hacerlo a cualquier proveedor interno o externo
- Los facultativos podrán solicitar la creación de cooperativas o sociedades médicas
- Potenciación del uso racional del medicamento (cada médico tendrá un presupuesto orientativo para gasto en farmacia)
- Entre un 10 y un 25% del salario estará ligado a incentivos relacionados con el consumo de recursos

4. Potenciar el papel de la privada en la provisión de recursos

- Una comisión determinará las necesidades de utilización y planificación de los proveedores externos
- Una norma regulará los requisitos que deberán reunir los centros privados para participar en la competencia regulada

Resumiendo, en estas breves líneas se contemplan conceptos de mercado suficientes para introducir el cambio: **Contratos; compra; venta; cooperativas; competencia; pago por objetivos y... potenciación de la medicina privada.**

¿Y esto adonde nos lleva?

Pues depende; puede ser positivo o puede

ser un desastre, y ejemplos hay en nuestro entorno. Como botón de muestra fijémosnos en el Sistema Nacional de Salud del Reino Unido, ejemplar hasta hace pocos años y catastrófico desde la “era Tachter” (al igual que los ferrocarriles ingleses, modelo de puntualidad antes de la privatización e involucrado en accidentes continuos en la actualidad).

El espíritu y la letra

Aún en el mejor de los casos, suponiendo que el espíritu del modelo sea favorecer la asistencia, lo que importa es como se desarrolla y la financiación que lleve aparejada. En este sentido, un político español, Jefe de Gobierno en la época de la República, del que no recuerdo el nombre, decía: “*que otros hagan las leyes, pero que me dejen a mí redactar los reglamentos*”.

Con respecto a la financiación a la salud mental, no olvidemos que existen grandes diferencias de gasto entre las diferentes comunidades autónomas: Comparando con una comunidad de nivel económico equiparable, mientras en Cataluña se invierten en salud mental 15 euros (2.500 ptas.) por habitante y año, en el País Vasco se gastan 45 euros (7.500 ptas.) Tratando de poner un ejemplo, a continuación se expondrá el modelo que sigue el Servicio Vasco de Salud, con sus posibilidades, ventajas e inconvenientes.

MODELOS DE GESTIÓN EN EUSKADI

La ley de Ordenación Sanitaria

Antes se exponía el Plan Estratégico del Insalud de 1998. En Euskadi, la Ley de Ordenación Sanitaria aprobada en junio de 1997, ya determina la separación de funciones entre el Departamento de Sanidad y Osakidetza–Servicio Vasco de Salud, de tal manera que el primero se configura como órgano asegurador y financiador de la actividad sanitaria y el segundo como provisor público de servicios sanitarios. Desde enero de 1998, Osakidetza es un Ente Público de Derecho Privado.

- De esta forma, el Departamento de Sanidad, a través de las Direcciones Territoriales

(Alava, Gipuzkoa, y Bizkaia) negocia un Contrato Programa con los centros.

- Los centros, a su vez, se organizan en Planes de Gestión con los distintos servicios. Las relaciones entre el Departamento de Sanidad y las distintas organizaciones de Osakidetza, se articulan mediante el "Contrato-Programa." Este contrato se negocia y firma por los gerentes de los centros con la Dirección Territorial de Sanidad y en él se establece: cartera de servicios; volumen de actividad; actividad contratada; compromisos de calidad; facturación y financiación. Cada centro negocia previamente con sus diferentes servicios los puntos anteriores, y el conjunto constituye el Contrato Programa del centro (ver cuadro)



inconvenientes. Entre las primeras están:

- Delimita claramente las prestaciones, permitiendo conocer cuales son los programas ofertados, el volumen de actividad, homologar indicadores de calidad, y detectar cuales son ineficientes.²

Como inconvenientes podríamos avanzar:

- Solo se financia lo contratado
- La separación de la planificación y la contratación puede dificultar el establecimiento de nuevos programas
- Si se produce más actividad de la esperada (y contratada) no se financia, lo que se traduce en una desincentivación³
- Existe el riesgo de desatención a lo "no rentable"; es decir, a aquellas patologías que no producen un beneficio económico para el centro.
- Si se firma el Contrato Programa con los distintos centros (no con un área encuadrada en una red de salud mental) pueden plantearse objetivos que entren en contradicción entre las unidades de hos-

VENTAJAS	INCONVENIENTES
DELIMITA LAS PRESTACIONES	SOLO FINANCIA LO CONTRATADO
DETERMINA VOLUMEN ACTIVIDAD	NO FINANCIA LA SOBREACTIVIDAD
DETECTA LA INEFICIENCIA	RIESGO DE DESATENCIÓN A LO "NO RENTABLE"

El Contrato Programa

Se negocia entre la Dirección Territorial y la Dirección de los Centros, plasmándose en un documento que recoge: Actividad, Criterios de calidad y Financiación

ACTIVIDAD	CRITERIOS DE CALIDAD	REPERCUSIÓN ECONÓMICA
CARTERA DE SERVICIOS	INDICADORES ASISTENCIALES	FINANCIACIÓN
VOLUMEN DE ACTIVIDAD	DOCENCIA	
ACTIVIDAD CONTRATADA	INVESTIGACIÓN	

Consideraciones sobre el Contrato Programa

El establecimiento de un Contrato Programa, que negocia y firma la Dirección Territorial con los centros, tiene ventajas e

pitalización y recursos ambulatorios.⁴

Planes de gestión

La Dirección del Centro negocia y firma a su vez Planes de Gestión con los distintos servicios, la suma de los cuales constituye el Contrato Programa que se firma con la Dirección Territorial.

