

PROFESIÓN MÉDICA Y REFORMA SANITARIA

Aprobado por la Asamblea General

5 - octubre - 2013

El documento que se presenta a continuación para su consideración por la Asamblea General de la OMC, se ha elaborado a partir de un Informe realizado por diferentes autores durante los meses de mayo-junio 2012.

Se ha mantenido el mismo índice del informe inicial y se han incorporado la mayoría de las alegaciones presentadas por diversos miembros de la Asamblea General, así como se han actualizado diferentes figuras y cuadros.

PROFESIÓN MÉDICA Y REFORMA SANITARIA

Capítulo I	EL SNS: FINANCIACIÓN Y SOSTENIBILIDAD	pág. 4
Capítulo II	LA NECESIDAD DE UN GRAN ACUERDO POLÍTICO.....	pág. 21
Capítulo III	GESTIÓN Y BUEN GOBIERNO DE CENTROS Y SERVICIOS SANITARIOS PÚBLICOS.....	pág. 25
Capítulo IV	LA PROFESIÓN MÉDICA: EL MÉDICO QUE NECESITAMOS...	pág. 35
PROPUESTAS	pág. 41

Capítulo I

EL SNS: FINANCIACION Y SOSTENIBILIDAD

I.1 Marco de referencia:

El llamado **Sistema Nacional de Salud** español (SNS) es el resultado de un complejo proceso histórico, a lo largo del cual se ha ido produciendo una migración progresiva de un modelo vinculado a la Seguridad Social y financiado por cuotas, hacia otro inspirado en los Servicios Nacionales de Salud de orientación poblacional y financiado por impuestos. Además, este proceso se ha acoplado con una descentralización de competencias y financiación a las Comunidades Autónomas (CCAA), que han recibido la transferencia de la inmensa mayoría de establecimientos de titularidad pública de las diferentes administraciones (la Seguridad Social retiene el patrimonio en los suyos). Desde enero de 2002, las CCAA se configuran como la administración territorial especializada en la gestión de servicios de bienestar social tan importantes como la sanidad, la educación y los servicios sociales; la sanidad es el que mayor peso económico tiene, con cerca del 40% del presupuesto de gastos.

Los **consensos políticos** para la construcción del SNS no han sido fáciles. La Ley General de Sanidad de 1986 promovida por el PSOE (Ministro Ernest Lluch), fue políticamente convalidada por el Partido Popular (Ministro José Manuel Romay) en 1998, cuando el dictamen de la Subcomisión Parlamentaria de mejora y racionalización del Sistema Nacional de Salud dio por válida la arquitectura institucional del SNS. Esta convergencia entre los dos partidos mayoritarios incorpora las expectativas nacionalistas y regionalistas: a) con la transferencia plena del INSALUD en enero de 2002, y b) con el nuevo modelo

de la Ley 21/2001 que otorga una financiación no finalista a las CCAA y una amplia autonomía por el lado de los gastos para gestionar el conjunto de servicios transferidos. Este amplio consenso se plasmó en la aprobación en 2003 de la Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del SNS, promovida por la Ministra Ana Pastor, que intenta aportar instrumentos de coordinación de un SNS con una arquitectura extremadamente descentralizada.

En relación a la **cobertura del SNS**, La conciencia mayoritaria de la sociedad española avaló cada paso de la extensión de la acción protectora sanitaria de la Seguridad Social, incluidas las personas sin recursos (Real Decreto 1088/89), y tras la reforma promovida por el gobierno de Aznar con la Ley Orgánica 4/2000 de extranjería, extendida a aquellos inmigrantes empadronados.

Un eje de consenso menor fue la reforma de las formas de gestión de las instituciones sanitarias, y el modelo de vinculación de personal (ambos temas estrechamente ligados).

- En lo referido a las **formas de gestión de los centros sanitarios públicos**, era ampliamente compartido el diagnóstico de que el modelo administrativo y funcional para la gestión de servicios complejos de tipo profesional (sanidad) no era el más apropiado. Pero en las alternativas había menor consenso.
- En lo referido al modelo de **vinculación de personal**, el debate entre laboralización o funcionarización ocupó una década, durante la cual se fueron paralizando los concursos, y se acumularon y enquistaron situaciones de interinidad y contrataciones eventuales y precarias insostenibles.

En la práctica, todos los debates suscitados desde el Informe Abril de 1991, tanto en el dilema laboralización/funcionarización, como en las experiencias de consorcios, fundaciones y empresas públicas, se saldaron en un texto legal (Ley 15/1997 de habilitación de formas de gestión), una orientación de facto de la vinculación estatutaria (vía OPE extraordinaria de la Ley 16/2001 para consolidación de personal), y el tardío Estatuto Marco del personal (Ley 55/2003), cuyas holguras han sido reinterpretadas a nivel central y autonómico en clave funcionarizante.

La aplicación de cambios fue tímida, incompleta y limitada. En la práctica, las innovaciones en gestión institucional y de personal se han puesto en marcha en centros o servicios de nueva creación, creando un sistema dual de centros sanitarios con modelo administrativo (de tamaño grande y mediano), y otros con modelos asimilables a empresas o entes públicos (con tamaños menores).

El consenso en innovar la gestión pública, no consiguió implicar ni a Izquierda Unida, ni a los sindicatos CCOO y UGT; tampoco consiguió entusiasmar a los sindicatos profesionales. Desde 1999, se produce una mayor divergencia con el desarrollo en la Comunidad Valenciana de alternativas de concesión de la asistencia sanitaria pública a empresas privadas (que luego se extendió a Madrid y otras CCAA en diferentes variantes de la “colaboración público-privada”). La externalización ha sido un eje permanente de controversia política, sindical, profesional y social, y ha limitado las posibilidades de cristalizar un acuerdo amplio de reformas institucionales.

Por todo lo anterior, la construcción del SNS fue acumulando una serie de **debilidades institucionales**, y sorteando en cada etapa la necesidad de acometer **reformas estructurales** que estaban razonablemente identificadas; la incapacidad política e institucional para gestionar cambios, se acompañó tras

1996 de una larga etapa de crecimiento económico que disipó las tensiones y permitió expandir el sistema y evitó enfrentarse a los verdaderos problemas. La crisis económica iniciada en 2008 ha supuesto una ruptura abrupta en la trayectoria histórica, que evidencia las debilidades institucionales y está suponiendo un riesgo importantísimo para la sostenibilidad del SNS. La opción planteada por el Gobierno, inicia una senda contraria al lento avance experimentado en los consensos básicos que han conformado la trayectoria histórica del SNS.

I.2 Datos económicos:

Como complemento al marco de referencia, adjuntamos las siguientes figuras que facilitan la comprensión de los aspectos económico - financieros del SNS:

En la **figura 1** se evidencia la conocida situación de costes económicos razonables del SNS español, cuando lo comparamos con los demás países de la OCDE (España suele comportarse como valor medio de la UE-27, y con un gasto sanitario menor frente a los países de la UE-15).

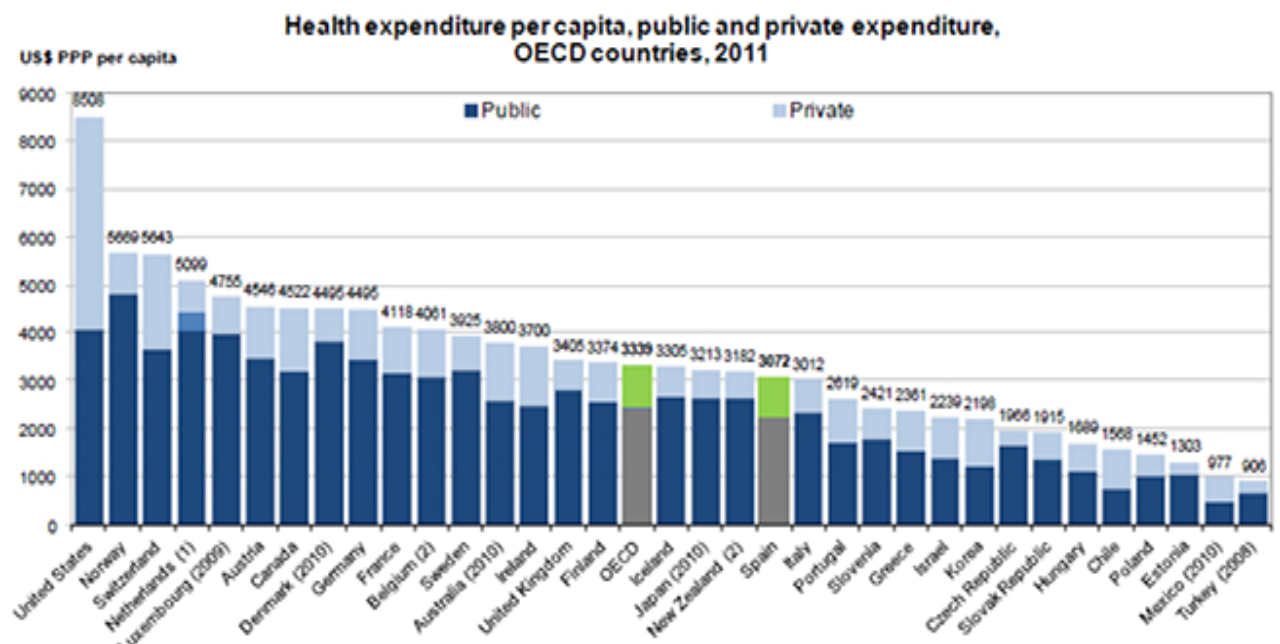


Figura 1: Cuadro comparativo de Gasto Sanitario per cápita (público y privado)

en dólares (ajustados por paridad de compra) entre países de la OCDE en el año 2011. Tomado de Health at a Glance 2012 - OECD INDICATORS: <http://www.oecd.org/els/health-systems/>

Pero, como se observa en la **figura 2**, el ritmo de crecimiento entre 2000 y 2009 fue superior al del PIB (2,5 veces más rápido), siendo el doble en el caso español (5 veces mayor el crecimiento del gasto sanitario que el crecimiento del PIB); sólo cuatro países europeos superaron a España: Dinamarca, Bélgica, Italia e Irlanda. La pregunta es si en esta fase de crecimiento acelerado los incrementos se aplicaron de forma suficientemente racional.

