



Libre elección y áreas sanitarias



Asociación para la Defensa
de la Sanidad Pública de Madrid

Madrid, noviembre 2009

Depósito legal: M-00000-2009

1. La libre elección, la equidad y la accesibilidad como derechos sanitarios fundamentales

La libertad de poder elegir profesional sanitario por parte de los usuarios del sistema sanitario público es un derecho fundamental de los ciudadanos de nuestro país y que tiene como principal ventaja el que favorece una relación entre el profesional sanitario y el paciente basada en la confianza, algo esencial en el proceso de atención de salud.

La **libre elección** es un derecho ciudadano que está recogido en **la Ley General de Sanidad**, que en su primer artículo establece **la libre elección de médico general y pediatra** entre los existentes en la correspondiente área de salud, y cuando se trate de núcleos de población superiores a 250.000 habitantes, la elección podrá realizarse entre los médicos generales y pediatras existentes en el conjunto de la localidad.

En general, en nuestro ordenamiento la libertad de elección en sanidad se suele circunscribir al médico de Atención Primaria (AP), tanto a pediatra como a médico de familia, dado que este nivel asistencial es la puerta de entrada al resto del sistema sanitario: el médico de AP tiene encomendada la función de agente sanitario de las personas que tiene asignadas a las que debe prestar una atención de salud de carácter integral que incluye la derivación, en caso de que sea necesaria, a otros profesionales o niveles asistenciales, por lo que esta capacidad de elección aúna los criterios de **accesibilidad, libertad, racionalidad y equidad**.

La asistencia sanitaria es de gran complejidad, por lo que precisa de un importante desarrollo organizativo para poder planificar y coordinar las actuaciones de los niveles asistenciales y de salud pública, y de éstos con otros recursos no sanitarios pero que tienen relación con la salud y la calidad de vida de la población. Para llevar a cabo esta

tarea, que relaciona a gran número de profesionales de diferentes categorías, es por lo que se crearon las *áreas de salud*.

2. Las áreas sanitarias estructuras básicas del sistema donde poder ejercer estos derechos

Las áreas de salud son estructuras, de naturaleza territorial y poblacional, destinadas a planificar, gestionar y coordinar de manera integral e integrada los recursos sanitarios, garantizar su asignación equitativa y racional en función de las necesidades específicas de cada territorio y de los grupos de población que incluye y garantizar la accesibilidad a los recursos sanitarios.

El carácter descentralizado de este modelo constituye una de sus principales virtudes, ya que permite:

- Adaptar su organización y funcionamiento a las características específicas de cada entidad poblacional y geográfica.
- Distribuir de manera racional y equitativa los recursos.
- Organizar y desarrollar con carácter integral la accesibilidad y las actividades necesarias para solucionar los problemas de salud y sus determinantes ambientales, económicos o culturales (envejecimiento, dispersión, desarrollo económico, nivel cultural, sectores productivos, comunicaciones, migraciones, bolsas de marginalidad, etc.).

2.1. Problemas en el desarrollo de las áreas sanitarias

A pesar de haber transcurrido más de 20 años desde la aprobación de la Ley General de Sanidad, las áreas no

han conseguido aún alcanzar el grado de desarrollo necesario para poder cumplir con su papel:

- En general sus recursos son insuficientes.
- Apenas se han creado las estructuras administrativas que permitan la gestión y la coordinación real de los niveles primario y hospitalario.
- Presentan problemas de diseño que afectan a su buen funcionamiento y algunas tienen tamaños desproporcionados.
- Los órganos de participación ciudadana han tenido un escaso desarrollo.