Los Planes de Gestión incluyen diversos objetivos (asistenciales; criterios de calidad; formación continuada; investigación, etc.). Mensualmente se facilita información a los servicios sobre:⁵

- Actividad
- Total acumulado
- T.A.M (tasa anual media)
- Indicadores de calidad

² El concepto de "Ineficiencia" puede ser polémico, ya que la definición habitual "el mejor rendimiento al menor costo"; puede ser perversa.

³ Y probablemente si se financiara se podría entrar en una espiral de "sobreactividad"; disfrazada de "eficiencia"; pero que no produjese un beneficio social.

⁴ Por ejemplo la Estancia Media; Índice de reingresos; % de ingresos derivados desde los C.S.M., etc.

⁵ A estos datos se puede acceder desde cada servicio en tiempo real, por medio del programa informático AS400.



Cada Servicio dispone de una financiación y una cuenta de resultados (ingresos y gastos). Los posibles "superavits" pueden ser reinvertidos por el servicio en la forma que estime conveniente⁶: compra de material; financiación de cursos o congresos; sustituciones en vacaciones, etc.

Ventajas y riesgos del modelo

En principio parece resolver (parcialmente, pero es un avance) la dificultad del sistema público para incentivar la actividad de sus profesionales. La buena gestión de un servicio no se repercute en la nómina de sus integrantes, pero se obtiene un beneficio: mejoras de infraestructura; financiación de actividades docentes; sustituciones, etc.

Un riesgo es que en la lucha por la competencia se realice una actividad asistencial con la mirada puesta en las cifras, y tampoco es eso. Los indicadores deben ser un medio, una herramienta, pero no un fin en sí mismos.

Por la misma razón, la coordinación y la cooperación, imprescindibles desde el concepto de "red de salud mental" pueden verse seriamente afectadas, si cada uno piensa únicamente en sí mismo. Competencia, en este caso, puede ser la antítesis de colaboración.

Ahora bien, los nuevos modelos ¿ofrecen alguna alternativa a esto?

LA RED DE SALUD MENTAL ANTE LOS NUEVOS MODELOS DE GESTIÓN

Anteriormente se afirmaba que el concepto de "red de salud mental", básica en el desarrollo del modelo comunitario, puede verse afectada si cada dispositivo plantea sus propios objetivos al margen de los demás. En este sentido, y tratando de evitar ese riesgo, surge una herramienta entresacada de los nuevos modelos de gestión: Las Unidades de Gestión Clínica

El Servicio vasco de Salud está propiciando la organización de sus servicios en "Unidades de Gestión Clínica" que, básicamente, consisten en:

- *Agrupación de distintos servicios con una misma misión*
- *Integra la totalidad de recursos en un área determinada*
- *Gestión integrada de competencias y recursos*
- *Globaliza el proceso de atención, facilitando la continuidad de cuidados*
- *Transmite una imagen coherente y positiva*

Si se lee con atención, encaja como un guante en el concepto de Red de Salud Mental: "Gestión integrada de la totalidad de los recursos de un área determinada, que posibilita la continuidad de cuidados y el seguimiento comunitario y evita conflictos entre profesionales transmitiendo una imagen de coherencia"

- *Centro de Gestión Autónomo*
- *Firma con la Gerencia un Contrato de Gestión Clínica*
- *Asume la corresponsabilidad de la Gestión de todos los recursos: humanos, materiales, y económicos*
- *Orienta la actividad asistencial teniendo al cliente como centro*
- *Establece planes de formación continuada para todo el ente*

Hay una cierta autonomía en la toma de decisiones, las actividades tienen al paciente como eje, y permite la programación de actividades de formación continuada según los problemas o carencias detectados.

- *Asistencia integral a un sector*
- *Facilita la adecuación de recursos a las necesidades*
- *Mejora la eficiencia en la utilización de recursos*
- *Aumenta la satisfacción de usuarios y trabajadores*
- *Acerca las culturas clínica y de gestión*

Permite conservar el concepto de "área," posibilita el conocimiento de los pacientes, permite la "libre circulación" de profesionales por la misma y acerca a clínicos y gestores, redundando en beneficio de todos. Resumiendo: **Unidad de Gestión Clínica = Área que engloba todos los recursos = Red de Salud Mental**

⁶ Si bien, y por el momento, no son repercutibles individualmente, es decir, en la nómina.

CONCLUSIONES

Probablemente sea necesario un tiempo para que los clínicos se familiaricen con los nuevos modelos de gestión y pueda “disolverse” la resistencia al cambio que produce su introducción, pero es importante saber que estos modelos, bien utilizados, pueden proporcionar herramientas válidas para el trabajo clínico y ser garantía de la financiación y el mantenimiento del modelo de salud mental comunitario.



Bibliografía:

1. Lamata F. El cambio de un modelo de Seguridad social al Sistema Nacional de Salud. La financiación del Sistema Sanitario. Madrid: Ex libris ediciones; 1998.
2. Matesanz R. “Gestión clínica: ¿porqué y para qué?” Medicina Clínica. Vol. 117; nº 6; 2001.
3. Sabater R. “Planificación Estratégica: Todo Hospital. Marzo de 2000.
4. I. Servei Català de la Salut. Cataluña, un modelo para la sanidad pública. Barcelona, 1997.
5. Ministerio de Sanidad y Consumo. Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica. Madrid, 1985.
6. Eustat-Estadística hospitalaria. Web: <http://www.eustat.es>
7. Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco. Plan Estratégico de Atención Psiquiátrica y Promoción de la salud mental en la CAPV. Servicio Central de Publicaciones. Vitoria-Gasteiz, 1990.
8. Osakidetza-SVS. Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica. Memoria 2000.