Los profesionales de la salud en España

Fundación Sindical de Estudios
EDICIONES GPS-MADRID

LOS PROFESIONALES DE LA SALUD EN ESPAÑA

Primera edición: enero de 2008

Promueve: Comisiones Obreras de Madrid y Fundación Sindical de Estudios

Dirige: Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública

Coordina: Alberto del Pozo y Marciano Sánchez Bayle

Edita:
Ediciones GPS Madrid
C/ Sebastián Herrera, 14. 28012 Madrid
Tel. + 34 91 527 02 29
info@edicionesgps.es
www.edicionesgps.es

Depósito Legal: M-M-7030-2008

ISBN: 978-84-9721-283-0

Realización e impresión:

Unigráficas GPS

Oficina comercial: C/ Sebastián Herrera 14. 28012 Madrid.
Tfnos.: + 34 91 527 54 98
Fax: + 34 91 536 53 33
unigraficas@unigraficas.es

Indice

PRÓLOGO 7

INTRODUCCION *Alberto del Pozo, Marciano Sánchez Bayle (eds.)* *9*

Capítulo 1. LAS PROFESIONES SANITARIAS: ENTRE LA PLANIFICACION Y EL MERCADO EN UN MUNDO GLOBALIZADO
Marciano Sánchez Bayle
Jefe de Sección de Pediatría del Hospital del Niño Jesús. Presidente de la Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública de Madrid 11

Capítulo 2. FORMACIÓN DE GRADO Y POSTGRADO Y DESARROLLO PROFESIONAL CONTINUO EN MEDICINA. LA CARRERA PROFESIONAL
Aurelio Fuertes Martín
Adjunto de Medicina Interna. Hospital Universitario de Salamanca
Profesor Asociado de Medicina. Universidad de Salamanca
Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública de Salamanca. 33

Capítulo 3. REORIENTAR LA ESPECIALIZACIÓN MÉDICA
Diego Reverte Cejudo
Médico Internista Jubilado. 33

Capítulo 4. LA ESPECIALIZACION EN ENFERMERÍA
Marisa Fernández Ruiz
Enfermera EAP 83

Capítulo 5. DEL PROFESIONAL LIBERAL AL EMPLEADO PÚBLICO
Eddy d´Orleans
Médico-Cirujano del SACYL; Licenciado en Derecho; Máster en Economía de la Salud (Escuela Nacional de Sanidad); Máster en Política y Gestión Sanitarias (London School of Economics);Técnico en Salud Ocupacional (Universidad Pontificia de Salamanca); Doctor en Sociología y Ciencias Políticas (Universidad de Salamanca) 93

Capítulo 6. MÉDICOS EN ESPAÑA. UN GRUPO PROFESIONAL INSTALADO EN UNA CRISIS DE MALESTAR
Manuel Martín García
Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria 149

Capítulo 7. EL AUGE DE LA MEDICINA DEFENSIVA
Luis Palomo
Centro de Salud de Coria (Cáceres). Director de "Salud 2000" 169

Capítulo 8. CRISIS DE LA REPRESENTATIVIDAD PROFESIONAL
Javier González Medel
Médico EAP Potes. Secretario de la Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública de Madrid 185
. . . . . .

Capítulo 9. REORIENTACIÓN DE LA ACTIVIDAD SANITARIA
Juan Antonio Salcedo Mata
Miembro de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública, Especialista en Medicina Interna, médico de Equipo de Atención Primaria. Centro de Salud "Vicente Soldevilla". Área 1- Atención Primaria. Madrid 209

Capítulo 10. BIOMEDICINA, MEDICINAS ALTERNATIVAS Y EUBIATRÍA
Carlos Ponte Mittelbrun
Jefe de la UCI-HGA de Oviedo. "Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública de Asturias" 255

Capítulo 11. ÉTICA Y DEONTOLOGÍA DE LA PRÁCTICA SANITARIA
Carmen Ortiz Ibáñez
Radióloga Hospital Severo Ochoa. Presidenta de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública 293

Capítulo 12. PROPUESTAS DE MEJORA. CONCLUSIONES Y REFLEXIONES
Alberto del Pozo Robles
Médico de Atención Primaria de La Robla (León), y miembro de la Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública de León (FADSP).
Marciano Sánchez Bayle
Pediatra Hospital Niño Jesús de Madrid y Portavoz de la FADSP 315

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES 335

PRÓLOGO

El libro *Los profesionales de la salud en España* es el segundo que aparece fruto de la colaboración entre la Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública de Madrid y la Fundación Sindical de Estudios, y aborda uno de los problemas que son más importantes para el futuro de la Sanidad Pública y que ha sido señalado en el Informe sobre Salud en el Mundo 2006 por la Organización Mundial de la Salud.

En estos momentos hay abierto un gran debate social sobre las necesidades de profesionales de la salud en España. Este debate suele moverse en medio de excesivas simplificaciones que en muchos casos no se corresponden con la realidad. El presente libro pretende clarificar los conceptos al respecto y asimismo señalar la dificultad para establecer un número "deseable" de profesionales de la salud, y como la movilidad social y profesional que impone la globalización tiene una influencia importante sobre estas necesidades, lo mismo que sucede con el modelo sanitario de cada país.

Otros temas que se abordan son los componentes éticos de las actividades sanitarias, la formación pre, postgrado y continuada de los sanitarios, que se analiza desde la perspectiva de un modelo de atención sanitaria pública y de la complejidad progresiva de las ciencias de la salud, así como la progresiva pérdida de autonomía y asalarización que influyen en

sus condiciones de trabajo, deterioradas de manera significativa en los últimos años, y en la práctica profesional, la medicina defensiva y las implicaciones de las limitaciones de recursos y la ausencia de cauces de representación profesional.

Por fin, el libro aborda también el contexto sanitario en que se desenvuelven los profesionales de la salud en España, tanto desde una óptica general que desentraña las características de los sistemas sanitarios de los países desarrollados en los que predomina el biologismo, la confianza ciega en la alta tecnología, el secuestro del sujeto, la exclusión de la dimensión histórica social y cultural, y la iatrogenia, señalándose la necesidad de una medicina distinta que responda al concepto de salud integral propugnado por la OMS, como desde la que analiza los grandes problemas de nuestro sistema sanitario y las dificultades que plantea para el desarrollo de la atención a la salud, inmerso como esta en los bandazos privatizadores de la política neoliberal.

El libro insiste en que quizás el problema está más en el tipo de practica profesional que queremos y necesita nuestra sociedad, que en el numero de profesionales, que en sí mismo dice muy poco, salvo en situaciones extremas.

Marciano Sánchez Bayle
Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública de Madrid

Rodolfo Benito Valenciano
Presidente Fundación Sindical de Estudios.
Miembro Comisión Ejecutiva Confederal de CC.OO.

INTRODUCCIÓN*

El presente libro sobre los profesionales de la salud en España responde al interés de profundizar en los principales problemas de las profesiones sanitarias en nuestro país, problemas que están en gran parte determinados por el modelo sanitario y por las transformaciones que este esta sufriendo, en gran parte producidas por una tendencia internacional a mercantilizar la salud y la provisión de servicios sanitarios.

El libro aborda cuestiones generales sobre la demografía de los profesionales de la salud, la formación pregrado y continuada de los profesionales médicos, la especialización en medicina y enfermería, las transformaciones que se han producido en la practica profesional que en nuestro país ha pasado mayoritariamente de ser una practica liberal a la condición de empleados públicos, la crisis de malestar que viven los profesionales médicos, el auge de la medicina defensiva y la crisis de la representatividad profesional . Además analiza los problemas del sistema sanitario en que se desenvuelven como son la necesidad de reorientar la actividad sanitaria, la biomedicina, medicinas alternativas y eubiatria e incorpora reflexiones sobre la ética y deontología en la práctica sanitaria. Un último capítulo intenta recoger las conclusiones señaladas por los autores y realizar algunas propuestas de cara al futuro.

---

* Alberto del Pozo y Marciano Sánchez Bayle (editores).

A pesar de que tanto el titulo como el planteamiento general del libro pretendían abordar al conjunto de las profesiones relacionadas con la salud, la realidad es que se centra sobre todo en los profesionales médicos y de enfermería, que si bien son mayoritarios en el sector, no por eso puede olvidarse la existencia de otras profesiones tradicionales (farmacia, veterinaria, etc) y el crecimiento de un gran numero de profesiones sanitarias en los últimos años, que no están reflejadas en este volumen. Todas ellas merecen un análisis mas detallado que esperamos poder abordar con detenimiento en otra ocasión.

En el libro han colaborado un total de doce autores/as a los que agradecemos su valiosa e interesante colaboración y la rapidez con la que han respondido al encargo realizado. Aunque se produce alguna repetición en los temas, las hemos mantenido porque suponen aportar matices en el análisis que entendemos mejoran la comprensión de los temas.

Esperamos que este libro pueda servir para mejorar el necesario debate y reflexión sobre la práctica de los profesionales de la salud en nuestro país, debate que hasta ahora parece más movido por la politización y el titular mediático que por la necesaria evaluación en profundidad de los problemas planteados.

Capítulo 1

LAS PROFESIONES SANITARIAS: ENTRE LA PLANIFICACION Y EL MERCADO EN UN MUNDO GLOBALIZADO*

Vivimos tiempos de muchas transformaciones y estas transformaciones, como es lógico, tienen su impacto en los sistemas sanitarios, que además como grandes organizaciones, y en el caso español como dependientes de forma preponderante del sector público, están relacionadas con otras transformaciones que se realizan en el marco político y económico, y que muchas veces son de muy largo alcance, iniciándose muchos años antes de ser visibles para la mayoría de la población.

¿Cuántos profesionales se necesitan?

Una primera cuestión que se plantea al hablar de recursos humanos en el sistema sanitario es la dificultad de conseguir establecer de una manera clara cuales son los profesionales sanitarios necesarios para asegurar la calidad de un sistema sanitario. Normalmente se suele acudir a comparaciones internacionales que aunque tienen la ventaja de situarnos en el contexto en el que nos desenvolvemos, sin embargo no dejan de ser unos datos que son independientes de la calidad real de las prestaciones. O

* Marciano Sánchez Bayle. Jefe de Sección de Pediatría del Hospital del Niño Jesús. Presidente de la Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública de Madrid.

dicho de otra manera si la mayoría de los países tienen serios deficits de personal aparecerá como una situación notablemente elevada aquel país que tenga solo un déficit moderado, y naturalmente a la inversa.

La tabla 1 recoge algunos datos relevantes sobre la situación de los profesionales de la salud en el mundo, señalando los 3 países que tienen los mayores y menores ratios de médic@s y enfermer@s por 1.000 habitantes, incluyendo la situación de España y de EEUU.

La situación de España en el contexto mundial es intermedia dentro de los países desarrollados. Merece la pena destacar los serios problemas que tienen los países del llamado Tercer Mundo en cuanto a la falta de profesionales de la medicina y la enfermería, especialmente en el Africa Subsahariana donde están ubicados los países con menores ratios de profesionales del mundo. Está situación es la que ha hecho que el último Informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) haya realizado un llamamiento a la necesidad de formación de profesionales de la salud en todo el mundo, evaluando el déficit global en 2,4 millones de profesionales, sobre un total de 59,2 millones de profesionales de la salud en todo el mundo. Déficit este que como se ve en la tabla 2 no se reparte de manera homogénea entre las distintas regiones del mundo.

Tabla 1. Profesionales de la medicina y enfermería / 1.000 habitantes en el Informe de la OMS 2006

	Profesionales de la medicina	Profesionales de la enfermería
Máximo	Cuba 5,91 Bielorrusia 4,55 Bélgica 4,49	Irlanda 15,2 Noruega 14,84 Finlandia 14,33
Mínimo	Malawi 0,02 Etiopía 0,03 Liberia 0,18	Liberia 0,03 Etiopía 0,21 Mozambique 0,21
Estados Unidos	2,56	9,37
España	3,3	7,68

TABLA 2. DISTRIBUCIÓN DEL PERSONAL SANITARIO EN EL MUNDO

	Número	Densidad/1.000 habitantes
Africa	1.640.000	2,3
Mediterráneo Oriental	2.100.000	4
Asia Sudoriental	7.040.000	4,3
Pacífico Occidental	10.070.000	5,8
Europa	16.630.000	18,9
Las Américas	21.740.000	24,8
Mundial	59.220.000	9,3

En cualquier caso resulta llamativa la especial situación de Cuba que ocupa el primer lugar del mundo en cuanto al numero de médicos por 1.000 habitantes y que indudablemente expresa una opción política y de sistema sanitario, además de otras opciones estratégicas en cuanto a colaboración/cooperación internacional (son bien conocidos los casos de la presencia de numerosos médicos cubanos en Angola y Mozambique y mas recientemente en Venezuela). Es evidente que el caso de Bielorrusia es parecido ya que proviene de un sistema con un régimen económico y social similar.

La tabla 3 recoge la densidad de profesionales sanitarios en la regiones que tiene establecidas la OMS en el mundo, y la densidad global. Como se ve hay diferencias muy sustanciales, ya que se pasa de una densidad de 2,3 / 1.000 habitantes en África a 24,8 en Las Américas, y por supuesto con grandes diferencias dentro de cada región y de cada país.

En la tabla 3 se pueden ver el número de profesionales de la medicina y la enfermería en la Unión Europea, señalándose en negrita los valores máximos y mínimos para cada profesión y los de España. En cuanto a los médicos la densidad oscila entre 4,49 de Bélgica a 1,90 de Rumania (España 3,3) y en enfermería entre 3,75 de Bulgaria y 15,20 de Irlanda (España 7,68). Es obvio que hay grandes diferencias entre los sistemas sanitarios y los grados de desarrollo económico de los países de la UE-27, pero en todo caso parece obvio que la densidad de médicos en España es

comparativamente elevada y la de profesionales de enfermería mas baja, sobre todo si a esta última se la relaciona con los países de la UE-15.

Tabla 3. Médic@s y enfermer@s en la Unión Europea por 1.000 habitantes

	Médic@s	Enfermer@s
Alemania	3,37	9,72
Austria	3,38	9,38
Bélgica	**4,49**	5,83
Bulgaria	3,56	**3,75**
Chequia	3,51	9,71
Chipre	2,34	3,76
Dinamarca	2,93	10,36
Eslovaquia	3,18	6,77
Eslovenia	2,25	7,21
España	**3,3**	**7,68**
Estonia	4,48	8,50
Finlandia	3,16	14,33
Francia	3,37	7,24
Grecia	4,38	3,86
Holanda	3,15	13,73
Irlanda	2,79	**15,20**
Italia	4,20	5,44
Letonia	3,01	5,27
Lituania	3,97	7,62
Luxemburgo	2,66	9,16
Malta	3,18	5,83
Noruega	3,13	14,84
Polonia	2,47	4,90
Portugal	3,42	4,36
Reino Unido	2,3	12,12
Rumania	**1,90**	3,89
Suecia	3,28	10,24

Fuente: *WHO 2006.*
En negrita los datos de España y valores máximo y mínimo.

De lo expuesto parece claro que resulta muy difícil el encontrar el número óptimo de profesionales de la salud y más aún saber si su distribución es la adecuada. En todo caso parece claro que existen algunos mínimos por debajo de los cuales no puede asegurarse una atención sanitaria de calidad. La OMS ha identificado 57 países con déficit críticos que se encuentran concentrados en África (la mayoría), Asia sudoriental y algunos en Latinoamérica.

España tiene una situación aceptable en el contexto mundial. En todo caso conviene destacar que en nuestro caso la relación profesionales de enfermería /médico es llamativamente baja (1,19) respecto al promedio de la UE (2,44).

Las necesidades de profesionales de la salud vienen determinadas por una serie de fenómenos que merece la pena recordar:

1) Necesidades sanitarias

Las necesidades sanitarias derivan de la población, tanto en cuanto al número de habitantes como a su crecimiento y tasas de envejecimiento y/o dependencia. También de la carga de morbilidad y de las epidemias. No debe olvidarse que la carga de morbilidad se ceba en los países más pobres y con menos capacidad de generar una respuesta sanitaria, generando un verdadero círculo vicioso de pobreza, enfermedad, falta de recursos y más pobreza. La OMS resalta que mientras que África soporta el 24 por ciento de la carga de morbilidad mundial, solo cuenta con un 3 por ciento de los trabajadores de salud y menos de un 1 por ciento de gasto sanitario, por el contrario Las Américas tienen un 10 por ciento de la carga de morbilidad, contando con un 37 por ciento de los trabajadores de salud y un 50 por ciento del gasto sanitario mundiales. Obviamente existen también diferencias muy notables dentro de cada región- OMS e incluso dentro de cada país.

2) Sistemas de salud

La existencia de sistemas sanitarios públicos es en general una garantía de recursos profesionales adecuados, ya que los sistemas privatizados

favorecen un crecimiento incontrolado de los sistemas sanitarios en los países ricos (el mejor ejemplo es EEUU) y una casi desaparición de los recursos en los países pobres donde no hay una demanda económicamente solvente. Una hipertrofia de la tecnología también favorece un incremento de los profesionales. Otro tema a tener en cuenta es la necesidad de una relación adecuada entre profesionales médicos y de enfermería (a mas densidad de profesionales de enfermería la densidad médica en principio es menor) y de médicos generales y especialistas (un predominio de estos últimos favorece la necesidad de un mayor numero global de profesionales).

3) Desarrollo económico y social

El desarrollo económico es, lógicamente, una premisa para la existencia de un sistema sanitario con un mínimo de implantación y solvencia. No obstante, aunque se ha señalado la existencia de una relación entre el PIB / per capita y el gasto sanitario per capita, esta relación tiene unos intervalos de confianza bastante amplios, de manera que a la postre, a partir de unas condiciones básicas de riqueza, son las decisiones políticas de los gobernantes, las demandas de la población y la historia del desarrollo del modelo sanitario de cada país, las que mas influyen en las dotaciones de profesionales sanitarios. No obstante existen otros procesos que tienen una influencia muy importante como son el mercado de trabajo y los sistemas de educación, así como las reformas de los sistemas públicos de salud, mas bien las contrarreformas que han avanzado en disminuciones sustanciales de los profesionales empleados, y no cabe duda que otro factor a tener en cuenta son los movimientos de población en un mundo globalizado, cuyas repercusiones sobre los profesionales de la salud se analizaran en detalle mas adelante.

4) Medicalización de la sociedad

Otro aspecto a destacar es la denominada medicalización de la sociedad que caracteriza a los países desarrollados y que consiste en la conversión de numerosos y cada vez mas aspectos de la vida de la personas en problemas de salud. Así fenómenos naturales en el desarrollo humano

como la calvicie, la menopausia, la obesidad secundaria a excesos alimenticios, las arrugas, la vejez, la inadecuación de los rasgos faciales a los criterios sociales de belleza, etc., se convierten en patologías que generan multitud de medicamentos y productos de parafarmacia, seudoespecialistas, clínicas, tecnologías de diagnóstico y tratamiento. Es obvio que esta medicalización que se produce en mayor o menor grado en todos los países del mundo, merced a unas expectativas excesivas sobre las capacidades de la ciencia y fuera de la realidad, se hacen mucho mas intensas en los países de alto grado de desarrollo y en los que la mercantilización de la medicina es mas grande.

Teniendo en cuenta estas limitaciones hay algunas entidades que han propuesto las ratios supuestamente apropiadas de médicos por habitante que establecen marcos con una variabilidad tan amplia que son de poca utilidad practica. Así se ha señalado que el numero de habitantes adecuado por medico general irían desde 1.020 hasta 3.000, y el de población infantil por pediatra entre 885 y 3.102 niños.

La situación en España

La situación de profesionales sanitarios en España incurre en una de esas paradojas tan habituales en nuestro medio. A pesar de que la Ley General de Sanidad plantaba ya en 1986 la necesidad de un registro de profesionales y que la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias abunda en el mismo sentido, la realidad es que todavía los únicos datos disponibles son los de la colegiación que son los que recoge el INE. Obviamente estos datos tienen varios problemas: el mas destacado de ellos es que incluye a los médicos jubilados, pero además algunas personas están colegiadas en mas de un colegio, algunos profesionales (por Ej. las matronas) no precisan estar colegiados en el colegio correspondiente, y por otro lado en algunas CCAA (Andalucía, Asturias) se ha retirado recientemente la necesidad de colegiación para el ejercicio en el sistema sanitario público.

Con todas estas limitaciones la Tabla 4 recoge la distribución de los profesionales médicos y de enfermería. En ella se observa que Aragón es las Comunidad con mayor densidad de médicos (5,93) y Castilla-La Mancha la de menor (3,59), mientras que Navarra tiene la mayor densidad de profesionales de enfermería (8,99) y Murcia la que menos (3,48). Es evidente que este patrón responde en gran parte a la existencia de infraestructuras sanitarias consolidadas hace tiempo (facultades, escuelas de enfermería y grandes hospitales) por lo que es probable que el desarrollo de nuevos centros tras las transferencias lo haya modificado de manera importante.

Tabla 4. Médicos y diplomados en enfermería colegiados
(densidad por 1.000 habitantes)

	Médicos	Diplomados en enfermería
Andalucía	4,02	4,34
Aragón	5,93	5,91
Asturias	5,30	5,99
Baleares	4,31	5,03
Canarias	3,96	4,42
Cantabria	5,14	6,50
Castilla y León	5,05	5,87
Castilla – La Mancha	3,59	4,81
Cataluña	4,74	5,91
Comunidad Valenciana	4,24	4,75
Extremadura	4,16	5,74
Galicia	4,16	4,74
Madrid	5,49	6,10
Murcia	3,76	3,48
Navarra	5,59	8,99
País Vasco	5,00	6,08
Rioja	4,33	5,72
TOTAL	4,57	5,31

Fuente: *INE.*

La relación entre profesionales de enfermería / medicina tiene oscilaciones notables entre las CCAA, y va desde 0,95 en Murcia hasta 1,64 en Navarra.

La Tabla 5 recoge la densidad de farmacéuticos y odontólogos por CCAA. Los extremos para los farmacéuticos están situados en Navarra (2,12) y Murcia (1,07) y para los odontólogos en Madrid (0,76) y Extremadura (0,29).

TABLA 5. FARMACÉUTICOS Y ODONTÓLOGOS COLEGIADOS EN 2005
(DENSIDAD/1.000 HABITANTES)

	Farmacéuticos	Odontólogos
Andalucía	1,28	0,47
Aragón	1,26	0,42
Asturias	1,19	0,51
Baleares	1,12	0,47
Canarias	1,07	0,39
Cantabria	1,13	0,43
Castilla y León	1,51	0,36
Castilla – La Mancha	1,26	0,29
Cataluña	1,37	0,52
Comunidad Valenciana	1,25	0,47
Extremadura	1,37	0,29
Galicia	1,59	0,49
Madrid	1,62	0,76
Murcia	1,07	0,53
Navarra	2,12	0,47
País Vasco	1,28	0,64
Rioja	1,25	0,50
TOTAL	1,36	0,50

Fuente: *INE.*

La evolución del número total de profesionales colegiados entre 1994 y 2005 esta recogida en la tabla 6. En ella se observa un crecimiento global de todos los profesionales sanitarios, en todos los casos, excepto en lo

que respecta a las matronas por encima del crecimiento de población en este periodo (11,19 por ciento). El crecimiento más modesto ha sido el de los médicos y el mas llamativo el de odontólogos (67,27 por ciento), lo cual es lógico ya que era conocido el importante déficit de odontólogos en España, y a la vez se han producido tanto un aumento de la cobertura de la prestación de odontología por el sistema sanitario público (la infantil) y un aumento del nivel de renta de la población que favorece su acceso a unas prestaciones que mayoritariamente se mueven en el ámbito de lo privado.

Tabla 6. Evolución del número de profesionales colegiados entre 1994 y 2005

	1994	2005	% crecimiento
Médicos	162.089	199.120	22,84
Odontólogos	13.242	22.150	67,27
Farmacéuticos	40.323	59.251	31,94
Veterinarios	18.750	25.827	37,74
Podólogos	dnd	4.158	--
Diplomados de enfermería	167.957	231.001	37,53
Fisioterapeutas	2.331	Dnd	---
Matronas	6.105	6.774	10,95

Fuente: *INE (dnd = dato no disponible).*

Desde 1995 es obligatoria la realización de una especialidad para trabajar en el sistema sanitario público en toda la UE, lo que junto con el desarrollo de la especialidad de medicina familiar y comunitaria ha ampliado de manera notable el número de médicos especialistas en España. El análisis de la distribución de los especialistas según CCAA es aún más difícil que el de médicos. Siguiendo los datos del Estudio sobre "Oferta y necesidad de médicos especialistas en España (2006-2030) parece existir una notable variabilidad en el número de especialistas /100.000 habitantes entre las CCAA, lo que aunque puede tener una explicación razonable en el caso de algunas especialidades (puede no ser razonable por ej. que existan servicios de oncología radioterapica, inmu-

nología, cirugía pediátrica, etc. en comunidades con menos de 500.000 habitantes) no la tiene en el caso de las especialidades básicas, que se recogen en la tabla 7.