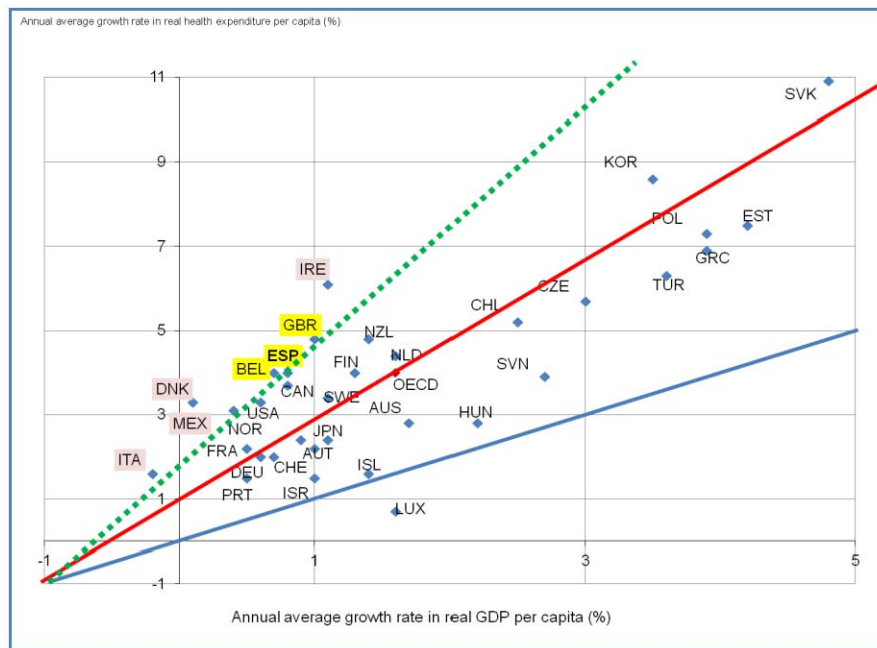


Figura 2: Tasa anual de crecimiento en gasto sanitario per cápita, 2000-2009 (abscisas) relativo al crecimiento del PIB (ordenadas) en países de la OCDE: línea inferior (azul) crecimiento igual que el PIB; línea media (roja), pendiente crecimiento OCDE; línea verde, pendiente de crecimiento de España. Tomado y modificado de Health at a Glance 2011 - OECD INDICATORS: <http://www.oecd.org/dataoecd/6/28/49105858.pdf>: página 151

En la **figura 3** se evidencia para el gasto sanitario público en el período

2002-2008 la evolución de los incrementos interanuales: en la mayoría de anualidades un punto superior el crecimiento del gasto sanitario público; pero en el año de la transferencia sanitaria completa del INSALUD (2003/2002) y en el del inicio de la crisis económica (2008/2007), se aprecian notables diferencias entre ambas tasas de crecimiento a favor del gasto sanitario público.

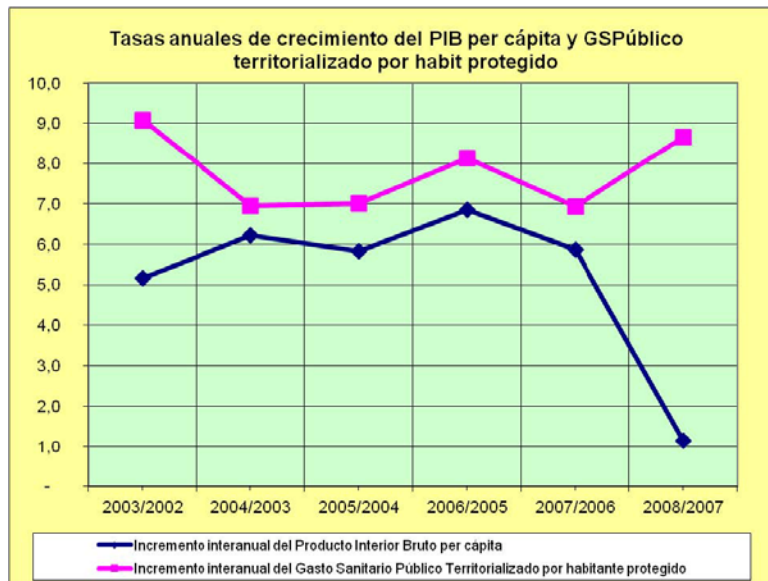


Figura 3: evolución del crecimiento interanual del PIB y del Gasto Sanitario Público en el período 2002-2008; Fuente: estadísticas de gasto sanitario / Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; elaboración propia.

Como se observa en la **Figura 4** el gasto público en el año 2011 en España supuso 67.689 millones de euros, lo que representa el 6,4 por ciento del producto interior bruto (PIB). El gasto per cápita ascendió a 1.434 euros por habitante.

Figura 4.- Gasto sanitario público consolidado. Millones de euros, porcentaje sobre PIB y euros por habitante. España, 2007-2011. (Estadística de gasto 2011, edición mayo 2013, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad)

	2007	2008	2009	2010	2011
Millones de euros	60.331	66.956	70.506	69.137	67.689
Porcentaje sobre PIB	5,7%	6,2%	6,7%	6,6%	6,4%

Euros por habitante	1.335	1.451	1.508	1.470	1.434
----------------------------	-------	-------	-------	-------	-------

El Gasto Sanitario Público (GSP) a nivel nacional sigue la misma tendencia que el GSP a nivel europeo, esto es, disminuir su magnitud no sólo en términos absolutos (Euros / habitante), sino también en su reflejo sobre el PIB (gasto sanitario / PIB x 100) . Recordemos que el objetivo del Gobierno para el año 2015 es que el GSP represente tan solo el 5.1 % del PIB, lo cual sería incompatible con el mantenimiento de un Sistema Nacional de Salud

En la **figura 5** se observa la evolución del gasto sanitario público (2007-2011) y los diferentes capítulos que lo componen.

Figura 5. Gasto sanitario público consolidado. Millones de euros según clasificación económica. España, 2007-2011 (Estadística de gasto 2011, edición mayo 2013, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad)

	2007	2008	2009	2010	2011
Remuneración de personal	26.160	29.186	31.355	30.945	30.367
Consumo intermedio	11.854	13.782	14.709	14.068	14.956
Consumo de capital fijo	197	224	274	284	306
Conciertos	6.814	7.424	7.403	7.417	7.456
Transferencias corrientes	12.668	13.506	14.206	14.240	13.035
Gasto de capital	2.638	2.833	2.559	2.184	1.569
Total consolidado	60.331	66.956	70.506	69.137	67.689

Así, en 2011, un 44,9 por ciento del gasto sanitario público se destinó a cubrir las remuneraciones de los trabajadores del sector. Le siguen en importancia los gastos en consumo intermedio, con un 22.1%, los gastos en transferencias corrientes, que suponen un 19.3%, y los gastos en compras al sector privado a través de conciertos, que representan un 11% del GSP.

En el último año 2011, se observa un descenso del 8.5% en las transferencias corrientes, concepto que recoge principalmente el gasto en recetas médicas, así como los reintegros para prótesis y aparatos terapéuticos.

Asimismo, con respecto a 2009, año en el que finalizó la tendencia alcista que venía experimentando históricamente el GSP, el gasto en remuneración de personal disminuyó un 3.2% , lo que traduce las medidas de contención salarial adoptadas a partir de 2010.

En la figura 6 se muestra la evolución del gasto sanitario (2007-2011) de acuerdo con la clasificación funcional.

