

Pacto por la Sanidad: una realidad, muchas perspectivas

Grupo de Análisis Sanitario de la SEMG

El Ministerio de Sanidad y Consumo pidió a las Sociedades de Atención Primaria una opinión de cómo ven la actual situación sanitaria de España con el objetivo de realizar una valoración sobre el Sistema Nacional de Salud y con el fin de alcanzar un Pacto por la Sanidad. La Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG) respondió a esta invitación y realizó un estudio base con nuestra opinión para la construcción de un Pacto por la Sanidad, que consideramos imprescindible y necesario, teniendo en cuenta la dramática situación de la Atención Primaria que de alguna manera intentamos exponer en nuestro reciente *Decálogo de Medidas Urgentes* que han suscrito diferentes colectivos, organismos y asociaciones profesionales. Y estas son algunas reflexiones a propósito del diagnóstico de situación sobre varias de las áreas de trabajo definidas.

POLÍTICAS DE SALUD PÚBLICA

A finales del Siglo XX, después de superadas las grandes epidemias de las enfermedades infecciosas, la salud pública parecía limitarse a casos aislados de esos procesos y dejaba, preferentemente, la acción sanitaria para las enfermedades no transmisibles, en la que preponderaba la atención individual. El desarrollo social en España y los adelantos de la medicina permiten un nuevo enfoque de los problemas de salud, donde los principios de la salud pública (educación para la salud, prevención, diagnóstico precoz, tratamiento y rehabilitación) siguen vigentes para las nuevas patologías. Por otro lado, los médicos generales y de familia tienen encomendadas en los Equipos de Atención Primaria (EAP) las funciones de salud pública y asistenciales para poder afrontar y resolver del mejor modo los problemas de salud que afecten a la comunidad por

ellos atendida. Si por un lado las funciones asistenciales se han visto reforzadas con la Reforma de la Atención Primaria, no es menos cierto que las funciones de salud pública no lo han sido tanto, por la escasez de recursos y propuestas claras de salud comunitaria. La salud pública se ha limitado al sumatorio de actos individuales (vacunación, educación sanitaria, diagnóstico precoz a veces...) y de inspección sanitaria rudimentaria, por la dilución de responsabilidades y falta de medios y el poco apoyo a la investigación y a la salud comunitaria en los Centros de Salud.

LA SALUD COMUNITARIA

Un clásico de nuestra medicina, como es el texto de *Piédrola*, en su última edición afirma que la salud comunitaria representa un avance más en la evolución de la salud pública, introduce el concepto de la responsabilidad y participación de la comunidad en la planificación, la administración, la gestión y el control de las acciones que conducen al mejor estado de salud de sus integrantes. La medicina comunitaria es la medicina primaria, continúa el texto, y supone la prestación integrada de los servicios preventivos y asistenciales a todas las personas sanas y enfermas de una comunidad. Y esto incluye la investigación de factores ambientales, sociales y conductuales causantes de enfermedad, así como la promoción de su corrección. En el momento actual se considera que casi todos los factores que integran los determinantes de salud son modificables. Del mismo modo, se afirma que la salud pública tiene que retomarse proponiendo objetivos claros en el control de las enfermedades y determinantes de la salud, valorando las inquietudes sociales y su impacto sobre la salud.

ESCASEZ DE ESTUDIOS DE INVESTIGACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

Cuando se quieren llevar a cabo estudios de investigación socio-sanitarios, el conocimiento de la dinámica demográfica es básico para la planificación y programación sanitarias, por cuanto permite realizar estimaciones y proyecciones de la población en el futuro, toda vez que sus cambios posibles de tamaño y de estructura han de tenerse en cuenta para modificar y establecer prioridades entre las acciones de salud pública. Tampoco sobre ello se hace mucho hincapié desde las diferentes Administraciones Sanitarias. España, a lo largo del siglo XX, pasó de ser un país eminentemente rural (más de 75% de sus habitantes vivía en pueblos de menos de diez mil habitantes en su comienzo) a ser urbano. Asimismo, en las últimas décadas los países industrializados se han caracterizado por presentar una disminución y cambios en la mortalidad. La natalidad, la mortalidad y las migraciones son las que determinan la evolución de las poblaciones en el tiempo. La edad media poblacional española refleja el progresivo envejecimiento que está sufriendo la población como consecuencia de la muy importante caída de la natalidad, la existencia de unas bajas tasas de mortalidad y una muy elevada esperanza de vida; esta situación es mucho más acusada cuanto menores son los municipios. Se considera medio rural a las poblaciones que tienen hasta 9.999 habitantes y es fácilmente verificable porque la población reside en un casco urbano definido. La densidad de población española es de 78,1 habitantes/Km², mucho más elevada en la costa que en el interior, exceptuando Madrid. Cuando en 2004 se realizó el estudio de *La Salud de Nuestros Pueblos*, resultante de un convenio entre el Instituto de Salud Carlos III y la SEMG, se llevó a cabo una revisión bibliográfica exhaustiva, nacional e internacional, en la que se pudo comprobar que se realizan escasos estudios de salud pública. En ellos se pone en evidencia el déficit de registros, hasta hace poco tiempo inexistentes. El pasado 13 de noviembre, el profesor Nick J Wareham, de la Unidad de Epidemiología de