Esta variabilidad parece poco justificada, y aunque podría deberse en parte a la existencia de un mayor número de grandes hospitales en algunas de las CCAA, en algún caso como el de medicina de familia es inadmisible pues supone una diferencia de hasta 5 veces en el número de médicos generales por habitante entre las Comunidad autónomas que tienen valores extremos.

TABLA 7. VARIABILIDAD DE ALGUNAS ESPECIALIDADES ENTRE CCAA (DENSIDAD /100.000 HABITANTES)

	Mínimo	Máximo	Media
Cardiología	2,87	5,51	4,01
Aparato Digestivo	2,02	5,57	3,46
Medicina Familiar y Comunitaria	47,41	123,46	71,40
Pediatría	36,01	159,62	101,13
Psiquiatría	3,17	9,90	5,69
Medicina Interna	3,38	14,34	7,59
Medicina Preventiva	0,25	3,50	1,09

Fuente: *Ministerio de Sanidad y Consumo*

Feminización de las profesiones sanitarias

La incorporación de las mujeres a las profesiones sanitarias ha tenido un aumento importante en los últimos años, aumento que se ha producido en todas ellas, incluso en las que estaban mas feminizadas como enfermería o farmacia. En 1960 eran mujeres el 4 por ciento de los médicos en ejercicio, cifra que paso a ser el 19,8 por ciento en 1982 y el 31,57por ciento en 1993, esta presencia de mujeres ha ido en aumento desde entonces como puede verse en la tabla 8, hasta el 42,09 por ciento en 2005, pero es previsible que se incremente notablemente, pues si en 1987 el 49,8 por ciento de quienes acabaron la carrera de medicina eran mujeres, a partir

de 1990 la mayoría (57 por ciento) de las matriculadas en medicina eran mujeres, y por Ej. en 2007 lo eran el 83 por ciento de quienes finalizaron la carrera de medicina en la Universidad del País Vasco. Por eso la proporción de mujeres que recoge la tabla 8 en 2005, todavía minoritaria entre los médicos, esta sesgada por la presencia de los jubilados (recuérdese que los datos proceden de los médicos colegiados y no de los que están en ejercicio), y por otro lado entre los menores de 40 años las mujeres son una mayoría neta, así del 18,2 por ciento de colegiados con menos de 35 años el 64,83 por ciento eran mujeres, como lo eran el 52,73 por ciento del 25,6 por ciento de los colegiados con edades comprendidas entre 35 y 44 años. Se calcula que en 2030 el 65 por ciento de los médicos serán mujeres.

Otro aspecto a tener en cuenta es la presencia creciente de mujeres en todas las especialidades, pues aunque inicialmente se concentraban en algunas especialidades como pediatría o análisis clínicos, su presencia empieza a ser sustancial en otras tradicionalmente de predominio masculino como las quirúrgicas o la traumatología. Las especialidades mas feminizadas eran en 2004: rehabilitación (66,2 por ciento), bioquímica (65,3 por ciento), análisis clínicos (64,2 por ciento), geriatría (62,1 por ciento) y medicina de familia (61,3 por ciento) y las que menos neurocirugía (13,6 por ciento), traumatología (11 por ciento), cirugía torácica (9,2 por ciento), cirugía cardiovascular (8,4 por ciento) y urología (7,6por ciento).

De todas maneras hay que tener en cuenta que la tendencia es a un aumento de la feminización en todas las especialidades. Así de las 49.397 plazas de médicos adjudicadas entre 1997 y 2007 en la Sanidad Pública, fueron mujeres el 69 por ciento, y de las 48 especialidades solo en 4 el porcentaje de mujeres fue menor que el de hombres (angiología y cirugía vascular, cardiología, cirugía cardiovascular y traumatología) y solo en una, traumatología el porcentaje de mujeres fue inferior al 33 por ciento (32,27 por ciento).

Este fenómeno de feminización de la medicina es de alcance internacional. En Europa, en 2003, Polonia, la República Checa y Hungría supe-

ran el 50 por ciento de mujeres médicas, situándose Portugal, Dinamarca y Suecia entre el 40-49 por ciento y el resto de los países con porcentajes superiores al 30 por ciento. Esta creciente feminización se ha relacionado con los problemas de disponibilidad de los profesionales sanitarios.

Como ya se ha dicho otras profesiones sanitarias como la enfermería o la farmacia han tenido tradicionalmente una mayor presencia femenina, que como puede verse en la tabla 8 se ha ido aumentando. Profesiones como odontología, veterinaria y fisioterapia también han visto incrementarse de manera notable el porcentaje de mujeres, llamativo es el caso de la primera que ha visto casi duplicarse este porcentaje en 11 años. Una curiosidad es el caso de las matronas, profesión históricamente de predominio femenino (las antiguas parteras) donde ha habido un ligero aumento de la presencia masculina.

Un caso llamativo en enfermería es la elevada proporción de hombres en los puestos directivos de enfermería en los que duplican el porcentaje que tienen en el conjunto de la profesión.

TABLA 8. EVOLUCIÓN DEL PORCENTAJE DE MUJERES ENTRE LAS PROFESIONES SANITARIAS COLEGIADAS

	1994	2005
Médicas	33,71 %	42,09 %
Odontólogas	29,54 %	40,47 %
Farmacéuticas	63,48 %	68,69 %
Veterinarias	23,44 %	35,71
Podólogas	Dnd	51,99 %
Diplomadas en enfermería	78,83 %	82,58 %
Matronas	96 %	94,55 %
Fisioterapeutas	55,08 %	Dnd

Fuente: *INE 2007(dnd = dato no disponible).*

Es bien conocido que este aumento de la presencia de mujeres en las profesiones sanitarias no se ha visto reflejado en los puestos de dirección. De hecho en 2006 se calculaba que solo había un 12 por ciento de directi-

vas de la Sanidad y ocupaban un 7 por ciento de los puestos directivos en los hospitales. Presencia similar existía en la Universidad donde eran mujeres 15 de los 374 catedráticos de medicina censados en 2002, no existiendo ninguna catedrática de ginecología ni de pediatría y siendo solo el 14 por ciento de los cargos electos en los colegios de médicos.

Las migraciones de los profesionales de la salud

Vivimos en un mundo globalizado y una de sus consecuencias es las migraciones desde los países más pobres hacia los más ricos. Estas migraciones se producen no solo del personal poco cualificado, la llamada mano de obra barata, sino también entre los profesionales cualificados. Una de las razones para la inmensa disparidad en recursos de profesionales sanitarios en el mundo que se recogen en las tablas 1 y 2 es la migración de los profesionales de la salud hacia el mundo desarrollado. Este fenómeno es antiguo y tradicionalmente se producía hacia Gran Bretaña desde los países de la Commonwealth y a EEUU desde Latinoamérica. Así en 2002 el porcentaje de médicos en ejercicio en el Reino Unido, Australia, EEUU y Canadá que procedían de otros países oscilaba entre el 23 y el 28 por ciento *(véase* tabla 9), y una gran mayoría de ellos en EEUU y Reino Unido provenían de países pobres. En total en los 4 países había 278.046 médicos provenientes de otros países, y de ellos el 21,40 por ciento procedían de India, sin embargo el factor de emigración (médicos que trabajan fuera del país de origen / médicos que trabajan en el país de origen x 100) mas elevado se da en el África subsahariana 13,9 por ciento (donde se sitúan 9 de los 20 países que exportan una mayor proporción de médicos del mundo), en el subcontinente indio (10,7) y en la región del Caribe (8,7). Esta emigración aparte de producir graves problemas de recursos profesionales en los países de origen supone una sangría económica para países que viven en la pobreza o en su umbral, de manera que se ha calculado que cada médico que emigra desde África supone una perdida de 370.000 $ (los invertidos en la formación de estos profesionales) y que por ejemplo para el Reino Unido solo los profesionales de la salud

que llegan desde Ghana, significan un ahorro de 95 millones de euros. Congruentemente en 2007 EEUU en 2007 el gobierno Bush ha incluido la profesión de enfermería entre las excluidas en las cuotas de inmigración, solo Filipinas ha realizado una protesta formal.

De todas maneras influye la política de los países a la hora de reclutar a los inmigrantes, así mientras en EEUU y Reino Unido predominan los profesionales provenientes de países con bajos ingresos, Noruega favorecen la migración de profesionales de países con ingresos altos y medios (90 por ciento de los profesionales extranjeros) lo que es más equitativo y fomenta menos desigualdades.

TABLA 9. MÉDICOS EN EJERCICIO PROCEDENTES DEL EXTRANJERO

	% de médicos procedentes del extranjero	% sobre los anteriores que provienen de países pobres
Reino Unido	28,3	75,2
Australia	26,5	40
EEUU	25	60,2
Canadá	23,1	43,4

Fuente: *IN Engl J Med 2005.*

El caso de Portugal ilustra bien la capacidad de atracción de un país de economía intermedia sobre sus ex-colonias. La Tabla 10 recoge los profesionales médicos y de enfermería que con origen en esas ex-colonias trabajaban en 2004 en Portugal y en los países de origen y en ella puede observarse la terrible sangría de profesionales que ha supuesto la inmigración para estos países.

Tabla 10. Profesionales médicos y de enfermería que trabajan en Portugal y en su país de origen

	Médicos		Enfermería	
	Portugal	País de origen	Portugal	País de origen
Angola	820	961	383	14.288
Guinea-Bissau	358	197	253	1.299
Santo Tome y Príncipe	238	67	84	183
Cabo Verde	231	71	40	232

Fuente: *Bulletin WHO 2004.*

Los efectos de estas migraciones son devastadores para los países de origen. La ONU ha señalado que estos efectos se resumirían en: declive del desarrollo científico; problemas serios para la sostenibilidad del sistema sanitario, especialmente graves en países que soportan una elevada carga de morbilidad; una disminución en la calidad de los servicios; disminución de la creación de empresas; disminución de los ingresos fiscales y perdida de los talentos artísticos y culturales. La única ventaja a corto plazo son las remesas económicas que llegan a los países de origen, que de todas maneras, si no se utilizan en inversiones de la economía productiva pueden crear un mayor efecto llamada, y en muchos casos son utilizadas para favorecer la emigración del resto de la familia.

En España la emigración de profesionales médicos y de enfermería españoles, sobre todo a otros países de la UE (Reino Unido, Portugal, Francia, etc.) ha hecho saltar algunas alarmas, aunque desde hace tiempo existen muchos profesionales extranjeros que ejercen aquí (especialmente de Latinoamérica). Si bien no hay cifras oficiales se calcula que existen entre 5 y 6.000 médicos ejerciendo fuera de España y un numero similar de profesionales de enfermería lo que parece ofrecer un saldo negativo en las migraciones, es decir recibimos mas profesionales de los que exportamos, ya que solo en 2006 homologaron su titulo en España 6.593 profesionales de la salud, de ellos 3.844 lo fueron médicos, 870 diplomados de enfermería, 311 veterinarios y otros tantos odontólogos,

240 farmacéuticos y el resto de profesiones en cifras inferiores en numero . Es obvio que la libre circulación de profesionales en la UE favorecerá este desplazamiento de profesionales españoles al extranjero en busca de mejores condiciones salariales, laborales y profesionales, y la llegada de profesionales de otros países de la UE (hasta ahora Polonia es el país mayoritario de procedencia, pero Rumania y Bulgaria probablemente lo sean en un futuro cercano), y también que no es posible frenar estos desplazamientos en una Europa cada vez mas abierta y con una población mas móvil. Todo ello sin olvidar a Latinoamérica que es la fuente tradicional de la inmigración de profesionales sanitarios a nuestro país.

La situación española en un nivel intermedio en el contexto económico mundial parece favorecer este flujo de profesionales, españoles buscando en países más ricos unas mejores condiciones laborales y extranjeros que llegan a España atraídos por su nivel económico. Con todo parece imprescindible tener en cuenta que las migraciones pueden generar serios problemas en los países de origen y que a veces conllevan dificultades añadidas por diferencias en la titulación y la formación.

Expectativas laborales

Otra cuestión distinta es cual es la situación laboral de los profesionales sanitarios. Los datos del Ministerio de Sanidad para 2003 ofrece una tasa de 2 médicos por 1.000 habitantes trabajando en los centros sanitarios públicos (hospitales y centros de salud), a los que habrá que sumar los que trabajan en servicios no asistenciales, y los que lo hacen en el sector privado. Las bolsas de trabajo (de los servicios autonómicos y de los Colegios profesionales) podrían ser otra fuente de conocimiento sobre la existencia de desempleo en el sector, aunque tienen muchas limitaciones (presencia de los mismos profesionales en varias de ellas, falta de actualizaciones por lo que muchos de los que están en ellas se encuentran trabajando), a lo que hay que sumar el subempleo y las contrataciones del sector privado como autónomos y una tendencia bastante general a evitar el

trabajo fuera de las grandes ciudades . También existe evidencia de que con mucha frecuencia las CCAA no consiguen cubrir las plazas que ofertan, especialmente en contratos de corta duración, lo que sucede en algunos puestos de interinidades para especialidades concretas.

A pesar de ello España, con Italia, Filipinas y Méjico esta considerada entre los países que tienen sobreproducción de médicos y profesionales de enfermería. En 2001, la enfermería estaba entre los colectivos profesionales con mayor índice de desempleo (12,7 por ciento, el lugar 34 de menor a mayor sobre 42 entre el porcentaje de parados 4 años después de finalizar los estudios) mientras que entre los que menos se encontraba odontología (0 por ciento) y fisioterapia (1,7 por ciento).

Conviene tener en cuenta que las profesiones sanitarias son las que se considera que tendrán crecimiento en el entorno del siglo XXI, en concreto un 24 por ciento (máximo informática y telecomunicaciones 40 por ciento, mínimo obreros cualificados (-8 por ciento) según el Bureau of Labour Statisties de EEUU.

En resumen: el paro profesional en el sector médico es mínimo o nulo, sobre todo para los que tienen hecho el MIR, aunque hay bastante precariedad laboral, en enfermería el paro es también reducido y se combina con localidades, sobre todo en la zona rural o semirural donde hay dificultades para encontrar profesionales. En cuanto a los farmacéuticos aunque se ha producido una gran expansión del empleo en los últimos años (en la administración pública, especialmente en algunas autonomías donde se han creado plazas de farmacéuticos de área, etc., y en el sector privado con la ampliación del numero de oficinas de farmacia y la creación de los farmacéuticos adjuntos), este se produce en condiciones de bastante precariedad especialmente en el sector privado.

¿Cómo avanzar?

Los problemas de la planificación de los profesionales de la salud son muy complejos, lo que produce con frecuencia errores estrepitosos como

el estudio del Ministerio de Sanidad que en 1984 concluía que existía una plétora de médicos especialistas y que condujo a situaciones insostenibles que tuvieron que corregirse a mediados de los 90 en medio de un conflicto. Con todo no debe olvidarse que la planificación en el contexto sanitario casi siempre choca con cuatro grandes dificultades. La primera es la carencia de datos actualizados sobre los profesionales en ejercicio y las especialidades que desarrollan, lo que evidentemente precisa de un registro actualizado que debería de realizarse de inmediato. La segunda es que la planificación debe de realizarse a medio y largo plazo (un médico con la especialidad tarda al menos 10 años en su periodo de formación, otros profesionales 5 años y los que menos 3 años) y resulta bastante difícil saber cuales van a ser las demandas de la sociedad en este plazo de tiempo porque pueden producirse cambios importantes en el entorno que van a afectar a la practica profesional (morbilidad y mortalidad, crecimiento de población, desarrollo de nuevas tecnologías, cambios en el sistema sanitario, etc.).Y por fin que vivimos en un entorno donde los movimientos de población y de personas son inevitables e irán previsiblemente en aumento en marcos geográficos cada vez mas amplios (al menos en los 27 países actuales de la UE), por lo que no tiene sentido una planificación que no tenga en cuenta como mínimo la escala europea.

En este contexto y mientras no se produzca esta planificación estratégica europea parece necesario la utilización al máximo de la capacidad docente y formativa de todo nuestro sistema sanitario para favorecer la consecución de unos niveles suficientes de profesionales de la salud y evitar las situaciones que se producen ahora de falta de capacidad para cubrir puestos de trabajo en algunas CCAA.

BIBLIOGRAFIA

• Ministerio de Sanidad y Consumo: Oferta y demanda de médicos en España. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid 1984.

• Sánchez Bayle M: Crisis de la medicina y de la profesión médica en España. Cydan Madrid 1995.

• Prieto M: el mercado laboral europeo "engancha" cada vez mas a los médicos españoles. *El médico* 14/11/03: 28-54.

• Stilwell B, Diallo K, Zurn P, Vujicic M, Adams O, Dal Poz M: Migration of health-care workers from developing countries: strategic approaches to its management. Bulletin of the WHO 2004;82: 595-600

• Buchan J, Sochalski J: The migration of nurses: trends and policies. Bulletin of the WHO 2004; 82: 587-594.

• Zeytinoglu IU, Denton M: Satisfied workers, retained workers: effects of work and work environment on homecare worker´s job satisfaction, stress, physical health, and retention. Canadian Health Services Research Foundation. 2005. www.fcrss.ca.

• Ministry of Health New Zealand: Health workforce development. An overview. www.moh.govt.nz

• Rechel B, Dubois C-A, McKee M: The helath care workforce in Europe. Learning from experience. European Observatory on Health System and Policies. 2005. www.euro.who.int.

• Mullan F: The metrics of the physician brain drain. N Engl J Med 2005; 353:1810-8.

• Euro Galenus: Análisis de las remuneraciones de los médicos. España. Medical Economics 24/11/2005: 24-29.

• Euro Galenus: Análisis de las remuneraciones de los médicos 2006: Europa. Medical Economics 8/12/2006: 19-23

• Gruen R, Campbell E, Blumenthal D: Public roles of US physicians. JAMA 2006; 296:2467-2475.

• Mateos S, Rodríguez Q: Buen futuro para los médicos. *Expansión & Empleo* 8-9/7/2006:3.

• Commision on a high performance healyh system: Framework for a high performance health system for the United Stated. 2006. www.cnwf.org.

• May J, Bazzoli G, Gerland A: Hospitals´ Responses to burse staffing shortages. *Health Affairs*. 26/6/2006: w316-w323.

• Romero G: Aumentan las desigualdades entre CCAA en las ratios de enfermeros. Enfermería facultativa .2006; 99: 6-9.

• Schoen C, Osborn R, Huynh PT, Doty M, Peugh J, Zapert K: On the front lines of care : primary care doctors´ office systems, experiences, and views in seven countries. Health Affairs. 2/11/2006; 10.1377/hthaff.25.w555.

• Dal Poz M, Quain EE, O´Neil M, McCaffery J, Elzinga G, Martineau T: Addressing the health workforce crisis: towards a common aproach. Human Resources of Health 2006, 4:21 doi 10.1186/1478-4491-4-21.

• Solimano A: Mobilizing talent for global development. Policy Brief 2006; 7: 1- 8.

• García-Prado A, González P: El pluriempleo entre los profesionales sanitarios: un análisis de sus causas e implicaciones. Gac Sanit 2006; 20 (Supl 2):29-40.

• Dubois C-A, McKee M: Cross-national comparisons of human health resources for health-what can be learn. Health Economics, Policy and Laws, 2006; 1:59-78.

• World Health Organization: Working together for health. The World Health Report 2006. www.who.int.

• World Health Organization: World Health Statistics 2007. www.who.int.

• Simoens S, Hurst J: The supply of physicians services in OECD countries. OECD Health Working Papers. Nº 21. OECD Publishing. Paris 2006

• Profesionales sanitarios colegiados. INE 2007. www.ine.es

• González López-Valcárcel, Barber Pérez P: Oferta y necesidades de

médicos especialistas en España (2006-2030).Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid 2007. www.msc.es

• The nursing conditions of nurses: confronting the challenges. Health Policy Research, 2007; 13: 1-45

• Bruguera M, Nadal J: Informe final "La necessitat de metges en el sistema sanitari catala. Causes i solucions". 2007. www.comb.cat

• McIntosh T, Torgerson R, Klassen N: The ethical recruitment of internationally educated health professionals: lessons from abroad and options for Canada. Research Report H/11. Health Network. 2007. www.cprn.org.

• Entrevista Francis Omaswa, director del programa de personal sanitario de la OMS. *El País* 24/5/2007:54.

• Consejo General de Enfermería: Informe sobre recursos humanos sanitarios en España y la Unión Europea. www.cge.enfermundi.com

• Organización Mundial de la Salud: Informe sobre la salud en el mundo 2007. Un porvenir más seguro. Capítulo 6: Estrategias nacionales de desarrollo del personal sanitario. Disponible en www.who.int

• Camps Fondevilla B: Verdades absolutas sobre demografía médica. Economía y Salud 2007; 60: 13-14.

Capítulo 2

FORMACIÓN DE GRADO Y POSTGRADO Y DESARROLLO PROFESIONAL CONTINUO EN MEDICINA. LA CARRERA PROFESIONAL*

Los grandes cambios sociales y el desarrollo tecnológico producidos a partir de los últimos años del siglo pasado, no tienen parangón en la historia de la humanidad. Son estos cambios los que han motivado el gran avance y la complejidad que hoy tiene la medicina y a ellos se van adaptando los profesionales que la ejercen y de forma especial los médicos. Quizás la esencia de cómo debe ser hoy un médico, en los inicios del siglo XXI, no ha variado mucho en los últimos 2000 años, pero sin embargo el ejercicio profesional ha sufrido una profunda transformación solo en los últimos 30 años y la profesión médica se encuentra ahora en un proceso de necesario cambio y redefinición. Será necesario entonces adecuar la formación de estos profesionales a lo que está ocurriendo y ello es sobre todo necesario en la formación de grado, mediante la cual los estudiantes de medicina acceden al título de médico y con él a la posibilidad de ejercer esta profesión.

La labor del médico es en la actualidad un ejercicio de alta complejidad técnica y científica, pero es mucho más que eso. La sociedad exige no solo que el médico sea un cualificado especialista en los aspectos técnicos y científicos de su actividad, sino que además sea humanitario, sepa

* Aurelio Fuertes Martín. Adjunto de Medicina Interna, Hospital Universitario de Salamanca. Profesor Asociado de Medicina, Universidad de Salamanca. Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública de Salamanca.

comunicarse de forma adecuada con el paciente y sus familiares, sea eficiente y gestione de forma adecuada los recursos que la sociedad pone en sus manos, sepa transmitir sus conocimientos, investigue… El gran objetivo del médico, que comparte con el resto de los profesionales de Ciencias de la Salud, será mejorar la calidad de vida de los ciudadanos, de la comunidad y de la sociedad, promoviendo y mejorando su salud. El médico, en resumen, debe ser un profesional capaz de dar respuesta a las necesidades y expectativas de la sociedad en todo lo referente a la salud. Ese es el reto, ¿pero cuales son las necesidades y expectativas de nuestra sociedad?

UNA SOCIEDAD CAMBIANTE

Quizás la seña de identidad de nuestra época sea el gran dinamismo con el que se producen los cambios a todos los niveles, lo que hoy es válido y novedoso, quizás no lo sea mañana y esto vale también y de forma especial en medicina. La crítica más frecuente que se ha hecho a la formación médica es que no ha sabido ajustarse adecuadamente a la condición cambiante del sistema sanitario y a las necesidades y expectativas, también en continua transformación, de nuestra sociedad.

Uno de los cambios más transcendentes que se ha producido en la misma y que como todos los demás afecta al ejercicio médico es el cambio demográfico, con dos fenómenos de interés: el progresivo envejecimiento de la población, que genera una mayor demanda asistencial, pero también una mayor complejidad de la asistencia y una necesaria continuidad en la misma y la llegada masiva de inmigrantes que comporta un reto cultural para el nivel asistencial, una mayor competencia con la aparición de enfermedades emergentes y también una mejor coordinación de niveles asistenciales. El cambio demográfico es en parte causa del cambio epidemiológico y la transición de la primacía de las enfermedades agudas a las enfermedades crónicas (metabólicas y cardiovasculares). Los nuevos hábitos de vida (el sedentarismo, los hábitos dietéticos, etc.) y la "sociedad del riesgo", también condicionan este cambio epidemiológico,

añadiendo nuevos problemas que van desde "nuevas" infecciones como el vih/sida hasta el grave problema de los accidentes de tráfico.

Otros cambios de enorme trascendencia han sido los tecnológicos y los educativos. El gran avance científico y técnico de la medicina y la difusión de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación, hacen necesario un grado mayor de conocimiento de los profesionales sanitarios y son, en gran medida, causa de la aparición de un nuevo ciudadano, en ocasiones paciente, más culto, más informado y más exigente en lo que se refiere a su bienestar físico y psíquico.

