
Una sanidad necesitada de liderazgo profesional

Miguel Ángel García Pérez^a y Carlos Amaya Pombo^b

^a*Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria. Coordinador de estudios. Fundación CESM.*

^b*Neurocirujano. Secretario General, Confederación Estatal de Sindicatos Médicos.*

Han pasado 10 años desde que la Revista de Administración Sanitaria viera la luz por primera vez, y son muchos los cambios reflejados en ella que la realidad sanitaria española ha vivido desde entonces:

1. Ha culminado el proceso de transferencias sanitarias, sobre el trasfondo de un panorama autonómico que está comenzando a cambiar, y se percibe un clima de descoordinación general que presenta un sistema sanitario fraccionado en 18 entidades gestoras/proveedoras.

2. Se han producido cambios en la legislación básica que afecta a los profesionales sanitarios, aunque en muchos aspectos la nueva legislación no ha sido convenientemente desarrollada.

3. Un nuevo e inesperado fenómeno, el de la escasez de médicos, se asoma con fuerza en el panorama sanitario, trastocando el entramado laboral médico en España.

Sobre esta situación, la desmotivación de nuestros profesionales y su descon-

cierto ante las continuas interferencias que su labor asistencial sufre a diario desde diversos frentes hacen que la cuestión del profesionalismo médico y su concreción en órganos profesionales de decisión se encuentre presente en todas las organizaciones y foros de reflexión médica.

Vamos a desgranar, uno a uno, cada uno de los epígrafes mencionados más arriba, intentando dibujar un panorama lo más completo posible de la situación que hoy atraviesa nuestro sistema de atención sanitaria y una de sus profesiones más destacadas, la Medicina, aquélla de la que aún muchos nos sentimos orgullosos de profesar.

El fraccionamiento del sistema sanitario español

El proceso de transferencias sanitarias a las distintas Comunidades Autónomas, que había comenzado en 1981

con la transferencia a Cataluña¹, culminó en el año 2002 con la asunción simultánea de competencias en las 10 Comunidades que aún no las habían acogido. La culminación del largo proceso transferencial, ligada a la firma de un nuevo acuerdo de financiación entre la Administración Central y las Comunidades Autónomas, fue percibida en muchos ámbitos como precipitada, sin que se tomara en consideración adecuadamente el tema de la coordinación. La Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud² intentó mantener un nivel mínimo de coordinación dentro del sistema sanitario, reforzando el papel del Consejo Interterritorial, pero la experiencia nos ha enseñado que éste se ha convertido en un ámbito de lucha y reivindicación política más que de encuentro entre las distintas autoridades sanitarias de nuestro país, y el Sistema Nacional de Salud (SNS) parece navegar a la deriva de las dispersas decisiones de dichas autoridades, echándose en falta un liderazgo claro y eficaz por parte del Ministerio de Sanidad y una voluntad manifiesta de cooperación entre las Comunidades Autónomas. Sobre este trasfondo el nuevo rumbo adquirido por la estructura autonómica del Estado hace temer que un proceso serio de coordinación y convergencia en-

tre los distintos sistemas sanitarios autonómicos sea aún más difícil, lo que ha llevado a que sean muchas las voces que piden un pacto de Estado por la sanidad³, que deje a ésta al margen de los vaivenes del debate político y afronte seriamente cuestiones decisivas como la equidad, la solidaridad y la sostenibilidad del sistema.

La descentralización del sistema sanitario puede ofrecer importantes ventajas a la hora de acercar la gestión al ciudadano (otra cosa es que éste lo perciba), pero lo que realmente está produciendo es una situación negativa, tanto para el propio ciudadano como para el profesional. Cada vez con más frecuencia se producen asimetrías en la atención prestada por las distintas Comunidades Autónomas, con prestaciones financiadas en algunas de ellas que no lo son en el resto (vacunaciones, tratamiento antitabáquico, cirugía de cambio de sexo, etc.). Los profesionales sanitarios no entendemos que las indicaciones médicas varíen por cuestiones de demarcación geográfica, y ello acentúa la confusión y el desánimo entre los profesionales, que ven cómo intereses políticos se anteponen a los estrictamente sanitarios.