Figura 6. Gasto sanitario público consolidado. Millones de euros según clasificación funcional. España, 2007-2011. (Estadística de gasto 2011, edición mayo 2013, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad)

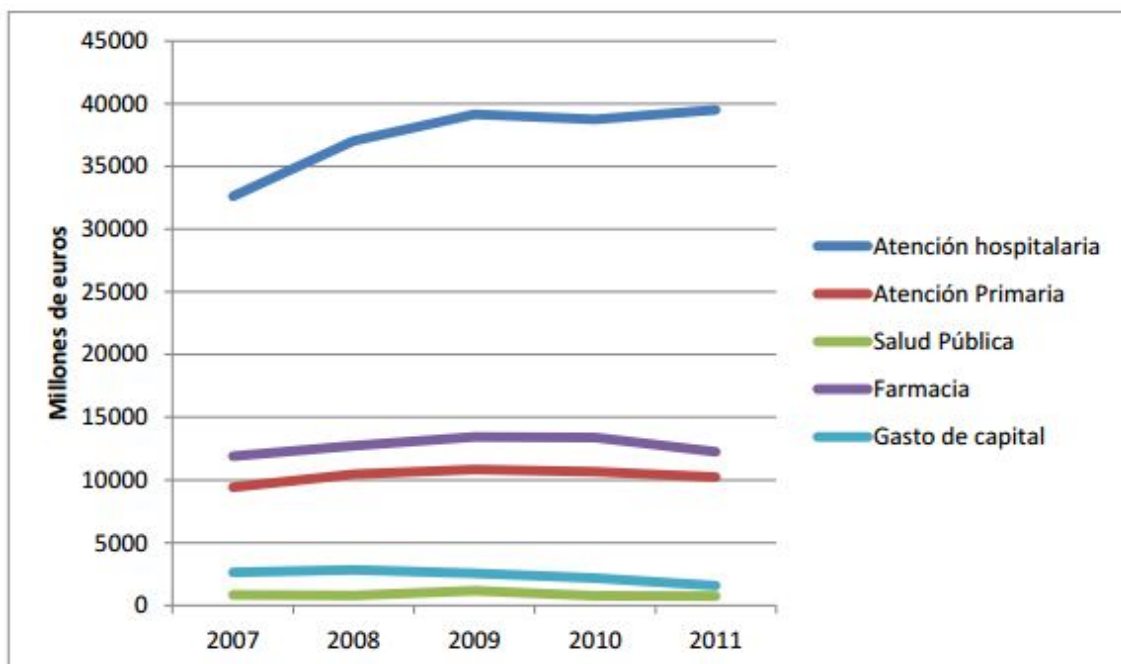
	2007	2008	2009	2010	2011
Servicios hospitalarios y Especializados	32.614	37.024	39.149	38.747	39.497
Servicios primarios de salud	9.429	10.456	10.831	10.651	10.219
Servicios de salud pública	839	784	1.158	761	750
Servicios colectivos de salud	1.828	1.909	2.076	2.062	2.087
Farmacia	11.902	12.721	13.435	13.381	12.237
Traslado, prótesis y aparatos Terapéuticos	1.081	1.230	1.298	1.351	1.332
Gasto de capital	2.638	2.833	2.559	2.184	1.569
Total consolidado	60.331	66.956	70.506	69.137	67.689

La función que mayor peso tiene en el ámbito de la asistencia sanitaria pública es la de los servicios hospitalarios y especializados, que representaron un 58,3 por ciento del gasto total consolidado en el año 2011; le siguen pero a distancia, el gasto en farmacia, con un 18,1 por ciento, y los servicios primarios de salud, con un 15,1 % .

Cabe destacar que, con respecto a 2009, año en que finalizó la tendencia alcista que venía experimentando históricamente el GSP, el gasto farmacéutico disminuyó un 8.9 %.

Además, es importante señalar que el cambio brusco que se observa en la serie del gasto en servicios de salud pública obedece a la compra centralizada en el otoño de 2009 por el entonces Ministerio de Sanidad y Política Social de la vacuna contra la gripe A (H1N1), por un importe de 333 millones de euros.

Figura 7. Gasto sanitario público consolidado. Millones de euros según clasificación funcional. España, 2007-2011. (Estadística de gasto 2011, edición mayo 2013, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad)



Como se puede observar en la **Figura 7** el gasto hospitalario sigue aumentando en el periodo de referencia (2007 – 2011), mientras que el peso de los recortes recae sobre la Atención Primaria, las actividades de Salud Pública y el

Gasto de Farmacia. Es de constatar que en nuestro SNS, al igual que en los Sistemas Sanitarios similares de nuestro entorno, la AP y la Salud Pública tienen un destacado papel en la reducción de las desigualdades en salud en la población, con lo que su desinversión afectará al incremento de dichas desigualdades sociales que previsiblemente aumentarán con la crisis económica.

El largo período de crecimiento en la financiación sanitaria pública, supuso incrementos en los recursos humanos del sistema; en la **figura 8** se compara para los hospitales de titularidad pública (tamaño medio de 420 camas) el crecimiento porcentual de recursos humanos (51% médicos y 38% enfermeras) comparado con el incremento de una parte relevante de la actividad asistencial (33% de aumento en la suma de altas e intervenciones por Cirugía Mayor Ambulatoria). Es de justicia mencionar que la complejidad de casuística puede estimarse que creció en torno a un 12% (como efecto del envejecimiento o porque la red de grandes y medios hospitales públicos concentrara los casos más complejos).

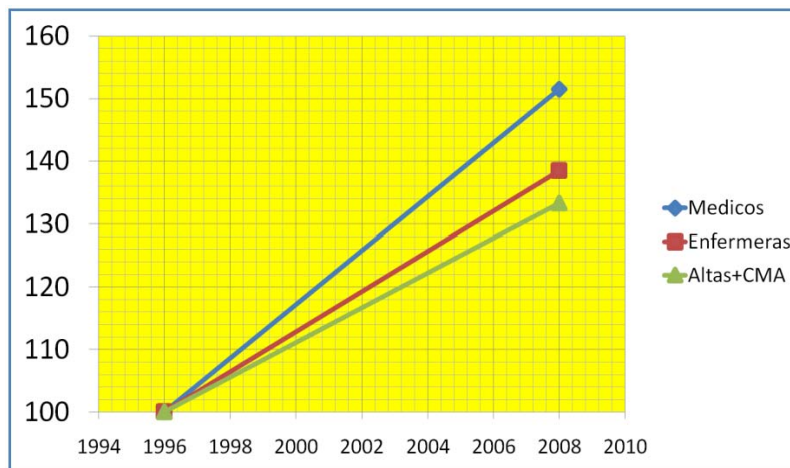


Figura 8: Incremento en 12 años de médicos, enfermeras, y actividad (altas+CMA) en hospitales de titularidad pública. Fuente ESCRI y datos estudio OMC – Demografía Médica 2011

En la **figura 9**, vemos el efecto de la crisis económica, a través del presupuesto por persona protegida por las CCAA; el presupuesto es una magnitud que no coincide con el gasto liquidado ni con el gasto real, pero es la única magnitud que tenemos con fechas actuales para reseñar la evolución de los últimos tres años. Tras 2009, donde se llega al pico de 1261 €, se inicia el descenso que en 2011 llega a 1.229 €.

PRESUPUESTO INICIAL CCAA POR PERSONA PROTEGIDA					
GASTOS CORRIENTES	2007	2008	2009	2010	2011*
Andalucía	1.096,82	1.171,11	1.189,68	1.180,94	1.143,51
Aragón	1.252,41	1.324,19	1.418,70	1.448,05	1.415,53
Asturias (Principado de)	1.236,27	1.268,77	1.453,23	1.534,94	1.462,53
Baleares (Illes)	1.040,93	1.096,12	1.129,14	1.044,96	1.036,03
Canarias	1.203,05	1.334,84	1.402,26	1.377,40	1.216,33
Cantabria	1.215,25	1.255,63	1.311,01	1.335,53	1.222,99
Castilla y León	1.197,97	1.279,00	1.316,61	1.364,34	1.351,24
Castilla-La Mancha	1.105,75	1.177,64	1.255,31	1.282,11	1.224,99
Cataluña	1.196,73	1.239,65	1.249,82	1.298,11	1.215,49
Comunidad Valenciana	1.032,99	1.076,68	1.104,52	1.111,60	1.065,11
Extremadura	1.326,28	1.443,95	1.558,18	1.523,22	1.455,37
Galicia	1.216,28	1.299,60	1.342,22	1.336,61	1.297,00
Madrid (Comunidad de)	1.084,18	1.135,37	1.145,63	1.149,82	1.135,65
Murcia (Región de)	1.125,53	1.243,86	1.288,47	1.396,01	1.415,75
Navarra (Comunidad Foral de)	1.287,73	1.360,67	1.393,27	1.439,65	1.427,17
Pais Vasco	1.338,39	1.479,88	1.604,68	1.654,26	1.602,80
Rioja (La)	1.219,07	1.201,99	1.433,48	1.279,90	1.371,81
TOTAL CCAA	1.152 €	1.220,68	1.261 €	1.276,74	1.229 €

Figura 9: evolución de los presupuestos iniciales de las CCAA, expresados en forma de presupuesto por persona protegida, desde 2007 hasta 2011. Tabla tomada de estudio del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y modificada para presentación.

http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/docs/Recursos_Red_2011.pdf

Y, finalmente, en la **figura 10**, se expone la expectativa del gobierno en Mayo 2012 de llevar el gasto sanitario público del 6,5 (% del PIB) existente en 2010, a un 5,1 % en 2015 (reducción de la participación de la sanidad en la

riqueza nacional de un 21,3% de los gastos en 5 años escasos).