Desde un punto de vista económico, en los últimos años se ha hecho evidente que lo relacionado con la salud puede ser un gran negocio, lo que conlleva un interés renovado de las grandes empresas por este sector y ello ha supuesto además una nueva implicación de los grupos de poder, políticos y económicos, pretendiendo introducir mecanismos de mercado en el sistema sanitario, con el apoyo de una emergente ideología neoliberal.

Hay otros cambios de indudable interés, como los de orden laboral con la feminización de la profesión o el intercambio de profesionales de diferentes países; el gran interés mediático de todo lo relacionado con la salud, a menudo con un desenfoque de la información, más centrada en describir escándalos o rarezas o noticias de avances científicos no bien contrastadas o precipitadas; el inicio de un cierto proceso de judicialización, que ha podido justificar de forma inadecuada un uso defensivo del ejercicio médico y por encima de todo la globalización de la sanidad, aspecto imprescindible a la hora de analizar la formación médica.

UN NUEVO MÉDICO

Para afrontar estas nuevas necesidades y expectativas de la sociedad, se necesita un nuevo perfil del profesional médico. La primera característica y fundamental, es que debe ser un profesional capaz de adaptarse a los cambios que van a acontecer a lo largo de su carrera profesional, lo cual implica ser un profesional en continua formación y perfeccionamiento.

El nuevo médico debe ser un experto clínico en su campo de ejercicio, pero también debe ser un buen cuidador, aportando su calidez humana y sus conocimientos frente al dolor de los pacientes y sus familiares y en el momento de afrontar la muerte. Debe ser un buen profesional, lo que comporta una serie de compromisos como son la adecuada competencia profesional en cada momento, la honestidad con los pacientes, la confidencialidad o los compromisos de mejorar la accesibilidad de la atención médica para todos los ciudadanos y la justa distribución de los recursos. Estos y otros principios y compromisos integran lo que hoy se ha dado en denominar profesionalismo o profesionalidad, en cuyo concepto podría integrarse el compromiso de ser agente social de la salud, tal y como recomienda la OMS.

Además el médico debe ser un buen comunicador, capaz de entenderse con sus pacientes para ser capaz de que estos tomen decisiones informadas, con los familiares, con la sociedad en su conjunto y con la comunidad científica. Para ser un buen comunicador deberá conocer los recursos que aportan todas las nuevas tecnologías de la información y la comunicación. A esta tarea, que incluye la de ser un buen docente, hay que añadir una labor investigadora, necesaria según las posibilidades y medios disponibles.

Finalmente, en una sociedad de recursos limitados, el médico debe ser un eficiente gestor. Es mucha la capacidad de decisión que ésta deja en sus manos (tal vez sería mejor decir en su bolígrafo) por lo que debe ser absolutamente responsable de ello.

LA ENSEÑANZA DE PREGRADO EN ESPAÑA

El acceso a los estudios de medicina está regulado por un numerus clausus, basado en las notas académicas de la educación secundaria. Desde hace unos años, una de las notas de corte más elevada para iniciar una carrera universitaria es la de medicina, puede inferirse de ello, que los estudiantes de medicina son de los más preparados y con mayor talento para el estudio. Hay análisis que indican además que son los que tienen mayor

vocación. Más de la mitad de los encuestados en un estudio realizado en la Universidad de Zaragoza habían elegido esta carrera por motivos altruistas y este porcentaje era mayor en las mujeres, que son mayoría hoy entre estos estudiantes. Concluyen los autores, que las personas que están cursando esta carrera tienen una elevada motivación social, intelectual y científica, lo que concuerda con estudios realizados en pasadas décadas.

El análisis de los resultados obtenidos al finalizar la preparación de grado son bastante menos optimistas. En palabras de un decano de una Facultad de Medicina española "el licenciado en medicina es un pre-profesional, no está capacitado para ejercer". La grave situación planteada no es tanta, porque en la práctica general para ejercer la medicina de una forma autónoma se precisa, al menos en la sanidad pública, hacer unos años de ejercicio tutelado como MIR.

La Sociedad Española de Educación Médica (SEDEM) planteaba en noviembre de 2004 un listado de problemas de la educación médica de pregrado:

1.- La función docente del profesorado es poco valorada en comparación con la función investigadora.

2.- Se siguen impartiendo excesivos contenidos teóricos

3.- La enseñanza impartida sigue estando orientada sobre todo a dar información. Es una enseñanza más centrada en el profesor que en el alumno.

4.- Se sigue utilizando una metodología pasiva para el alumno, basada en la lección magistral.

5.- La docencia práctica no ha mejorado en calidad.

6.- Las actividades prácticas, tanto básicas como clínicas, adolecen de falta de pertinencia o de exceso de pasividad por parte del estudiante.

7.- Las metodologías de evaluación que se utilizan están basadas en la evaluación de los contenidos teóricos.

8.- Sigue existiendo una frontera infranqueable entre el periodo preclínico y clínico, que impide una integración real básica-clínica

9.- Existe una excesiva autonomía de los Departamentos.

10.- No se han creado Unidades de Educación Médica.

11.- Existe una evidente falta de recursos humanos cualificados y de recursos materiales, para introducir cambios reales.

12.- Los actuales planes de estudio no tienen en cuenta los valores del profesionalismo.

El análisis es certero y demoledor y explica suficientemente el porqué de la frase de nuestro decano. Poco puede añadirse, para algunos sería cuestionable la introducción del problema número 10 y a todos se nos podrían ocurrir algunos problemas añadidos, entre ellos la ausencia de formación en Atención Primaria en la mayoría de nuestras Facultades o la ausencia de formación en gestión o en habilidades de comunicación.

Habría que añadir un problema más a los referidos por la SEDEM y que es específico de nuestro país y es la influencia que el examen MIR ha tenido sobre la educación de pregrado. Dicho examen, hasta hace unos pocos años muy selectivo, de único contenido teórico y de gran dificultad, ha sido también causante de la primacía de lo teórico en nuestras facultades y de una evidente confusión en los objetivos a perseguir por las mismas, más el formar a estudiantes para superar esta prueba, que en formar médicos capacitados para el ejercicio de esta profesión.

Las grandezas y las miserias de la formación médica de pregrado han estado en el siglo pasado condicionadas en todo el mundo por el análisis que de ella hizo Abraham Flexner en su Informe de 1910 (Medical Education in the United States and Canadá. A report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching). Si William Osler había llevado a los estudiantes a la cabecera del enfermo, enfatizando sobre la necesidad de la práctica en la enseñanza de esta profesión, Flexner puso el énfasis en la necesidad del conocimiento de las bases científicas de la práctica médica.

Para ello propuso un fuerte compromiso de los profesores con la investigación y la necesidad de que el proceso de aprendizaje clínico de los estudiantes se asegurase mediante su contacto con los pacientes asistidos en hospitales universitarios.

A finales del siglo pasado se dieron ya las primeras alarmas sobre lo que estaba ocurriendo y la necesidad de algunos cambios. En la Declaración de Edimburgo de 1988, la World Federation for Medical Education (WFME) refiere que la formación clínica en los hospitales universitarios parece la responsable de que los nuevos licenciados tengan preferencia por la alta tecnología, pierdan la atención sobre aspectos como la promoción de la salud o la prevención de la enfermedad y estén excesivamente preocupados por los aspectos curativos frente a los cuidados de salud. Sin duda estos aspectos han perjudicado de forma especial a la Atención Primaria, una gran desconocida para los nuevos graduados y que sin embargo es referida en la Ley General de Sanidad como la base de nuestro sistema sanitario.

Para resumir, la situación de la enseñanza de pregrado en nuestras facultades es claramente insatisfactoria: el método didáctico sigue siendo la clase magistral donde el profesor de turno vierte una serie de contenidos de información científica que los alumnos recogen, sin ningún tipo de reflexión, en sus apuntes. La formación sigue centrada en el profesor, el alumno es un mero sujeto pasivo y en nada se le introduce en las técnicas de autoformación. La formación práctica es escasa, sin unos claros objetivos en la mayoría de las ocasiones y casi nunca evaluada; se lleva a cabo en las camas de los hospitales universitarios (siguiendo la más estricta filosofía flexneriana) donde los estudiantes tomarán contacto con lo más raro y espectacular de la medicina, sin acceso a la atención primaria donde podrían aprender otros aspectos que los meramente curativos de la profesión y donde se familiarizarían con las patologías más frecuentes. La fragmentación curricular es casi total, con un desconocimiento absoluto por parte del profesorado sobre la formación global del alumno. La ruptura entre la formación preclínica y clínica es absoluta, hasta el

extremo de que muchos alumnos no tendrán contacto con pacientes hasta llegados al tercer curso de su carrera. Por añadidura no hay ningún contenido en el currículum que haga referencia a técnicas de comunicación y habilidades sociales o economía de la salud y gestión clínica. Los valores humanísticos y el profesionalismo apenas pueden enseñarse en un sistema donde prima la formación teórica, es preciso que haya mayor contacto con la práctica clínica, donde se enseñarán valores por "contagio" en el denominado currículo informal que todo aprendiz desarrolla con el maestro con el que se forma.

DE FLEXNER A LAS COMPETENCIAS

Tres son los objetivos clásicos de la educación médica: transmitir conocimientos, enseñar habilidades e inculcar los valores de la profesión. No se trata solo de enseñar a hacer de médico (el oficio, la ocupación), también y especialmente de enseñar a ser médico (la profesión).

Los objetivos básicos en nuestros días deberían ser en base a lo expuesto con anterioridad, preparar a los médicos para que sean capaces de dar respuesta a las necesidades y expectativas de la sociedad actual, ello implica afrontar la gran dimensión del avance científico y técnico de la profesión, inculcar a los médicos la necesidad y obligatoriedad de aprender a lo largo de toda su vida, asegurar la formación en las nuevas tecnologías de la comunicación y la información e inculcar los valores profesionales, ya comentados.

Es necesario en principio definir el "producto" a formar, teniendo en cuenta las premisas previas y que después de este periodo formativo vendrá el postgrado. El nuevo profesional debería ser competente en un ámbito básico y poseer unas sólidas bases para su posterior formación en cualquier especialidad médica.

Para conseguir estos objetivos y salir de la absoluta obsolescencia de nuestro sistema formativo, es necesario cambiar el modelo curricular y pasar de un modelo basado en la transmisión de información y conocimientos teóricos, a un modelo basado en la adquisición de competencias.

El Comité Central del Instituto Internacional para la Educación Médica (IEMI) definió en 2002 unos "requisitos globales mínimos esenciales" para los programas de pregrado en medicina. Estipula siete competencias fundamentales que deben poseer todos los nuevos profesionales médicos, sea cual fuere el lugar donde reciban la formación:

1.- Valores profesionales, actitudes, comportamientos y ética

2.- Fundamentos científicos de la medicina

3.- Habilidades de comunicación

4.- Habilidades clínicas

5.- Salud pública y sistemas de salud

6.- Manejo de la información

7.- Análisis clínico e investigación

El IEMI pone especial énfasis no sólo en las habilidades clínicas y fundamentos científicos de la medicina, sino también en el profesionalismo, las ciencias sociales, la economía de la salud, el manejo de la información o los sistemas de cuidados de la salud.

En este sentido la WFME había elaborado un informe sobre Estándares Globales en Educación Médica publicados en el año 2000, en el que de forma literal expone que: "El resultado educativo se definirá en términos de competencias que los estudiantes han de alcanzar antes de licenciarse". "Las competencias dentro de la medicina y la práctica médica incluirán el conocimiento y la compresión de las ciencias básicas, clínicas, sociales y del comportamiento, incluyendo la salud pública, la medicina comunitaria y la ética médica relevantes para la práctica médica; las actitudes y habilidades clínicas (referentes al establecimiento del diagnóstico, procedimientos complementarios, comunicación, tratamiento y prevención de las enfermedades, promoción de la salud, rehabilitación, razonamiento clínico y capacidad para resolver problemas) y la habilidad para llevar a cabo un aprendizaje durante toda la vida y un desarrollo profesional continuo".

Todo un programa de renovación que aparentemente no había caído en "saco roto" en nuestro país, ya que poco tiempo después se publicó una declaración de adhesión a dicho Informe en Granada, exactamente el 24 de Octubre de 2001. Allí estaban representados el Ministerio de Educación y Sanidad, la SEDEM, la organización Médica Colegial y la Conferencia Nacional de Decanos de Facultades de Medicina, entre otros. De aquella declaración hace ya unos años y es evidentemente muy escaso el camino recorrido.

APRENDIZAJE BASADO EN LA SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

El objetivo que debe perseguir la docencia médica de pregrado debe ser pues, producir un licenciado en medicina competente en el ámbito básico, preparado para continuar su formación especializada en cualquier disciplina médica y habilitado para llevar a cabo un aprendizaje durante toda la vida y un desarrollo profesional continuo. Las competencias básicas, comprimidas en las siete elaboradas por el IEMI, son hoy universalmente aceptadas.

Hay que adaptar la metodología de enseñanza para facilitar el desarrollo de las citadas competencias. Es preciso imponer una metodología activa, reduciendo el exceso de información y sobre todo aquella que es irrelevante. Se trata de dar un giro a la formación médica y poner el acento en el proceso de aprender más que en el de enseñar. Los estudiantes deben responsabilizarse de su proceso de aprendizaje y se deben preparar para ser capaces de aprender de forma autónoma durante toda su carrera profesional. El modelo tiene que asegurar el contacto temprano del estudiante con la realidad clínica y favorecer el trabajo multidisciplinario, con otros trabajadores de la sanidad. Hay otro reto a considerar y es el de dar continuidad a la formación de pregrado y la especializada, las competencias adquiridas en el pregrado deben estar claramente relacionadas con las que deben adquirirse en el periodo de residencia MIR. Finalmente, deben también modificarse los aspectos de evaluación, como elemento fundamental que condiciona el aprendizaje. La evaluación tiene que utilizar instrumentos factibles, válidos y fiables.

Entre los nuevos modelos educativos, quizás el más interesante es el que promueve un aprendizaje basado en la solución de problemas (problem based learning) del que ha sido pionera la Facultad de Ciencias de la Salud de McMaster (Canadá) y que hoy se sigue en varias facultades europeas y se ha empezado a ensayar en nuestra Facultad de Albacete.

Se trata de un modelo basado en la competencia de salida y en su evaluación, que conlleva una enseñanza integrada de los sistemas con absoluta colaboración entre las asignaturas básicas y las clínicas y en el que el alumno se autoresponsabiliza y debe ser capaz de hacer un enfoque integral del problema planteado, incluyendo aspectos físicos, psíquicos y sociales y de hacer un análisis crítico de la información que haya recabado. La evaluación es teórica, pero también práctica, por ejemplo con exámenes clínicos objetivos y estructurados (ECOES) utilizando pacientes simulados y estandarizados.

Los resultados de McMaster son esperanzadores, así sus licenciados eligen de forma mayoritaria la medicina de familia, han demostrado que dedican más tiempo a sus pacientes y superan sin problemas la recertificación voluntaria de la competencia, ofertada en su país.

EL ESPACIO EUROPEO DE EDUCACIÓN SUPERIOR

Antes de 2010 las facultades de medicina españolas deben proceder al diseño de nuevos planes de estudio en el marco del Espacio Europeo de Educación Superior (EEES). Aunque la obligatoriedad se conoce desde la Declaración de Bolonia de 1999, las cosas han ido despacio en toda la Universidad española y de forma más notable en las Facultades de Medicina, donde se ha visto el proceso como algo lejano, discutible y difícilmente implantable.

El EEES es un proceso de convergencia europea, con unos elementos fundamentales como son la generalización de un sistema de créditos europeos, una nueva estructuración de las titulaciones y ciclos, el fomento de la movilidad de profesores y alumnos, un catálogo de compe-

tencias compartido (entendidas éstas como "combinaciones dinámicas de atributos-con respecto al conocimiento y su aplicación, a las actitudes y a las responsabilidades-que describen los resultados del aprendizaje, o como los estudiantes serán capaces de desenvolverse al finalizar el proceso educativo") y el impulso de una enseñanza de calidad en las universidades europeas. España se adhirió a esta convergencia mediante la Ley Orgánica de Universidades, creando la ANECA (Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación) para iniciar el cambio.

El EEES supone una oportunidad de cambio en el sentido antes apuntado, enseñanza cuya base es la obtención de unas competencias básicas, con una metodología docente activa para el alumnado, basada en la solución de problemas.

Las resistencias al cambio van a ser importantes. En principio por parte del profesorado, a las resistencias al cambio propias de toda organización hay que añadir aquí una tradición fuerte y consolidada de siglos de docencia universitaria basada en la lección magistral. Para el profesorado esta nueva metodología va a exigir un mayor esfuerzo, difícil de aceptar en plantillas muchas veces envejecidas, y lo que es más complicado de solucionar, el cambio implica más horas de docencia, para profesores que en el mejor de los casos tienen también su trabajo hospitalario y en el peor de los casos además su consulta privada. Es evidente que para una docencia más cercana se precisa un aumento de recursos humanos y materiales, para empezar sería necesario que todos los recursos del sistema nacional de salud colaborasen en la tarea. El compromiso del sistema sanitario debe realizarse no mediante el sistema de contrato con algunos de sus profesionales, sino con el compromiso de unidades asistenciales, que deben incorporar entre sus objetivos el de la docencia de pregrado.

Un problema añadido que se ha planteado, es la propuesta de Bolonia de dividir la estructura formativa en tres ciclos: bachelor, master y doctorado. En otras carreras al finalizar el primer ciclo (bachelor) el licenciado estará capacitado para ejercer su profesión. El estudiante de medicina completaría este primer ciclo con más créditos que el resto de los estu-

diantes, pero además tendría que completar un segundo ciclo, el master, que sería el MIR, para poder acceder al doctorado. Serían entre 9 y 11 años los necesarios y eso parece un agravio comparativo importante frente a otras carreras. Se han propuesto algunas alternativas, que tendrían que expresarse como excepciones para Medicina en el EEES, la que cuenta con un mayor número de adeptos sería la opción de poder acceder al grado de doctor al completar los estudios de pregrado (bachelor) y que los estudios de postgrado (MIR) equivaliesen al master.

Con reticencias y con problemas, que existirán, la adaptación curricular de nuestros estudios de medicina al EEES supone una oportunidad para cambiar el curriculum y la metodología docente. Será preciso vencer resistencias y que haya voluntad política de apoyarlo, que se traduciría en más recursos materiales (sobre todo tecnológicos) y más recursos humanos, con una mayor implicación del sistema sanitario en la docencia de los futuros médicos.

EL SALTO AL POSTGRADO

De ruptura total en el proceso formativo puede calificarse el paso, en realidad el salto, desde la formación de pregrado a la formación postgraduada, representada por el MIR. Dos son las razones fundamentales, por un lado la preponderante formación teórica de las facultades y por otro, la desconexión entre el sistema sanitario en su generalidad y la formación de pregrado, es decir la desconexión del sistema sanitario con los estudiantes, futuros médicos.

Las evidentes deficiencias del pregrado en nuestro país son fácilmente visibles al observar sus resultados: los nuevos graduados tienen una absoluta incompetencia en habilidades clínicas, desconocen todo lo relacionado a actitudes y valores, que no les venga dado por su entorno social, no saben prácticamente nada de lo que no sea medicina curativa y hospitalaria y la atención primaria es para ellos en el mejor de los casos, una desconocida y frecuentemente una posibilidad de ejercicio clínico desprestigiada, que solo será elegible si no hay buenos resultados en el examen MIR.

Precisamente el examen para acceder al MIR es uno de los temas de debate de la formación postgraduada. Tiene una gran ventaja y es que supone un método objetivo de acceso al sistema, todo lo demás son inconvenientes. Para los decanos de medicina es un examen meramente teórico, elaborado por el Ministerio de Sanidad, con escasa relación con las directrices generales de los planes de estudio que elabora el Ministerio de Educación y que ha supuesto cambiar en gran medida la metodología evaluativa en las facultades. Para los recién graduados es un motivo de stress y de retraso para entrar en el mercado laboral. Hay alguien que no protesta, los directores de academias de preparación para el MIR, que se lucran completando una formación teórica, casi siempre más actualizada que la que han impartido los profesores de la Universidad.

A pesar de las dificultades para cambiar el sistema, un examen para acceso al mercado laboral, que no valora nada más que conocimientos teóricos y en ningún caso habilidades o actitudes, no parece lo adecuado. El examen MIR ha pasado hoy de ser un examen selectivo a ser un examen distributivo (actualmente hay un número de plazas similar al de médicos que optan a las mismas, quedando algunas vacantes). La solución podría establecerse con la conformación de un doble examen, primero selectivo y de orden práctico (tipo ECOES o similares) y posteriormente distributivo (para elegir plaza según numeración) con un examen de mayor dificultad y teórico como el que existe ahora. Esta modalidad ofrece claras ventajas, por una parte obligaría a las facultades a modificar su currículo y metodología docente, para preparar alumnos competentes no sólo en los aspectos teóricos y además haría un cribado de aquellos alumnos que no han alcanzado las competencias básicas al concluir sus años de carrera universitaria y uniría de esta forma la docencia de pregrado y postgrado, como un continuum, en lugar del salto que ahora se produce.

La LOPS obliga a reformar el examen MIR antes de 2011, con una orientación como la propuesta, de tipo teórico-práctica, que permita evaluar habilidades además de conocimientos.

FORTALEZAS Y DEBILIDADES DEL SISTEMA MIR

Los objetivos de este periodo formativo son dos: adquirir un nivel de competencias suficiente para el ejercicio profesional en una determinada especialidad y adquirir las capacidades suficientes para mantener y mejorar esas competencias profesionales a lo largo de toda la carrera profesional.

El sistema de formación MIR es un sistema de formación acreditado, con prestigio internacional y en gran medida responsable del alto nivel médico alcanzado en los últimos 30 años en atención especializada en España y del gran vuelco que se ha dado en positivo a la atención primaria, desde la creación de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria en 1979.

Su fortaleza parte de su planteamiento, que incluye el estudio y autoaprendizaje dirigido y el aprendizaje práctico tutelado y con responsabilidad progresiva. Esta fortaleza ha hecho que se convierta en el único método de acceso reconocido a la especialización.

El sistema tiene, sin embargo sus debilidades. Además de la ya apuntada del acceso (examen MIR) hay otras de mayor calado. Quizás la más importante es el aprovechamiento que el sistema está haciendo del personal en formación, utilizándoles como "mano de obra barata" y facilitando así, la insatisfacción de este colectivo. Esta verdadera trampa se viene agravando en los últimos años por la falta de recursos humanos en los centros sanitarios ante el aumento evidente de la demanda de atención y se manifiesta de forma preferente en los servicios continuados (guardias y urgencias). El nuevo reglamento de los médicos residentes, que trata de mejorar estos aspectos, tendrá que demostrar su eficacia.

Otras debilidades no menos importantes son la inexistencia de formación reglada en actitudes y valores (profesionalismo, habilidades de comunicación), quedando estos aspectos formativos de tanta importancia, un poco al azar del tutor asignado y la formación por contagio (currículo informal). Hay un escaso reconocimiento de las figuras del tutor y jefe de estudios, lo que debilita la posición de estos frente a los jefes de

servicio, sin aportar incentivos a esta tarea, que puede quedarse en la inercia de reglamentar rotaciones o resolver problemas relacionados con las guardias.

Por fin, la última debilidad importante es la inexistencia de una evaluación final y objetiva del proceso formativo, para acceder al título de especialista, lo cual solo ocurre en nuestro entorno en nuestro país y en Francia. El único proceso evaluativo riguroso que contempla el sistema es la evaluación de la estructura docente, mediante sistema de acreditaciones y auditorias. Después de la experiencia con el sistema MIR, el paso a la evaluación sería de gran importancia, porque a la postre es verdad que todo lo que no se evalúa se devalúa. En este punto existen resistencias razonables, en principio por parte de los propios MIR, cansados de tantos años formativos y de tantos procesos evaluativos previos, quizás habría que diseñar un sistema evaluativo que fuera también distributivo para continuar en el mercado laboral, se trataría de hacer una evaluación con validez curricular.

MEJORAR LA FORMACIÓN DE ESPECIALISTAS

El profesional que completa la formación MIR será sin duda un experto clínico en la materia de su especialidad, a veces un superespecialista, con un nivel de competencia similar a otros especialistas formados en los mejores hospitales europeos o americanos. En lo que concierne a otros aspectos de la profesión, la seguridad de su competencia no es tan absoluta, aspectos como los que conforman el profesionalismo no se integran en la formación MIR y dependerá de cada profesional y del currículo informal, ya comentado, desarrollado al lado de según que tutores. Algo similar puede decirse de la adquisición de habilidades de comunicación. El tema de la investigación clínica es un debate muchas veces mal enfocado, entiendo que no debe confundirse con lo que es más frecuente, "la curriculitis", no se trata de hacer papeles o tesis para engrosar el currículo y mientras abandonar otras tareas asistenciales prioritarias, pero si de que el residente aprenda las bases de la investigación clínica y la redacción de documentos científi-

cos y para ello, igual que para el aprendizaje de lo asistencial, solo hay una modelo válido y es hacerlo y de forma tutorizada.