Entre los principales obstáculos que han contribuido a esta situación podríamos citar:

- Ausencia de políticas sanitarias que hayan apostado por su pleno desarrollo.
- La persistencia del hospitalocentrismo en el sistema sanitario, que otorga un gran poder a los hospitales.
- Las escasez de recursos y el poco liderazgo social y profesional de la AP.
- Los problemas en la formación y de cultura laboral que dificultan a los diferentes profesionales el trabajo en equipos multidisciplinarios.
- Problemas técnicos y organizativos que obstaculizan la comunicación entre los niveles asistenciales y de éstos con los de salud pública.
- La formación de los profesionales responsables de la gestión, hegemonizada hasta ahora por instituciones y grupos favorables a la introducción del mercado y la competencia en las relaciones sanitarias, algo incompatible con la planificación, la coordinación y el trabajo en equipo.
- La presión de los grupos de poder económico y profesional por destruir y privatizar la sanidad pública creada por la Ley General de Sanidad.

Los límites a la libre elección

Aunque la libertad de elección en sanidad tiene indudables ventajas, debe estar sometida a determinada organización, condiciones y requisitos que permitan:

- Identificar y priorizar las necesidades de salud de la población a atender.
- Garantizar la calidad de la atención proporcionada.
- El acceso equitativo a los recursos a todos los ciudadanos.
- Una gestión racional y eficiente de estos recursos.
- Y que la población y los profesionales en su conjunto participen de manera activa y responsable en el sistema de salud.

La libre elección **indiscriminada** no es real ni posible, pues es inviable y demagógico que grandes grupos poblacionales (como los habitantes de toda una comunidad autónoma) puedan elegir los mejores centros o los mejores especialistas, no sólo porque realmente se desconoce quiénes son, sino porque los recursos y la disponibilidad de los profesionales y los centros son limitados y sería materialmente imposible que atendieran a todos los posibles solicitantes.

La libre elección **sin restricciones y sin criterios organizativos y de racionalidad que la modulen**, tiene el riesgo de **acabar con el conjunto de valores que caracterizan a nuestro sistema sanitario, y especialmente la Atención Primaria, y que le dan un nivel de calidad y eficiencia suficientemente contrastado a nivel internacional**, al abrir la devastadora posibilidad de poder cambiar **continuamente** de

- médico de AP o de elegir libremente especialista u hospital.
- Rompería la *continuidad de la atención* de salud asistencial a lo largo de todas las etapas vitales de la persona.
- Impediría la *asistencia longitudinal* que abarca a las diferentes formas de la misma (demanda, domicilios y urgencias).
- Acabaría con la *atención integral* de salud que relaciona la promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y las actuaciones sobre el medio ambiente.

- Imposibilitaría a la AP el desempeñar la *función de puerta de entrada al sistema* que le da racionalidad al facilitar la utilización racional y eficiente de todos los recursos del sistema.
- *Impediría la capacidad de anticiparse y prevenir* la enfermedad y sus factores de riesgo por parte de los profesionales de los centros de salud.

3. Condicionantes a tener en cuenta para que este derecho garantice una atención equitativa y de calidad

No puede estar basada en el ánimo de lucro, sino en las necesidades sanitarias de la población.

Debe estar regulada dentro de límites razonables que respeten una adecuada organización del sistema sanitario y armonicen la libertad individual con la equidad y la accesibilidad del conjunto de la población a este servicio público.

El *sistema de información sanitaria y la propia complejidad del acto médico y de medida de resultados en salud dan lugar a problemas* para obtener y difundir información fiable sobre la calidad de las actuaciones desarrolladas por los profesionales y servicios sanitarios, especialmente en la útil y manejable por los ciudadanos.

No existen indicadores fiables que midan la calidad de los profesionales y servicios que permitan a los ciudadanos poder elegir con conocimiento de causa.

La masificación de los cupos de personas asignadas a cada médico y servicio, que en caso de la AP debería estar en torno a las 1.250 y en ningún caso superar las 1.400, para evitar la masificación en las consultas y un tiempo y calidad de la atención insuficientes.

El aislamiento de los hospitales respecto de su área de

influencia que genera *problemas de coordinación entre los servicios de AP y los hospitales*.

Ausencia de instrumentos de gestión integrada que incluya los diferentes niveles asistenciales y órganos de participación profesional y ciudadana, que impiden la planificación y gestión en función de las necesidades específicas de la población y de su entorno.

