

1

Marco general de políticas sanitarias y políticas de recursos humanos

José Ramón Repullo Labrador,
José María Antequera Vinagre,
Rita Enríquez de Salamanca

Las políticas de recursos humanos no son un fin en sí mismas, sino que solo cobran sentido en su contribución a las misiones y objetivos generales de las organizaciones. Por ello, es esencial dirigir la atención a la organización sanitaria, para buscar las coordenadas de referencia donde tiene que situarse la función de personal. Sin embargo, nos encontramos que los sistemas sanitarios son entidades complejas y cambiantes, en las cuales es difícil identificar claramente sus objetivos, ya que tienen múltiples agentes y agendas, cuyos intereses no están bien alineados. Y esto se produce tanto en el sector público como en el sector privado.

En el sector privado, el aseguramiento de riesgos de salud, o la provisión no pública de servicios, presenta condiciones de turbulencia, pues le afectan variables de mercado sanitario (normalmente en países desarrollados a través de una compleja complementariedad e interdependencia con el sector público), de incremento de la demanda, de crecimiento de costes de producción, y de creciente complejidad en la organización y coordinación de niveles y servicios.

En el sector público, además de los factores de demanda, costes y producción, se plantean en toda su complejidad los problemas de la agenda política e institucional, que implica notables exigencias de los ciudadanos, e importantes restricciones en la capacidad de decisión de los agentes que gestionan.

1.1. LOS SISTEMAS SANITARIOS EN TRANSICIÓN

José Ramón Repullo Labrador

1.1.1. LA CONFIGURACIÓN HISTÓRICA DE LOS SISTEMAS DE ASEGURAMIENTO DE RIESGOS DE SALUD

El modelo histórico de referencia es la «medicina liberal», que durante los siglos que lleva la práctica médica como profesión ha sido el esquema básico en la relación médico-paciente: el individuo percibe unos síntomas o tiene una preocupación por su salud, que al rebasar un dintel, le lleva a buscar a un profesional de la medicina, el cual le atiende y como contrapartida le solicita unos honorarios.

Este modelo liberal, por su larga historia, ha condicionado enormemente la propia conciencia y autoimagen del médico («profesional liberal», sistemas de control colegial, etc.), por más que las condiciones actuales en el empleo público, y en buena parte de su vinculación con el sector privado, se alejan de dicho referente, como luego comentaremos.

Sin embargo, este modelo tradicional no podía responder a los cambios científicos y tecnológicos de la medicina. El propio desarrollo de conocimientos llevó a la creación de modelos de aseguramiento público y privado que sustituyeron ampliamente dicho esquema. Puede ser útil considerar dos tipos de condicionantes, profesionales y económicos, que protagonizaron este proceso de transformación de la medicina liberal a los sistemas de aseguramiento sanitario.

1.1.1.1. Los condicionantes profesionales

Los condicionantes profesionales están vinculados al avance del saber médico, y en particular al fenómeno de la especialización.

Hasta el siglo XVIII, domina un modelo de medicina liberal en la que los médicos atienden a las familias en su domicilio o en sus consultas. Los hospitales son instituciones muy diferentes a las de hoy en día. A ellos acuden aquellas personas con enfermedades graves, que no tienen casa (mendigos, viajeros, soldados...) y que son acogidos en ellos por caridad, y en los que se les prestan cuidados de alojamiento y alivio de sus enfermedades.

Este hospital de caridad (de ordenes religiosas, fundaciones benéficas o municipalidades) suele contar con la colaboración (normalmente no retribuida) de algunos médicos que van a pasar consulta. Para un paciente, acudir a un hospital implica un estigma de baja condición social (no tiene casa donde le cuiden), y un dato de pronóstico sombrío (dada la gravedad asociada con el ingreso en dicho tipo de institución). Tal efecto estigmatizador que contagió al término «hospital» ha durado hasta hace muy poco; incluso en nuestro país, la Seguridad Social denominó a sus hospitales como «residencias» y «ciudades sanitarias», y el sector privado como «clínicas». Y no fue sino desde los años 80, cuando renace el término bajo una nueva imagen de modernidad y optimismo clínico.