Quedan pues, cosas por mejorar en el excelente programa MIR, entre ellas actualizar los programas de muchas de las especialidades y potenciar y renovar un instrumento tan valioso como puede ser el Libro del Especialista en Formación, que más allá de utilizarlo como guía de competencias puede ser además una guía para construir un portafolio semiestructurado, tal y como pretende la Comisión Nacional de Medicina Familiar y Comunitaria, pionera también en esto como en tantas otras cosas a nivel de formación MIR.

Insistir en la formación en investigación y análisis crítico y reglamentar la formación en actitudes, incluyendo valores éticos, habilidades de comunicación y conocimiento de las bondades del sistema sanitario público.

En otro orden de cosas, es preciso regular y homogenizar las relaciones laborales de los MIR con el sistema sanitario (condiciones de trabajo, guardias, salario…), en el sentido que se ha comenzado a diseñar con el Real Decreto de Octubre-06 y definir el nº de especialidades (ahora son 48) y homogenizarlo con las existentes en la UE. Con vistas a las nuevas convocatorias es preciso aclarar las necesidades de especialistas para poder planificar el número de plazas a convocar por las Facultades y el número de plazas para el examen MIR.

Un aspecto que se viene debatiendo desde hace unos años es la posibilidad de establecer una formación MIR troncal, que favorecería un planteamiento de atención más global (holística) del paciente. Desarrollar la formación troncal de las especialidades mejoraría la eficacia, eficiencia y calidad de las prestaciones sanitarias, al evitar derivaciones y consultas innecesarias y favorecería una mayor homogenización de la práctica clínica. Además, la versatilidad de los especialistas favorecería la "movilidad" y la "aproximación" entre diferentes especialidades. Por fin, la formación troncal favorecería el desarrollo de áreas de capacitación y despejaría la actual incertidumbre de los aspirantes al MIR al elegir una opción concreta con escasos conocimientos sobre la especialidad elegida.

FORMACIÓN CONTINUADA *VS.* DESARROLLO PROFESIONAL CONTÍNUO

La necesidad de formación continuada en una profesión como la médica es evidente, la primera razón sería la necesidad de adquirir nuevos conocimientos, en una sociedad una de cuyas características es la gran velocidad con la que se producen los avances científicos. Si hasta mediados del siglo pasado un médico podría trabajar dignamente hasta su jubilación con los conocimientos que aprendió en la facultad, hoy es impensable y es preciso un aprendizaje a lo largo de toda la carrera profesional para mantener los niveles de competencia. Hay otras razones, por ejemplo que presumiblemente la formación adquirida en el grado o el postgrado no es acorde a lo que demanda la sociedad, que los conocimientos y algunas habilidades se olvidan y además que existe una obligatoriedad legal establecida en la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS). La formación médica continuada (FMC) debe constituir con la formación de pregrado y la formación especializada un continuum durante todo el ejercicio profesional.

La LOPS (Ley 44/2003, de 21 de noviembre) define la formación continuada como "el proceso de enseñanza y aprendizaje activo y permanente al que tienen derecho los profesionales sanitarios, que se inicia al finalizar los estudios de pregrado o de especialización y que está destinado a actualizar y mejorar los conocimientos, habilidades y actitudes de los profesionales sanitarios ante la evolución científica y tecnológica y las demandas y necesidades, tanto sociales como del propio Sistema Sanitario". Para coordinar las actuaciones en dicho campo se constituye por esta Ley, la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias. Finalmente la Ley establece como llevar a la práctica la acreditación de Centros y actividades y la acreditación de los propios profesionales.

Sin embargo, en las década de los 80 y 90 del siglo pasado, la FMC comenzó a cuestionarse, en el sentido de su posible poca eficacia para cambiar los hábitos profesionales y en consecuencia para mejorar el nivel de salud de la comunidad. Frecuentemente la FMC se basa en actividades

externas, cursos, casi siempre eficaces a corto plazo, pero no a medio o largo plazo. Al descrédito de la FMC han contribuido y no poco, las instituciones encargadas de dicha formación (colegios de médicos, sindicatos, etc.), que en muchas ocasiones han utilizado la FMC más como una manera de obtener beneficios, ya fuera con las cuotas de inscripción o las subvenciones ministeriales para estos menesteres. El uso de otras metodologías educativas, que den más protagonismo al profesional, podrían ser más eficaces, en este sentido se han propuesto sistemas de FMC a distancia, combinados con oferta de enseñanza presencial, en los cuales el profesional puede buscar el momento adecuado para su formación. Un avance en este terreno en los últimos años en nuestro país, es el inicio de un proceso de acreditación de las actividades de FMC, que con todos sus defectos supone que ya no vale todo para engrosar el currículo.

En 1983, Donald Schön introduce su teoría sobre la práctica reflexiva, aportando la idea de que no es suficiente la evidencia técnica sobre lo que el profesional debe de hacer, es muy importante lo que aprendemos a partir de nuestra propia experiencia, pero haciendo una reflexión sobre dicha práctica (durante la acción- reflection in action- y sobre la acción –reflection on action-). El simple hacer algo sin reflexión, no implica aprendizaje, solo si añadimos esta reflexión sobre la práctica a la evidencia técnica, podremos desarrollar un trabajo de calidad. De estos presupuestos surge el concepto de Desarrollo Profesional Continuo (DPC) como un paso más allá de la FMC, que engloba la idea de enseñanza con la de crecimiento personal y profesional, más relacionado con el aprendizaje y la propia voluntad.

El DPC podría definirse como el proceso mediante el cual un profesional mantiene y mejora su grado de competencia y el nivel de calidad exigible en cada momento. El DPC debe ser voluntario y permanente y su objetivo, mantener la competencia. Debe ser contrastado y reconocido, para de esta forma incentivar al profesional a seguir en esa tarea. El DPC está además orientado a mantener e incrementar la calidad del sistema y de esta forma compromete al profesional con la organización sanitaria.

El DPC lleva consigo la necesidad de una evaluación. Esta evaluación puede ser formativa, orientada solamente a dar elementos al profesional para la mejora de su competencia; pero existe además una dinámica, cada día más evidente por parte de la sociedad, de exigir un nivel adecuado de competencia a los profesionales médicos, de que éstos rindan cuentas (accountability). La evaluación así, no sólo debería ser formativa, sino también sumativa, con objeto de recertificar al profesional.

En nuestro país no hay una tradición de evaluar o recertificar a los profesionales sanitarios en ejercicio y el planear algo de este tipo puede desencadenar posturas en contra, por pensar que se trata de algo peyorativo o injusto, pero habrá que convenir que el hecho de completar unos estudios de medicina o hacer una especialidad no conlleva una capacitación profesional para toda una carrera profesional en una sociedad tan dinámica como la que nos ha tocado vivir. La experiencia es más amplia en América (EEUU y Canadá) y en otros países europeos, existiendo alguna forma de recertificación hasta en 13 de los que conforman la actual UE.

Un programa de evaluación debe plantear en primer lugar las competencias que se pueden y deben evaluar (deberán ser para cada especialidad, de tipo asistencial, docente, investigador y de gestión) y en segundo lugar cuales son los estándares adecuados. En la práctica profesional hay que evaluar el saber (conocimiento, knowledge), el saber cómo (competencia, competence), el demostrar cómo (actuación, performance) y el hacer (práctica, practice) según la estructuración en pirámide de Miller. Los instrumentos disponibles para este tipo de evaluaciones no son muy habituales en nuestro medio, si exceptuamos aquellos que miden el conocimiento (exámenes basados en preguntas de elección múltiple tipo test). Será necesario introducir nuevos instrumentos evaluativos como exámenes de casos clínicos, que medirán la competencia, y pruebas de evaluación tipo ECOE o con pacientes simulados, para medir la actuación; pero sobre todo, lo que sería más interesante, pruebas que evalúen la práctica, en este sentido quizás el instrumento más desarrollado sea el portafolio (portfolio).

Aceptando la definición de Hall de 1992, "un portafolio para el desarrollo profesional es una colección de materiales hecha por un profesional, que registra y reflexiona sobre los procesos y acontecimientos clave durante su carrera profesional". La idea procede del uso ya existente de este tipo de instrumentos entre otros profesionales, especialmente artistas. Según el tipo de diseño, el portafolios puede ser estructurado o estandarizado, cuando previamente se han definido todas las tareas, pruebas y documentos que deben recogerse; libre, cuando es el profesional el que decide los materiales a recoger y semiestructurado, cuando combina ambas posibilidades. El portafolios puede utilizarse para la evaluación meramente formativa o para la evaluación sumativa (por ejemplo para obtener la recertificación). En este último caso, el diseño debe ser muy riguroso y tener muy definidas las competencias que tratan de evaluarse. Su base actualmente suele ser digital (archivos informáticos) aunque podría elaborarse en formato papel (archivador o carpeta).

CARRERA PROFESIONAL. OTRA OPORTUNIDAD PERDIDA

La carrera profesional (CP) es una vieja aspiración de los profesionales sanitarios, en concreto de los médicos, en nuestro país. La realidad es que hasta ahora la única forma de progreso profesional durante el trabajo hospitalario o en atención primaria, era el ascenso jerárquico, como jefe clínico, jefe de servicio o coordinador y obviamente las plazas para estos puestos son limitadas y además hay muchos profesionales a los que este tipo de ascenso, que supone un ejercicio de autoridad o al menos de gestión, no les interesa. Esta situación es claramente desmotivadora y por tanto perjudicial para mantener la calidad del sistema sanitario.

Aunque existían experiencias previas de CP en algunos hospitales españoles (Gregorio Marañon de Madrid y Hospital Clinic de Barcelona) y en alguna comunidad autónoma (Navarra) o instituciones (Instituto Catalán de la Salud o la Red Catalana de Hospitales Concertados), es a partir de 2003 con La Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Sanitario, la LOPS y el Estatuto Marco, cuando se marcan las bases para la implan-

tación de la CP en todo el territorio nacional, obligando a las CCAA a desarrollar normativas en este sentido.

La LOPS establece "el derecho (de los profesionales) a ser incentivados como reconocimiento a la dedicación y cualificación alcanzada en el ejercicio de sus funciones" y subraya que la CP "consiste en el reconocimiento público, expreso y de forma individualizada del desarrollo alcanzado por un profesional sanitario en cuanto a conocimientos, experiencia en las tareas asistenciales, docentes y de investigación y cumplimiento de los objetivos asistenciales e investigadores de la organización en la que prestan sus servicios". Añade que "en el reconocimiento se hará expresa la atribución del grado alcanzado por cada profesional en el conjunto de funciones que le son propias" y que "el acceso será voluntario".

De esta forma los objetivos básicos de la CP deberían ser mejorar la competencia del profesional y promover la excelencia en el desempeño de su puesto de trabajo, tener capacidad de discriminación, premiando a los mejores y motivar, de esta forma, al profesional, mejorando su satisfacción como tal.

Aunque la CP sea individual, de su buen desarrollo deberían derivarse beneficios para el sistema y promover la innovación y el avance en la organización, al mejorar la calidad de la asistencia a través de la mejora de la competencia y de la motivación de sus profesionales. Finalmente, de todo ello se derivaría una mejora indirecta de la satisfacción del paciente.

Para alcanzar estos objetivos, la CP tiene que cumplir una serie de requisitos: debe ser voluntaria, abierta, progresiva, objetiva (explícita), justa, transparente, factible en lo organizativo y en lo económico, discriminadora, incentivadora (sobre todo en los aspectos intrínsecos, pero también extrínsecos), con participación de los profesionales en su desarrollo y cumplimentación y homogénea para todo el sistema. Un punto clave es qué se debe evaluar, aunque lo ideal sería poder evaluar la práctica clínica, al menos es necesario que la evaluación verse sobre las competencias del profesional, competencias que deben ser fundamentalmente

asistenciales, pero también docentes, investigadoras y de gestión. El segundo punto clave es quién debe evaluar, lo cual queda bastante bien recogido en las normativas básicas, pero hay que esperar a su traducción en la vida real.

La CP debe tener efectos en el ámbito retributivo y laboral, siendo fundamental que la promoción profesional se acompañe de la asunción de nuevas actividades o responsabilidades profesionales y de la reducción o abandono de otras. No debe confundirse la CP con la promoción jerárquica (carrera administrativa o vertical, ya comentada) o con el plan de gestión o plan de incentivos a la gestión, que persigue la consecución de objetivos del sistema sanitario. Tampoco debe confundirse con una promoción sólo en función de la antigüedad del profesional, lo que algunos han denominado con acierto como una especie de "trienios ilustrados".

Aunque existen importantes puntos de contacto, la CP no es lo mismo que el DPC, aquella se establece en el ámbito laboral y ésta solamente en el profesional y la CP supone un reconocimiento en niveles y un incentivo económico, que no lleva consigo el DPC; sin embargo si sería pertinente hacer la valoración para la CP en base al DPC de cada profesional, añadiendo otros valores como pueden ser el cumplimiento de objetivos de la organización o la propia antigüedad.

¿Qué ha ocurrido con la implantación de la CP en España? A partir de los presupuestos y obligaciones que establecían las citadas leyes estatales, cada CCAA ha ido desarrollando su propia CP. El primer problema que se deriva de ello, es la falta de homogeneidad, que planteábamos como un requisito clave, ello traerá consigo problemas en el momento de hacer traslados de una a otra Comunidad Autónoma y en el peor de los casos será otro obstáculo para los mismos.

Las Carreras Profesionales que llevan un tiempo funcionando están dando muestras ya de la debilidad de sus planteamientos, los presupuestos generales de todos los modelos autonómicos han sido establecer un incentivo de tipo económico, para unos profesionales cuyos salarios no son precisamente muy interesantes y a ello han contribuido, quizás con

buena voluntad, pero sin duda de forma errónea, todos los sindicatos. Esta claro que se necesita un aumento de los salarios de los médicos, pero no a costa de este complemento, que debe sobre todo reconocer el progreso profesional y cuyo incentivo clave debe ser el reconocimiento de la sociedad, los compañeros y la propia administración. El planteamiento economicista planteado, ha conducido a seguir un modelo, donde no se establece para nada otra discriminación importante, que no sea la edad.

Algunas de las propuestas dicen estar basadas en la evaluación por competencias, pero queda por ver como se van a medir éstas. Hasta ahora la evaluación se ha limitado a la elaboración de memorias donde figura la actividad de los profesionales (no sus competencias), su currículo docente e investigador y sus créditos en cursos de FMC.

En algunas CCAA, también de forma errónea, la CP está demasiado confundida con conseguir los objetivos de la organización, confundiendo la CP con los denostados complementos de productividad. En algunas de ellas, se ha establecido, creo que de forma acertada, como requisito para el acceso, la incompatibilidad con el ejercicio privado de la profesión. Otras han debatido sobre la conveniencia de la reversibilidad de la progresión en niveles, que parece bastante lógico si se trata de medir la competencia profesional en un momento determinado, nuevamente los sindicatos se han opuesto a esta medida, defendiendo criterios económicos que pueden favorecer a determinados profesionales, pero no al resto de los mismos y sobre todo no a la sociedad en su conjunto. Finalmente la falta de transparencia en el momento de evaluar, ha dado lugar a problemas de supuestos agravios comparativos, que en algunos casos han acabado en los tribunales.

Por todo lo referido y aún cuando la CP está empezando a andar en muchas comunidades, podemos afirmar ya, deseando equivocarnos, que la implantación de la misma es otra oportunidad perdida. Una oportunidad perdida para incentivar a los profesionales sanitarios y para dinamizar el desarrollo profesional continuado, lo que significa una oportunidad perdida para la necesaria renovación de la política de personal del sistema sanitario español.

BIBLIOGRAFÍA

- Jovell AJ. El futuro de la profesión médica. Análisis del cambio social y los roles de la profesión médica en el siglo XXI. Fundació Biblioteca Joseph Laporte. www.fbjoseplaporte.org
- Educación Médica Básica. Estándares globales de la WFME para la mejora de la calidad. Educ Méd 2004; 7: S1-S18
- Instituto para la Educación Médica Internacional (IIME). Requisitos globales mínimos esenciales en educación médica. Educ Méd 2003 (S2); S11-S19. Disponible en: http://www.iime.org
- Schwarz MR, Wojtczak A. Una vía hacia la educación médica orientada a las competencias: Los requisitos globales esenciales mínimos. Educ Méd 2003 (S2); S5-S10. Disponible en: http://www.iime.org
- Epstein RM. Mindful practice. JAMA 1999; 282:833-839
- Sociedad Española de Educación Médica. Recomendaciones para un nuevo proceso de reforma curricular en las Facultades de Medicina españolas. 2004. http://www.sedem.org
- CMA Series of Health Care Discussion Papers. Professionalism in Medicine. Canadian Medical Association. Otawa, 2001. Disponible en http://www.cma.ca
- Relman AS. Assessment and accountability. The third revolutionin medical care. N Engl J Med 1988
- Proyecto de The ABIM Foundation, The ACP-ASIM Foundation y The European Federation of Internal Medicine. Profesionalidad médica en el nuevo milenio: un fuero médico. Rev Clin Esp 2002; 202:449-52
- Borrell-Carrio F, Epstein RM, Pardell Alentá H. Profesionalidad y professionalism: fundamentos, contenidos, praxis y docencia. Med Clin 2006; 127:337-43
- Pedraza Muriel V. Formación médica y necesidades sociales. Med Clin 2001; 116: 658-663
- VVAA. La formación de los profesionales de la salud. Escenarios y factores determinantes. Ed. Fundación BBVA. Bilbao. 1998

• Barón Maldonado M. La formación médica en Canadá como modelo de intervención profesional. Educación Médica 2001; 4: 156-68

• Declaración de Granada sobre estándares en la Educación Médica de Pregrado. Granada, 24 de Octubre de 2001. Educación Médica 2002;5: 3-5

• Cooke M, Irby DM, Sullivan W, Ludmerer KM. American Medial Education 100 years alter the Flexner Report. N Engl J Med 2006; 355: 1339-44

• Soria M, Guerra M, Giménez I, Escanero JF. La decision de estudiar medicina: características. Educación Médica 2006; 9: 91-7

• Carreras J. Diseño de nuevos planes de estudios de medicina en el contexto del espacio europeo de educación superior. I.- Punto de partida y decisiones previas. Educación Médica 2005; 8: 191-203

• Martín Zurro A. ¿Debe desaparecer el examen MIR? EL PAÍS - 4 de sept.2007

• Terés J, Capdevila JA, Novell F, Cardellach F, Bundó M, Torres M. Formación troncal de las especialidades médicas: un reto del presente para una mejora del sistema sanitario. Med Clin 2006; 127: 139-44

• VVAA. Desarrollo Profesional Continuo. JANO 2006; 1626 (Extra)

• Domenjó MN. El proceso cognitivo y el aprendizaje profesional. Educación Médica 2006; 9: 11-6

• Castejón Casado M. Sistemas de acreditación de formación continuada de profesiones sanitarias en España. Med Clin 2004; 123: 224-9

• Davis D, O´Brian MA, Freemantle N, Wolf FM, Mazmanian P, Taylor-Vaisey A. Impact of formal continuing medical education: do conferences, workshops, rounds, and other traditional continuing education activities change physician behavoir or health care outcomes? JAMA 1999; 282:867-74

• Guerra G, Prados JA. Desarrollo profesional continuo. El portfolio semFYC, herramienta de aprendizaje para la mejora profesional. Aten Primaria 2006; 37 (S1): 13-20

• Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias. Ley 44/2003 de 21 de noviembre. BOE nº 280 de 22 de noviembre de 2003.

• Simó J, Casado V. Carreras profesionales ¿algo más que reconocimiento? Aten Primaria 2006; 38: 405-8

• Iglesias JM, Moliner C, Veras R, Martín Zurro A, Extremera F, Soler M y cols. Grupo de trabajo de la semFYC. La carrera profesional del médico de familia. En http://www.agmedica.org/semFYC-Carrera-Pro.pdf

• Documento propuesta de modelo marco de Carrera Profesional (CP) para el personal sanitario elaborado por el grupo de trabajo de CP coordinado en la Dirección General de Recursos Humanos de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. (Borrador Inicial). 2006

Capítulo 3

REORIENTAR LA ESPECIALIZACIÓN MÉDICA

La Medicina es una profesión eminentemente práctica, aunque con bases científicas. Sólo practicándola se puede aprender. Pero el objeto de la Medicina son los seres humanos, generalmente enfermos. Estos dos hechos incontestables hacen que la formación de especialistas en Medicina sea completamente distinta a la de otras muchas profesiones universitarias.

Se atribuye a William Osler (1849-1919) la introducción del ejercicio de la Medicina con supervisión por expertos, lo que entendemos por "Residencia", como método ideal para la formación de especialistas. Su frase: *"Estudiar el fenómeno de la enfermedad sin libros es como navegar por un mar sin mapas, mientras que estudiar libros sin enfermos es como no ir al mar en absoluto",* expresa perfectamente esta realidad que, a pesar de los años transcurridos desde su muerte, sigue siendo válida.

Sin embargo, como españoles, debemos recordar dos hechos históricos, muy anteriores a Osler, que deberían enorgullecernos. Los estatutos de la Muy Insigne Universidad de Salamanca ya en 1538 rezaban: "Y no se les ha de dar carta de bachiller [en Medicina] hasta que 'ayan' practi-

* Diego Reverte Cejudo. Médico Internista Jubilado.

cado dos años después del grado, de más de los que practicaron siendo oyentes; lo cual ha de constar por información o testimonio ante el Rector de la Universidad", Llamativamente, nuestra veterana Universidad establecía como mínimo de lo que hoy llamaríamos "Formación de postgrado o especializada" un periodo de dos años, cuatrocientos cuarenta y ocho años antes de que la Unión Europea estableciese ese mismo periodo mínimo como imprescindible para poder ejercer en la Sanidad Pública de sus países miembros. Por otra parte, el insigne médicos segoviano Andrés Laguna, profesor, entre otras universidades, en la Sorbona parisina y médico del Emperador Carlos V, escribía en su "Introducción al Dioscórides", en 1555: "A nadie se ha de dar el título de médico sin haber hecho antes del arte de curar mil pruebas en un hospital insigne y, para los cirujanos, mejor que esta práctica la hagan en campo enemigo". Quizá estos dos curiosos hechos históricos se mantenían de alguna manera en el subconsciente colectivo español, pues en un país en el que no son frecuentes las innovaciones positivas, prendió, a partir de los años sesenta del siglo pasado la idea de la necesidad de un periodo de residencia para el ejercicio responsable de la Medicina y se ha ido afianzando cada vez más, con el desarrollo de un sistema formativo que, no obstante sus muchos defectos, que analizaremos a lo largo de estas páginas, ha contribuido, sin lugar a dudas, a que en el momento actual dispongamos de una Sanidad Pública de excelente calidad científica y técnica.

Es justo señalar que un pequeño grupo de centros hospitalarios, entre los que destacan el de Valdecilla en Cantabria, el Civil de Basurto en Vizcaya, el de la Santa Creu y Sant Pau en Barcelona, el de la Fundación Jiménez Díaz en Madrid y el General de Asturias, se convirtieron en verdaderos pioneros de la puesta en marcha de programas de formación de especialistas, mediante residencia. En la década de 1960 a 1970, un grupo de convencidos entusiastas pusieron en marcha, sin ningún apoyo real oficial y considerando como algo absolutamente voluntario su integración en el mismo, el llamado "Seminario de Hospitales con Programas de Formación de Especialistas". Este seminario pretendía ser un órgano coordinador y homogeneizador de los programas y tuvo una importancia considerable.