La *excesiva dimensión geográfica y poblacional de algunas áreas*, que no deberían superar determinados niveles en extensión, por encima de los cuales la planificación y la gestión de los recursos se vuelven imposibles. Los diseños de área única, cuando albergan grandes masas poblacionales como el caso de Madrid, acentúan intensamente este problema.

4. La libertad de elección como coartada para la privatización sanitaria

Tal como se está planteando y legislando en la Comunidad de Madrid, la libertad de elección rompe con el principio de solidaridad y bien común y entroniza el individualismo y la búsqueda de beneficios como exclusivo fin de la asistencia sanitaria.

La propuesta de ampliar la capacidad de elección a la enfermería, a los especialistas hospitalarios y a los hospitales (públicos y privados) está destinada a facilitar la introducción del mercado y la privatización en el sistema sanitario. Sus impulsores alegan que esta medida estimularía a los centros y profesionales a mejorar la calidad de la asistencia que prestan mediante la competencia entre ellos.

En esta lógica, cuanto más espacio y más proveedores existan mayor capacidad para ejercer este derecho, por lo tanto las áreas sanitarias son un obstáculo que hay que hacer desaparecer, lo mismo que la distinción entre centros públicos y privados.

Sin embargo, la evidencia disponible no parece justificar esta alternativa en términos de rentabilidad social para la salud de la población en su conjunto. Así, la idea de que el dinero siga al paciente y de que da lo mismo que el proveedor sea público o privado fue puesta en práctica en el Reino Unido con la creación de los médicos de AP con disponibilidad de fondos públicos (*fundholders*) y fueron rápidamente suprimidos por los problemas de sobrecoste o inequidad que generaron. Igualmente en Francia, donde los ciudadanos pueden acudir a cualquier médico con un cheque pagado en parte por la Seguridad Social, los costes son mucho mayores que los de nuestro sistema, sin que exista evidencia de que la atención sea de más calidad y sí de que hay un aumento de la inequidad en la atención sanitaria, pues hay consultas a las que una gran parte de los ciudadanos no pueden acceder porque no pueden pagar su elevado precio.

Lo que sí está comprobado es que permite la extracción de beneficios económicos procedentes de los fondos públicos a una serie de profesionales liberales y empresas privadas y segmenta y discrimina a la población con menos recursos y más necesitada de cuidados de salud (ancianos, pobres, enfermos crónicos, enfermos con múltiples patologías o tratamientos caros (trasplantes, oncológicos, etc.).

5. La aplicación de esta estrategia en la Comunidad Autónoma de Madrid

Algunas CCAA están siendo pioneras en el proceso de privatización del sistema sanitario con medidas que se venden como innovadoras y beneficiosas para los ciudadanos. Entre ellas destaca la de Madrid, que ha ampliado la posibilidad de elegir médico de familia, pediatra, enfermera, especialista y hospital público o privado en todo el

territorio de la región y viva donde viva el usuario. Quedan exceptuados de la medida la atención domiciliaria y las urgencias de los pacientes, que deberán llevar a cabo el personal del centro de salud de su zona y los servicios centralizados de anestesia, anatomía patológica y laboratorio. Para ello ha suprimido 11 áreas sanitarias, creando una sola que abarca a toda la comunidad.

Lo primero que hay que señalar al respecto es que la LOS-CAM (Ley de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid), aprobada en 2001, ya señala en su artículo 27.9 que «los ciudadanos tienen derecho a la libre elección de médico y centro sanitario, así como a una segunda opinión, en los términos que reglamentariamente se determinen» sin que en los últimos 7 años se haya producido ninguna «determinación reglamentaria» al respecto. O sea, que lo que ahora se promete es una reedición de lo ya prometido y lleva 7 años incumplido por los mismos que ahora lo proponen.

La segunda cuestión tiene que ver con algo evidente: es absolutamente imposible que todos los ciudadanos madrileños (más de 6 millones) puedan elegir el mismo médico y centro sanitario porque éstos no tendrían ninguna capacidad para atenderlos, lo que señala la demagogia de la propuesta y en la práctica obligará a que se establezcan términos que ordenen y limiten en la práctica esta teórica capacidad de elección total.