Cambridge, afirmaba en El Escorial: "La prevención desde la salud se tiene que basar en soluciones desde la salud pública, y se hace muy poca investigación al respecto".

POLÍTICAS DE CALIDAD E INNOVACIÓN

La calidad asistencial es un elemento estratégico clave para la planificación y gestión eficiente de los servicios sanitarios; permite hacer bien lo que es adecuado hacer, demostrar que más no es mejor y compatibilizar el freno en el crecimiento del gasto sanitario con la mejora de los servicios. Los objetivos a valorar en la asistencia sanitaria deben ser acordes con el estado de la ciencia (medicina basada en hechos demostrados), buscar el menor consumo de recursos para poder garantizar su continuidad y respetar la equidad en el acceso a los servicios. La calidad es hoy una exigencia natural de una sociedad organizada y ésta adquiere cada vez un papel más participativo que nos obliga a ser más rigurosos en el ejercicio de la profesión. A partir de los argumentos de análisis, se aprecia un déficit en la calidad del proceso asistencial (con sus características de eficacia, seguridad, adecuación, trato, información, accesibilidad, continuidad...) y en la calidad en la gestión, lo que implica baja implantación de líderes implicados, de planificación de las actividades, de gestión de las personas, de las alianzas y de los recursos, y de gestión exhaustiva de los procesos. El lema "la calidad empieza con la formación y acaba con ella" es una meta que requiere contemplar la formación como una actividad formal y permanente en el contexto de la actividad sanitaria. Por ello el compromiso de los gestores debe estar orientado al usuario, atender a la motivación profesional e implicar a todas las unidades y procesos de la Organización, además de preocuparse por la formación, comunicación, información y transparencia del sistema.

LA MOTIVACIÓN DE LOS PROFESIONALES

Los profesionales conocen escasamente las políticas de calidad de su organización para incrementar su

nivel de implicación y participación. Las personas involucradas no reciben periódicamente suficiente información para conocer la evolución, los resultados del Plan y lo que puede significar para ellos. El profesional integra poco su responsabilidad clínica hacia el paciente así como su responsabilidad económica hacia la sociedad. El patrón de Gestión Clínica no se encuentra suficientemente implantado y tiene poca contribución activa de los profesionales. La Gestión Clínica debe formar, informar e incentivar a los profesionales asistenciales para que tomen las decisiones con la mejor relación coste-efectividad. No se ha establecido un adecuado sistema de incentivos, de reducción de la burocracia, de flexibilización de las relaciones profesionales, de descentralización de los procesos de promoción profesional y de personalización de las condiciones de trabajo. Existe carencia de profesionales motivados y satisfechos con su trabajo y con su Organización, y faltan acciones encaminadas a aumentar el rendimiento y calidad del servicio que prestan. Pensamos que cualquier intento de una Organización por abordar actividades de gestión de la calidad debe basarse en una aptitud y una filosofía para compartir, pero también debe establecer un sistema estructurado basado en una metodología rigurosa.

LAS INSTITUCIONES DEL ESTADO

En el Ministerio Sanidad y Consumo cabe el desarrollo de las líneas estratégicas de la Ley de Cohesión y Calidad, que son mejorar los resultados en salud, garantizar la equidad, la calidad y la participación, y promover la cohesión en el Consejo Interterritorial hacia un coherente SNS.

POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS

La realidad actual de los Recursos Humanos es muy dispar; por poner un ejemplo, más del 55% de los médicos que ejercen en Madrid son mayores de 50 años, mientras que en Extremadura la proporción se encuentra alrededor del 20%. Algunas especialidades

cuentan con muy pocos médicos jóvenes en comparación con la importante proporción de médicos que se jubilarán en los próximos años. En la actualidad la tasa de reposición de los profesionales que se jubilarán en los próximos años se encuentra cubierta con los nuevos licenciados si se cuenta con mantener, además, el ritmo actual de homologación de profesionales extracomunitarios.