Otro factor cuya importancia merece la pena considerar fue el desarrollo de una red hospitalaria de la Seguridad Social, con la construcción en todas las provincias de "Residencias" o "Ciudades Sanitarias", curiosas denominaciones que se aplicaron eufemística y demagógicamente a los hospitales, pues la palabra "hospital" tenía mala fama entre los ciudadanos. El hecho real es que en esas fechas no había, en la práctica, más hospitales públicos que los provinciales y los universitarios, aferrados a una tradición que no permitía el desarrollo de las especialidades médicas y quirúrgicas y, en consecuencia, impedía la implantación de una Medicina asistencial moderna. Había otros hospitales de instituciones privadas, eclesiásticas o no, que cumplían meritorias misiones. Probablemente algunos de los dirigentes del Instituto Nacional de Previsión, a la sazón entidad gestora de la Seguridad Social, de la que dependían los nuevos centros hospitalarios, fueron conscientes de que no era posible desarrollar una atención hospitalaria moderna para la época con las estructuras de que se disponía por dos hechos. Por una parte, la formación de pregrado tradicional, era meramente teórica y memorística y, por otra, la "formación" de especialistas se llevaba a cabo mediante "Escuelas Profesionales", también de forma básicamente teórica, e incluso era posible que fueran reconocidos "como especialistas en la modalidad que a cada uno corresponda a la publicación de esta Ley:

a) Los Médicos que durante un periodo no menos a tres años anteriores a la promulgación de esta Ley hayan ejercido públicamente una Especialidad y los que oficialmente ocupen cargo público con ese carácter solicitándolo por conducto de la Facultad de Medicina.

b) Los que por oposición desempeñen una plaza de su especialidad.

c) Los que justifiquen haber cumplido, en las Facultades de Medicina o en Centros de Especialización oficialmente creados y reconocidos en fecha anterior a esta Ley, un periodo de preparación no inferior a dos años pruebas finales de capacitación para la Especialidad que acrediten su debida preparación.

d) Los que aprueben, en un plazo no superior a dos años, a partir de la reglamentación de esta Ley, las pruebas a que se refiere el último párrafo del artículo noveno y los artículos once y doce de la misma". como señala la Ley de 20 de julio de 1955(1), en su disposición transitoria. Ante este panorama, de una manera o otra, aceptaron la revolución conceptual del Seminario de Hospitales con Programas de Formación de Especialistas. El hecho es que fueron inicialmente las instituciones de la Seguridad Social las que paulatinamente fueron poniendo en marcha programas formativos basados en el trabajo clínico supervisado por expertos con responsabilidad creciente y supervisión cada vez menor, es decir, mediante residencia. En esa etapa inicial, cada centro convocaba las plazas que consideraba pertinentes y para las que disponía de financiación y no había programas, como tales. Sin embargo, el hecho de que un buen número de verdaderos y entusiastas especialistas, muchos formados fuera de España, ocupasen las plazas de facultativos de las nuevas instituciones hospitalarias, dio gran vigor a la formación mediante residencia y ésta se convirtió en algo irreversible.

Aunque, de hecho, empezaron a formarse como especialistas mediante residencia un buen número de médicos, tras superar variadas pruebas para acceder a la misma, hasta 1978 no hubo una normativa legal moderna reguladora de la formación, que incluyese unos programas definidos. En ese año se publica un Real Decreto(2) que, junto con su ulterior desarrollo, recoge estos aspectos y crea el Consejo Nacional de Especialidades Médicas, como órgano colegiado asesor de la Administración. Un nuevo Real Decreto de 1984(3), todavía en gran parte en vigor, aunque con algunas modificaciones de poca transcendencia, a pesar de la publicación en 2003 de la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (L.O.P.S.)(4), perfecciona lo dispuesto en 1978. Como ya ha sucedido en otras ocasiones, el desarrollo normativo de la L.O.P.S. progresa lentamente, de modo que, a título de ejemplo, hasta el pasado 29 de marzo de 2007, no se constituyó el nuevo Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud, responsable de hacer la mayor parte de las propues-

tas de transformación(5). El Real Decreto 127/1984 perfeccionó el anterior y ya contempla la residencia como vía única de formación de especialistas, si bien su disposición transitoria cuarta y varias disposiciones normativas ulteriores han permitido que un número no enorme, pero sí importante de facultativos obtengan el título de especialistas por otras vías.

La normativa que se contempla en el mencionado Real Decreto 127/1984 tiene defectos importantes que más adelante discutiré, en especial el de no contemplar la formación general en las especialidades más globales que se han dado en llamar "troncales", como parte consubstancial de la formación en las especialidades que de ellas se han ido derivando. La Comisión Permanente del Consejo Nacional de Especialidades Médicas (C.N.E.M.) presentó a las Administraciones Sanitaria y Educativa un borrador que contemplaba esa formación troncal en junio de 1989, que había sido fruto de un difícil consenso en el seno del C.N.E.M. Desde entonces se ha hablado mucho de la necesidad de modificar la normativa en ese sentido, pero los cambios han sido pocos y de poca importancia. El hecho es que la formación sigue regulada en la práctica básicamente por un Real Decreto previo a la Ley General de Sanidad y que ya tiene veintitrés años de antigüedad. Se contemplan en él cuarenta y nueve (posteriormente se han reducido a cuarenta y ocho, al suprimir la Medicina Aeroespacial) especialidades, sin prácticamente ninguna vinculación entre ellas.

Vale la pena señalar que, en 1986, la Unión Europea publicó una Directiva(6) por la que se establecía la obligatoriedad de realizar una formación práctica de postgrado de un mínimo de dos años para ejercer como médico general en la Sanidad Pública. En España no se transcribió esta normativa hasta 1995(7).

El hecho, tras esta ya larga historia de formación de especialista médicos en nuestro país, es que tenemos un sistema que, a pesar de todos sus defectos, ha contribuido sobremanera a mejorar la calidad de los servicios sanitarios. En las siguientes páginas voy a tratar de hacer un análisis de las virtudes y defectos del mismo. Es inevitable que este análisis tenga un

elevado componente de subjetividad, pues se basa fundamentalmente en mis vivencias desde mi etapa de residente (Primera promoción del Hospital Clínico de Madrid, de 1964 a 1968), de las de mis muchos años posteriores como formador de residentes en el mismo hospital de Madrid y en el General de Segovia, muchos de ellos como Jefe de Estudios de residentes de este último y, al mismo tiempo, de mis más de quince años como miembro y presidente de la Comisión Nacional de Medicina Interna y, por ende, del Consejo Nacional de Especialidades Médicas y, por repetidas elecciones, de su Comisión Permanente y diversos grupos de estudio del mismo.

En principio, hay una serie de características des sistema que no cabe duda que son positivas:

1.- El reconocimiento, en principio, de la residencia como único método de formación especializada.

2.- La existencia de criterios definidos para la acreditación de los centros docentes (hospitales y centros de salud) y de las unidades docentes de las diferentes especialidades en el seno de los mismos.

3.- La existencia de unos programas docentes detallados, que se han ido mejorando a lo largo de los años.

4.- La obligatoriedad de que haya en los centros acreditados un tutor por cada especialidad que se imparta y una Comisión Local de Docencia, en principio, independiente de los órganos gestores del centro(8).

5.- La práctica de auditorías docentes periódicas con protocolos concretos. Es preciso señalar que, en los últimos años, ha disminuido la frecuencia de las mismas.

6.- La evaluación de los residentes tras cada rotación y al final de su periodo formativo(8), incluyendo la cumplimentación, al menos en teoría, de un libro de residentes.

En lo que se refiere a los centros y unidades docentes, están bien establecidos en los criterios de acreditación algunos aspectos fundamentales, como son la carga asistencial mínima que deben tener las unidades docentes, así como las actividades docentes e investigadores que deben llevar a cabo y los medios materiales mínimos de que deben disponer, incluida la dotación de biblioteca. También se señalan las características y actividad que debe tener el centro en su conjunto.

Si se cumplieran razonablemente las normas y las directrices previstas para el funcionamiento del sistema, la formación sería casi perfecta. Sin embargo, cuando contemplamos la realidad, observamos una serie de incumplimientos o cumplimientos insuficientes que hacen que la realidad sea menos positiva. En primer lugar, tanto las evaluaciones anuales, como las de las rotaciones, como la final no se llevan a cabo con el rigor que la importancia de las mismas exigiría. Son los propios formadores y, en definitiva, el propio centro el que evalúa a los residentes, lo que implica que siempre hay un importante componente de subjetividad, máxime cuando no existen protocolos bien definidos de evaluación. La cumplimentación del libro de residente ha sido muy irregular, en parte por la gran complejidad que supone una buena cumplimentación y, por otra parte, por la falta de entusiasmo por parte de los especialistas que supervisan la tarea de los médicos en formación. Como bien señalan Dias Silva y Castro Beiras(9) en un interesante análisis del sistema de evaluación actual, la lógica falta de homogeneidad entre las diversas unidades docentes es otro factor que dificulta la evaluación objetiva. También merece la pena señalar que, aunque el Real Decreto 127/1984 la contemplaba, con carácter voluntario, no se ha desarrollado la evaluación final a nivel estatal. Los residentes aducen, en parte con razón, que ya han pasado demasiados exámenes en su vida y que las pruebas de acceso al sistema formativo lo suficientemente duras como para que no sea razonable imponer otro examen final. Sin embargo, con dos condiciones, estoy seguro de que los residentes la aceptarían de buen grado. Debería tratarse no de un examen teórico que analizase los conocimientos, sino de una prueba de capacitación profesional que analizase las habilidades, los conocimientos

aplicados y las actitudes. Existen hoy en día métodos bien experimentados, mediante audiovisuales, enfermos fingidos por actores, etc. para llevar a cabo este tipo de pruebas. Un ejemplo son los métodos empleados por el "National Board of Medical Examiners" de los Estados Unidos, agencia independiente que se ocupa de evaluar a quienes concluyen sus periodos de formación como residentes. Quizá un periodo de cuatro a seis semanas trabajando en una unidad acreditada distinta y distante de la de origen podría servir para completar la evaluación. Por otra parte, la calificación obtenida en la prueba final tendría que tener un valor primordial en el momento de tratar de acceder al mercado de trabajo. El hecho de que la asistencia sanitaria esté transferida a las Comunidades Autónomas que tienen competencias para decidir como seleccionan a sus profesionales, dificulta que se tomen medidas de este tipo.

La existencia de una evaluación final de carácter estatal, cuya calificación tuviese un valor importante o casi fundamental en los baremos de los concursos para el acceso a los puestos de trabajo contribuiría probablemente también a disminuir la actual tendencia a la endogamia de los especialistas, que tienden cada vez más a buscar su futuro profesional en los propios centros en que se han formado, o en los del entorno próximo, lo que, sin duda, empobrece al sistema, al no haber aportes de nuevas ideas y de diferentes enfoques profesionales a los equipos.

En lo que concierne al control del funcionamiento de las unidades y centros docentes, hay que señalar que la acreditación de los mismos se hace, con el preceptivo informe de las Comisiones Nacionales correspondientes en el caso de las unidades y del Consejo de Especialidades en el caso de los centros, sobre la base de los datos que remiten las propias unidades y centros solicitantes, siempre que, al menos sobre el papel se cumplan los criterios preestablecidos. Posteriormente se hacen auditorias a centros, aunque no se ha llegado a poner en marcha un programa global de auditorías a unidades. Las auditorías a los centros se realizan con protocolos bastante adecuados. El problema es que, generalmente por motivos presupuestarios, la frecuencia de esas auditorías es bastante menor

que la prevista, que sería de una cada tres años. Por otra parte, la adopción de resoluciones sancionadoras es bastante lenta y existe una falta de flexibilidad ante los problemas concretos.

Otro aspecto negativo del control del sistema es la falta de una valoración de las unidades y los centros por parte de los residentes. Sería muy importante que, cada año, los residentes hiciesen una evaluación de sus unidades, mediante encuestas amplias, con protocolos bien elaborados y, naturalmente, confidenciales.

En resumen, como en cualquier análisis de calidad, tendría que haber un control de "la materia prima", que estaría representado por la prueba de acceso que tendría que referirse a los conocimientos y habilidades que se suponen que ha de tener quien acaba su licenciatura en Medicina. En los años en que la demanda de plazas era muy superior al número de las convocadas, la prueba tenía un carácter muy selectivo, al admitir, alrededor de un 20 a un 25% de los candidatos. Hoy en día, en que la desproporción es mucho menor, quizá tuviese sentido marcar un mínimo de puntuación para ser admitido, aunque este mínimo debería establecerse a la vista de la distribución de los candidatos, no a priori. Los criterios de acreditación de centros y unidades, junto con una auditorías sistemáticas de los mismos, constituirían un control de calidad del proceso y una prueba final de competencia profesional, bien estructurada, sería el control de calidad del "producto".

Además de estos defectos derivados de su funcionamiento inadecuado, nuestro sistema formativo tiene bastantes puntos débiles en sí, que voy a analizar a continuación. A mi modo de ver, el problema más serio es que, a lo largo de los más de 23 años que han transcurrido desde que se publicó y entró en vigor el Real Decreto 127/1984, la lentitud en la toma de decisiones para analizar y corregir estos defectos, ha hecho que, en determinados aspectos, el sistema se encuentre un tanto anquilosado. La Administración ha delegado en el Consejo Nacional de Especialidades Médicas, concebido como un mero organismo asesor, demasiadas funciones decisivas y, por otra parte, el gremialismo ha tenido, como era de esperar, una excesiva influencia en los planteamientos.

Un aspecto importante, entre los aspectos negativos del sistema, es el hecho de que, aunque en nuestro país, como en todos los occidentales, hoy en día, la morbilidad y la mortalidad se derivan fundamentalmente de procesos crónicos que requieren más "cuidar" que "curar", la formación sigue centrada en los procesos biotecnológicos que conducen a lo segundo y desprecian lo primero. Este hecho no es casual, sino que está relacionado con la preocupación existente entre los dirigentes mundiales por reemplazar una sanidad como derecho fundamental del ciudadano, orientada a intentar resolver las necesidades de salud de la población, por una sanidad concebida como parte del mercado y orientada a satisfacer los deseos concretos de los individuos en su calidad de consumidores, concibiendo las actuaciones como meras "reparaciones" corporales. Siguiendo esta lamentable tendencia actual, muy estimulada por la industria farmacéutica y de tecnología sanitaria, cada vez se enseña menos, incluso en la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, el método clínico y las guías tienden a insistir exageradamente en las pruebas tecnológicas que deben practicarse y menos en el trabajo a la cabecera del enfermo, obteniendo datos a partir de la anamnesis y la exploración clínica. Por otra parte, haciendo un énfasis exagerado en las objetivamente escasas reclamaciones judiciales y las aún más infrecuentes condenas a facultativos, se hace cada vez más hincapié en la medicina defensiva, lo que, a su vez induce a enseñar un empleo injustificado de tecnología compleja, cuya influencia positiva en la evolución de los problemas médicos de los enfermos y en los niveles de salud de la población es, cuanto menos, dudosa.

Entrando en aspectos más concretos, entre las debilidades del sistema, en mi opinión, el mayor defecto ha sido considerar las especialidades originales, de las que históricamente han ido surgiendo todas las demás y que suelen llamarse troncales, como similares a las especialidades derivadas de las mismas. En absoluto quiero restar importancia a todas ellas, sin las cuales no sería concebible el avance de la Medicina en los últimos cincuenta años, pero creo que esta falta de distinción entre ambos grupos ha dado lugar, y lo sigue haciendo, a muchas disfunciones de organización y

asistenciales. La mencionada y aún casi no desarrollada L.O.P.S. claramente considera que hay que reconocer los grandes troncos e introducir un periodo mínimo formativo de dos años en las especialidades troncales, antes de iniciar la formación en las que de ellas se derivan. Sin embargo, la ley lleva ya más de tres años promulgada y no ha habido aún ningún avance real en este sentido.

Esta concepción de las especialidades como entidades aisladas las unas de las otras, aparte de ignorar la realidad unitaria del ser humano y la historia del desarrollo de las especialidades médicas, ha dado lugar a que la única forma de cambiar de especialidad a lo largo de la vida sea iniciar un nuevo periodo de residencia, tras superar una nueva prueba selectiva. Este hecho, además de ignorar que un facultativo concreto puede modificar sus intereses profesionales a lo largo de su vida profesional, no tiene en cuenta que determinados especialistas pueden verse obligados a cambiar de especialidad como consecuencia de accidentes o enfermedades que les incapaciten para trabajar en la suya inicial, pero que no les impedirían reconvertirse para ejercer otra. Se han dado casos de médicos que, por esta rigidez, se han convertido en pensionistas por incapacidad laboral permanente absoluta a los cuarenta años, cuando podían ejercer perfectamente otras especialidades. Esta rigidez ha dado lugar también a la falta de reconocimiento del desarrollo de determinadas conocimientos, surgidos en el seno de las especialidades como consecuencia del progreso y avance de las mismas. El ejemplo más llamativo es en el seno de la Pediatría. Aunque el Real Decreto 127/1984 denominaba a esta especialidad "Pediatría y sus Áreas Específicas", en 2007, es decir, veinticuatro años después, no existen oficialmente en España especialistas en Medicina infantil, tales como cardiólogos, nefrólogos, gastroenterólogos, etc. Por fortuna, la realidad es bastante diferente.

Frente a esta incapacidad de reconocer la realidad de áreas específicas que se han venido desarrollando en el seno de las especialidades, en especial de las más generales, el Real Decreto repetidamente mencionado, consideraba la existencia de, nada menos que cuarenta y nueve especialidades, a saber, por orden alfabético

- Alergología.
- Análisis Clínico.
- Anatomía Patológica.
- Anestesiología y Reanimación.
- Angiología y Cirugía Vascular.
- Aparato Digestivo.
- Bioquímica Clínica.
- Cardiolgía.
- Cirugía cardiovascular.
- Cirugía General y del Aparato Digestivo.
- Cirugía Maxilofacial.
- Cirugía Pediátrica.
- Cirugía Plástica y Reparadora.
- Cirugía Torácica.
- Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología.
- Endocrinología y Nutrición.
- Estomatología.
- Farmacología Clínica.
- Geriatría.
- Hematología y Hemoterapia.
- Hidrología.
- Inmunología.
- Medicina de la Educación Física y del Deporte.
- Medicina Espacial (Suprimida recientemente ¿?)

- Medicina Familiar y Comunitaria.
- Medicina Intensiva.
- Medicina Interna.
- Medicina Legal y Forense.
- Medicina Nuclear.
- Medicina Preventiva y Salud Pública.
- Medicina del Trabajo.
- Microbiología y Parasitología.
- Nefrología.
- Neumología
- Neurocirugía.
- Neurofisiología Clínica.
- Neurología.
- Obstetricia y Ginecología.
- Oftalmología.
- Oncología Médica.
- Oncología Radioterápica.
- Otorrinolaringología.
- Pediatría y sus áreas específicas.
- Psiquiatría.
- Radiodiagnóstico.
- Rehabilitación.
- Reumatología.
- Traumatología y Cirugía Ortopédica.
- Urología.

Hay que señalar que algunas especialidades han cambiado superficialmente, por diversos motivos, su nombre a lo largo de estos años. Si algún experto en formación médica especializada contempla este listado, sin conocer los entresijos de la realidad sanitaria española, nunca podrá comprender la existencia de determinadas especialidades que, a mi juicio, más que necesidades reales de la sociedad española o de cualquier otra sociedad, han sido fruto de la condescendencia del poder con los intereses de determinados grupos de presión profesionales. Determinadas especialidades han tenido conflictos de contenido y de competencias, como puede presumirse de la mera lectura de sus denominaciones. Ejemplos evidentes han sido la "Angiología y Cirugía Vascular" con la "Cirugía Cardiovascular" y la "Cirugía Torácica", los "Análisis Clínicos" con la "Bioquímica Clínica", la "Microbiología y Parasitología" y la "Inmunología", la "Anestesiología y Reanimación" con la "Medicina Intensiva", la "Neurología" con la peculiarísima "Neurofisiología Clínica" y, más recientemente, la especialidad de "Estomatología" con la nueva licenciatura en "Odontología". Especialmente curiosa es la existencia como especialidad autónoma de la "Hidrología". La entrada de España en la Comunidad Económica Europea, hoy Unión Europea, ha dado lugar a importantes problemas de reconocimiento de especialidades que se han resuelto, en muchos casos, mediante ingeniosos maquillajes. En medio de esta, a mi juicio, enrevesada y confusa situación, hay colectivos que reclaman que sus actividades, se conviertan en otras especialidades nuevas. Da la sensación de que confunden actividades concretas, susceptibles de ser llevadas a cabo por diversos especialistas, con especialidades médicas. Muchas veces, cuando se escuchan sus teóricos argumentos, concluye uno maliciosamente que de lo que se trata es de conseguir verdaderos monopolios para ejercer en exclusiva la actividad de que se trate.

En los últimos años estamos contemplando la aparición de un nuevo problema: un déficit global de profesionales médicos, unido a una carencia concreta de determinadas especialidades y un exceso de otras. A esta situación contribuyen varios factores. Uno fundamental y, realmente imprevisible, son los cambios enormes que han surgido en la práctica de

la Medicina y que hace unos años nadie podía prever. A título de ejemplo, señalaré cómo las necesidades de anestesiólogos se han multiplicado con la introducción generalizada de nuevas técnicas exploratorias, tales como endoscopias, determinados estudios radiológicos, etc. Pero además, en mi opinión, no ha habido una verdadera planificación sanitaria, con lo que es imposible hacer estimaciones de las necesidades globales de médicos y, aún menos, de la de cada tipo de especialistas. En este terreno, ha habido una clara ausencia de interés político y una excesiva pasividad por parte de las sucesivas administraciones. También ha podido contribuir el gremialismo y el coporativismo de los miembros de las diversas Comisiones Nacionales de las especialidades que se han preocupado más de velar por los intereses de sus compañeros de especialidad y de evitar la competencia que por las necesidades de la sociedad. Tampoco hay que olvidar el hecho de que la mala remuneración de los especialistas en España, si se compara con la de sus colegas europeos y la excesiva tendencia a la precariedad en el empleo, al no convocarse concursos de plazas con una periodicidad razonable, ha dado lugar a la emigración de un no despreciable número de especialistas en cuya formación se ha invertido una importante cantidad de recursos económicos.

Fijándonos en el terreno de la realidad cotidiana de la formación de los residentes, hay una serie de defectos que deterioran esta formación. En primer lugar, y quizá con la excepción parcial de la formación extrahospitalaria en Medicina Familiar y Comunitaria, no se ha prestado atención a la labor docente de los facultativos de plantilla, hasta tal punto que los tutores hospitalarios no han tenido ninguna compensación económica ni curricular por su labor y ni siquiera se les ha reconocido un tiempo, naturalmente substraído de sus tareas asistenciales, para llevar a cabo sus actividades de tutoría. Tampoco, en términos generales, se ha considerado esta actividad como un mérito baremable para concursos o progreso profesional. Las gerencias de los centros, movidas, en general, por ideas economicistas de rendimientos cuantificables, no siempre han proporcionado los instrumentos materiales necesarios para que se pudiera llevar a cabo la labor formativa. Los gastos en libros, revistas médicas, accesos a

la internet para obtención de documentación e información, nunca han sido prioritarios, frente a las inversiones en medios "de gestión". Por otra parte, la paulatinamente creciente escasez de plantillas en los centros ha conllevado una excesiva carga de responsabilidad asistencial para los residentes, cada vez contemplados más por parte de los responsables sanitarios, aunque naturalmente no lo reconozcan en público, como "mano de obra barata".

Un aspecto polémico y que concita gran cantidad de críticas es la prueba de acceso a la formación especializada, el popular "Examen M.I.R.", al que cada año concurre un buen número de licenciados para iniciar su formación como especialistas. Me parece fundamental recalcar algunos hechos básicos que, con frecuencia parecen ignorarse. En primer lugar, sería ideal que todo licenciado tuviese un acceso automático a la formación de postgrado y a la especialidad que vocacionalmente (si es que hay una tendencia vocacional tan definida) prefiriese. Es cierto que, en épocas pasadas, como consecuencia de la desproporción entre el número de plazas convocado y el número de licenciados que cada año salían de nuestras facultades de Medicina, no era posible, en particular por existir una importante bolsa de licenciados sin especialización, que cada licenciado tuviese acceso a una plaza, al concluir su licenciatura. Sin embargo, en los últimos años, la desproporción ha desaparecido prácticamente y, la que existe se deriva de lo que queda de la bolsa mencionada, del hecho de que muchos especialistas deciden, por diversos motivos, presentarse para hacer otra especialidad y, en mucha menos cuantía, del hecho de que existe un número creciente de extranjeros que aspiran a especializarse en España. En cualquier caso, siempre habrá que buscar un método de clasificar a los aspirantes para que opten a las plazas convocadas.

Otro hecho que no podemos olvidar es que la formación en nuestras facultades de Medicina, continúa siendo, con muy honrosas excepciones, fundamentalmente teórica y memorística y su componente práctico y realista es escaso, lo que no tiene verdadera razón de ser en un momento en que nuestro país posee una razonable red de hospitales y centros de aten-

ción primaria en los que los estudiantes podrían adquirir unos conocimientos más prácticos y acordes a las necesidades de la población. Además, los criterios de calificación son muy heterogéneos, como lo ha venido sugiriendo la falta de correlación entre las calificaciones de pregrado y los resultados obtenidos en la prueba de acceso, aunque la validez calificadora de esta última la cuestionen muchos. No sería justo utilizar las calificaciones académicas para establecer un orden de acceso a las plazas, pues ello implicaría una clara falta de equidad.

Tampoco podemos ignorar que estamos clasificando a candidatos recién licenciados, que tan sólo han hecho esa formación, por lo cual no sería razonable preguntarles sobre asuntos que sólo se van a aprender posteriormente. Así planteada la cuestión, resulta que, ante una formación teórica, la prueba de acceso tiene que ser necesariamente de carácter teórico y, naturalmente igual para todos, en contra de lo que algunos, fundamentalmente especialistas de órgano y cirujanos, afirman para pretender que se haga una prueba de acceso distinta para cada bloque de especialidades (médicas, quirúrgicas, etc.).

