

Nuevas estrategias para la defensa de la gestión pública en Sanidad

JUAN A. SALCEDO*
MARCIANO SÁNCHEZ BAYLE**

Introducción

Con la llegada a España a comienzos de los años 80 de la concepción actual de Salud Pública (Sistemas de salud orientados por problemas, salud integral e integrada, sistema de referencia de pacientes en estructuras sanitarias escalares, predominio de la Atención Primaria, participación comunitaria, trabajo por protocolos y programas, sistemática evaluativa,...), parece que se inicia con un carácter progresista la reforma de un sistema sanitario arcaico, biologicista y centrado en el Hospital. El fruto más importante de este intento es la Ley General de Sanidad de Abril de 1986.

El hecho de que su desarrollo ha estado y está bloqueado (incluso se propone su modificación), y la reforma no se haya concluido, es consecuencia de dos tipos de razones: por un lado, y a nivel nacional, la dispersión conceptual sobre política y administración de salud, la ausencia de una masa crítica con amplia base social en defensa de un sistema nacional de salud, intereses corporativos y grupales en el sector y la inestabilidad conceptual técnica de los gestores que se traduce en una práctica errática; por otro, y a nivel internacional, el retroceso de posiciones de la izquierda y el auge de ideologías neoliberales.

Ambos tipos se complementan y ejercen un efecto sinérgico, favoreciendo las tendencias privatizadoras que se intentan materializar en todos los servicios sociales torpedeando el estado de bienestar.

En este documento pretendemos poner en evidencia el nuevo marco político e ideológico, la crisis de los sistemas sanitarios, las alternativas que se

* Vicepresidente de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública.

** Presidente de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública

dan para su solución, lo que realmente debemos defender desde sectores progresistas y unos intentos de estrategia para su consecución.

1. Nuevo marco político y social

La situación actual es consecuencia de la culminación de un proceso, cuyo frente se situó en el plano ideológico y destinado a captar a la clase media para asegurarse el voto, que empezó años atrás tanto en nuestro país como en la mayoría de los países desarrollados y caracterizado por un retroceso de posiciones de la izquierda, entendidas como posturas solidarias y participativas, frente al auge de ideologías neoliberales.

1.1. *La ideología antisolidaria*

Estamos asistiendo al auge de una ideología antisolidaria e individualista que atribuye el éxito o fracaso en la vida a la propia capacidad de la persona, negando cualquier tipo de esfuerzo de ayuda a los más desfavorecidos económica y socialmente, y lo que es más grave, haciéndoles responsables de su propia situación.

Esta forma de pensar es contraria a la evidencia científica que demuestra de manera inequívoca la importancia de factores socioeconómicos y culturales que determinan las posibilidades de desarrollo y opciones que una persona tendrá a lo largo de su vida. En el sector salud hay multitud de ejemplos que lo demuestran y son, precisamente las clases menos favorecidas, las que tienen mayor probabilidad de enfermar y menor esperanza de vida.

También choca con la lucha del movimiento obrero y su actitud para el establecimiento de posiciones democráticas y lo conseguido desde el siglo XIX hasta la actualidad (búsqueda de sistemas de solidaridad social que permitan una igualdad de oportunidades, y de protección social para hacer frente a la adversidad).

1.2. *El mercantilismo como eje de la vida social*

Consecuencia de esa ideología es la mercantilización de todas las actividades sociales y la búsqueda continua del beneficio económico como objetivo central.

El individualismo y el mercado constituyen los únicos elementos reguladores de todas las actividades tanto económicas como sociales. Como consecuencia, se niega al Estado y por ende al Sector Público, su capacidad de redistribución de la riqueza y de proveedor de servicios. El corolario final es la privatización de todas las empresas públicas y de todo tipo de servicios, que

con la excusa de una supuesta eficiencia económica, ignoran los criterios que deben de guiarlos en cuanto a su rentabilidad social y reequilibrio de las diferencias socioeconómicas.