Hasta ahora ha existido un claro desequilibrio dinámico entre oportunidades de formación y oportunidades de empleo, lo que conlleva un evidente problema de inequidad intergeneracional. Los planes de estudio no se corresponden con los nuevos perfiles profesionales ni con la organización sanitaria ni con los métodos de trabajo actuales. La formación MIR no prevé en la actualidad las necesidades globales de profesionales, lo que incluye no sólo las del SNS sino también las del sector privado. En los próximos años se incrementará significativamente el número de jubilados hasta casi duplicar la cifra actual, lo que requiere adoptar medidas encaminadas a incrementar las plazas de formación de pregrado y posgrado, a regular dentro de la legalidad los trámites de homologación de títulos extracomunitarios, y a generar elementos de impacto sobre la gestión, como la troncalidad de la formación especializada.

El capital humano se acumula tras un costoso proceso de inversión en formación, pero se vuelve obsoleto e irrecuperable si no ejerce de forma habitual la profesión. Esta consecuencia es mucho más precoz que en otras profesiones dada la velocidad de los avances tecnológicos. El SNS es en gran medida responsable de esta pérdida de capacidad al no facilitar el ejercicio de estos profesionales en su ámbito de influencia; empíricamente se intuye que es muy elevado el número de pérdidas irrecuperables para la profesión. Del mismo modo, es responsable de que muchos médicos abandonaran la profesión al haber limitado durante años el acceso de varias generaciones de licenciados a la formación especializada, lo que les impidió obtener la titulación necesaria que en este momento les habilitaría para ejercer.

En la actualidad dos de cada tres nuevos médicos son mujeres; a corto plazo se estima que este proceso de feminización tendrá como consecuencia una reducción del tiempo efectivo de trabajo por motivos sociológicos y legales: bajas por riesgo laboral durante los embarazos, permisos de maternidad, reducciones de jornada y permisos para el cuidado de hijos o ascendientes. Indudablemente esta valoración no pretende ser discriminatoria sino que debería ser pauta para prever las futuras necesidades, porque, así como hablamos de descansos de maternidad, también deberemos tener en cuenta los de paternidad.

La prosperidad económica reciente de nuestro país ha tenido como una de sus consecuencias el incremento de la actividad del sector sanitario privado, que ha generado una creciente oferta de empleo y es responsable naturalmente de parte de la descapitalización de recursos humanos en el sector público. Otro motivo es la creciente oferta de empleo en otros países de la Unión Europea, y esto agravará aún más el déficit de personal sanitario. Por otra parte, hay numerosas plazas no cubiertas en zonas poco atractivas, que no están dotadas de incentivos reales que promuevan la movilidad hacia esos lugares, dado que los modelos de gestión de los recursos humanos no permiten discriminar positivamente el ejercicio en tales zonas. Finalmente, la contratación para tales plazas de profesionales sin la titulación necesaria para ejercer cuestiona la equidad de la prestación de los servicios.

Los profesionales con títulos extracomunitarios homologados por cualquier vía legalmente establecida presentan una heterogénea formación. En muchas ocasiones su conocimiento del idioma, de las costumbres y del funcionamiento del sistema sanitario es gravemente deficiente. Es de esperar que, una vez capacitados legalmente para trabajar en España, decidan *reemigrar* hacia otros países más atractivos de la Unión Europea.

Las plazas de hospitales docentes y de grandes ciudades son las primeras en cubrirse, mientras que hay serias dificultades para completar las plantillas de hospitales comarcales y de zonas rurales. Los turnos de

tarde de horario fijo, creados para optimizar las instalaciones y para mejorar la accesibilidad de la población, constituyen incentivos indirectos a la frecuentación indiscriminada, lo que conlleva consultas y cupos masificados a corto plazo. A la larga esta situación genera desmotivación profesional y, dada la escasa posibilidad real de cambio de turno, en muchos casos abandono del ejercicio. Por otra parte, tales condiciones laborales entorpecen de manera importante la conciliación de la vida familiar con la profesional.