Lo que nadie puede negar, aunque a algunos les moleste por diversos motivos, es que la prueba actual es, sobre todo, equitativa. Es cierto que puede mejorarse la prueba, introduciendo en la misma más contenidos clínicos, de salud pública, etc., pero no lo es menos que para que hubiese una prueba más acorde con la realidad sanitaria actual, habría que modificar antes toda la metódica y los programas de la formación en la fase de licenciatura. Como muy bien señala recientemente Iñigo Espert(10) , en un lúcido comentario los intentos de introducir entrevistas y otras variantes en las pruebas de selección, probablemente sólo van a conducir a acabar con esa equidad que tanto respeto le ha granjeado al sistema. Todavía hoy en día cualquier licenciado desconocido puede acceder a formarse en cualquiera de los hospitales más prestigiosos del Estado si el número que ha obtenido en la prueba se lo permite. Admitiendo, naturalmente, las imperfecciones múltiples del método, en aras a mantener esta equidad, me inclino a sugerir que no se modifique en lo substancial. Por otra parte,

aunque se trate de una impresión subjetiva de la que no pretendo sacar conclusiones científicas, mi largo periodo de contacto con los residentes me ha permitido observar que, en términos muy generales, los que obtuvieron mejores números, resultan ser más competentes que los del final de la lista.

Un aspecto que me parece fundamental es que, a pesar de las dificultades que la empresa conlleva, se intente hacer un estudio riguroso de las necesidades aproximadas de cada una de las especialidades, con vistas a que el número de plazas convocadas no dependa de criterios gremialistas de los componentes de las comisiones nacionales, ni de impresiones meramente subjetivas de los mismos. El problema radica en que, para esto, es necesario tener una idea clara y bien definida de la política sanitaria que quiere implantarse en nuestro Estado, lo que permite un cierto grado de planificación. Es evidente que, si se decide una política sanitaria orientada hacia las necesidades reales de salud de la población, partiendo de considerar que la atención a la salud es un derecho fundamental de los ciudadanos, probablemente la planificación va a dar prioridad a la Atención Primaria y, por ende, a la especialización en Medicina Familiar y Comunitaria y especialidades de tipo global, como la Medicina Interna la Pediatría General. Si se pretende desarrollar una atención orientada hacia los deseos de los consumidores de actos sanitarios de mera reparación de órganos o sistemas, en medio de una sanidad que forme parte del sacrosanto mercado, se optará por potenciar, como ya se viene haciendo, las especialidades de órgano. No quiero con esto decir que no sean precisas estas últimas especialidades, sino que habrá que decidir sobre la amplitud de su implantación.

Se plantea con frecuencia el problema de la oferta y demanda de especialistas en España. Ya el mero planteamiento en estos términos tiene resonancias de mercado. Desde un punto de vista progresista, creo que por lo que hay que preguntarse es por cuáles van a ser las necesidades sanitarias futuras de nuestra sociedad. Naturalmente, todo intento de predecir el futuro, en cualquier aspecto, tiene el riesgo de cometer errores

que den lugar a que, a quien lea estas líneas dentro de unos años, las mismas le provoquen una comprensible hilaridad. Sin embargo, asumo esa posibilidad y me permito afirmar que las necesidades futuras van a estar marcadas por dos hechos fundamentales: el envejecimiento de la población y su padecimiento principalmente de procesos crónicos e incapacitantes que van a requerir muchos cuidados y van a permitir pocas curaciones y, junto a ello, el aumento de una población inmigrante que, por su procedencia múltiple y, en gran parte, del llamado Tercer Mundo, va a hacer que los profesionales sanitarios tengan que familiarizarse con procesos que, todavía hoy, constituyen rarezas en nuestro medio. Opino que hay que hacer un claro esfuerzo para asumir ambos retos.

No creo que haya que enfocar la solución de estos retos y otros que puedan surgir con la creación de nuevas especialidades de forma caprichosa, pues la ya numerosa nómina de las existentes pienso que podrá asumir en su seno estas demandas, Lo que sí se va a imponer es una mayor flexibilidad en la formación y en el ejercicio de los especialistas y quizá un desarrollo de áreas de capacitación específica, dentro de cada una o de varias especialidades, dependiendo de los problemas concretos. A título de ejemplo a favor de que esta solución va a funcionar, me permito citar lo que ha sucedido con la epidemia de SIDA. Aunque las demandas, probablemente razonables, de algunos que pretendían crear una especialidad de Enfermedades Infecciosas independiente o casi no han tenido éxito, el esfuerzo formativo y de trabajo de médicos de familia, internistas, pediatras, microbiólogos y otros muchos sanitarios, ha hecho que el tratamiento de esa enfermedad se lleve a cabo con un nivel de calidad equiparable al de cualquier otro país de nuestro entorno. Al mismo tiempo, al no desgajar a estos expertos de sus especialidades respectivas ha hecho que, cuando la atención a estos enfermos ha empezado a requerir menos esfuerzo y menos dedicación, esos facultativos han podido seguir asumiendo, en muchos casos, otras tareas dentro de la organización sanitaria.

También hay que plantearse una nueva visión del entorno físico en que se van a formar los especialistas. No cabe duda de que los futuros especia-

listas en Medicina Familiar y Comunitaria deberán seguirse formando básicamente en los Centros de Atención Primaria. Sin embargo, es necesario que dichos centros cambien mucho para que puedan formar verdaderos especialistas útiles, capaces de responsabilizarse del grueso de la atención sanitaria, en sus tres facetas: promoción de la salud, educación sanitaria y prevención de las enfermedades, atención a la enfermedad que cubra la mayor parte de la misma y rehabilitación. Naturalmente, en estas tareas tendrán que trabajar en equipo con otros profesionales sanitarios. Sin embargo, no es posible proporcionar una buena formación en centros (que son la mayoría) en los que disponer de diez minutos por enfermo sigue siendo una utopía justamente reclamada. Tampoco las condiciones de precariedad laboral hace que los especialistas puedan llevar a cabo una labor docente lógica. Otro aspecto que creo que es muy negativo para la actividad a ese nivel, tanto desde el punto de vista asistencial como el docente es el hecho de que no se haya organizado una verdadera "Medicina de Familia", sino que, de hecho, en una familia es frecuente que cada miembro tenga un médico distinto.

A nivel de las especialidades que han dado en llamarse hospitalarias, habrá que tener en cuenta la evolución de los centros. Los que denominamos centros de agudos van a serlo cada vez más en realidad, Los enfermos ingresarán cada vez más sólo para que se les resuelvan los problemas agudos, muy en especial los quirúrgicos. El estudio y tratamiento del resto de los problemas que demanden atención especializada se va a llevar a cabo en las consultas externas y la hospitalización domiciliaria será cada vez más frecuente. Los hospitales de crónicos serán cada vez más abundantes y en ellos será donde se "cuidará" a muchos enfermos. Naturalmente, los programas de especialización tendrán que tener en cuenta estos hechos y la formación no podrá seguir siendo básicamente en las salas de los hospitales de agudos, sino que tendrá que recibirse en gran parte en las consultas externas y en los centros de crónicos. Por supuesto, el impacto de estas necesarias modificaciones variará mucho de unas a otras especialidades.

Mis perspectivas del futuro son, como en tantos otros terrenos, contradictorias. Por un lado, pienso que el indudable progreso de la Medicina va a hacer que nuestro sistema formativo se perfeccione cada vez más el nivel de nuestra asistencia sanitaria sea cada vez mejor, desde todos los puntos de vista. Por otra parte, la obsesiva preocupación por convertir la Sanidad en una parte más del mercado y la idea dogmática de que todo se resuelve con la competencia económica y la conversión de los ciudadanos en consumidores de asistencia sanitaria, creo que va a llevar a un deterioro progresivo e irreversible, como lamentablemente hemos venido observando en el Reino Unido, país que en tantos aspectos, incluido éste, fue pionero y el espejo en el que los sanitarios progresistas de los años sesenta y setenta del siglo pasado nos mirábamos. Concluyo estas líneas afirmando que, para lograr que nuestra Sanidad mejore, no va a bastar que nos esforcemos en formar cada vez unos profesionales más competentes y capacitados, sino que, como sucede con todas las facetas del llamado Estado del Bienestar Social, es necesaria una incesante lucha política. Creo que sin unos profesionales sanitarios que no sean conscientes del carácter de servicio público de su actividad y de que la asistencia a la salud es un derecho fundamental del ciudadano, no va a ser posible neutralizar las tendencias hacia la mercantilización sanitaria que domina en el mundo actual.

Notas

1 Ley de 20 de julio de 1955 sobre "Enseñanza, título y ejercicio de las Especialidades Médicas", B.O.E. 1955, núm. 202, de 21 de junio, págs. 4.440 a 4.442.

2 R.D. 2015/1978 de 15 de julio, B.O.E. 1978, núm. 206, de 29 de agosto, págs. 20.172 a 20.174.

3. R.D. 127/1984 de 11 de enero, B.O.E. 1984, núm. 26, de 31 de enero, págs. 2.524 a 2.528.

4. Ley 44/2003 de 21 de Ordenación de las Profesiones Sanitarias. B.O.E. 2003,núm. 280, de 22 de noviembre, págs. 41.442 a 41.458.

5. "El desarrollo de la LOPS principal reto para el nuevo CNECS", El Médico, 20.04.2007, pág 16.

6. Directiva 86/457/CEE.

7. R.D. 931/1995 de 9 de junio, B.O.E. 1995, núm. 143, de 18 de junio, págs. 18.065 a 18.066.

8. OM de 22 de junio de 1995, B.O.E. 1995, núm 155 de 30 de junio, págs. 19793 a 19799.

9. Días Silva JJ, Castro Beiras A: La evaluación en el proceso formativo de un especialista. Med Clin (Barc) 1999; 113: 418-421

10.Espert I: MIR, el mejor de los sistemas.

http://www.websalud.com/articulo.html?xref=20070129salws-dopi_4&type=Tes&anchor=wsdopi, 02/02/2007

Capítulo 4

LA ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA*

Las especialidades en enfermería han sido reguladas por última vez en mayo de 2005 (RD 450/2005 de 22 de abril, con entrada en vigor el 7 de mayo) como desarrollo de la Ley 44/2003 de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, que en su titulo II establece la necesidad de una nueva regulación de las especialidades en Ciencias de la Salud, incluyendo las especialidades de enfermería (artículo 16), todo ello en el contexto del Espacio Europeo de Educación Superior, surgido de la Declaración de Bolonia.

Estas especialidades en enfermería han abierto grandes expectativas que hasta el presente se han visto incumplidas en tanto en cuanto pasados 2 años no se ha avanzado de una manera significativa al respecto.

Un análisis de la especialización en enfermería tiene varias cuestiones que habría que intentar responder, y que resumiendo son las siguientes: ¿es necesaria la especialización? , y si lo es ¿qué espacio debe tener y cuales son los campos de trabajo de la enfermera generalista y de la especialista?, cuales son las líneas de trabajo n la especialización de enfermería en España y que desarrollo tiene la especialización en Europa.

---

* Marisa Fernández Ruiz. Enfermera EAP.

Cara y cruz de las especialidades en enfermería

Los cuidados de enfermería constituyen la razón de ser de la profesión. En este sentido la especialización en enfermería supone el desarrollo para esta profesión del titulo II de la Ley 4/2003 sobre Ordenación de las Profesiones Sanitarias que trata de la regulación de las especialidades en Ciencias de la Salud , en respuesta a la necesidad de una nueva reglamentación de las profesiones sanitarias, regulación que se fija deberá realizarse por un RD del gobierno a propuesta de los Ministerios de Sanidad y educación, todo ello ligado al nuevo espacio de educación europea consecuencia de la Declaración de Bolonia. Los objetivos de las especialidades en enfermería deberían de responder , en primer lugar, a proporcionar una mejor atención a la salud de los ciudadanos en perspectiva del derecho constitucional a la protección de la salud, luego a favorecer el desarrollo profesional de los profesionales de enfermería con todo lo que conlleva y en tercer lugar tener en cuenta las necesidades de gestión y organización de los servicios de salud, el equilibrio entre enfermeros generalistas y especialistas, etc, para lo que es imprescindible un acuerdo entre las CCAA que asegure un modelo cohesionado de los cuidados en el Sistema Nacional de Salud.

Es obvio que hay una complejidad creciente de las ciencias de la salud y por lo tanto de las técnicas y los cuidados precisos para su correcta atención, por lo que el desarrollo de una especialización en determinadas áreas de los mismos puede ser beneficiosa para mejorar la atención que se presta a los ciudadanos, y resulta un tanto demagógico pensar que cualquier enfermera puede abordar cualquier tarea sin una formación especifica.

Ahora bien los problemas se presentan cuando se observa lo que ha sucedido con la especialización de los médicos que ha derivado en una compartimentalización de los conocimientos y habilidades que a la postre genera tanto una gran inflexibilidad en la capacidad de atención a los pacientes, como inflexibilidad en el mercado laboral (tanto en el ámbito de la oferta como de la demanda) y perdida de la concepción integral de

los problemas de salud que, en ocasiones, suponen un deterioro de la calidad de una atención , que precisa de un enfoque global de la situación de salud y por lo tanto de las necesidades de atención de las personas en su conjunto, y no parceladas por órganos y/o patologías

Por otro lado es bien conocido que una excesiva especialización deriva con frecuencia hacia una superespecialización que solo tiene sentido en ámbitos muy reducidos de la atención sanitaria.

En teoría la especialización tiene 2 objetivos:

- Adquisición de mayores conocimientos, formación de calidad, ampliar conocimientos sobre áreas concretas que en la carrera solo se abordan de manera superficial
- Mayor compromiso y responsabilidad profesional para permitir una mejora de la calidad a aquellos pacientes que precisan cuidados más específicos.

Es evidente que estos problemas se pueden abordar con dos estrategias complementarias: unas especialidades básicas y un sistema de troncalidad que permita una acreditación suplementaria de conocimientos y habilidades específicas. En última instancia hay que tener claro que los objetivos a cubrir son la prestación de una atención sanitaria de calidad y que las modificaciones curriculares deben adaptarse a la necesidad de la población y del sistema sanitario. En cualquier caso hay que clarificar la imbricación de la especialización en el mercado de trabajo (es decir si a medio plazo va a ser precisa la especialización para entrar en el mercado laboral como ocurre con los médicos).

La especialización en España

La especialización en la enfermería en España se inicia en 1957 con la especialidad de matrona, posteriormente, en 1961 se amplia con las especialidades de radiología y electrología, pediatría en 1964, neurología y psiquiatría en 1970, transformadas en 1978 en salud mental, análisis clí-

nicos en 1971 y urología y nefrología en 1975. En el año 1987 se crea la especialidad de enfermería de cuidados especiales que asimila las de análisis clínicos, urología y nefrología, radiología y electrología, pediatría pasa a denominarse enfermería pediátrica, y se crean las especialidades de enfermería geriátrica y gerencia y administración de enfermería.

En 2005, la nueva normativa define 7 especialidades:

- Obstetrico -ginecológica (matrona)
- Salud mental
- Enfermería geriátrica
- Enfermería del trabajo
- Cuidados medico-quirúrgicos
- Enfermería familiar y comunitaria
- Enfermería pediátrica.

Como principal novedad incorpora el sistema EIR (residencia en enfermería) que es una adaptación del sistema MIR para la formación, lo que evidentemente es un avance al asegurar una formación teórico – practica de los especialistas y utilizar un sistema ampliamente validado en nuestro país y cuyos resultados tienen un gran reconocimiento internacional.

Titulación

El título de enfermera especialista, será expedido por el Ministerio de Educación y Ciencia y tendrá carácter oficial y validez en todo el territorio nacional, será necesario para ejercer la profesión con tal carácter (especialista) y para poder ocupar puestos de trabajo con esta denominación tanto en el sector público como en el privado. Para conseguir el titulo hay que: 1) estar en posesión de la diplomatura de enfermería o equivalente homologado en nuestro país, 2) realizar la formación de la especialidad correspondiente, haber superado las evaluaciones establecidas y 3) depositar lo derechos de expedición del correspondiente titulo.

Formación

La formación de la enfermera especialista se realizara en los términos previstos en el artículo 20.2 de la Ley 44/2003, sobre ordenación de las profesiones sanitarias por el sistema de residencia en las unidades docentes acreditadas para la formación especializada.

El enfermero residente, según lo dispuesto en el articulo 20.3.F de la citada Ley , tendrá un contrato de trabajo que formalizara con el servicio de salud o entidad responsable de la unidad docente acreditada.

El programa formativo será a tiempo completo, recibiendo formación teórica y practica simultáneamente , para perfeccionar conocimientos en la materia, y practica profesional programada, todo ello supervisado y coordinado por la Comisión de Docencia correspondiente..

Las evaluaciones previstas en el articulo 1.2.C serán continuas en la unidad docente donde se este realizando la formación.

Los EIR se inscribirán en el registro nacional de especialistas en formación gestionado por el Ministerio de Sanidad y Consumo, comunicándose las altas y bajas a las CCAA que si lo soliciten (sujeto todo ello a Ley de Protección de Datos), lo que es importante a la hora de regular las necesidades de profesionales especialistas.

Otras característica de la actual regulación es que no obliga a la condición de tener el titulo de la especialidad para el desempeño de los puestos de trabajo ni tampoco suponen el desempeño automático de las funciones correspondientes, siguiendo regulada la provisión de plazas por las normas generales previas (Estatuto Marco). Con todo parece evidente que es una contradicción y que a medio o largo plazo los mas probable es que la especialidad se convertirá en un mérito, queda por ver si con carácter preferente o no, a valorar en la cobertura de las plazas correspondientes.

Por fin señalar que aunque se han constituido ya las Comisiones de Especialidad en todos los casos, la realidad es que no se han producido avances al respecto en el medida en que, con excepción las plazas de las

especialidades de enfermería obstetrico-ginecologica y de salud mental, no se han producido convocatorias de plazas para la especialización y solo se ha avanzado algo en el proceso de la convalidación de los títulos para aquellos profesionales que se encuentran en ejercicio. Aunque es obvio que hay un proceso que lleva tiempo (acreditación de las unidades docentes por las CCAA y luego por el Ministerio de Sanidad) no esta realmente clara la voluntad de las administraciones sanitarias en cuanto al papel de los especialistas en el sistema sanitario y por lo tanto queda por definir el numero de plazas de formación que son necesarias.

El nuevo borrador de la normativa que ha desarrollar este tema lleva un proceso excesivamente dilatado y es de prever que no se apruebe antes de 2 años. Este nuevo borrador, todavía en fase de debate, pretende introducir nuevas modificaciones en la especialidad de salud mental, modificando los plazos de presentación de solicitudes y de la adquisición de los requisitos imprescindibles para acceder a dicha especialidad. Los plazos que se establecen en el futuro RD son:

- Presentación de solicitudes hasta 6 meses después de la publicación en el BOE del nuevo RD.
- Sólo se computan los años de actividad asistencial previos a la publicación del nuevo RD.
- La formación que se considera será la realizada hasta 6 meses después de su publicación.
- Se permite añadir nueva documentación a las solicitudes ya presentadas.

La especialización en Europa

En Europa la situación es muy diversa. La tabla 1 recoge las especialidades existentes en 15 países de la Unión Europea (en negrita España), nada menos que 24, aunque hay que tener en cuenta que algunas de ellas, por ej fisioterapia, rehabilitación y análisis clínicos ya tienen su titula-

ción, especifica y diferente de enfermería, en España. Otro hecho a destacar es que el máximo de coincidencias (12 países) se produce en 2 especialidades (pediatría y salud mental), y que hay algunas especialidades como cuidados cardiológicos, diabetología y hemodiálisis que solo existen en un país.

La Tabla 2 agrupa a los países según el numero de especialidades, que va desde 5 en Alemania y Finlandia a 13 en Gran Bretaña y Suecia, y en ella se observa que España (en negrita) tiene una posición intermedia en cuanto a oferta de especialidades.

La duración de la formación es también variable, entre 9 meses y 2 años , y solo 6 de los 15 países exigen como requisito la especialidad a la hora de desempeñar determinados puestos de trabajo. Con todo debe tenerse en cuenta que a partir de la aplicación del proceso de Bolonia es previsible una ampliación de las especialidades en la mayoría de los países.

Quizás merezca la pena llamar la atención sobre la especialidad de gestión y administración (7 países entre los que no se encuentra España) que permitiría acabar con la situación actual de extrema discrecionalidad y politización a la hora de los nombramientos de los cargos de gestión de enfermería (direcciones de enfermería, supervisiones, coordinadores de enfermería, etc).

Tabla 1. Especialidades de enfermería en 15 países de la Unión Europea

ESPECIALIDADES	PAISES
Anestesia	Alemania, Dinamarca, Francia , Grecia , Irlanda , Luxemburgo , Portugal, Gran Bretaña, Suecia, Eslovenia
Cuidados Intensivos	Alemania, Bélgica , Dinamarca, Finlandia, Grecia, Irlanda, Luxemburgo, Holanda , Gran Bretaña, Suecia, Eslovenia
Cuidados cardiológicos	Bélgica
Diabetología	Bélgica
Enfermedades infecciosas	Dinamarca, Grecia, Irlanda, Eslovenia, Gran Bretaña
Enseñanza enfermería	Bélgica, Francia ,Irlanda, Luxemburgo, Portugal, Gran Bretaña
Emergencias	Suecia
Estomatología	Bélgica
Gestión y administración	Bélgica, Francia, Grecia, Italia, Luxemburgo, Portugal, Gran Bretaña
Geriatría	Bélgica, España, Finlandia , Holanda, Irlanda, Italia, Suecia
Familiar y Comunitaria	Bélgica, Dinamarca, España , Grecia, Italia, Holanda, Portugal, Gran Bretaña, Suecia
Fisioterapia	Luxemburgo
Hemodiálisis	Holanda
Matrona	España, Francia , Irlanda, Luxemburgo , Portugal, Gran Bretaña , Suecia
Medico-quirúrgica	España , Finlandia, Portugal, Suecia
Pediatría	Bélgica, España , Finlandia , Francia , Grecia , Irlanda , Italia, Luxemburgo, Holanda , Portugal , Gran Bretaña , Suecia
Oncología	Irlanda, Holanda, Gran Bretaña, Suecia, Eslovenia
Quirófano	Alemania, Francia, Luxemburgo, Holanda, Gran Bretaña, Suecia
Radiología	Luxemburgo
Rehabilitación	Alemania , Portugal
Salud Mental	Alemania, Bélgica, Dinamarca , España , Finlandia , Grecia, Irlanda , Luxemburgo , Holanda , Portugal , Suecia , Eslovenia

Salud Pública	Bélgica , Dinamarca , Grecia, Italia , Holanda , Portugal , Gran Bretaña , Suecia
Trabajo	España , Grecia, Irlanda, Gran Bretaña, Suecia
Traumatología y urgencias	Bélgica , Grecia, Irlanda, Irlanda, Holanda, Gran Bretaña , Eslovenia

TABLA 2. NÚMERO DE ESPECIALIDADES POR PAÍS

Número de especialidades	Países
< 8	Alemania (5) , Finlandia (5) , Dinamarca (6), Francia (6) , Italia (6) , Eslovenia (6), Bélgica (7)
8 – 10	España (8) , Luxemburgo (8), , Holanda (10), Portugal (10)
> 10	Grecia (11) , Irlanda (11), Gran Bretaña (13), Suecia (13)

BIBLIOGRAFIA

• Martínez MJ, Fernández M: Reflexiones sobre la enfermería en el Sistema Nacional de Salud. Debate sobre enfermería. ADSP 1995. Madrid

• Ley 44/2003 de 21 de noviembre de ordenación de las profesiones sanitarias. BOE 22/11/2003:41442-41458.