1.3. *La hegemonía política de la derecha*

Dicha hegemonía se ha basado, fundamentalmente, en su capacidad para generar un discurso ideológico que ha calado en el conjunto de la sociedad, y que ha obligado a organizaciones tradicionalmente de izquierdas a asumirlo, al menos en parte.

La mayoría de los partidos políticos han asumido valores tradicionalmente considerados de la derecha (antiestatismo, privatización, xenofobia,...), en detrimento de los propios de la izquierda (empresa pública, provisión pública de los servicios, defensa de la colectividad, ...), sin haber sido capaces de dar una alternativa diferente para su mantenimiento. Primaba más el conseguir votos según ese giro social que diseñar una estrategia para contrarrestarlo.

1.4. *Los recortes del Estado del bienestar*

El Estado del Bienestar (EB), soporte ideológico del nuevo pacto social conseguido a mediados del siglo xx, ha entrado en crisis tanto desde un punto de vista ideológico como en sus bases económicas, puestas en cuestión en los compromisos del Tratado de Maastrich y en los Acuerdos de Libre Comercio a nivel mundial los cuales, priman la utilización intensiva de mano de obra barata y del llamado «dumping» social (competencia de países donde los trabajadores carecen de los derechos más elementales y cobran retribuciones de miseria, abaratando así los costes de producción).

Tres han sido las estrategias en contra del EB: *Recortes de los gastos sociales*, que se ha notado en una disminución de las prestaciones sociales financiadas públicamente en los países de la Unión Europea; *aumento de la provisión privada de servicios públicos* en razón a un abaratamiento de costos sin tener en cuenta la pérdida de calidad; y *aumento de las aportaciones individuales para acceder a los servicios públicos*, bien por la limitación de la prestación social en cantidad, calidad o acceso y búsqueda por tanto, de las complementarias, o bien por la imposición de tasas o copagos a la hora de acceder a algunas de ellas.

2. *La crisis del sistema sanitario*

Por otro lado, asistimos a una crisis de los Sistemas Sanitarios (SS) de todos los países desarrollados y que viene determinada por los siguientes causas:

2.1. *La hipertrofia del sistema sanitario*

El sector salud no es ajeno al importante desarrollo tanto tecnológico como en infraestructuras al que se llegó en Europa a partir de la década de los 60.

El impacto que ese desarrollo ha tenido y tiene en la población, como arma curativa, ha sido importante. Por este motivo, cualquier SS, tanto público como privado, al hacer acopio de tecnología sofisticada, se ha constituido en un entramado complejo bajo un punto de vista organizativo, con dificultades importantes para medir sus actividades y definir sus propios límites y con un número de empleados ingente.

El SS se ha convertido tanto en un sistema de aparcamiento social (de enfermos y profesionales sanitarios), de generación de empleo (el porcentaje de empleados en los SS no ha dejado de crecer en los últimos 100 años, y además, es bien conocido que la puesta en funcionamiento de los avances tecnológicos no disminuye el número de personal como sucede en otros sectores, sino que lo aumenta), y de mantenimiento de un amplio sector industrial del que es consumidor (farmacéutico, electromedicina,...).

La importancia estratégica del sector salud es clara, lo que favorece su crecimiento incontrolado, especialmente en un contexto en el que el derecho a la salud se ha incorporado como uno básico y universal. De aquí se deduce el interés de diferentes grupos en su privatización.

2.2. *Costes en crecimiento exponencial*

Consecuencia del crecimiento incontrolado y del acopio tecnológico y de personal que ha experimentado el sector, ha sido el aumento constante de sus costos que no han dejado de crecer en los últimos 50 años (como ejemplo véase la tabla 1), constituyendo un problema tanto para los países con SS Públicos (por su papel en el gasto público), como para aquellos que los tienen privados (como componentes de los costes salariales).