ACTUALIZACIÓN DEL PROGRAMA DE ESTABILIDAD REINO DE ESPAÑA 2012-2015			
Cuadro 3.3.5 Cambio en la estructura del gasto por funciones			
	Peso gasto 2010 PIB	Peso gasto 2015 PIB	Variación %
ADMINISTRACIONES PÚBLICAS (S.13)			
01 Servicios públicos generales	5,2	5,4	3,9
02 Defensa	1,1	0,8	-30,4
03 Orden público y seguridad	2,1	1,5	-28,9
04 Asuntos económicos	5,2	2,4	-53,0
05 Protección del medio ambiente	0,9	0,5	-43,9
06 Vivienda y servicios comunitarios	1,2	0,5	-61,0
07 Salud	6,5	5,1	-21,5
08 Actividades recreativas, cultura y religión	1,6	0,8	-48,3
09 Educación	4,9	3,9	-21,3
10 Protección social	16,9	16,1	-5,0
Gasto total	45,6	37,0	-19,0
Fuentes: INE y Ministerios de Economía y Competitividad y Hacienda y AAPP			

Figura 10: Escenario de reducción del peso de gasto sanitario público en relación al PIB 2010-2015 dentro de la actualización del Programa de Estabilidad de España (Mayo 2012). <http://www.lamoncloa.gob.es/NR/rdonlyres/8A9ED6BD-9183-41EA-A8AC-4DA56487D8E/202009/ActualizacinProgramaEstabilidad2.pdf>

I.3 Identificación de problemas:

Cabe hablar de cuatro grandes problemas, que surgen de la conjunción de la crisis económica con los problemas estructurales y las debilidades institucionales del SNS.

- 1) **Problemas de suficiencia presupuestaria:** en la historia de la sanidad pública española, cabría hablar de una infra-presupuestación estructural, por la cual en muchas anualidades se partía de dotaciones económicas a la baja respecto a las proyecciones de gasto. Esto ha llevado a devaluar los

presupuestos como instrumentos de gestión, y a requerir cada cuatro o cinco años operaciones de saneamiento para pagar las deudas acumuladas. A esto se ha añadido el efecto de la crisis sobre los Ingresos Tributarios del Estado, la tardanza en comenzar las operaciones de ajuste, y la amplitud y rapidez de los recortes en el gasto sanitario público que se plantean desde el año 2011.

La sanidad se basa en activos altamente específicos (profesionales, tecnologías, centros...) que no se benefician de crecimientos rápidos: la expansión acelerada del 2002 al 2009 mostró que una cosa era construir centros y otra dotarlos de especialistas cualificados. Pero, también, que no cabe hacer reducciones por encima del 3-4% anual sin que ello suponga una destrucción de dichos activos y la erosión de la funcionalidad de los centros y servicios sanitarios.

La contención del gasto sanitario público puede y debe hacerse desde la inteligencia profesional y gestora. Los cambios estructurales orientados a la gestión del conocimiento y a la desinversión en lo que no añade valor, son estrategias de relevancia fundamental para la racionalización de la asistencia. Los recortes en personal, prestaciones y en cobertura a inmigrantes plantean enormes dilemas éticos a la profesión médica, que no puede aceptar sin más un cambio en la misión y vocación universalista del Sistema Nacional de la Salud.

La reciprocidad con transeúntes, turistas o residentes de otros países parece un principio lógico y razonable. No parece tan fácil aplicarlo cuando hablamos de inmigrantes de lugares donde los Estados son frágiles, el poder es despótico, y las economías sólo permiten la subsistencia. En todo caso, las políticas de control de la inmigración son las que deben materializar la voluntad de la sociedad en el grado de acogida y regularización de inmigrantes. Pero, una vez que están dentro de España,

no deben ser los médicos ni los sanitarios los que se vean ante el dilema ético de racionar o dosificar la prestación asistencial. Por otra parte, limitar la atención primaria y dejar sólo la puerta de urgencias, es una forma de abordar el reto, desde la perspectiva clínica y de salud pública.

Hay alternativas para la suficiencia y la sostenibilidad que pueden articularse si se limita la compulsión y se establece un marco temporal razonable, y unos instrumentos de diálogo político, institucional, profesional, sindical y social que permitan a todas las partes implicadas expresar sus ideas y formalizar sus compromisos

- 2) **Problemas de cierre del modelo de universalización y definición positiva de “ciudadanía sanitaria”;** en efecto: no hay una definición en positivo del SNS ni de su gobierno colegiado; ni tampoco del concepto de cobertura universal y ciudadanía sanitaria. Parece contradictorio que un sistema financiado por impuestos pueda negar la extensión de cobertura a personas con recursos que sin embargo no acreditan cotización a la Seguridad Social. Por otra parte, los extranjeros sin recursos y que viven en España sin registro ni autorización, no pueden estar a extramuros de la asistencia integral y programada del SNS, tanto por razones bioéticas, como de efectividad clínica y preventiva. **Los cambios planteados en el Real Decreto Ley 16/2012 no van por el camino correcto,** pues en vez de profundizar en el concepto de ciudadanía sanitaria del SNS, retroceden a una definición Bismarckiana de aseguramiento vinculado a cotización o prestaciones de la Seguridad Social, y vuelven a otorgar al Instituto Nacional de la Seguridad Social un papel determinante en la definición y clasificación de asegurados y beneficiarios.

- 3) **Problemas de Buen Gobierno y Buena Gestión:** la debilidad de las reglas institucionales facilita el comportamiento oportunista de los agentes. Se transfieren obligaciones a las CCAA sin que la financiación sea

suficiente en muchos casos; pero el ciclo expansivo de la economía alimenta una alianza de todos los agentes (incluido el entramado industrial tecno-farmacéutico) a favor del crecimiento en centros, servicios, plantillas, salarios y prestaciones, **tecnología e infraestructuras**, que supera ampliamente la capacidad de financiación establecida en el modelo de la Ley 21/2001. Los sistemas de colaboración público-privada permiten hacer más hospitales y demorar el pago a la siguiente legislatura y a las generaciones venideras; la no contabilización de pagos a proveedores de tecnología y medicamentos embalsa la deuda para futuras operaciones de saneamiento; y de esta manera se prepara el colapso de financiación de 2010. **No es estrictamente un problema económico, sino de mal gobierno:** con el crecimiento indexado al PIB y una reflexión más racional sobre la expansión de centros y servicios, se podría haber ajustado una trayectoria de mejora de los servicios a medio plazo, contando con la racionalización de desarrollar los cambios estructurales y de gestión necesarios. La propia crisis financiera internacional, en último término tiene también una génesis en el mal gobierno de los bancos, las entidades de crédito, los fondos de inversión y las agencias de auditoría y rating. Por eso la salida a la sostenibilidad del SNS requiere encontrar una senda virtuosa para que el Buen Gobierno y la Buena Gestión minimicen los riesgos de que la necesaria autonomía gestora devenga en arbitrariedad.

4) **Problemas de subdesarrollo de la Gestión Clínica, la Integración Asistencial y el Profesionalismo como alternativa de cambio estructural del SNS.**

En la gran mayoría de países desarrollados desde hace una década se está trabajando en un **cambio estructural de la medicina y los sistemas sanitarios**, a partir de elementos bien conocidos como la medicina basada en la evidencia, la gestión del conocimiento, la gestión clínica, la

departamentalización de hospitales, el trabajo por procesos integrados, las estrategias de cronicidad, la coordinación socio-sanitaria, etc. La debilidad de los recursos de media y larga estancia, y de atención a la dependencia hacen muy importante la activación de todos los mecanismos que potencien la activación de recursos sociales desde el sector sanitario.

También ha habido un cambio en el **paradigma de gestión**: de modelos que transitaron entre la jerarquía de base administrativa y el gerencialismo de corte industrial, se ha pasado a reconocer que la sanidad es una organización de servicios de tipo profesional, y que su buena gestión exige contar expresamente con los profesionales y promover la delegación responsable, la rendición de cuentas, la reducción de conflictos de interés, y la cultura cooperativa y de excelencia. La micro-gestión es la clave.

A pesar de los avances puntuales que se han producido en España, no cabe decir que el SNS haya tenido una estrategia decidida en ésta línea. Tres factores han dificultado esta reorientación estratégica y cultural del SNS:

- a) La **excesiva politización partidaria**, con su sesgo cortoplacista, y su renuencia a llegar a acuerdos de amplia base y largo alcance; esto ha producido un sesgo de intervencionismo de la Macro-gestión sobre todos los asuntos, restando espacio a la Meso-Gestión (gerencias y direcciones médicas y de enfermería), y erosionando la posibilidad de otorgar autonomía real y responsable a la Micro-Gestión.
- b) Una cultura **de gobierno autocomplaciente y negadora de los problemas**, que derivaba todas las tensiones alimentando un escenario expansionista y providencialista; en el contexto de la descentralización a 17 CCAA, esto provoca una tendencia inflacionaria en recursos (competir al alza para evitar diferencias y agravios comparativos); también promueve una extraña pugna de marketing político para mostrar grandes avances tecnológicos, pero no una competencia en resultados para

promover la excelencia (los sistemas de información no aportan el marco comparativo necesario, y la información “delicada” se oculta celosamente). Los gerentes hospitalarios van perdiendo legitimidad y autoridad por el achique de espacios que produce la macro-gestión politizada, y ante la dificultad de manejar conflictos cuando está altamente penalizado el ruido mediático: esta ausencia de meso-gestión no beneficia a la micro-gestión: produce desgobierno; también inseguridad y discontinuidad de proyectos de cambio, dado que cualquier alternancia política altera la continuidad de los equipos directivos.