Incluso se crean importantes diferencias en las condiciones laborales y retributivas de los profesionales: los salarios

pueden variar hasta en un 30% entre las distintas CCAA por condiciones de trabajo similares (en el caso de las horas de guardia, las diferencias pueden superar el 100% en Atención Primaria), y la disponibilidad de descansos laborales también es diferente entre las distintas CCAA⁴. Y un elemento tan importante para el desarrollo y la motivación profesional, como es la carrera profesional, es regulada por cada Comunidad Autónoma sin que existan criterios claros de coordinación, lo que contribuye a dificultar la movilidad de los profesionales dentro del territorio nacional. De ahí que se haya podido definir la situación actual como de “reinos de taifas”, en los que cada territorio desarrolla un sistema de atención sanitaria con criterios propios e independientes de los del resto del Estado⁵.

El nuevo ordenamiento jurídico de las profesiones sanitarias

La nueva legislación reguladora de las profesiones sanitarias no ha estado tampoco a la altura de las circunstancias. La Confederación Estatal de Sindicatos Médicos había expresado continuamente la necesidad de un Estatuto propio de la profesión médica, que reconociera las peculiaridades de un ejercicio que no se puede entender meramente como una

compraventa de derechos y deberes entre el Estado como patronal y el profesional como trabajador, sino que tiene que servir como marco facilitador para el desarrollo de una actividad tan específica como la actividad clínica⁶. El Estatuto aprobado ahora hace 4 años⁷ no atiende con la suficiente especificidad la profesión médica y tampoco contribuye en absoluto al establecimiento de un marco común de desarrollo, más o menos homogéneo, para el ejercicio de la Medicina en las distintas Comunidades Autónomas. Y hay que decir que la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias⁸ tampoco ha contribuido significativamente a ello, máxime si tenemos en cuenta que algunas de sus disposiciones no han sido desarrolladas a pesar del tiempo transcurrido (por ejemplo, la obligación de poner en marcha un registro de profesionales). Tampoco queda recogida con suficiente claridad en dicha legislación la regulación europea de la jornada máxima, tema por el que nuestras autoridades sanitarias no han mostrado el más mínimo interés, al incumplir nuevamente el plazo planteado para el informe que debería adaptar la regulación sobre jornada máxima a la situación española⁹.

Y para incrementar aún más el desencuentro entre la Administración Central

y la profesión médica, su sindicato más representativo ni siquiera ha sido considerado digno de ser escuchado por el Gobierno (aunque no parece que este criterio vaya a ser refrendado por la justicia¹⁰) en la elaboración del Real Decreto que regula la actividad laboral de los médicos residentes, en medio del absoluto rechazo que estos últimos han manifestado por su redacción definitiva. No queda claro, pues, a partir de qué y para quién se regula la profesión médica si no se cuenta con su opinión al respecto.

Días de mucho, vísperas de poco

Otro cambio importante que se ha producido en estos 10 años, y que no parece haber sido previsto en absoluto por la autoridad sanitaria, es el de la inversión en la tendencia del número de profesionales médicos. La percepción generalizada era, hasta hace dos o tres años, la de un exceso de médicos en España que llevaba a una situación de paro importante, así como a la existencia de “contratos basura” y en condiciones de precariedad. El último análisis de la Fundación CESM sobre demografía médica (*Demografía médica en España. Mirando el futuro*¹¹) ya apuntaba hacia un cambio de situación que había venido anunciando por adelantado desde el año 2004, aunque

el aviso caía en saco roto; sin embargo, la realidad va imponiéndose día a día, y va constatando la certeza de aquel análisis: ni las cifras de médicos en ejercicio en España están tan por encima de la media europea, ni es tan sobrada para satisfacer las necesidades de atención en nuestro país. Y las cosas irán empeorando en la medida que las cifras de jubilaciones se incrementen y comiencen a reducir el crecimiento anual de efectivos, crecimiento que, en base poblacional, desaparecerá a partir del año 2015, si no lo ha hecho ya ante el crecimiento desmesurado de la población española. Porque a esto es a lo que apuntan los acontecimientos. Y aún estamos por vivir un año, el 2008, sin la incorporación de nuevos médicos de familia.