TABLA 1.—Costo de aumentar en 5 años la esperanza de vida

<i>Esperanza de vida en años</i>	<i>1960-1980 Años de aumento</i>		<i>Coste cuidados y % crecimiento</i>
Países europeos	71	77	100 — 1500
Países América Latina	55	65	100 — 8500
España	70	75	100 — 800

Fuente: González Dagnino, A., en *Teoría y Práctica de la Atención Primaria en España*. Insalud ed. Madrid, 1990.

No obstante, es necesario recordar que los países que sus SS se basan en modelos de Servicios Nacionales de Salud (SNS), consiguen contener mejor el incremento de costes que aquellos que lo hacen en Sistemas de Aseguramiento Múltiple (SAM), como muestra la tabla 2

TABLA 2.—*Comparación entre los SS de los países europeos*

<i>Datos</i>	<i>SNS</i>	<i>SAM</i>
% del PIB	7.6	8.6
Gasto per cápita (en \$)	1131	1317
Incremento gastos en salud entre 1972-1992 % PIB	36%	52%
% de cobertura pública	100	78
Camas de agudos/1000 habts.	3.9	5.9
Médicos por 1000 hbts.	2.6	2.7
Médicos que ejercen de puerta de entrada	80%	15%
Pago por servicio	20%	85%

Fuente: Elola, J. en *Inter. J. Health Services*, 1996, 26:239-51

En ese mismo trabajo se observa que los indicadores de salud que se consideran habitualmente, son similares entre los dos modelos, pero los basados en SNS lo hacen a un precio más bajo, lo que supone en contra de lo que se dice, mayor eficiencia.

2.3. *Contenido asistencial, medicalizado y hospitalicentrista*

Fruto del acopio tecnológico y el gasto que supone, son los cambios que había experimentado la salud de los europeos: erradicación de la viruela y otras enfermedades, aumento de la esperanza de vida, ... Sin embargo, y matizando estos logros, estaba claro que el aumento de la esperanza de vida se había producido a costa de disminuir la tasa de mortalidad infantil, pero en cambio la tasa de mortalidad para los grupos de población entre los cuarenta y sesenta años era creciente por el cáncer, las enfermedades cardiovasculares y los accidentes de tráfico. Estos problemas derivados de los estilos de vida y de la contaminación ambiental, no eran resueltos desde los servicios sanitarios; además, amplios sectores de la población seguían teniendo acceso limitado a los servicios de salud, si es que los tenían, y estos en muchos de los casos no guardaban relación con las necesidades de dichos grupos.

Estos hechos son la consecuencia lógica de mantener una atención curati-

va, basada en la enfermedad y no en su prevención ni en la promoción de la salud, ni tampoco en un sistema de cuidados y de rehabilitación para enfermos crónicos, actividades que se abordan implantando modelos basados en el desarrollo de una Atención Primaria de calidad y no creando más hospitales, para dar respuesta a las nuevas necesidades sociales, con financiación y provisión públicas.

2.4. Problemas para responder a expectativas sociales

El mantenimiento de sistemas con una orientación de la medicina hacia la curación y hacia la medicalización constante de la vida, lo que produce es un aumento creciente de la demanda en esa línea para dejar sin cubrir otras que están latentes en la población.

Esta situación que está fomentada por determinados grupos de profesionales y de sectores con intereses de carácter lucrativo, se agrava aún más, por el papel subsidiario que se le quiere asignar al ciudadano, que así carece en la práctica, de capacidad para hacerse partícipe de sus problemas de salud.

3. Alternativas neoliberales a la Sanidad Pública

Tres son en la práctica las medidas que se propugnan desde el ámbito del neoliberalismo, tanto en nuestro país como fuera de él. Desarrollaremos sus aspectos principales, los problemas que plantea y haremos una breve referencia a la experiencia española e internacional al respecto.