- c) Se mantiene la distancia entre la administración y los profesionales, a pesar de que la profesión médica ya ha consolidado cambios sociológicos, organizativos y éticos de gran relevancia e interés social, y contra la evidencia de los estudios de organización, que aconseja potenciar la autonomía de los micro-sistemas clínicos. Los responsables políticos e institucionales hace dos décadas (visión socialdemócrata) mantenían una relación adversarial con la profesión médica por el desajuste intrínseco del desempeño profesional con los modelos jerárquicos administrativos; hoy, desde la postmodernidad (visión liberal-conservadora) se reedita e incluso recrudescen esta distancia, al propugnarse modelos de control contractual basados en el pago fragmentado por ítems de servicio o sistemas alambicados de algoritmos de productividad variable.

Ni la suspicacia weberiana ni la emulación de mercado son respuestas correctas para una relación que debe estar asentada en la confianza, la ética, y la rendición integrada de resultados en términos de ganancia de salud, seguridad, calidad y satisfacción de los pacientes. Encontrar estos modelos de profesionalismo activo es esencial para garantizar la sostenibilidad de los sistemas públicos de salud y también para superar la crisis de la medicina y el descontento de los médicos.

Capítulo II

LA NECESIDAD DE UN GRAN ACUERDO POLITICO

La posición desde la que los profesionales piden un Acuerdo político no es la de una defensa a ultranza de soluciones técnicas (por supuesto a un problema técnico) implementadas por técnicos. Entendemos perfectamente la naturaleza política de las reformas sanitaria y precisamente por eso pensamos que se requieren negociaciones inteligentes y productivas en el ámbito político, convencidos, como estamos, de que existen muchos elementos de esa naturaleza en las decisiones que afectan al SNS.

Al mismo tiempo constatamos que entre los grandes partidos españoles no existen diferencias en lo que respecta a los grandes principios que informan la existencia y el funcionamiento de nuestro sistema sanitario. Por otra parte, observamos que entre los países avanzados de la UE, cuyas sociedades son en muchos casos más igualitarias que la nuestra, existe una variedad significativa de modelos de sanidad pública, todos ellos plenamente enmarcados y compatibles con un Estado de bienestar desarrollado. Ello significa que existe un amplio espacio de negociación y acuerdo sin que signifique necesariamente alterar las bases fundamentales del sistema. Este es el tipo de pacto factible que, renunciando a maximalismos con frecuencia electoral o clientelaramente interesados, se puede y debe alcanzar.

En este sentido, los médicos quieren ser protagonistas activos de un Acuerdo que establezca una serie de iniciativas concretas que permitan mejorar la efectividad y eficiencia en el uso de los recursos sanitarios ofreciendo servicios de verdadera calidad.

Para ello se requerirá en todo caso máxima independencia en la organización y gestión de todas las organizaciones asistenciales, máxima

transparencia informativa, un marco financiero definido y estable, sin perjuicio de la necesaria flexibilidad teniendo en cuenta las cambiantes circunstancias externas y un marco de cooperación entre CCAA que permita utilizar los recursos (humanos y materiales) del conjunto del sistema de manera eficiente.

Enfrentados a la confección de un documento que busque el deseado consenso, lo primero en que se piensa es en una serie de actuaciones inmediatas que un grupo de expertos (en este caso, un grupo de médicos) considera que son las adecuadas. Por ejemplo, qué tipo y cuantía de copago debe admitirse, como tiene que ser la carrera profesional, qué incentivos hay que crear o que prestaciones deben y no deben financiarse, incluyendo los medicamentos. Creemos, sin embargo, que no es este el documento que habría que preparar. Pensamos más bien que el acuerdo político debe ser aquel que libere las potencialidades del sistema sanitario y de todos sus partícipes y contribuya a superar las situaciones de bloqueo que todos conocemos y que desde hace muchos años impiden reformas necesarias.

¿Cuáles son esas situaciones? Probablemente algunas se queden en el tintero, pero no es difícil identificar la tendencia al “café para todos” que impide a cualquier nivel, sobre todo en el de los recursos humanos, discriminar a favor de la excelencia en procesos y resultados. De ello sería un ejemplo la tendencia a crear estructuras o dotar servicios con fines electorales o directamente clientelares. Por otra parte, también la dificultad para y la resistencia a valorar objetivamente la eficiencia relativa de instituciones públicas y privadas financiadas públicamente en el logro de resultados de calidad (es obvio que si hay riesgos de calidad/eficiencia en situaciones de provisión privada, también los hay en el caso de la provisión pública y que la objetivación de las distintas situaciones exige un abordaje descargado de prejuicios).

Por consiguiente, el acuerdo tiene que abordar más bien los instrumentos promoviendo, la creación de estructuras estables y muy profesionales que

puedan efectivamente identificar los problemas de todo tipo que hoy dificultan el buen funcionamiento del sistema y plantear las soluciones adecuadas, teniendo en cuenta consideraciones políticas, económicas, sociales y, desde luego, manejando criterios técnicos debidamente contrastados. En definitiva, robustecer la institución que es la sanidad pública, haciéndola más “inclusiva” en términos de sociedad civil y, por tanto, más sólida e independiente.

En ese sentido, abogamos para que las estructuras directivas desde el máximo nivel, tanto en el Ministerio como en los departamentos de salud de las CCAA, se ocupen por profesionales de reconocido prestigio. También planteamos que se cree (o se configure algo que ya existe) un órgano independiente encargado de identificar desinversiones y aprobar, en su caso nuevas inversiones/prestaciones. Asimismo planteamos la creación de otro organismo igualmente independiente responsable de la evaluación permanente de todas las instituciones sanitarias, sus procesos y resultados ofreciendo con absoluta transparencia los datos pertinentes. Este sería el modo de superar debates estériles apoyados en una mezcla de prejuicios y opacidad y que tanto tiempo hacen perder. Los partidos políticos deben comprometerse a establecer los procedimientos necesarios para que este tipo de independencia sea una realidad en el plazo más corto posible.

Todo ello que significa, en último extremo, que en el nivel político quedarían las grandes decisiones que son el QUÉ servicios se prestan con recursos públicos, el CUÁNTO –volumen de recursos que se destinan a asistencia sanitaria (conviene no olvidar que hay otras políticas con impacto favorable sobre la salud y que no son sanitarias)- y la garantía del principio de equidad. Como es natural, el nivel político es el facultado para exigir responsabilidades a los niveles directivos, pero no para sustituirle en sus actuaciones.

Este Acuerdo permitiría alcanzar un consenso acerca del funcionamiento del SNS, manteniendo al poder político dentro de los límites que le corresponden, permitiendo estabilidad en el desarrollo de unas actividades profesionales independientes, plenamente dirigidas a obtener la máxima eficiencia y calidad, todo dentro de un esquema de transparencia que permita a la sociedad conocer que uso se da a sus impuestos y con qué resultados. Y enfrentando a cada agente o parte del sistema con su responsabilidad a través de un mecanismo explícito de rendición de cuentas. Profesionalmente, no podemos entender y mucho menos aceptar la permanente utilización del tema sanitario como escenario de confrontación partidaria cuando por otro lado todos proclaman las excelencias de modelo de SNS y manifiestan (fuera de escena) un grado de acuerdo considerable en casi todo. Semejantes incoherencias alcanzan niveles patéticos cuando el mismo partido defiende en temas sanitarios posiciones contrarias según esté en el poder o en la oposición o en una u otra Comunidad Autónoma contribuyendo al descrédito y desprestigio de lo político.

La actual situación de emergencia económica obliga a duros, dolorosos, polémicos y probablemente inevitables ajustes a corto plazo. Admitimos la existencia de un cierto nivel de pasión en su defensa y en su rechazo, pero habremos de arrinconarla para configurar y defender las reformas estructurales que se proponen y que también vehementemente pedimos sean aceptadas y consensuadas de modo explícito y público por las fuerzas políticas concernidas.

Capítulo III

GESTIÓN Y BUEN GOBIERNO DE CENTROS Y SERVICIOS SANITARIOS PÚBLICOS

Una actividad de la envergadura social y económica de la atención sanitaria pública debiera suponer la participación efectiva y corresponsable de ciudadanos y profesionales en orden a conseguir el mejor uso de los servicios sanitarios.

Los profesionales por su parte deben contribuir de forma proactiva a la mejora de la eficiencia y calidad del SNS, implicándose con responsabilidad plena en la organización, funcionamiento y toma de decisiones que afectan a la prestación de los servicios.

Aunque mucho se ha hablado de la participación de los médicos en la gestión del SNS, poco se ha hecho al respecto, más allá de su presencia en comités asesores, receptores de notificación de novedades organizativas y de la ubicación de algunos profesionales en distintas posiciones en la estructura de gestión. Tal clase de participación es además de profesionalmente insatisfactoria, funcionalmente inútil por cuanto no transfiere responsabilidad y riesgo a los médicos. No es esa la aspiración de los profesionales. Por la propia naturaleza del quehacer clínico los médicos han de tener un protagonismo central decisivo en el SNS, expresado en un liderazgo efectivo que ha de concretarse tanto en el nivel estratégico como en la implementación de programas específicos.

Obviamente el correlato de dicho protagonismo en las decisiones implica la asunción de responsabilidades. Responsabilidad, riesgo y rendición de cuentas son elementos que deben acompañar al protagonismo. La profesión tiene un fuerte compromiso con la sociedad y es consciente de que los recursos a su

disposición no son ilimitados. Pero también sabe cómo dar el mejor uso posible esos recursos.