• Lapetra I: Veinte años pidiendo las especialidades. Enfermería facultativa. 2004;78:10-12

• RD 450/2005 de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería. BOE 6/5/2005: 15480-15486

• Romero-Nieva lozano J: Carácter y aplicabilidad del título de enfermero especialista. Revista especialidades enfermeras (en línea) 2007 enero-febrero; disponible en www.especialidadesenfermeras.com

• Ovalle Bernal M: Las especialidades de enfermería en Europa. Revista especialidades enfermeras (en línea) 2006 marzo - abril ; disponible en www.especialidadesenfermeras.com

• Dorado Siles I: Especialización: una estrategia de cambio. Revista especialidades enfermeras (en línea) 2006 marzo-abril; disponible en www.especialidadesenfermeras.com

Capítulo 5

DEL PROFESIONAL LIBERAL AL EMPLEADO PÚBLICO*

5.1. EL EJERCICIO DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD HOY: UNA PRÁCTICA HIPERBUROCRATIZADA, MEDIÁTICA Y FRANQUICIADA POR EL MERCADO

Hablar de práctica profesional implica necesariamente analizar lo que se hace, cómo se hace, con qué se hace, quién lo hace y los resultados de dicha práctica. Naturalmente ésta tiene que desarrollarse en consonancia con los objetivos asistenciales, en el caso que nos ocupa, del sistema sanitario. El Plan de Calidad para el SNS, elaborado al amparo de la Ley 16/2003 de cohesión y calidad del SNS, recoge los principios que deben inspirar el ejercicio de los profesionales de la salud:

a) protección, promoción de la salud y prevención;

b) fomento de la equidad;

c) búsqueda de la excelencia clínica;

d) utilización de las tecnologías de la información para mejorar la atención de los ciudadanos;

---

* Eddy d´Orleans. Médico-Cirujano del SACYL; Licenciado en Derecho; Máster en Economía de la Salud (Escuela Nacional de Sanidad); Máster en Política y Gestión Sanitarias (London School of Economics);Técnico en Salud Ocupacional (Universidad Pontificia de Salamanca); Doctor en Sociología y Ciencias Políticas (Universidad de Salamanca).

e) optimizar la calidad asistencial; gestión y utilización eficiente de los recursos.

Sin embargo, seguimos, hoy en día, asistiendo a la pervivencia del predominio crónico de unos servicios de salud más curativos que preventivos y, por consiguiente, a una congelación de la configuración de la Atención Primaria, lo que podría interpretarse como un reflejo del conflicto permanente que existe entre el hecho de considerar a la salud y a la enfermedad como valores económicos de mercado y las necesidades de salud y bienestar de todos los seres humanos, lo que se refleja en la consideración del paciente como consumidor ("cliente"). Todo ello se configura como "parte de un proceso con las siguientes referencias:

- La transformación de la salud en una gigantesca máquina industrial, incluida la medicalización de la vida, con grandes intereses en juego y la permanente necesidad de expandir el mercado.
- Las debilidades de los sistemas públicos, como la despersonalización del paciente en el sistema y un contexto de subfinanciación e ineficiencias crónicas: listas de espera, limitaciones de tiempo, tendencia a institucionalizar los cuidados o la ruptura de la continuidad asistencial"[1].

Eficiencia y ejercicio profesional

La eficiencia se define como "el cumplimiento de una tarea determinada utilizando el mínimo de recursos humanos, financieros y materiales...Cuando la estructura de una organización involucra un gasto innecesario y un derroche de recursos, es ineficiente. Cualquier mejora en la utilización de los recursos para obtener el producto de la organización, la hace relativamente más eficiente" (M. Schaefer).

Dicho de otra manera, un sistema sanitario, para evaluar su eficiencia debe confrontar los resultados obtenidos en términos de impacto sobre la mejora de la salud con los recursos empleados para conseguirlo, ya que el principal objetivo de cualquier sistema de salud los más grandes benefi-

cios en salud con los recursos disponibles. Igualmente, convendría determinar en qué medida el sistema satisface sus objetivos fundacionales y si lo hace a un coste razonable, de acuerdo con las disponibilidades financieras del país y sin perder de vista los parámetros internacionales, tomando como referencia, en el caso español, los demás países de la Unión Europea.

A pesar de que el factor estado de salud es la resultante de la conjunción de múltiples factores ligados al entorno socioeconómico, medioambiental, estilos de vida, factores ligados al sistema sanitario, las actividades llevadas a cabo desde dicho sistema deben hacerse de acuerdo con un equilibrio en la relación coste-eficiencia del SNS. Si bien la relación entre el gasto sanitario en España y algunos indicadores de salud es bastante aceptable en comparación con la de los demás países desarrollados (eficiencia macroeconómica), por el contrario, su eficiencia en el logro de objetivos tales como la satisfacción ciudadana, la contención del gasto farmacéutico, la gestión de la demanda de Atención Primaria, la productividad de los hospitales, la gestión racional de los recursos, la participación ciudadana, dicha eficiencia en esos casos es muy baja.

Existen evidencias de que en los sistemas sanitarios públicos los recursos no se utilizan eficientemente y que el rendimiento de los proveedores de asistencia (los profesionales y otros trabajadores de la salud) y la calidad de lo prestado pueden ser mejorados. De aquí la existencia de un excesivo hospitalocentrismo con las consiguientes bolsas de ineficiencia en la asistencia hospitalaria, una falta de incentivos a los profesionales de la Atención Primaria para prestar a los usuarios una atención de calidad y una crónica falta de coordinación entre los tres niveles asistenciales (primaria, secundaria y sociosanitaria). Si a esto añadimos un sistema sanitario dominado por un modelo gerencialista (más preocupado por cumplir los objetivos cuantitativos de los contratos-programas) y una fuerte presión asistencial enderezada con ingredientes de temporalidad en la contratación, jornadas muy prolongadas, nos encontramos ante una práctica asistencial que se podría calificar de hiperburocratrizada alejada de la

esencia de la medicina comunitaria y humanizada. Esta situación constituye un excelente caldo de cultivo para una contaminación "mediática" de la asistencia y una masificación de los centros asistenciales.

Una consecuencia directa de la "mediatización" de la práctica médico-enfermera es la creciente "medicalización de la salud", la cual ha traído consigo una nueva conceptualización de la enfermedad; ésta viene condicionada por la capacidad de las nuevas tecnologías para diagnosticarlas y curarlas. Esto crea en la población una cultura de que para cada proceso clínico existe necesariamente un tratamiento médico-farmacéutico aceptablemente eficaz.

Este proceso de medicalización refuerza considerablemente el poder de los profesionales (sobre todo los médicos) que se convierten así en consumidores activos y ejecutivos , ya que cualquier decisión diagnóstica y terapéutica exige el consentimiento del médico, quién está fuertemente influenciado por las implacables presiones del marketing de la industria médico-tecnológica cuya oferta está en función directa de sus expectativas de conseguir jugosos beneficios empresariales para sus accionistas. No hay que olvidar que una parte sustancial de la formación del profesional sanitario está financiada por aquella misma industria, la misma que financia la investigación, la información y el adiestramiento de los profesionales en nuevas tecnologías.

Por otra parte, la *medicalización de la salud* está también alimentada por un gran abanico de información, a veces, sesgada sobre problemas de salud que proporcionan los medios de comunicación a través de libros, prensa, revistas, televisión, internet, los cuales despiertan en la población expectativas sobre el ilimitado poder curativo de la medicina, independientemente de la naturaleza, etiología, gravedad e irreversibilidad de sus problemas de salud. La frivolidad con que los medios de comunicación transmiten *(léase* deforman) la información científica crea en el ciudadano una conciencia que le hace confundir la incertidumbre que envuelve las decisiones clínicas con la malapraxis.

Esta nueva presa "cazada" por los medias es denominada por el Prof. Jovell de *"transición mediática* que puede conducir a una comunicación inapropiada de los propósitos de la medicina, al destacar lo excepcional sobe lo normal o lo nuevo. En este sentido, la noticia como hecho novedoso promueve que se destaque el error médico o los fallos del dispositivo asistencial sobre los éxitos y cumplimientos de las funciones sanitarias, así como que se ponga más énfasis en las expectativas teóricas de la investigación científica que en sus realidades actuales". Ello genera un ambiente de desconfianza entre los profesionales y los pacientes que acaba por desembocar en la práctica de la llamada medicina defensiva.

Este nuevo abordaje profesional de los problemas de salud provoca que una parte considerable del gasto sanitario sea innecesaria y que muchas de las prescripciones sean inadecuadas, un número apreciable de estancias e ingresos hospitalarios inapropiados y que la efectividad marginal de un número importante de pruebas e intervenciones diagnósticas equivalgan a cero. En definitiva, el profesional médico está más preocupado en acumular pruebas diagnósticas ("bendecidas" por la evidencia clínica) para que, si en el futuro se produjera algún litigio, ningún juez pudiera alegar errores de omisión.

Las consecuencias para el paciente derivan en que éste se ve sometido a exploraciones clínicas (algunas, a veces, cruentas y muy molestas) innecesarias con los consiguientes riesgos de iatrogenia y, en el peor de los casos, puede no beneficiarse de algunas intervenciones clínicamente justificadas que el médico pude rechazar llevar a cabo debido a su consideración de alta morbi-mortalidad.

La masificación: un efecto colateral de la "hiperburocratización" de la práctica asistencial

El desarrollo de las ciencias de la salud, la "invasión" de las nuevas tecnologías en la práctica médico-enfermera, la efectividad de las intervenciones clínico-quirúrgicas, junto con el envejecimiento de la población han determinado un incremento de bienes y servicios sanitarios,

pasando la salud a convertirse en un producto de consumo. Por otra parte, la influencia de las presiones gerenciales caracterizadas por una obsesión por el control de costes que, a veces, influyen negativamente sobre la autonomía del profesional. Esto conduce, en algunos casos, a altas hospitalarias precoces y los consiguientes reingresos, a una cosecha no deseable de efectos adversos y consecuentemente a la merma de la calidad asistencial. De alguna manera, incentivos perversos como las "peonadas" inducen a una práctica ineficiente, estancias prolongadas e innecesarias, cronificación y realimentación de las listas de espera y a la institucionalización consiguiente de esta figura también llamada, utilizando una jerga científica, "autoconcertación" (entre profesionales altamente cualificados, suena muy vulgar la palabra destajo!!!) .

También en el origen de la masificación encontramos unos problemas estructurales, sobre todo en Atención Primaria: "problemas de edificios y espacios poco adecuados; tacañería manifiesta en dotación de equipamientos; faltan recursos humanos en cantidad, en formación y cualificación y no está adecuadas a las necesidades de las distintas comunidades y zonas. Todo ello aboca a la masificación y a la falta del instrumento básico para atender a los ciudadanos y pacientes: tiempo suficiente por consulta. La progresiva masificación de los centros afecta de forma manifiesta a la efectividad y eficiencia del sistema. La práctica clínica y la actividad de consulta se encuentra mediatizada en demasía por el tiempo y el número de pacientes a atender y las actividades a realizar. La gestión de la actividad clínica es en ocasiones rígida, ineficiente y sujeta a limitaciones" (FADSP).

¿Otra práctica es posible?

Rotundamente, sí, siempre y cuando "apostatamos" del deus ex maquina. Además, es deseable por razones de "salud profesional" y por ética. Los cambios son posibles en tanto en cuanto los actores implicados se lo crean, apuesten por ello y se lo curren. Para ello es necesario un diagnóstico en 3 D de la situación actual, su evaluación con criterios científi-

cos (alejados del sesgo político) y una valoración de los procesos asistenciales y de los outputs obtenidos, tras lo cual sería posible planificar, implantar, ejecutar las actuaciones tendentes a corregir oportunamente los fallos. En suma, conocer para corregir, mejorar y prevenir.

Esta advertencia va a modo de conclusión: que la negligencia y la irresponsabilidad del productor de la obra no sirvan para enmascarar y retroalimentar la mediocridad de los actores y la impericia y torpeza de los directores. ¡Lástima de guión; es muy bueno! En todo caso, siempre les quedará a los profesionales de la salud la alternativa de la objeción de conciencia contra la mediocridad, la inercia y la ineficiencia.

5.2. JERARQUIZACIÓN, FRUSTRACIÓN Y DESMOTIVACIÓN

Cualquier sistema sanitario -como organización-, para cumplir sus objetivos, necesita de una estructura organizativa, instrumentos eficaces de gestión y de un entorno laboral que le permitan movilizar los recursos materiales y humanos para alcanzar dichos objetivos con la misma eficacia y un grado bastante apreciable de eficiencia. Funcionalmente, esta organización tiene que intentar conseguir un equilibrio entre su función socioeconómica de producir bienes y servicios (producto salud) y su función social, el proveer de satisfacción a sus participantes (profesionales y usuarios). Esto es importante teniendo en cuenta el determinante impacto que tienen los servicios sanitarios sobre la salud. (Cuadro 1)

Para conseguir sus objetivos la empresa sanitaria debe fijar como valores estratégicos la búsqueda de la excelencia en la provisión de los servicios sanitarios, la eficiencia en el aprovechamiento de los recursos humanos, la más alta calidad asistencial, el trabajo en equipo, el desarrollo de las potencialidades creativas e investigadoras de sus profesionales y la orientación de sus actividades hacia el beneficio de los ciudadanos. Ello inspiró, en su día, el artículo 46 de la Ley General de Sanidad de 1986 que fijaba como una prioridad del sistema sanitario el dotarse de

"una organización adecuada para prestar una atención integral de salud, comprensiva tanto de la promoción de salud y prevención de la enfermedad como de la curación y rehabilitación" (art. 46.b).

Cuadro 1

En la práctica, los centros sanitarios públicos, principales proveedores de la asistencia sanitaria, se encuentran sometidos a un proceso continuo de adaptación, como consecuencia de las continuas presiones políticas y sociales (sin olvidar las ejercidas por los lobbies de la industria médico-farmacéutica, de los seguros privados y, últimamente, de las grandes constructoras introducidas en el "negocio de la salud"). Para armonizar la coexistencia de dichas presiones con su dinámica asistencial y sus objetivos (mejorar la oferta asistencial vía optimizar la calidad de la misma y reducir los costes operativos) el sistema sanitario público ha dotado a sus centros de una estructura jerarquizada, vertical, más bien parecida a la militar, burocratizada, la cual parece heredada del modelo jerárquico de los hospitales militares y clínico-universitarios antiguos donde el general-médico y el cátedro (jefe de servicio o de departamento) eran considerados como un "César". Éstos concentraban todo el poder organizacional, de decisiones y determinaban las necesidades de la organización e igualmente las de la salud de la población asignada a los hospitales en cuestión.

Las características de ese modelo eran: su rigidez organizativa, unas relaciones laborales basadas más en la autoridad que en el liderazgo, la arbitrariedad como expresión de poder, el paternalismo, la opacidad y el secretismo en la toma de decisiones y el servilismo reactivo de los "estamentos inferiores" y la burocratización. Y trasladado a las Instituciones sanitarias el esquema de gestión y de organización de las mismas se concretaba en los siguientes parámetros, tal como lo reflejaba el Plan Estratégico del extinto INSALUD de 1998:

- "Fuerte jerarquía, tanto dentro de la propia Institución como respecto al margen decisorio político. Si bien la jerarquización presupone la centralización de la toma de decisiones, especialmente en lo referido a la financiación y la asignación de recursos, por los poderes residuales de control que ostentan los médicos, el control del gasto escapa en gran medida de este marco decisorio....
- Modelo burocrático de gestión, sometido a ordenamiento jurídico público, con preeminencia del principio de legalidad sobre los de eficiencia u oportunidad...
- Política de recursos humanos burocratizada por los Estatutos de Personal, con gran rigidez en el diseño y gestión de las plantillas, y con un sistema retributivo sin elementos incentivadores para la productividad individual"[2].

Esto se asemeja bastante al esquema organizativo del sistema de producción taylorista basado en tres ejes paradigmáticos: "el culto a la estructura jerárquica, el dominio de la burocracia y la rigidez del puesto de trabajo, todos ellos aderezados por el concepto de potestad, entendida como el ejercicio del poder otorgado desde arriba".(3)

Este modelo era totalmente alejado de lo que debería ser una organización productora del bien salud-bienestar, la cual inspiraría sus estrategias en la "teoría de las relaciones humanas" de Elton Mayo(4), quién incidía sobre el impacto muy positivo de la motivación y de los incentivos no materiales sobre la conducta de los individuos en una organización. La

aplicación del "modelo jerarquizado", junto con una constante presión asistencial ha traído consigo una desmovilización profesional del personal sanitario, "una pérdida de control sobre las condiciones en las que el trabajo asistencial se realiza, una preponderancia del salario como estímulo base y un auge de la canalización de los conflictos a través de la vía sindical... Al compás de la introducción de los nuevos esquemas de trabajo y contratación en dichas organizaciones, el ejercicio del ideario profesional se resiente enormemente, al tener que ejercitarse en contextos de trabajo temporal, a tiempo parcial y con remuneraciones deficientes". (Organización Médica Colegial, 2006). Todo ello engendrado una desmotivación profesional y la aparición de una serie de trastornos psicosomáticos, consecuencia de la existencia en el mundo sanitario de unos riesgos psicosociales, amén de los físicos y biológicos ya conocidos.

Clima organizacional, condiciones de trabajo y riesgos psicosociales

Como vimos anteriormente, las condiciones en las que los trabajadores desarrollan su trabajo conllevan intrínsecamente riesgos para su salud; no sólo estamos hablando de las condiciones físicas y materiales sino también al conjunto de relaciones, cargas y presiones físicas, psicológicas y sociales que determinan la práctica laboral dentro de una organización. Dichas situaciones de riesgo van a producir alteraciones del status psicológico de los trabajadores traduciéndose en unos efectos que llamamos efectos psicopatógenos sobre la salud de los trabajadores.

Desde hace un cuarto de siglo aproximadamente, el entorno profesional y laboral ha experimentado unas transformaciones profundas en los países industrializados y sufrido los efectos de las importantes mutaciones de sus economías: mundialización, auge de las nuevas tecnologías, terciarización, aumento y encarnización de la competencia, etc. Dichos cambios han obligado a las empresas a introducir nuevos modos de producción como la polivalencia, el just-in-time, etc., y a generalizar la flexibilidad en las relaciones productivas, la cual se ha traducido en un

aumento de los contratos de trabajo precarios, el trabajo a tiempo parcial y el desarrollo de horarios atípicos. Todas estas transformaciones han tenido unas consecuencias importantes para el trabajo asalariado al reforzar las presiones psicológicas y mentales con los consiguientes efectos negativos sobre la salud de los trabajadores.

Para analizar el impacto negativo de las condiciones de trabajo sobre la salud echaremos mano de dos modelos:

- el modelo de Karasek, y,
- el modelo del desequilibrio esfuerzos-recompensas.

A) El Modelo de KARASEK:

Este modelo se apoya sobre tres dimensiones esenciales

I. la **demanda psicológica,** que es la carga psicológica asociada al cumplimiento de las tareas, a la cantidad y a la complejidad de las mismas, de las tareas imprevistas, a las presiones de tiempo, a las interrupciones y a las demandas contradictorias;

II. el **margen de decisiones** que abarca dos nociones: una referida a la autonomía de decisión o control, es decir, la posibilidad de elegir cómo hacer uno su trabajo y de participar en las decisiones referidas a ello y. otra que se refiere a la utilización de las capacidades, destrezas y cualificaciones y de desarrollar otras nuevas, y;

III. el **apoyo social en el trabajo** que es definido como la ayuda y el reconocimiento de los compañeros y compañeras y de los superiores jerárquicos.

La hipótesis de Karasek parte de la evidencia de que una "combinación de una fuerte demanda psicológica y de un débil margen de decisiones conduce a una situación de desamparo socio-emocional y a un aumento del riesgo cardiovascular. Este desamparo estaría acrecentado

por una falta de apoyo social en el trabajo". (I. Niedhammer, 1998). Así, el grupo más susceptible de verse afectado por este riesgo psicosocial sería el integrado por individuos sujetos a la vez a una fuerte demanda psicológica, un débil margen decisional y un bajo nivel de apoyo social en el trabajo.

La situación más negativa para la salud se caracteriza por unas altas exigencias psicológicas y un bajo control (alta tensión). Por otro lado, el trabajo activo conduce a un mayor aprendizaje y al desarrollo de un mayor rango de estrategias de afrontamiento y participación social. El riesgo de la alta tensión aumentaría en situación de bajo apoyo social (por ejemplo, en trabajos aislados) y podría moderarse en situación de trabajo de alto apoyo (por ejemplo, trabajo colectivo).

Los trastornos asociados incluyen un amplio abanico, que va desde los situados en la esfera psicosocial a corto plazo (depresión, ansiedad, insatisfacción laboral, trastornos psicosomáticos) hasta los de la esfera biológica a más largo plazo (trastornos cardiovasculares como hipertensión, infarto de miocardio y alteraciones del aparato locomotor y del aparato digestivo).

B) El modelo del desequilibrio esfuerzos-recompensas

Este modelo define las condiciones en que los esfuerzos importantes son asociados a débiles compensaciones y recompensas. Cuando una expectativa de recompensa no es satisfecha, surge un desequilibrio entre los esfuerzos comprometidos y las recompensas esperadas. En este modelo tres tipos de recompensas son esperados: las monetarias (salario), la estima y el control sobre el status profesional. El control sobre el estatus profesional se define por los acontecimientos de la vida profesional que amenazan la continuidad del rol profesional, como las amenazas en término de seguridad en el empleo y de perspectivas de promoción, la movilidad forzosa, la movilidad profesional descendente, la inadecuación entre cualificación y empleo.

La hipótesis esencial de este modelo es que un desequilibrio entre unos esfuerzos importantes y continuos y unas recompensas débiles provocan reacciones nefastas sobre el plano emocional y fisiológico.

Diversos estudios (Whitehall y otros) han demostrado que la combinación de dos o de los tres factores que componen este modelo aumentaban considerablemente la probabilidad de sufrir enfermedades cardiovasculares y a un aumento de la incidencia de cardiopatías isquémicas. Por ejemplo, débiles perspectivas de promoción (recompensas), una fuerte implicación en el trabajo y sentimientos de disgusto prolongados han demostrado estar asociados a la presencia simultánea de hipertensión y de una tasa elevada de colesterol. Otros estudios han revelado que obreros del sector industrial expuestos a un nuevo tipo de remuneración, caracterizado por la práctica de horas extras y del trabajo a destajo, todo ello traduciéndose por una fuerte presión en el trabajo, una inseguridad en el empleo y una incertidumbre sobre las perspectivas de promoción, estaba asociado al aumento de la tasa de colesterol y de la presión arterial sistólica. (J. Siegrist, 1998).

- *Efectos psicopatógenos del trabajo en el sector sanitario*.

Sin menospreciar los beneficios que produce el trabajo en todos los sectores productivos, no podemos omitir que en algunos sectores, concretamente en el sector sanitario, las condiciones en la que se desarrolla el mismo pueden provocar desequilibrios emocionales que comprometen la salud mental y, por lo tanto, el bienestar psíquico de los trabajadores y favorecer por ende la aparición de alteraciones llamadas psicosomáticas. Dos tipos de factores influyen decisivamente en dicho proceso:

I. Factores intrínsecos:

En el entorno del trabajo en el sector sanitario existen una serie de factores nocivos, sobre todo relacionado con el tipo de actividad que se realiza, que provocan un deterioro progresivo del equilibrio mental del trabajador debido a una sobrecarga psíquica progresiva y sostenida en el tiempo. Estos factores nocivos, más propiamente llamados psicosociales,

son aquellas características de la organización del trabajo que afectan a la salud de las personas a través de mecanismos psicofisiológicos llamados mecanismos de estrés. Así el estrés laboral es una consecuencia de la exposición a factores de riesgo de naturaleza psicosocial relacionados con la organización del trabajo. "Las condiciones en que se desempeña un puesto de trabajo son un factor importante de la salud mental de un trabajador. La oportunidad de control, la adecuación entre las exigencias del puesto y las capacidades de la persona que lo desempeña, las relaciones interpersonales, el salario y la seguridad física son elementos que hay que tener en cuenta a la hora de estudiar la influencia del empleo sobre el bienestar psíquico". (J. L. Alvaro *et al.,* 1992). Todo ello crea en el trabajador un clima psicológico interno de insatisfacción ligada al desempeño de su trabajo, lo que se ha venido en llamar la insatisfacción laboral.

La insatisfacción laboral se define como "el grado de malestar que experimenta el trabajador como motivo de su trabajo. Expresa en qué medida las características del trabajo no se acomodan a los deseos, aspiraciones necesidades del trabajador. Generalmente son ciertos factores de la organización del trabajo o psicosociales (salario, falta de responsabilidades, malas relaciones, trabajos rutinarios, presión de tiempo, falta de promoción, ausencia de participación, inestabilidad en el empleo...) los que favorecen su aparición, aunque las características individuales tienen a su vez una gran influencia porque no todos los trabajadores reaccionan de la misma manera ante al misma situación laboral. La insatisfacción laboral repercute negativamente sobre la salud de los trabajadores, asociada a ciertos síntomas psíquicos, como un sentimiento desmotivador, una actitud negativa hacia el trabajo, ansiedad, etc...; y sobre la organización, porque se relaciona con el absentismo, con los cambios de trabajo solicitados por el trabajador y con una actitud negativa hacia la seguridad en el trabajo"[5].