3.1. Privatización de la financiación

Aunque en nuestro país se ha negado esta posibilidad por el nuevo gobierno, existe una contradicción entre su plan de ajuste duro y reducción del gasto público y el mantenimiento de las actuales prestaciones sociales, entre las que se incluyen las sanitarias. Por otro lado, la experiencia internacional señala (caso de Portugal, Francia y Alemania), que el incremento de la financiación privada ha sido el camino elegido.

Hay dos formas de llevar a cabo un aumento de la financiación privada:

— Limitando las prestaciones sanitarias a las exclusivamente básicas y cubriendo el resto con el aporte de los ciudadanos. Esta fue una de las recomendaciones de la «Comisión Abril».

— Estableciendo un sistema de tasas al acceder a determinadas prestaciones (caso portugués).

Ambas formas, tienen el inconveniente de penalizar a los sectores de po-

blación que más necesidad tienen de recibir prestaciones sanitarias y que además, mayores problemas económicos presentan. Suponen, pues, un atentado contra la EQUIDAD DEL SISTEMA.

3.2. Ruptura del aseguramiento

Esta medida fracciona el aseguramiento público y da opción al ciudadano a elegir una alternativa distinta al SNS. Se puede concretar en:

— EXTENSION DEL MODELO MUFACE, sistema de financiación pública por el que los funcionarios pueden optar entre varias compañías de prestación sanitaria y el SNS con carácter anual. Se sabe que el 85% optan por el sector privado, pero también se conoce que:

- Un 22% de quienes optan por el sector privado tienen doble cobertura (muface y SNS).
- Los movimientos entre aseguradoras se producen desde el sector privado al público en los casos en que se presentan graves enfermedades.
- Las aseguradoras no ofrecen cobertura en una amplia zona del territorio (medio rural), y aceptan asegurados del mismo que son cubiertos por el sector público en condiciones antieconómicas.

— DESGRAVACIÓN DE LOS SEGUROS PRIVADOS que ya existe en la actualidad (el 15%), pero que por CiU se propugna su incremento sobre la base de ampliar la cobertura, aprovechar los recursos privados y evitar la doble cotización.

Estas propuestas tienen dos inconvenientes:

— LA SELECCIÓN DE RIESGOS en virtud de que es conocido que un sector de la población produce la mayoría del gasto sanitario, que inicialmente se identificaba con las personas ancianas pero que se ha comprobado que tiene una relación solo relativa con la edad. Ver tabla 3

TABLA 3.—Distribución del gasto sanitario individual
EEUU 1987, Barcelona 1992

% Población		Gasto
Barcelona:	5% Superior	48%
	50% Inferior	1%
EEUU:	5% Superior	58%
	50% Inferior	3%

Fuente: Ibern, P. (1995) y elaboración propia

El objetivo de las aseguradoras sería expulsar a ese 5% que más gasta y atraer al 50% que menos consume.

— DISMINUCIÓN DE RECURSOS DEL SECTOR PÚBLICO, al evitar la doble cotización y/o incentivar fiscalmente el gasto privado.

3.3. Privatización de la provisión de servicios

Se puede llevar a efecto mediante:

— INCREMENTO DE LA PROVISIÓN PRIVADA, que puede realizarse por un simple aumento de los conciertos, pero también mediante la utilización de formulas que permitan el acceso de todos los usuarios del sistema público a la red privada previamente acreditada (caso de la XHUP o red de hospitales de utilización pública de Cataluña), a los que se les reembolsa según un sistema de estancias (caso catalán) o sobre algún tipo de case-mix aún por desarrollar en España (los GDR, grupos de diagnóstico relacionados, o los PMC, categorías de gestión de pacientes, que miden la intensidad de cuidados, en EEUU). En este caso se abre un mercado de cuidados sanitarios y un sistema de competencia público-privado.

— LA DESREGULACIÓN DEL SECTOR PÚBLICO, que a su vez puede tener varias versiones:

- La creación de empresas públicas y/o fundaciones, que abren bajo el pretexto de que se propicie la eficiencia de las empresas, la puerta a la privatización por parcelas del sector sanitario, que como es bien sabido, es inasumible en su totalidad.