En modo alguno se pretende desplazar y exonerar a los poderes públicos de sus obligadas y legítimas responsabilidades ante la ciudadanía en materia sanitaria, mas bien al contrario se les exigirá que realmente gobiernen y piloten esta nave tan a menudo a la deriva que resulta ser el SNS para lo que resulta ser imprescindible la implicación corresponsable y efectiva de los profesionales en diferentes niveles y para distintas tareas.

Las líneas de trabajo y cambio que se proponen se detallan a continuación

III. 1 Órganos de representación y participación colegiada

Para ejecutar esta deseada participación de los profesionales en el SNS, nos permitimos formular las siguientes propuestas, siempre sometidas al oportuno debate y valoración.

- a) Macro-participación para el conjunto del Sistema Nacional de Salud, en el ámbito del Estado. Para su viabilidad, esta macro-participación exige, al menos, tres requisitos esenciales: la objetividad e independencia, la alta cualificación de los partícipes y la capacidad real de decisión. Debería articularse según la fórmula operativa y funcional más adecuada la estructura más pertinente y participativa en el marco Parlamentario. En aras a la eficacia se debe determinar, también, el alcance y contenido de las materias objeto de abordaje, para la adopción de las diferentes decisiones; y los integrantes que deberán proponer distintos entes, corporaciones u organismos como los colegios profesionales, las sociedades científicas, las universidades, o la tecnoestructura del Ministerio de Sanidad o del Gobierno de la Nación.

- b) Una participación más reducida a nivel territorial, con especial protagonismo de los servicios autonómicos de salud, que es donde se adoptan las medidas de gestión que afectan al sistema y tienen una repercusión inmediata. Este nivel participativo debe tener su sede en los correspondientes parlamentos regionales. Su elección y control deben seguir las mismas pautas que las señaladas en el apartado anterior. Sería muy oportuno, a los efectos de lo expuesto en los apartados precedentes a) y b), el desarrollo efectivo de lo dispuesto en la LGS del año 86 , Título III, capítulo II, Art. 53 y asimismo lo dispuesto en el Capítulo IX , Art. 67.1 y 2, de la Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del SNS, en referencia a los Consejos de Salud de las CCAA, Comités Consultivos, Foros abiertos de salud y Foros virtuales, también abiertos a la participación Ciudadana.
- c) Por último, resulta oportuno habilitar un sistema de participación y decisión en cada área de gestión integrada, o en modelos similares. Las actuales juntas facultativas, técnico-asistenciales, comisiones mixtas, u otros órganos de participación equivalentes, no funcionan y, si lo hacen, es mediante reuniones de limitado alcance o de escasa o nula eficacia. Para la elección de sus integrantes, de la mayor cualificación y objetividad, debe optarse por un sistema ágil y nada farragoso. Sus competencias y funciones deben ser las ya señaladas en los casos anteriores. Siempre preceptivas, aunque no vinculantes, en aquellas materias y decisiones de relieve, incluso las que afecten a las potestades organizativas de las Administraciones.

III. 2 Profesionalización de directivos

Mayor profesionalización y menor injerencia política, en los puestos de gestión de los centros sanitarios. Semejante obviedad debe ser señalada y subrayada una vez más por cuanto, aunque algo se ha mejorado, es preciso insistir en ello para asegurar una mayor continuidad y estabilidad de las organizaciones.

III. 3 Reformas en el ámbito organizativo y retributivo

Se debe romper con la clásica estructura de nivel asistencial (atención primaria por un lado y atención especializada por otro), y promover la integración real de proveedores que atienden a una población. Eso exigiría que el conjunto de proveedores que atienden a esa población compartan un presupuesto, ajustado al tipo de población que atienden, y orientado a mantener a la población sana.

En el caso particular de la Atención Primaria, co-protagonista de la necesaria reorientación asistencial hacia los cuidados de larga duración; los equipos de atención primaria deben asumir una capacidad real de auto-organización, así como manejar instrumentos para actuar como agentes de sus pacientes ante la red sanitaria y socio-sanitaria.

La remuneración debe tender a favorecer la longitudinalidad, debe aumentar el peso del componente capitativo y de los incentivos, cuya misión principal es alinear clínica y gestión, Se debe garantizar una estabilidad en los incentivos, para evitar que sean la primera partida a suprimir en épocas contractivas de la economía.

Por otra parte, presupuestar la atención sanitaria a una población (**financiación capítativa**) en lugar de seguir presupuestando por los servicios sanitarios de distintos proveedores poco coordinados, favorecería la integración asistencial ayudando a evitar entre otras duplicidades, retención de pacientes y la iatrogenia de exceso de tecnología. Obviamente, estos modelos capítativos deberían incorporar tanto ajustes de riesgo (necesidades de la población), como modulaciones por tendencias históricas de frecuentación y gasto.

Permeabilizar el trasiego de profesionales entre especialidades, reduciendo los silos de producción actuales: cada especialista se forma y trata a los pacientes desde el “órgano” del cuerpo en el que está especializado, olvidando que trata pacientes complejos. Ligado al anterior, y considerando la tipología de pacientes más prevalentes en nuestras sociedades es necesario reorganizar los servicios en función de la trayectoria clínica esperable para cada tipo de paciente: un paciente crónico, verá a lo largo de su vida numerosos especialistas. El objetivo sería evitar que este paciente disponga de un juicio clínico independiente por cada médico que lo ve, a veces contradictorio, y proporcionarle un plan de cuidados coordinado.

Las medidas organizativas van de la mano con la necesidad de evaluar y retribuir en función de desempeño (esfuerzo y resultados), tanto a los profesionales, como a los centros sanitarios que proveen los servicios. Debería limitarse el pago por acto allí donde proporcionar más servicios, no necesariamente implican añadir más salud.

Es necesario dejar atrás comportamientos paternalistas y dar paso a **toma de decisiones compartidas**. Informar de los mejores cursos de acción en los múltiples ejemplos de toma de decisiones compartidas, que logran disminuir el porcentaje de usuarios pasivos, de pacientes indecisos, que con información correcta tienden a usar tecnologías menos invasivas y a tomar decisiones de mayor calidad. Se evita también el exceso de mortalidad que provoca la falta o

baja alfabetización en salud. El paciente es quien debe saber cómo conservar su salud, el profesional conoce los medios diagnósticos y terapéuticos para intentar recuperarla. Tener en cuenta los valores, preferencias del usuario del sistema sanitario y el balance riesgo beneficio de las opciones que ofrece el profesional produce decisiones más acertadas. **Paciente experto, aulas de pacientes y universidades de pacientes** son otros ejemplos de cómo disminuir demanda asistencial mejorando a su vez el control de la enfermedad y la seguridad clínica. Con el **empoderamiento individual** se trata de que el paciente tenga mayor vigilancia sobre las decisiones y acciones que afectan a su salud personal. Con el **empoderamiento colectivo-comunitario**, actuaciones colectivas que produzcan cambios en los determinantes de salud mejorando el entorno donde vive el usuario, un entorno promotor de salud. Existe demasiada dependencia del sistema sanitario como determinante de salud. Si los determinantes sociales son los mayores determinantes de la salud, así deben ser las soluciones.

III. 4 Práctica médica apropiada, Evaluación de Tecnologías y Cartera de Servicios

El reto del profesionalismo médico sigue siendo aportar valor a la salud de individuos y poblaciones. Es preciso desterrar de la práctica las intervenciones sanitarias que no añaden valor y pueden producir daño.

Es imperativo un **cambio en el paradigma ético**. Del “para mi paciente lo mejor no importa su coste” al “dados recursos finitos, muchos pacientes no podrán recibir los mejores cuidados si en mis decisiones se produce desperdicio de recursos”. Este cambio de paradigma, tiene una derivada directa en cuanto al principio ***primum non nocere***. La aplicación de técnicas sin valor o de dudoso balance entre beneficios y riesgos, ponen a riesgo de daño innecesario a los pacientes o poblaciones que las reciben.

1. Medicina de dudosa eficacia – efectividad.

El concepto actual de Tecnología Médica incluye los medicamentos, los aparatos médicos, los procedimientos médicos y quirúrgicos usados en la atención médica, pero también la propia práctica clínica y el modo en que ésta se organiza, esto es, los sistemas organizativos con los que se presta atención sanitaria. A veces se tiene el sesgo de identificar Tecnología Médica con “Alta Tecnología Médica” ó “nuevas tecnologías” ó “Tecnología de alto coste”.

Es imprescindible ser conscientes de la magnitud del fenómeno: la aplicación de técnicas inútiles, inadecuadas o innecesarias, expone a algunos pacientes a graves perjuicios, derivados de aquellas, mientras que priva a otros de las pruebas y tratamientos que necesitan, y además genera un gasto superfluo que resulta insostenible. Por eso es ética y económicamente urgente mejorar la sistemática con la que se decide la incorporación de las innovaciones sanitarias a la práctica clínica y su eventual financiación con recursos públicos.

Una mirada a los estudios de variabilidad de práctica disponibles en www.atlasvpm.org, www.adopcioninnovacionessanitarias.org, puede arrojar luz. Reconocer que, en ocasiones, las decisiones médicas y/o de los Servicios de Salud en la aplicación de las Tecnologías Sanitarias, no añaden nada a la salud de los pacientes y las poblaciones, es el primer paso.

Esta situación obedece a diversas causas, como:

- Cuidados innecesarios, según la evidencia
- Servicios provistos de manera inapropiada e ineficiente:
- Oportunidades de prevención desaprovechadas
- Uso indebido de recursos
- Modelos de gestión aplicados a la práctica clínica, en muchas ocasiones insuficientes e inoperantes.