Sin embargo, la resistencia a comprender esta situación es evidente, y continúa habiendo afirmaciones sobre la inexistencia de déficit de médicos en España, o de que éste es y será leve o poco importante¹². Sin embargo, quienes esto afirman no aportan análisis alternativos al hecho por la Fundación, no sólo sobre sus propios datos, sino también sobre los de colegiación facilitados por el Instituto Nacional de Estadística¹³. Y el Registro de profesionales exigido por la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias aún no se ha

puesto en marcha; para cuando lo haga, mucho nos tememos que las previsiones de futuro no sean de interés, debido a que ya se dispondrá de muy poco margen de tiempo para hacer frente al más que probable déficit de profesionales que otros países están ya viviendo de forma significativa, e intentando afrontarlo de la mejor manera posible.

A pesar de todo, algo ha comenzado a cambiar, y las distintas Administraciones van siendo conscientes poco a poco del problema: diversas Comunidades Autónomas ya han puesto en marcha programas de contratación en el extranjero, a la vez que reclaman un incremento de la formación de profesionales en nuestro país, y el Ministerio de Sanidad ha comenzado a incrementar el número de plazas de pregrado, 10 años después de hacer lo propio con la de postgrado.

Es cierto que hacen falta análisis de la demanda potencial de atención sanitaria en el futuro, y que no es suficiente con proyectar las tendencias actuales de profesionales y de necesidades de atención. También es cierto que pueden producirse cambios en el perfil competencial de las diferentes profesiones, pero esto no será un proceso fácil ni rápido. Y mientras no estén claros los horizontes de futuro en estos asuntos, sólo nos queda mantener un nivel adecuado de profesionales,

planificando en función de la situación actual. No nos ocurra que, por esperar a tener completo el análisis, el “paciente” (la asistencia sanitaria en España) presente ya lesiones irreversibles, que le hagan muy difícil recuperar un mínimo de “calidad de vida”. Los médicos estamos acostumbrados a trabajar con datos parciales a la espera de análisis más completos, sin esperar a tener pacientes muy bien diagnosticados... cuando ya están muertos.

El resurgir del profesionalismo

No es extraño que, con este horizonte, se viva con gran expectación el renacer del profesionalismo. Y no sólo por la situación de desconcierto que parece reflejar todo lo anterior en nuestro país, sino por otros condicionantes, más globalizados, a que se ve expuesto el ejercicio profesional en la actualidad: presiones económicas, interferencias en las decisiones clínicas, un paciente cada vez más informado y exigente, el peso del incremento en los litigios por mala praxis, etc.^{14,15}.

Es evidente que, en esta situación, la profesión médica no debe esperar respuestas sobre su papel en la sociedad de quienes parecen estar más preocupados de sus réditos electorales que de gestionar adecuadamente los intereses sociales. Pero

también es cierto que tampoco puede pretender el retorno a los viejos tiempos en que ella misma, por sí sola, tomaba decisiones en nombre de la sociedad y de los propios pacientes. En este momento de la historia en que los ciudadanos viven la necesidad de ser protagonistas de su proceso de enfermar y de ejercer, aún en el seno de dicho proceso, su capacidad de autonomía, a la profesión no le queda más remedio que mirar directamente hacia ellos y hacia sus asociaciones para encontrar claramente su papel en la sociedad.