- La desintegración de los segmentos más rentables del sector público, en la vía de la experiencia de las «empresas de alta tecnología» (por ejemplo, el MEDTEC o Instituto de Alta Tecnología, propiciado en Galicia por el actual ministro de Sanidad), que posibiliten su privatización y además parcelan el funcionamiento del sistema sanitario rompiendo con la integración de los servicios hospitalarios.

- La potenciación de las «cooperativas de profesionales» para su concertación con el sistema público. Esta formula, además, facilita una alternativa a las dificultades que plantea la situación estatutaria de plaza en propiedad, de la mayoría de los profesionales.

Estos planteamientos suscitan los siguientes comentarios:

— No está demostrado que el sector privado logre una provisión de servicios más eficiente que el sector público con iguales estándares de calidad. Más bien existe evidencia de lo contrario, así en la Unión Europea el gasto sanitario en % del PIB está en relación inversa con el porcentaje de provisión pública; y en España, Cataluña que es la CCAA con mayor provisión privada, es la que tiene unos déficits más constantes y la que ha demostrado ser la más incapaz de contener el gasto. Ejemplos a nivel «micro» también existen, véase la tabla 4

TABLA 4.—Comparación entre dos centros de salud

	<i>Público</i>	<i>Privado</i>
<i>Mayor actividad</i>	<i>Enfermería</i>	<i>Médicos</i>
<i>Mayor coste</i>	<i>Visita demanda</i>	<i>Programada</i>
Tiempo de decicación:		
Médico	446,26	567,08
Enfermería	533,26	288,58
Coste:		
Acto médico	1.287	1.470
Acto de enfermería	1.118	1.578
Gasto farmacia:		
Pts/habitante	12.470	14.766
Pts/receta	1.356	1.181
Recetas/habitante	9,2	12,5
% buenos fármacos	78,1%	71,46%

Fuente: Centro de Salud, 1993

— Como ya señalaron Saltman y Otter (1989), los sistemas de mercado sanitario público-privado producen inevitablemente una trasferencia de fondos de lo público a lo privado, ya que este sector se dedica a prestaciones rentables, y el público se ve obligado a especializarse en aquellas más costosas y en asegurar la cobertura territorial.

— Existe un consenso prácticamente general en que el mercado y la competencia en materia sanitaria no tienen un papel relevante debido a las especificaciones del sector: relación de agencia de los profesionales, asimetría de la información, incertidumbre y variabilidad de la enfermedad, externalidades, incremento de los gastos administrativos, tendencia a la utilización innecesaria de la tecnología, entre otras razones.

— Por último, señalar las conclusiones del informe que sobre la introducción del mercado en el Servicio Nacional de Salud inglés, han realizado la National Health Service Consultant's Association y la National Health Service Support Federation que constituye un excelente listado de las potenciales virtudes del mercado pasadas por el tamiz de cinco años de experiencia:

- Aumento de los costes burocráticos.
- Incompatibilidad entre los planes estratégicos de salud y el mercado.
- Aparición de competencia y confidencialidad comercial y ruptura de la cooperación.

- Establecimiento d distintos tipos de servicios según grupos de población.
- La crisis económica presiona a los cierres de centros y a la reducción de prestaciones.
 - Presiones financieras para la reducción en la cantidad y calidad de los servicios y para disminuir la investigación clínica.
 - Desmoralización de la plantilla.
 - El mercado introduce de manera insidiosa la noción de que la provisión pública es extravagante y poco práctica.
 - La industrialización de los cuidados, condicionando las decisiones profesionales.
 - La erosión de la salud pública.
 - El deficit democrático.

Como última cuestión, la decisión de crear una Ponencia de Consenso para estudiar la reforma de la Sanidad, supone una «Comisión Abril Bis» corregida y aumentada, que va a pretender dar el soporte teórico a una estrategia de privatización y desmantelamiento de la Sanidad Pública en nuestro país.