- Sistemas organizativos con los que se presta la atención sanitaria inadecuados en muchos centros y servicios

La exigencia de evaluar la efectividad y eficiencia de cualquier tecnología (diagnóstica ó terapéutica, farmacológica ó no), así como su concreta indicación , y la comprobación de la efectividad y seguridad antes de autorizar su aplicación asistencial, se hace imprescindible y está fuera de toda duda en la actualidad .

2. La experiencia internacional.

Otros lo han hecho. Las agrupaciones profesionales de países de referencia, ya han iniciado el camino. Dos ejemplos de interés en Estados Unidos: 1) *Choosing Wisely* compendio de diversas iniciativas sobre profesionalismo médico, con más de una década de aportaciones, ha identificado un listado de prácticas innecesarias que afectan a 9 especialidades médicas (<http://www.choosingwisely.org>); 2) *The Institutes of Medicine* (IOM) de EEUU. *The Healthcare Imperative : Lowering Costs and improving outcomes*, ha considerado un imperativo elaborar una estrategia para disminuir costes sanitarios, manteniendo o mejorando los resultados de salud. Para ello consideran prioritario, reducir las hospitalizaciones evitables, evitar readmisiones y reducir los cuidados innecesarios. http://www.nap.edu/catalog.php?record_id=12750)

3. Una Agenda de actuaciones

Es responsabilidad de los médicos liderar las reformas precisas, en un debate leal con las autoridades sanitarias. La agenda de acciones que buscan incrementar el valor es variada; una parte muy importante de la misma está relacionada con **hacer mejor Medicina:**

- Utilizando la mejor evidencia disponible
- Disminuyendo los cuidados innecesarios
- Mitigando los errores y las consecuencias ominosas de prácticas subestándar
- Eligiendo los recursos más eficientes para proveer los cuidados
- Mejorando la continuidad de cuidados
- Facilitando que, ante incertidumbre, el paciente comparta la decisión
- Cultivando la transparencia en los resultados y los recursos utilizados
- Reconociendo el fraude y persiguiéndolo activamente

También es responsabilidad de los médicos **exigir lealmente una administración más comprometida con el objetivo de añadir valor**. Para ello será preciso:

- Construir **sistemas de información que permitan disponer de la mejor evidencia** para tomar decisiones en situación de incertidumbre; sistemas que se retroalimentan con la experiencia diarias de médicos y servicios;
- **Financiar selectivamente** aquello (tecnologías, servicios, etc.) que añade valor; para ello se deberá conferir un papel real, relevante y decisivo a los dictámenes e informes de las agencias de evaluación de tecnologías en España, actualmente organizadas en una sola red. Se trata de llevar a la vida real lo que formalmente está recogido en el marco legal (Ley de cohesión y Calidad del SNS y otras normas) usando de verdad el producto de la información y conocimiento independientes y fiables para la toma de decisiones político-sanitarias tal como se ha hecho en otros países avanzados (el NICE es un magnífico ejemplo). Se debería además introducir el uso tutelado para determinadas innovaciones tecnológicas, de manera que pudiera compatibilizarse el estímulo a la innovación con el riesgo de consumo excesivo no compensado por el incremento en eficiencia que asume el pagador público.

Capítulo IV

LA PROFESIÓN MÉDICA. EL MÉDICO QUE NECESITAMOS

IV.1 Responsabilidad, compromiso y valores de la práctica médica

Un ejercicio de la profesión médica acorde con los tradicionales principios hipocráticos y con los que conforman el denominado “nuevo profesionalismo” supone compromiso con la honestidad en la utilización del conocimiento y en la optimización de los recursos, con la compasión como guía de acción frente al sufrimiento, con la mejora permanente en el desempeño profesional para garantizar la mejor asistencia posible al ciudadano y la colaboración con todos los profesionales e instituciones sanitarias en aras de la mejora de salud y el bienestar de la población.

La prestación de servicios por parte del profesional médico no es gratuita. Genera costes de manera directa e indirecta que, dependiendo del ámbito y modelo sanitario, debe afrontar el paciente, una compañía de seguros o el Estado. En este contexto en el que la eficiencia se entiende como la manera de conseguir los resultados perseguidos al menor coste posible, no podemos eludir la implicación profesional del médico. La responsabilidad en el ejercicio de la medicina moderna no puede considerarse como un asunto aislado dentro de la relación médico-paciente, sino que tiene una dimensión social que trasciende a la misma siendo esta dimensión uno de los elementos más novedosos del nuevo profesionalismo médico.

El ejercicio riguroso del nuevo profesionalismo es tarea difícil y su logro exige comprender la génesis de un modo de ejercer la profesión en el SNS de la España de hoy que resulta ser el fruto de un triple y venturoso desarrollo científico y social:

1. Un espectacular crecimiento de las posibilidades diagnósticas y

terapéuticas fruto del desarrollo científico y tecnológico de los últimos treinta años.

2. La incorporación efectiva de dichas posibilidades a un dispositivo asistencial universal y público a través de una creciente asignación al mismo de recursos materiales y humanos junto a modificaciones organizativas acordes con los imperativos tecnológicos.
3. La consolidación y extensión de un modelo de formación de especialistas (MIR) de alto contenido técnico que además ha condicionado en gran medida la orientación de la formación pregraduada.

Estos tres vectores de desarrollo mencionados han determinado la emergencia del fenómeno de la hiperespecialización y su corolario, la fragmentación del proceso asistencial.

Algunos profesionales piensan que la híper-especialización divide la medicina y su ejercicio en porciones menores sin aportar mecanismos de coordinación e integración; y que, conjuntamente con este fenómeno de la fragmentación, ha discurrido un modo de ejercicio profesional centrado casi exclusivamente en la dimensión orgánico-biológica del binomio salud-enfermedad, más empeñado en identificar y corregir desviaciones de la “normalidad” biológica que en lograr el bienestar mas razonablemente alcanzable de cada paciente en su circunstancia personal y social específica.

Otros, por el contrario, opinan que: la necesidad de estas áreas en la medicina actual no admite discusión. ¿Cómo se harían los trasplantes, la cirugía avanzada del cáncer, la necesidad de regionalizar procedimientos - para mejorar morbi-mortalidad y costes-, etc.?, está claro, opinan, que se necesitan especialistas con especial dedicación a una parcela de una especialidad sin que esto traiga como consecuencia la fragmentación.

El paciente y su enfermedad son únicos y único y personalizado debería ser el proceso asistencial con el que se le atiende. Sin embargo la amplia disponibilidad de métodos diagnóstico- terapéuticos y especialistas unida a deficiencias organizativas, ocasionan con gran frecuencia una asistencia fragmentada e inapropiada. El paciente y su proceso asistencial se mueven a lo largo de una cadena interdisciplinar en la cual, la debida dirección unitaria y coordinación entre los distintos especialistas y niveles asistenciales son, en muchas ocasiones, inexistentes. Si este fenómeno fue siempre rechazable, hoy resulta simplemente inaceptable al constituir el paciente mayor, crónico y pluripatológico, el usuario hegemónico del SNS más vulnerable que nadie a las consecuencias de un funcionamiento asistencial pensado para episodios agudos y no para largas vidas con padecimientos crónicos.

La extensión y crecimiento inercial del modelo vigente (mayor fragmentación, mas consultas y derivaciones, mas especialistas, más tecnología) es además de económicamente difícil de sostener, asistencialmente poco deseable. La reforma, implica actuaciones estructurales y organizativas ya señaladas en el capítulo anterior (Capítulo III) pero sobre todo un cambio cultural en el seno de la profesión médica que conforme el médico que necesitamos modificando profundamente el estilo de práctica profesional

IV. 2 La formación del médico que la sociedad necesita

Un ajuste de roles y aptitudes profesionales como el que demanda el cambio cultural propuesto supone en primer lugar modificar y/o reorientar la formación médica, tanto en el nivel de grado/licenciatura como en el de la formación postgraduada (MIR) y sobre todo, por la necesaria inmediatez de efectos, en la continuada.

Ello implica además de la adquisición y actualización de conocimientos,

habilidades y competencias necesarias (que por cierto van más allá de los elementos tecnobiológicos), la internalización y renovación de los valores y creencias que conforman la identidad profesional. Es preciso **integrar la dimensión de economía de la salud** por parte de los profesionales sanitarios. Urge interiorizar que los recursos son escasos y la demanda (en un país como el nuestro donde el coste en el momento de recibir asistencia es cero) ilimitada, que cuanto mayor es el progreso médico, mayor es el coste de obtener mejoras adicionales, que si los recursos son escasos, estamos obligados a buscar la mejor forma de gastarlos, y que existe un coste de oportunidad en las decisiones que tomamos día a día en condiciones de incertidumbre. Y todo esto sin dejar de tener presente que ante todo tenemos un SNS donde prima la equidad.