Lo que en realidad pretende la medida es ***introducir las relaciones de mercado en el sistema sanitario público*** de esta comunidad, ya que **los centros públicos y privados podrán competir por conseguir clientes de cualquier lugar de la misma.**

Esta medida permitirá a las empresas multinacionales y al sector privado tradicional instalarse en el sistema sanitario en las mismas, o incluso en mejores, condiciones que los centros públicos, y acceder al dinero público que se destina a sanidad pública procedente de los impuestos.

En particular, la multinacional Capiro y otros grupos privados, como Ribera Salud, que desde hace algún tiempo tienen asignados grupos de población y recursos públicos en amplias zonas de la comunidad, dispondrán ahora de la posibilidad de poder captar y seleccionar los clientes para sus negocios en todo el ámbito de la CA, ya que esta ley les permite rechazar aquellos que no les interesen por su edad o condiciones de salud (ancianos, enfermos crónicos, discapacitados o con enfermedades graves) cuyos tratamientos exijan aplicar recursos costosos o que demandan mayor atención sanitaria.

Repercusión de la libre elección y el área única sobre el sistema sanitario y la población de la CA de Madrid

Complicará los procesos de atención al separar la atención en consulta a demanda de las urgencias y la domiciliaria, generará conflictos y enfrentamientos en los centros de AP y entre personal médico y de enfermería, y entre AP y hospitales.

Deteriorará los servicios de AP de las áreas rurales o en las más deprimidas económicamente que perderán los grupos más sanos y que se quedarán con los más complicados o de atención más costosa.

Privatizará, aún más, la provisión de servicios sanitarios financiados con dinero público, al permitir la libre elección de centro público o privado en toda la CA.

Descapitalizará y deteriorará la sanidad pública que, además de perder fondos para sus centros, se quedará con los pacientes más costosos económicamente al tener los centros privados la oportunidad de realizar selección de riesgos y rechazar a los «no rentables».

Incrementará las desigualdades sanitarias en detrimento de la población de las áreas menos desarrolladas y rurales, ya que la competencia público/privada y la posibilidad de los centros privados de seleccionar riesgos imposibilitarán

la planificación de los recursos con criterios de necesidad, mientras que los centros privados se instalarán en las zonas urbanas y más desarrolladas.

Incrementará el gasto sanitario al obligar a los centros, públicos y privados, a desarrollar complejos procesos de facturación y transacción y campañas de publicidad para captar clientes.

Favorecerá la medicina de complacencia y el gasto facturable innecesario (pruebas diagnósticas o intervenciones no justificadas) para atraer y mantener fidelizados a los pacientes/ clientes.

Potenciará la atención hospitalaria en detrimento de la AP, que tendrá menos posibilidades para competir en un escenario tecnológico dominado por los grandes centros sanitarios.

Imposibilitará la coordinación entre los servicios de AP y los de atención sociosanitaria responsables de la asistencia a enfermos crónicos, discapacitados, terminales o cuidados paliativos.

Dificultará aún más la relación entre la AP y los hospitales, necesaria para una atención de salud integral y eficiente.

Impedirá la continuidad de la atención y de los cuidados, al romper el principio de colaboración entre el propio equipo de salud y separar asistencia de cuidados domiciliarios y urgencias.

Limitará el desarrollo y la fiabilidad de un sistema de información fiable dado que la norma será ocultar la información relevante que, en un entorno de competencia, pueda dañar la imagen del centro sanitario o del profesional elegido y por tanto les haga perder capacidad para obtener beneficios.

La desaparición de las áreas sanitarias y de sus órganos de gestión imposibilitará en la práctica la participación comunitaria.