4. Los objetivos de la Sanidad Pública

Desde nuestra óptica son los siguientes y que entendemos irrenunciables:

4.1. Financiación pública

Las atenciones del sistema sanitario deben ser públicas para evitar la inequidad en el acceso a sus prestaciones. La financiación debe asegurarse directamente en los Presupuestos Generales del Estado y su recaudación por vía impositiva.

4.2. Aseguramiento único

Constituye la garantía fundamental de cobertura universal, de equidad en las prestaciones y de evitación de los fenómenos de selección de riesgos que son utilizados por los seguros privados.

4.3. Hegemonía de la provisión pública

La provisión pública ofrece en nuestro país una mejor calidad y eficacia que el sector privado, que aparte de tener menores recursos, los concentra en las zonas con mayor capacidad económica, y tiene unos ratios de personal sanitario muy inferiores al sector público.

Una provisión de atenciones sanitarias mayoritariamente pública asegura una provisión de calidad en todo el territorio e impide también las presiones del sector privado hacia un aumento innecesario de las intervenciones y de los gastos administrativos. Por otro lado, no existe evidencia contratada de que el sector privado tenga, a iguales niveles de calidad de la atención, unos costes menores que el público. Es más, existe experiencia internacional muy consistente de que la provisión privada favorece un aumento incontrolado del gasto sanitario, lo que también parece suceder en Cataluña, única CCAA de nuestro país que tiene una provisión mayoritariamente privada.

En nuestra opinión, el papel del sector privado está en servir de complementario al público y que debe ser reforzado, tanto en Atención Primaria como en Atención Hospitalaria.

4.4. Delimitación público privado

Separar el sector público del privado es esencial para evitar la utilización del primero por el segundo.

No es admisible que los trabajadores sanitarios tengan intereses en ambos sectores y aprovechen el público como plataforma de lanzamiento y propaganda para lucrarse en el privado.

Un planteamiento serio y con criterios de eficacia y eficiencia, radica en dar la opción a dichos profesionales para que opten por su dedicación a uno u otro sistema.

4.5. Reorientación del SNS

Es imprescindible que el SNS reoriente sus atenciones en la línea de lo propugnado por la Organización Mundial de la Salud en la Estrategia de Salud para Todos y de la que nuestro país es firmante. Debe incorporar actividades de promoción y prevención de manera clara como una parte sustancial de sus funciones.

4.6. Desarrollo de la atención primaria

Es necesario para la consecución de lo anterior que articule una Atención Primaria con rango de nivel fundamental, se extienda al 100% de la población y se dote de los recursos humanos y materiales necesarios adaptados a las características poblacionales y epidemiológicas de las zonas de salud. De esta manera se podrá demostrar que un sistema que este centrado en este ni-

vel y no en el hospital, es capaz de dar respuesta a las necesidades de la población y cubrir sus expectativas.

4.7. *Asegurar la eficiencia y calidad del SNS*

El SNS precisa, para su mantenimiento y mejora, que en el concurran no solo los principios de justicia, equidad y solidaridad social que le son consustanciales, sino además que las atenciones sanitarias tengan una elevada calidad, homologable a la de los demás países desarrollados, muy especialmente a los de la Unión Europea, y que sean eficientes, es decir, que sus costes sean lo más ajustados posibles.

Ambas circunstancias dependen, aparte de las actuaciones de política sanitaria generales y de las formulas de organización de los servicios, de la participación decidida de los profesionales en estos objetivos. Ello conlleva el potenciar una nueva cultura, la de la calidad y de la eficiencia, que ya empieza a desarrollarse en nuestros centros sanitarios, pero que precisa de un gran impulso y de una conciencia profesional de sus responsabilidades no solo clínicas, sino también éticas y sociales.

4.8. *Potenciar participación de profesionales y usuarios*

Para conseguir los objetivos del SNS antes comentados, es necesario que tanto profesionales como usuarios los hagan suyos y se impliquen en su funcionamiento, control y gestión.