Por otro lado, el desarrollo académico de la bioética ha prestado escasa atención a la formación de los futuros profesionales en el compromiso, la responsabilidad y la perspectiva humanista del concepto salud-enfermedad. La ética de las profesiones sanitarias en las últimas décadas se ha focalizado en la toma de decisiones problemáticas en la práctica clínica y en áreas de debate (cuestiones éticas al comienzo y al final de la vida). El respeto a la autonomía **del paciente se ha inculcado a menudo desde una perspectiva legalista (documentos** de consentimiento informado y de voluntades anticipadas) de tal modo que la norma está venciendo al espíritu de la ley. En la práctica de la docencia de las Facultades de Medicina se ha instaurado una dicotomía entre técnica y ética, como si fueran orbitas separadas que pueden encontrarse ocasionalmente cuando hay conflictos olvidando que “técnica” en medicina es sobre todo práctica clínica, concepto que necesariamente incorpora dimensiones éticas

No es este el documento en el que se deban pormenorizar propuestas de contenidos específicos a incluir o modificar en los tres niveles de formación mencionados pero sí indicar que tales acciones exigen reflexión y acción sincronizada de las autoridades de Sanidad y Educación y las organizaciones

profesionales, con acciones en diferentes ámbitos prestando especial atención a la siempre olvidada formación continuada. En todo caso la inculcación decidida del rechazo de la práctica clínica inapropiada (inútil, innecesaria, insegura, inclemente o insensata) y las propuestas formativas acordes con tal logro habrán de presidir la orientación de los cambios dirigidos a formar y mantener ese médico del futuro que tan acertadamente ha dibujado con diez rasgos la Fundación para la Educación Médica en 2009 (<http://blogderozman.wordpress.com/page/2>).

Es oportuno señalar aquí que al menos en el ámbito de la formación postgraduada se ha iniciado el camino del cambio en la dirección correcta con el inminente Decreto de Troncalidad de especialidades médicas que apuesta por un médico con una formación troncal común integradora que lo hace más polivalente y versátil.

Igualmente oportuna y necesaria resulta una redefinición de roles y responsabilidades profesionales en la que la enfermería y otro personal ocupe el espacio que debe, liberando al médico de la realización de tareas que consumen un valiosísimo tiempo que hoy no puede aplicar a aquello que le es propio e intransferible.

IV. 3 Necesidades de médicos

Esbozadas las líneas generales relativas al tipo de médico que necesitamos convendrá hacer un ejercicio estimativo acerca de necesidades de médicos y especialistas.

Es tarea compleja ya que además de las consideraciones relativas a la demografía médica que hasta ahora se han tenido en cuenta (casi exclusivamente) se deberá contar con al menos dos escenarios futuros

- Hemos de imaginar un nuevo escenario en el que el médico generalista (atención primaria, internista, geriatra) ocupe un mayor espacio y capacidad resolutive junto a un especialista dotado de mayor versatilidad sin olvidar que nuevos avances tecnológicos demandarán en el otro extremo del proceso asistencial profesionales superespecializados con capacitación específica para tareas complejas muy concretas
- Asimismo la señalada redefinición de roles profesionales condicionará enormemente la estimación de necesidades de médicos

De no hacerlo así nuevas estimaciones basadas en la suposición de un escenario como el actual volverán a ser erróneas.

PROPUESTAS

1. Necesidad de un Acuerdo político

Los médicos consideramos que se necesita urgentemente un Acuerdo político al máximo nivel que facilite la imprescindible y, desde hace años, postergada, reforma del SNS, de manera que se garantice su solvencia y no sólo se evite la vulnerabilidad con que se enfrenta en la actualidad a la profunda crisis económica en la que el país se encuentra sumido, sino que habilite a la sanidad pública como una institución robusta e independiente, capaz de ofrecer servicios de la máxima calidad y eficiencia de cara al futuro. Para ello:

- a) Este Acuerdo debe promover un mayor protagonismo profesional en los niveles estratégicos de decisión, lo que creemos impedirá que se instrumentalice la gestión por intereses partidistas y se malgasten energías en enfrentamientos estériles, que sólo sirven para confundir a la población, en los que se lanzan propuestas no avaladas por evidencia alguna que justifique su idoneidad.
- b) Así mismo, debe servir para liberar las enormes potencialidades del Sistema y sus agentes, ahora encorsetadas en un entramado burocrático muy desincentivador, y ha de contribuir a facilitar la creación de estructuras de gobierno estables y profesionales, en las que exista una clara identificación de responsabilidades acompañada de mecanismos de evaluación y control totalmente transparentes.

2. Establecer políticas que garanticen una financiación sanitaria estable y equilibrada para los distintos servicios de salud de las CCAA:

- a) No parece fácil (ni realista) aceptar el retroceso de la financiación sanitaria

pública al 5,1% del PIB en 2015 (como establece el actual Programa de Estabilidad del Reino de España 2012-2015). Sin que quepa hablar de un porcentaje correcto, parece que las aspiraciones de una sanidad de calidad para todos los españoles **no es compatible si nos situamos muy por debajo del 6,5% del PIB:** (Ver datos de la estadística de GSP 2011 y % sobre el PIB en la figura 4 del presente documento).

- b) Para garantizar una financiación territorial más justa, debería promoverse una modificación de la financiación autonómica, **con presupuestos para la Sanidad que sean finalistas**, lo que significa que se determinara y delimitara el gasto sanitario público para el conjunto del Sistema Nacional de Salud, se formalizara y protegiera con una estimación de un “per cápita” ajustado por necesidad (recalculado periódicamente para cambios demográficos y tecnológicos), y se gestionara con una caja de compensación o fondo de garantía asistencial para distribuir las cargas económicas asociadas a la atención prestada a residentes de otras CCAA. La tecnología disponible ayuda a gestionar sistemas de compensación, y éstos evitan tentaciones de insolidaridad o limitación del esfuerzo asistencial. Finalmente, se precisaría mantener y ampliar un fondo de cohesión para nivelar las oportunidades de salud de la población y para incentivar las inversiones que respondan a criterios técnicos de necesidad.

3. Promover el Buen Gobierno en el SNS, a través de medidas legales y técnicas que aborden los problemas estructurales.

- a) Dotar al SNS de un **marco legal claro y actualizado**, refundiendo las leyes y normas anteriores, y estableciendo en positivo el concepto de ciudadanía sanitaria, Sistema Nacional de Salud, y sus órganos de gobierno y gestión.
- b) Promover en paralelo y para las funciones técnicas de colaboración de los

Servicios Regionales de Salud de las CCAA, una **estructura agencial** con bajo nivel de politización, alto nivel de transparencia, que combine centralidad estratégica y técnica, con estructuración en base a redes territoriales y que tenga una clara vocación de articular los instrumentos de gestión de recursos, de personas, de conocimiento y de información, que constituyen la plataforma de acción compartida del SNS.

- c) De igual manera habrá que poner en marcha, utilizando las estructuras y capacidades existentes, una institución profesional e independiente que contribuya a promover una medicina basada en la evidencia científica contrastada, el conocimiento y la eficiencia profesional, a fin de evitar intervenciones asistenciales que no aporten valor al paciente y soporte la actividad de los profesionales con información objetiva, actualizada y debidamente contrastada.

4. Buen Gobierno y Buena Gestión en Centros y Servicios sanitarios públicos.

- a) Avanzar en la creación de **órganos colegiados de gobierno y en la profesionalización de la gestión**: el “*Decálogo para el Buen Gobierno de los centros sanitarios y la profesionalización de la dirección*“, documento de 2005 que promovió la OMC junto con SESPAS y SEDISA, sigue siendo plenamente vigente, y, salvo algunas iniciativas aún no consolidadas (País Vasco), continúan siendo propuestas escasamente atendidas por los responsables políticos e institucionales.

https://www.cgcom.es/sites/default/files/05_03_16_buen_gobierno_0.pdf

- b) Promover un **rediseño de los servicios públicos de salud**: que facilite la acción integrada entre niveles asistenciales; que permita reconducir la excesiva fragmentación asistencial; que restaure el enfoque integral y

longitudinal a la persona enferma; que potencie decididamente a la atención primaria y su papel de gestor clínico de red; que ordene el territorio para racionalizar tanto los servicios de proximidad como los de alta especialización; que ponga en marcha estrategias para pacientes crónicos, pluripatológicos y terminales; y que vaya aportando instrumentos de gestión a los centros y servicios, para que puedan promoverse modelos efectivos de gestión clínica.

5. Profesionalismo y creación de capital clínico, ético y gestor en las profesiones sanitarias.

- a) **Un contrato social renovado con las profesiones sanitarias:** porque es la cultura, no la economía, la que garantizará la sostenibilidad de los sistemas públicos de salud. Para ello son necesarios múltiples cambios, en la formación, en el desarrollo profesional, y en la gestión del factor humano profesional. Este es un reto para el cual el SNS debería abrir un espacio de reflexión claro y vinculante. Las nuevas generaciones de médicos y especialistas deberían participar desde el inicio en el debate sobre los retos éticos y organizativos que hoy plantea trabajar en la moderna medicina y en los sistemas sanitarios público.
- b) **Un pacto para gestionar la crisis sin descapitalizar la medicina:** formar a un facultativo es muy caro y consume mucho tiempo; la disminución de la sanidad pública por recortes en contrataciones, puede dejar a varias cohortes de médicos y enfermeras fuera del empleo durante varios años, mientras que la edad media de las plantillas de los centros aumenta.

Los médicos proponemos una reflexión conjunta con las autoridades sanitarias, cabría contemplar un compromiso: a cambio de **no reducir en el empleo joven de médicos**, evitando la emigración de nuestras jóvenes promociones médicas de los últimos años, promover activamente una gestión

adecuada de todos los recursos disponibles que puedan reducir el gasto sanitario.

* * * * *