CARTERA COMÚN DE SERVICIOS SANITARIOS Y SERVICIOS Y UNIDADES DE REFERENCIA

La equidad es un factor determinante para que la Cartera sea justa y equilibrada. Entre las fortalezas de la actual Cartera Común de Servicios Sanitarios destacamos la amplitud de la oferta de técnicas, de tecnologías y de procedimientos. La información disponible previa de las carteras de los diferentes servicios autonómicos de salud, que permite evaluaciones y comparaciones entre las Comunidades Autónomas según el desarrollo de la cartera común y complementaria. Entre las debilidades podemos señalar la insuficiencia de medios para desarrollar las prestaciones incluidas, la desigualdad en el acceso, el tiempo para recibir la prestación y la calidad según en qué Comunidad Autónoma se ejercite.

Como vemos entre la fortaleza y las debilidades hay una asincronía de actividades en diferentes ámbitos.

POLÍTICAS PARA LA RACIONALIZACIÓN DEL GASTO SANITARIO

Estimamos que la gran debilidad del sistema es la financiación insuficiente: el gasto crece más deprisa que el conjunto de los ingresos, problema similar en todos los países occidentales donde la preocupación general es la sostenibilidad del sistema. Al mismo tiempo es evidente que la fortaleza de nuestro Sistema

Sanitario tiene el respaldo de una opinión pública favorable y con un alto grado de satisfacción, además de constituir un importante sector productivo.

En el incremento de la factura farmacéutica inciden factores como la evolución de las prestaciones con cobertura pública, el crecimiento demográfico, los avances tecnológicos y nuevas técnicas diagnósticas, la aparición de nuevas patologías, el crecimiento de las expectativas de vida; todo ello crece a un ritmo superior al crecimiento de la renta.

El aumento progresivo del coste es debido, entre otros aspectos, a los nuevos medicamentos con un precio más alto (España es el segundo país en el mundo, detrás de los Estados Unidos de América, con más penetración de los medicamentos de comercialización reciente, protegidos por patente); el incremento en el número de recetas por pluripatología; la mayor supervivencia de la población; los costes elevados de distribución (8%) y de dispensación (27,9%); los grupos terapéuticos de fármacos de rápida renovación en el mercado que, además, está más determinada por la evolución de la oferta que por la demanda, y es incompatible con los ritmos propios de los procesos de incorporación de experiencia clínica y de conocimiento en la práctica clínica dentro del SNS. Los médicos de atención primaria están sometidos a una presión comercial para prescribir y a una institucional para ahorrar, pero los mensajes que reciben ayudan poco a abordar incertidumbres y a promover un uso razonado de los medicamentos. Por otra parte, la corta duración de las consultas estimula en algunos casos la prescripción casi automática.

INCREMENTO DE LOS RECURSOS

La mayor aportación del Estado tiene que ser racional y distributiva, de manera que la Atención Primaria sea destinataria de una parte importante de las dotaciones debido a que representa el mayor porcentaje de resolución sanitaria. No se ha mejorado la

redistribución del fondo de cohesión social (atención de pacientes desplazados, extranjeros...). No se han potenciado las medidas disuasorias del consumo de productos como el tabaco y el alcohol, ni el incremento gradual de sus cargas impositivas, algo que en otros países ha demostrado ser sumamente eficaz.

En este contexto, la mejora de la calidad y la eficiencia del sistema van ligadas a su financiación y a una eficaz gestión de los recursos, lo que implica desburocratizar en primer lugar la consulta. La transparencia en la gestión y rendición de cuentas es fundamental y son necesarios planes estratégicos e indicadores de actividad con resultados públicos y evaluables iguales para todas las Comunidades Autónomas. Actualmente no existe una evaluación de los objetivos, mucho menos un calendario, ni se identifican éxitos y fracasos, malos funcionamientos y su corrección. Es necesario un modelo organizativo y de gestión (premisa igual para todas las Comunidades Autónomas) con un programa económico en función de la edad de la población, la renta y la concentración poblacional. Además, una co-gestión corporativa en compras y logística, inversiones, recursos humanos, áreas de investigación, docencia e innovación, información y análisis de la misma y planes estratégicos como instrumentos de planes de salud. Los profesionales no tienen el suficiente protagonismo, medios, capacidad de trabajo y organización adecuados para poder cumplir lo mejor posible sus funciones. No se reconoce su valía personal y, por tanto, no se sienten corresponsables del Sistema de Salud, ni se implican en la medida necesaria como para tener a su alcance la formación continuada adecuada desde el pregrado y posgrado hasta la finalización de su ejercicio profesional.

En resumen, un Pacto por la Sanidad debe servir para mejorar lo mejorable de un sistema que goza aún de buen nombre y que, a pesar de sus defectos, preserva la vocación de servicio para la sanidad pública; aunque debemos acelerar los tiempos antes de que se pierda el sentido.