Esta implicación precisa del desarrollo de fórmulas de participación reales a todos los niveles que permita integrar a todos, Administración, profesionales y ciudadanos en un único objetivo común: el mantenimiento y mejora del Sistema Sanitario Público.

5. **Vías para avanzar**

Creemos que son cuatro las fundamentales:

5.1. *Favorecer un gran debate social* sobre los problemas del SNS que permita mediante su análisis ver donde están sus problemas, que alternativas de solución tienen, en que tiempo y cuales serían las ventajas e inconvenientes de optar por soluciones privatizadoras como las aquí presentadas.

La necesidad de establecerlo es clave, máxime si se tiene en cuenta que cuando se puso en marcha la reforma en función del nuevo concepto de salud pública, no se dio y el que se estableció se perdió definitivamente no alcanzando una legitimación social del mismo.

5.2. *Propiciar un amplio frente de organizaciones sociales, sindicales, profesionales y políticas*, que en base a la *defensa del sistema sanitario público* tuviese capacidad de difundir entre la población sus grandes ventajas, proponer mejoras que permitan un funcionamiento más acorde a las necesidades sociales, y fuera capaz de dar respuestas contundentes a cuantos intentos de privatización del mismo se produjeran.

5.3. *Avanzar en la hegemonía de los defensores de la sanidad pública en el sector de los profesionales de la salud*, potenciando la presencia de posiciones que favorezcan el desarrollo y mejora del SNS en la búsqueda de alternativas concretas ante sus problemas e incorporando a sectores profesionales que se verán agredidos por las políticas privatizadoras y que consecuentemente, busquen un marco de contestación organizada a las mismas.

5.4. *Plantear alternativas concretas que mejoren la eficacia, eficiencia y calidad del*. Es evidente que la defensa de la Sanidad Pública significa también el mantener y mejorar la calidad de sus prestaciones y el hacerle económicamente viable. En este orden de cosas, existen muchas vías de avance y desarrollo que, hasta el presente, no han merecido la atención que precisan, a saber:

— MEJORA DE LA UTILIZACIÓN

Hay que identificar las áreas de utilización inapropiada del sistema y plantear los mecanismos necesarios para revertirlas, al mismo tiempo que se consiguen mejorar el rendimiento de los recursos disponibles (se conoce que tienen un margen entre un 20-30% de subutilización o utilización inapropiada). También es necesario mejorar la gestión de procesos y el de la racionalización de la variabilidad de la práctica clínica.

— POLÍTICA DE PERSONAL

Es frecuente achacar al Sistema Público incapacidad para tener una adecuada política de personal y su tendencia a la funcionarización y/o burocratismo. Es muy importante la definición de una adecuada política de personal, que no tiene porque ser la que prefieren los gestores (laboralización, despido barato,...), y que está en contradicción con los aspectos sustanciales del ejercicio de las profesiones sanitarias (relación de agencia, capacidad de los profesionales para decidir el gasto,...). Esta política debe basarse en la búsqueda de incentivos adecuados, en sistemas de promoción profesional (la Carrera Profesional tantas veces prometida), y en la capacidad de los profesionales en ser copartícipes del funcionamiento del sistema.

— RACIONALIZACIÓN DEL GASTO SANITARIO

Existe un elevado porcentaje de gasto sanitario inapropiado (el más conocido es el gasto farmacéutico, pero también el uso inapropiado de la tecnología,...). El control de este gasto inútil desde el punto de vista sanitario, es una tarea difícil y precisa de un compromiso importante de los profesionales unido a la puesta en marcha de sistemas de control de calidad y de educación para la salud de la población.

Se trata de múltiples cuestiones, unas, de política general que precisan de una actividad organizada, otras, aplicables a la política cotidiana y que todos los profesionales podemos intentar desarrollar. No obstante, todas son complementarias y avanzan en la misma dirección, el mantenimiento y mejora de la Sanidad Pública en España.