La Medicina no nació como un proyecto de ingeniería social de la salud, sino como un intento de aliviar el sufrimiento humano. Y aunque no hay que despreciar las herramientas sociales útiles para este ali-

vio (múltiples y muy eficaces), su principal compromiso ha de seguir siendo con el sufrimiento que, a cada ser humano, le produce (o puede producir) la enfermedad. Ésta ha de ser la base del nuevo contrato social de la profesión. Sólo a partir de ahí se pueden entender los otros compromisos de la profesión; entre ellos, con las organizaciones y Administraciones sanitarias, cuyos recursos, por otra parte, hay que saber utilizar y hay que hacer utilizar con responsabilidad.

Y así lo estamos entendiendo algunas organizaciones profesionales: nuestro compromiso no sólo termina con los pacientes, sino que también comienza con ellos. Ésta es la auténtica esperanza del nuevo profesionalismo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Real Decreto 1517/1981, de 8 de julio, sobre traspasos de servicios de la Seguridad Social a la Generalidad de Cataluña en materia de seguridad social (INSALUD e INSERSO). Boletín Oficial del Estado nº 176, 24 de julio de 1981. p. 16.832-48.
2. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Boletín Oficial del Estado nº 128, 29 de mayo de 2003. p. 20.567-88.
3. El Senado, a favor de trabajar por un Pacto de Estado sobre Sanidad (noticia). El Médico Interactivo, 26 de octubre de 2005. Documento en internet. Disponible en: http://www.elmedicointeractivo.com/noticias_ext.php?idreg=9971
4. Sánchez de la Nava JC, Elizalde Usechí M, Mena Mur MA; Confederación Estatal de Sindicatos Médicos (CESM). Estudio de las condiciones de trabajo, retribuciones y carrera profesional de los médicos en España. Pamplona: Confederación Estatal de Sindicatos Médicos; 2006.
5. Los salarios de los médicos varían más de un 30% según la Comunidad en la que trabajan (noticia). Confederación Estatal de Sindicatos Médicos (CESM), 14 de diciembre de 2006. Documento en internet. Disponible en: <http://www.cesm.org/nueva/index.asp?pag=detallenoticia.asp&formid=502187&categoria=2>
6. Confederación Estatal de Sindicatos Médicos. CESM quiere que los grupos del Congreso impulsen un estatuto laboral específico para los médicos (noticia). Confederación Estatal de Sindicatos Médicos (CESM), 16 de mayo de 2003. Documento en internet. Disponible en: <http://www.cesm.org/nueva/index.asp?pag=detallenoticia.asp&formid=497567>
7. Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud. Boletín Oficial del Estado nº 301, 17 de diciembre de 2003. p. 44.742-63.
8. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. Boletín Oficial del Estado nº 280, 22 de noviembre de 2003. p. 41.442-58.
9. Ley 55/2003, de 16 de diciembre del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud. Boletín Oficial del Estado nº 301, 17 de diciembre de 2003. Disposición transitoria sexta, apartado 2.

- 10.** El fiscal ve fundamento en el recurso de CESM al 'estatuto' (noticia). Diario Médico, 15 de febrero de 2007.
- 11.** Amaya Pombo C, García Pérez MA. Demografía médica en España. Mirando al futuro. Madrid: Fundación CESM; 2005.
- 12.** La OMC pide una comisión con Sanidad y Educación sobre el déficit de médicos (noticia). Diario Médico, 8 de febrero de 2007.
- 13.** García Pérez MA. Actualización 2005 [página en internet]. Madrid: Fundación CESM; 2006. Disponible en: <http://www.cesm.org/nueva/fundaciondemogr/eDEMES/Actualiz20052006.pdf>
- 14.** Medical professionalism Project. Medical professionalism in the new millennium: a physicians' charter. Lancet 2002;359(9305):520-2.
- 15.** Oriol Bosch A, Pardell Alentá H, Gual Sala A. Ser médico hoy. Retos del nuevo profesionalismo médico en España. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos; 2006.