En resumen, el modelo de libre elección y área única del gobierno del Partido Popular en la Comunidad de Madrid, impuesto sin ninguna negociación y a espaldas de profesionales y ciudadanos, implica:

- **Un modelo de mercado** que equipara la salud a una mercancía.
- Su introducción se justifica basándose en **falacias y afirmaciones no fundamentadas** que parten de la base de que la actual organización no es eficiente, ignorando, además, los favorables resultados de sus propias encuestas de satisfacción de los ciudadanos sobre el modelo organizativo hasta ahora vigente.
- **Rompe la equidad** de la asistencia (sistema de servicio público) a favor de la posibilidad de elegir (sistema de mercado), pues la libre elección sin restricciones subraya el individualismo, mientras que la equidad hace hincapié en los valores para toda la comunidad, la justicia social y la solidaridad.
- Pasa a considerar a los enfermos como **clientes**, no como pacientes.
- **Impide la planificación** sanitaria basada en las necesidades de salud de la población y las sustituye por el marketing y la mercadotecnia.
- La competencia sustituye a los mecanismos de **colaboración** y control que permiten a las autoridades sanitarias vigilar, responder y dirigir los recursos a las necesidades de las poblaciones a quienes deben atender. Por el contrario, los mercados crearán ganadores y perdedores entre las empresas y los ciudadanos/clientes.
- Ignora la evidencia de que la asistencia sanitaria en un entorno racional, equitativo y de recursos limitados, debe configurarse en función de las **necesidades de salud de la población** y no del interés por hacer negocios que rindan beneficios económicos para las empresas.

- Plantea una situación de desorganización general que **es absurda e ineficiente** facilitando el tener a los distintos miembros del equipo de salud que atienden a un mismo paciente (enfermera, médico, pediatra, trabajador social, especialista...) en lugares geográficamente diferentes.
- Rompe la dinámica de colaboración entre los profesionales y lo sustituye por la **competencia entre ellos**, lo que ha sido repetidamente demostrado que disminuye la calidad general de la asistencia prestada a la población.
- Introduce **el ánimo de lucro** entre los profesionales sanitarios, incentivando económicamente a los más demandados y que menos gasten en prestaciones sanitarias a sus pacientes, lo que induce objetivos perversos para ganar dinero con cupos grandes de pacientes a los que se les restringen prestaciones asistenciales.
- **No es una demanda de la población**, que mayoritariamente está satisfecha con la atención sanitaria recibida hasta ahora y que mayoritariamente quiere accesibilidad y cercanía en los servicios y centros sanitarios.
- **Pierden los más pobres** y necesitados a favor de los mejor informados, que son, en general, los que están en mejores niveles económicos.
- La libre elección indiscriminada **no es real ni posible**. Es inviable y demagógica porque los más de 6 millones de habitantes de Madrid no podemos elegir ni los mejores centros ni los mejores especialistas, no sólo porque desconocemos quiénes son, sino porque sería materialmente imposible que nos atendieran a todos.
- Es **mucho más cara e ineficiente** que la asistencia basada en la actual asignación del paciente a un centro de salud y a un hospital de su zona.

- **Ya existe**, aunque con limitaciones lógicas para el mejor funcionamiento de los servicios, desde hace años.
- Proporciona una **coartada al Gobierno regional del PP** para eludir su responsabilidad de proporcionar una asistencia sanitaria equitativa y de calidad para todos los ciudadanos de la Comunidad de Madrid.
- Allana el camino para la **desaparición del derecho a la salud** en igualdad de condiciones para todos.
- Es el paso previo a la **libertad total de mercado** y la irrupción en condiciones de ventaja de la sanidad privada en el ámbito de los recursos públicos.

En definitiva, esta **ley de libre elección** es una alternativa privatizadora y de mercado a la organización y asistencia del Servicio Público de Salud puesta en marcha por los responsables públicos de la Consejería de Sanidad y el Gobierno regional del PP, que no es demandada por la población ni los profesionales sanitarios de la Comunidad de Madrid y cuyo fin es la obtención de beneficios económicos privados y por tanto **ningunea el derecho a la salud de TODOS los ciudadanos** y va a suponer un desastre para la salud de la mayoría de la población madrileña.



Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública de Madrid
C/ Arroyo de la Media Legua, 29. L - 49. 28030 Madrid
Tel. 91 333 90 87 E-mail: fadspu@gmail.com
www.fadsp.org

www.observatoriosanitariomadrid.org