Sin embargo, este hospital asilar o caritativo tenía una característica muy importante: era un gran concentrador de patologías, y en él se podía observar clínicamente a muchos pacientes desde los síntomas hasta la anatomía patológica. Como dice Lyons *«la característica fundamental de la medicina del siglo XIX es el intento de correlacionar los descubrimientos del laboratorio y de la sala de autopsias con las observaciones junto al lecho del enfermo»*¹. Y, los médicos que acudían regularmente a atender pacientes a los hospitales se fueron involucrando en el conocimiento e investigación clínica.

Los inmensos avances en semiología y nosología (sobre todo en el siglo XIX en los hospitales franceses, británicos y germánicos), permitieron codificar la morbilidad, y nos han dejado un valiosísimo legado en la articulación del saber médico, sobre cuya base se ha construido el avance científico y tecnológico que finalmente ha reportado avances terapéuticos efectivos en muchas patologías.

Sobre la base de estos avances, a su vez se profundizó en el proceso de especialización. En efecto, los médicos que visitaban pacientes fueron concentrando su atención en determinados órganos, sistemas o patologías de su interés. Además de hacer avanzar el conocimiento, esto llevaba a redefinir su práctica profesional dentro del hospital, pero también fuera del mismo. Aunque vieran en su consulta pacientes de todo tipo, lo cierto es que la reputación que obtenían dentro y fuera de la profesión en un tipo de enfermos o trastornos facilitaba ver pacientes referidos o que venían de lejos. Y ello reportaba también mejoras en los honorarios que podían cobrar, lo que permitía a su vez profundizar en las investigaciones y segmentar más aun la demanda.

¹ Lyons A, Petrucelli RJ. *Historia de la Medicina*. Barcelona, Mosby-Doyma. 1994.

No obstante, en una primera y larga etapa, este fenómeno de la especialización era incompleto, y guiado más por la persona y la reputación que por estructuras o sistemas formalizados. Además, la práctica médica liberal seguía siendo hasta cierto punto «generalista». La diferenciación entre Atención Primaria y Atención Especializada proviene en cierta forma de dicha tendencia, que lleva finalmente a los especialistas a definir su práctica como de segunda línea, y a redefinir su espacio de ejercicio profesional en torno al hospital.

En algunos países (Reino Unido) esta tendencia se profundizó, y llevó al concepto de generalista como «puerta de entrada» (para ir a un especialista se precisa la derivación del generalista). En otros países (Francia, Alemania...), en el ámbito extrahospitalario concurren (y en cierta forma compiten) generalistas y especialistas, pudiendo el paciente elegir entre unos y otros en cada caso.

La especialización tiene un efecto decisivo: hace crecer la interdependencia en la práctica clínica. La relación bilateral médico-paciente, en la cual se suponía que un único proveedor de servicio podía subvenir a un amplio elenco de necesidades y demandas de un enfermo, queda disuelta ante la eclosión del saber médico en ramas especializadas del saber y la práctica profesional.

En otros términos: la medicina moderna ya no cabe en la mente y en las manos de una persona, y exige la articulación de conocimientos, competencias, tecnologías, equipamientos, centros y otros recursos de creciente tamaño, complejidad, costes y sofisticación. Se precisa un «sistema» que integre distintos niveles y prácticas asistenciales, y permita movilizar aquellas acciones en mejora de la salud del paciente que mejor se adapten a los problemas, necesidades y demandas de los pacientes y la población. En esto reside la génesis profesional de los sistemas de aseguramiento sanitario.

1.1.1.2. Los condicionantes económicos

El desarrollo de la ciencia y la técnica médicas, especialmente a lo largo del siglo XX, cambia totalmente la situación previa, en la cual no existía realmente la necesidad de asegurarse ante los costes de la asistencia; de hecho los primeros seguros médicos en la Alemania del siglo XIX (Krankenkasse) lo que hacían era subsidiar el salario del trabajador que caía enfermo.

Según se hace más compleja y efectiva la asistencia sanitaria, el coste directo de los servicios rebasa amplitísimamente la merma de ingre-