Según la Encuesta de Calidad de Vida en el Trabajo (ECVT) publicado por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales en el año 2003, se reflejan las cinco razones fundamentales de insatisfacción en el trabajo manifes-

tada por los encuestados: "El mal sueldo continúa siendo en el año 2003 la principal razón de insatisfacción (23,2 por ciento), incrementando en tres décimas el porcentaje de ocupados que se manifestaban de esa forma en el año 2002 (22, 9 por ciento). Un mal horario de trabajo es también la segunda razón de insatisfacción en el empleo en ambos años, si bien el porcentaje de ocupados que así lo declaran en el año 2003 (14,4 %) disminuye en más de 3 puntos respecto al del año 2002 (18,0%). Asimismo, la poca estabilidad laboral, como razón de insatisfacción, disminuye notablemente en términos porcentuales, pasando del 7,3% en el año 2002 al 4,1% en 2003. Por el contrario, la dureza en el trabajo es una de las razones de insatisfacción que ha aumentado su peso en este último año, ya que en el año 2003 un 12,5% de los ocupados han manifestado que esa razón ha sido la causa de insatisfacción en el trabajo, frente al 10,0% que lo hicieron en el 2002"[6].

Otra de las situaciones laborales que condicionan negativamente el bienestar psicológico de los trabajadores es el empleo precario debido al grado excesivo de incertidumbre respecto al futuro.

II. Factores extrínsecos:

Es importante señalar también la influencia de los factores sociales ya que el trabajador es ante todo un ser social y su comportamiento y sus respuestas a los estímulos del medio laboral levarán indudablemente la impronta de su carga social y dependerán de su capacidad para idear estrategias de afrontamiento, su grado de control sobre el medio y su grado de vulnerabilidad ante acontecimientos vitales estresantes. "La pertenencia a distintos grupos sociales expone a los individuos a diferentes grados de estrés ambiental; a su vez, los mecanismos y recursos de afrontamiento se ven influidos por características sociales de esos mismos grupos. Diferentes grupos sociales se encontrarían así en una situación doblemente negativa, al enfrentarse con un mayor número de experiencias estresantes y ver reducidos sus recursos para enfrentarse a los mismos (Liem y Liem, 1984). Al mismo tiempo, el nivel de salud mental

actúa como factor moderador ante situaciones de estrés con lo que las clases sociales más desfavorecidas ven reducidas sus posibilidades de afrontar exitosamente acontecimientos vitales estresantes". (J. L Álvaro et al., ídem).

El estrés laboral

Técnicamente, la palabra "stress" se refiere a una "fuerza que deforma los cuerpos". En su acepción corriente equivale más o menos a "carga o presión". Sin embargo, en biología dicho vocablo alude a las "reacciones fisiológicas estereotipadas de tensión del organismo cuando se expone a diversos estímulos ambientales que se denominan factores de estrés, por ejemplo, cambios o presiones del medioambiente y exigencias de adaptación a éste". En resumen, el estrés en el trabajo es "el conjunto de reacciones emocionales, cognitivas, fisiológicas y del comportamiento a ciertos aspectos adversos o nocivos del contenido, la organización o el entorno del trabajo. Es un estado que se caracteriza por altos niveles de excitación y de angustia, con la frecuente sensación de no poder hacer frente a la situación" (Calera, A. *et al.,* 2001).

- Causas del estrés laboral:

Se han descrito muchos factores como causas del estrés laboral, pero las principales son las relacionadas con altas exigencias del medio frente a una incapacidad de respuesta del individuo frente a las mismas. Concretamente, en el medio laboral, por una parte, "son las exigencias insuficientes del puesto en relación con la capacidad del trabajador, las aspiraciones frustradas y la insatisfacción con respecto a metas positivamente valoradas" (R. Kalimo y T. Mejman, 1988) y, por otra parte, son también las exigencias de la organización del trabajo: horario de trabajo, ritmo del mismo, el volumen y las condiciones del mismo, el contenido de la tareas, la falta de participación en las decisiones sobre la forma en que deben de efectuarse éstas, la inseguridad del empleo, la monotonía, etc. "La repercusión sobre el trabajador de la inseguridad en el empleo, que es un

”stressor”, ocasiona un distanciamiento de la empresa, modificaciones psicosomáticas, sobre todo elevación de la tensión arterial, y, en cierta proporción, estados depresivos. Todas estas alteraciones toman mayor frecuencia en los trabajadores de “cuello azul” (Alonso-Fernández).

- Mecanismos que vinculan el estrés con la enfermedad:

Diversos procesos psicológicos condicionan la relación entre salud y organización del trabajo. En el fondo, son procesos emocionales (sentimientos de ansiedad, apatía, alienación, depresión, etc.), cognitivos (restricción de la percepción, de la habilidad para la creación, la concentración o la toma de decisiones), comportamentales (adicción y abuso de las drogas, tabaco y alcohol) y fisiológicos.

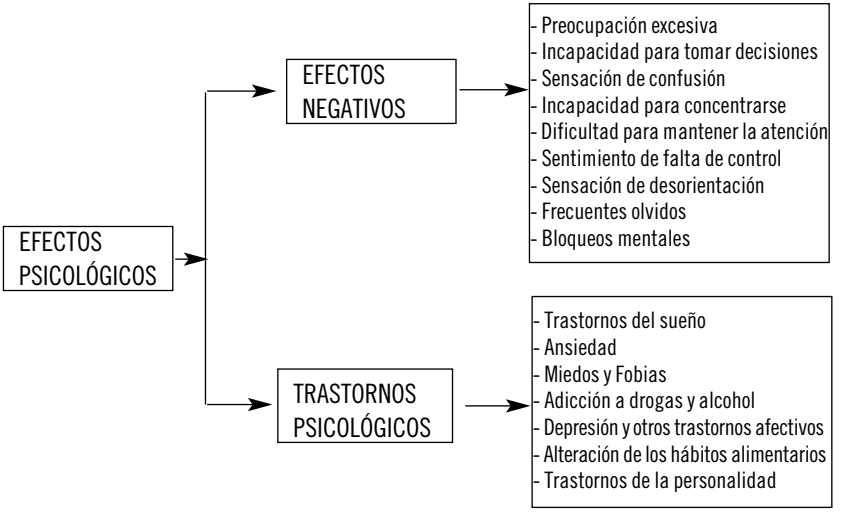
Entre las reacciones cognoscitivas a la exposición a factores de estrés figuran limitaciones del ámbito de percepción y la capacidad de concentrarse que son necesarios para trabajar de manera creadora o adoptar decisiones adecuadas. Aunque es difícil estimar hasta qué punto la mala salud se debe a reacciones de este tipo, parece muy probable que esas reacciones contribuyan efectivamente no sólo a crear sentimientos de frustración y escasa satisfacción profesional sino también a provocar accidentes laborales.

Respecto a las reacciones conductuales una de las respuestas a los estímulos nocivos del medio suele ser la adicción a distintas drogas psicoactivas, el abuso de alcohol, de tabaco, etc.

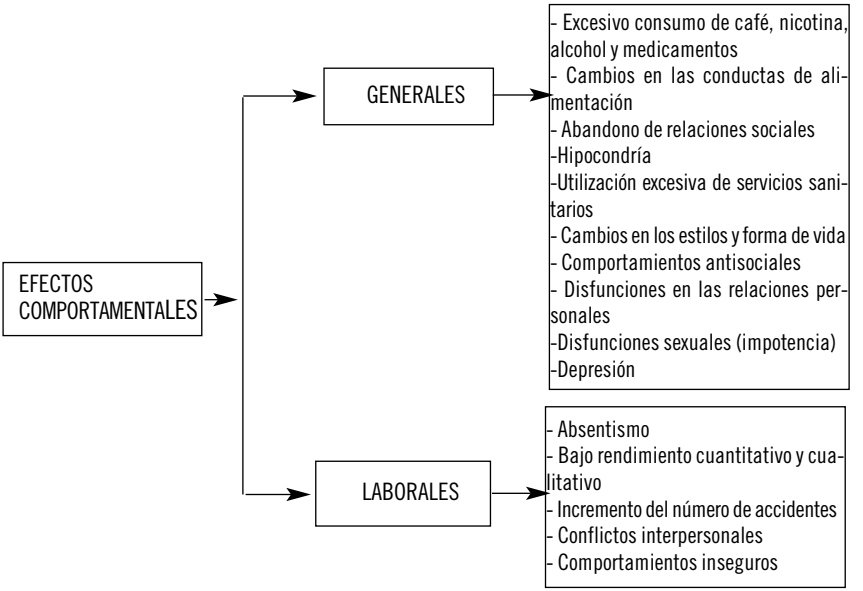
Finalmente, las reacciones fisiológicas suelen ser respuestas a reacciones neuroendocrinas que implican la participación de los ejes hipotalámicos-médula suprarrenal e hipófisis-corteza suprarrenal, con efectos secundarios sobre el metabolismo de los lípidos, los hidratos de carbono, las proteínas y los minerales, y reacciones del sistema inmunitario.

Todo lo anterior evidencia los nocivos efectos del estrés sobre la salud con las consiguientes psicopatológicas, tal como veremos en los siguientes cuadros:

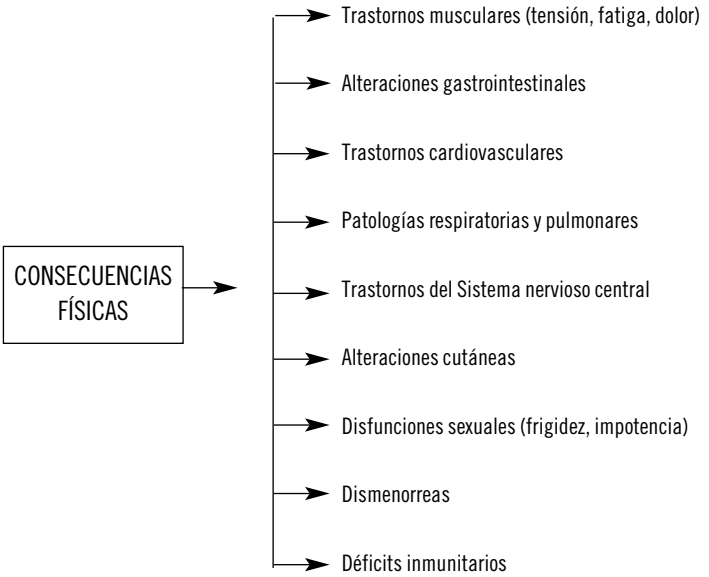
CUADRO 2. CONSECUENCIAS PSICOPATOLÓGICAS DEL ESTRÉS LABORAL (I)



CUADRO 3. CONSECUENCIAS PSICOPATOLÓGICAS DEL ESTRÉS LABORAL (II)



CUADRO 4. CONSECUENCIAS FÍSICAS DEL ESTRÉS LABORAL



A manera de reflexión

Todas esas deficiencias estructurales reseñadas anteriormente son consecuencia de un gran gap en la estructura organizativa del sistema sanitario, incapaz de diseñar una política de gestión de recursos humanos orientada hacia el desarrollo de los profesionales dentro de las organizaciones sanitarias, lo que implicaría disponer de unos instrumentos normativos que faciliten el reconocimiento del valor añadido que aportan los profesionales. A todo ello hay que añadir un fuerte liderazgo que consiga motivar e involucrar a éstos; una racional asignación de recursos humanos que garantice la adecuación individuo-puesto de trabajo y un óptimo aprovechamiento de sus capacidades; una democratización de las relaciones entre gestores y profesionales; y, finalmente, la puesta en marcha de

mecanismos adecuados de incentivación. A este mismo paquete habría que sumar la falta de estrategias que potencien la autonomía profesional, devolviendo el protagonismo de la gestión de los procesos clínicos al campo competencial de los profesionales sanitarios, ya que si éstos son los principales actores que deciden sobre cómo asignar y gastar los recursos, es legítimo que se les otorgue poder de decisión, aunque sea en detrimento de la burocracia gerencial y administrativa.

Finalmente, creemos que sería útil compartir esas reflexiones canalizándolas a través de un debate sobre algunas propuestas. ¿Serían viables las siguientes alternativas?

- Potenciar una nueva cultura de la organización que debería sustentarse sobre estas constantes:

a) orientación hacia el usuario de los servicios sanitarios;

b) reemplazar el sistema de toma de decisiones vertical por la "creación de instrumentos horizontales que crean, compilen y difundan conocimientos para la mejora de las intervenciones, que permitan comparar y evaluar los resultados y que faciliten plataformas logísticas para el funcionamiento integrado de la red sanitaria " (J R Repullo et al.);

c) participación de todos los actores tanto en la gestión como en la planificación de la práctica asistencial;

d) impulsar el desarrollo de las habilidades de los profesionales (formación continuada, reciclaje, oportunidades para la creatividad y la investigación);

e) coordinación efectiva entre los distintos niveles asistenciales;

f) introducción en la dinámica organizacional de los centros sanitarios procedimientos de **revalidación** consistente en la demostración periódica de la suficiencia en conocimientos y competencias de los profesionales. Esto serviría de instrumento de medida de la efectividad y legitimidad de la carrera profesional;

g) introducción de **nuevas formas de organización del trabajo** que impliquen mayor flexibilidad organizativa, aumento de la capacidad de respuesta a las demandas y mayor calidad, con la finalidad de promover el desarrollo de los profesionales y la satisfacción laboral. Concretamente, nos referimos a lo que se ha venido en llamar el **modelo de gestión participativa**[7]**.** En definitiva, se trata de no hurtar a los profesionales su capacidad de influir en los procesos de toma de decisiones en todas las materias relacionadas con la gestión de los centros, con sus condiciones de trabajo y con las expectativas de la organización sanitaria. Convertir, al fin y al cabo, la participación en un derecho de intervenir en el diseño de las políticas de gestión, en su planificación, en la ejecución de las acciones efectivas para conseguir los objetivos de salud de la organización y en la evaluación de los resultados. Uno de los requisitos para que esa gestión sea eficaz es que se base en la competencia de los profesionales y no en la "posesión" del puesto de trabajo y en la adhesión a los niveles jerárquicos profesionales y políticos.

5.3. MERCADO LABORAL Y FLEXIBILIDAD: TEMPORALIDAD Y EVENTUALIDAD EN EL DESEMPEÑO PROFESIONAL

Los finales de los años setenta han dado paso a un modelo atípico de relaciones laborales caracterizado por unas pautas de regulación heterogénea y plural. Concretamente el antiguo poder contractual de los sindicatos se debilitaba a favor de la individualización y la informalidad de las relaciones entre trabajadores y empresarios, creando un nuevo escenario en el que la negociación colectiva tenía poca influencia frente a la discrecionalidad empresarial y la legislación laboral sólo pasa a jugar un papel de referencia externa sobre el nivel de derechos y salarios. "Se establece una relación dialéctica entre el modelo de relaciones laborales y la extensión de la precariedad: la vulnerabilidad de los trabajadores en la empresa potencia relaciones laborales más informales e individualizadas, lo cual

reduce la capacidad de presión colectiva de los trabajadores, facilitando a su vez la precariedad". (Cano E; 2000)

Desde principios de los 80 se empezó a vislumbrar unas nuevas tendencias en la organización de los sistemas productivos y en la gestión de la fuerza de trabajo. Dichas tendencias se escenificaban en unos cambios en las políticas económicas imperantes entonces y consistentes en "intervenciones meramente distributivas para contener los procesos inflacionistas (que podríamos denominar flexibilización defensiva) y tender a reconvertir activamente (flexibilización activa) el sistema productivo, de cara a la reestructuración de una economía mundial más globalizada e interdependiente, y a una nueva división internacional de los procesos de trabajo" (Blanco J; 1996).

Este nuevo contexto de predominio de las "nuevas políticas industriales" en detrimento de la política social convergía con un auge del liberalismo que servía de soporte y legitimaba la "remercantilización de las relaciones sociales", concretamente las relaciones laborales y los sistemas de protección social. Se estaba conformando pues un "nuevo modelo de desarrollo" "encaminado preferentemente a la disminución del coste del factor trabajo por medio de dos mecanismos fundamentales: por un lado, la espectacular escalada del desempleo y la profunda precarización del empleo. Por otro lado, las transformaciones en la organización del trabajo incorporan, como estrategia integral de mejora de la productividad, tanto en los ámbitos empresariales como anillo de la competencia internacional, la organización del tiempo de trabajo, la extensión de las competencias profesionales de los trabajadores, la precariedad de las formas de contratación y la segmentación de los procesos productivos". (Blanco, J; ibidem).

Todo ello iba a pervertir el status jurídico-normativo, históricamente establecido, de las condiciones de trabajo, el cual siempre ha ido dirigido a fijar unos niveles mínimos de condiciones de trabajo compatibles con los intereses de los trabajadores y de los empresarios, a reducir la discrecionalidad empresarial en su fijación y homogeneizar las situaciones de trabajo en distintas empresas y sectores. (Cano, E; ibidem.)

- **Concepto de flexibilidad laboral**

Ha existido y existe aún una enorme dificultad para definir con precisión el término de flexibilidad debido a la manifiesta ambigüedad, complejidad y elasticidad que el uso del término conlleva. Todo ello debido al sesgo que los diferentes actores/promotores de la introducción de la flexibilidad en el mercado laboral o destinatarios (sindicatos-trabajadores) implican al contenido de la misma. Igualmente "habría que preguntarse si el término flexibilidad no ha servido para legitimar de forma gradual, pero constante, la estrecha obsesión neoclásica por el perfeccionamiento de los mercados mediante la eliminación de las rigideces existentes en el mercado de trabajo" (Chávez R, P.I; 2000). Ampliando esta hipótesis, autores como A. Martín opinan que bajo la idea de flexibilidad las empresas han introducido durante los últimos años acciones como la descentralización de la producción, la externalización de determinados servicios, la introducción de máquina flexible polivalente más adecuada para producir frente a las variaciones y segmentación de la demanda, la diversificación de la producción, políticas de diferenciación salarial en función de las calificaciones laborales, nuevas formas de gestión individualizada de la fuerza de trabajo y formas de contratación temporal del empleo.(Martín, 1995). De aquí que, en la práctica, la flexibilidad laboral ha venido a ser un instrumento para eliminar los obstáculos económicos con la finalidad de volver a conseguir ventaja económica, restablecer los márgenes de beneficio, fomentar el crecimiento y, como consecuencia de ello, crear nuevos puestos de trabajo.

La idea de flexibilización del mercado laboral, amén de sus defensores en el campo sociológico, empresarial y jurídico, ha encontrado un poderoso aval procedente de instituciones como el Banco Mundial (BM), la OCDE y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID). Concretamente el BM opina que "hay rigideces en la legislación laboral que deben eliminarse o cuando menos revisarse a fin de dar mayor flexibilidad al mercado de trabajo para incrementar la generación de empleos" (The World Bank Report, 1995). En opinión de la OCDE, "en un mercado laboral fle-

xible, en el que el empleo es poco regulado (en términos de paga, horas de trabajo, restricciones al despido, etc.) no se restringe la creación de trabajo con bajas remuneraciones, de tiempo parcial, con contratos por períodos cortos y existe una elevada rotación de personal, los empleadores seleccionan en forma menos estricta antes de contratar" (OCDE, 1992).

En resumen, entre las definiciones más citadas de la flexibilidad destacaremos las siguientes: según Dahrendorf (1986), "la flexibilidad es la capacidad de los individuos, en la vida económica y en particular en el mercado de trabajo, de renunciar a sus hábitos y adaptarse a las nuevas circunstancias". Ciertamente esta es una definición demasiado amplia porque no acota los límites de la adaptación y de la eventual renuncia. Por su parte, Fernández concreta más el campo de la flexibilidad al referirse a la "capacidad y necesidad de la sociedad de adaptarse con facilidad, rapidez y eficiencia a tipos de empleo diferentes, a nuevas formas de cualificaciones, de relaciones entre empresas y trabajadores, y a un modo más flexible de organización de las empresas". (Citado en Chávez; 2000:69).

También Manuel Alonso afirma que "flexibilizar es aligerar trabas, suprimir controles, disminuir requisitos o condicionamientos, pero –eso sí-, y al mismo tiempo, garantizar legítimos derechos e incluso racionales expectativas. En otro sentido, también, sentar las bases necesarias para, empresarialmente, abrir nuevos cauces de incitación inversora que lleven a suprimir los temores que, en otro caso, conducen al empresario a retraerse en la creación de puestos de trabajo, o contribuyan a dificultar su necesaria e imperada adaptación a las exigencias de la tecnología o a las demandas de nuevas solicitaciones" (Alonso, 1986:13; citado en Chávez, ibidem.).

Finalmente, pensamos que la definición de E. Cano da una idea más realista de la flexibilidad teniendo en cuenta su aplicación práctica en el ámbito laboral. Dice así: "la flexibilidad alude básicamente a la adaptación de la organización de la producción a las condiciones cambiantes del mercado, las cuales requieren una rápida respuesta, incompatible con los avatares de la negociación" (E. Cano, 2000).

Este modelo de relaciones laborales flexibles ha sido también trasladado al mundo sanitario y, durante algún tiempo, se convirtió en una característica del sector, llegando a competir incluso con la Construcción.

La contratación temporal en la sanidad española

El análisis de la temporalidad en la sanidad española debe enmarcarse en el debate sobre la modernización y racionalización del sistema sanitario, el cual se ve enfrentado a la necesidad de garantizar y satisfacer unas demandas de asistencia sanitaria de calidad por una ciudadanía cada vez más exigente y mejor informada. El cumplimiento de esos objetivos no se puede alcanzar sin contar con una buena gestión de los recursos disponibles en el sistema. Entre ellos, los recursos humanos, el principal activo de dicho sistema, dentro de una política de gestión de personal coherente con los objetivos propuestos. "La mejor gestión del empleo al servicio de las distintas Administraciones Públicas (AA.PP) exige, sin duda, disponer de políticas coherentes y racionales de dotación de efectivos con la necesaria estabilidad y fijeza, que atienden las necesidades reales de los servicios, y a limitar la temporalidad a la que es necesaria para atender necesidades estrictamente de naturaleza coyuntural"[8].

Este mismo espíritu motivó al legislador de la Ley de Medidas de la Reforma de la Función Pública cuando limitaba la discrecionalidad de la Administración y especificaba que "los nombramientos en régimen de interinidad únicamente están justificadas en casos excepcionales de indudable y estricta necesidad, en los que resulte inaplazable la cobertura de un puesto, y que los mismos sólo se pueden realizar por un tiempo determinado...[9]".

Igualmente el Estatuto-Marco, en algunos de sus artículos, configuraba la estabilidad en el empleo como un derecho del personal estatutario que presta sus servicios en los sistemas públicos de salud. A pesar de ello, "la provisión de personal por las administraciones sanitarias no siempre se ha llevado a cabo con criterios de planificación y de ajuste de la dinámica de convocatorias de selección y provisión de puestos a las necesida-

des estructurales y en aumento que han derivado de la configuración del moderno sistema de salud en España. En demasiadas ocasiones, el acceso del personal se ha venido produciendo no mediante los procedimientos que deben producir un ingreso definitivo como personal estatutario fijo, sino mediante el ascenso de peldaños sucesivos, como bolsas de trabajo, concursos de selección de personal interino, etc., en un panorama de ausencia de regularidad en los procedimientos de selección definitiva. La frecuencia de uso de estas vías de dotación de personal, para la cobertura de necesidades de naturaleza estructural o permanente, puede haber contribuido al volumen de temporalidad actualmente existente en el ámbito de la sanidad pública y su mantenimiento en el tiempo." (CES, 2003).

Se han barajado múltiples causas para explicar ese altísimo volumen de temporalidad en la sanidad española: insuficientes recursos destinados a la contratación de personal fijo en un contexto de contención de gasto; creciente externalización de actividades propias en beneficio del sector privado coherente con una política de pseudoprivatización de la sanidad pública; falta de una adecuada política de personal que permitiera aprovechar eficientemente los recursos humanos propios; y abuso de la utilización de las múltiples modalidades de contratación que ofrece el ordenamiento jurídico-legal, etc. Sin embargo, parece existir un tácito consenso de todos los actores de la sanidad española para eximir a la Administración sanitaria de la responsabilidad de omitir la evaluación de su gestión: se sabe aproximadamente lo que se gasta; pero se ignora en qué se gasta, cómo se gasta y si los beneficios obtenidos son compatibles con el volumen de gasto. Es evidente que falta una cultura de la evaluación que permitiera detectar, identificar los puntos débiles y las deficiencias del sistema y explorar oportunidades de corrección y mejora.

Que se sepa, al día de hoy se está trabajando en el Ministerio de Sanidad y Consumo en un "proyecto de Información del SNS". La pregunta es: ¿se puede evaluar un sistema sanitario sin disponer de la información necesaria sobre el funcionamiento del mismo y cuales son las coordenadas que avalan la toma de decisiones?

Si bien es cierto que una valoración macro de los resultados en salud de nuestro sistema sanitario es bastante aceptable, también habría que preguntarse si utilizando menos recursos los beneficios no serían idénticos, o si gastando lo mismo se podría conseguir más o mejor?

Algunas coordenadas de la política de personal del Sistema Nacional de Salud

En materia de política de personal, el sistema sanitario español se mueve dentro de las siguientes coordenadas:

- Asignación irracional de recursos humanos, y falta de diseño de una política planificada de los mismos.
- Ausencia de una dirección cualificada de personal.
- Un sistema retributivo, más bien lineal, incapaz de primar los rendimientos, generando el parasitismo laboral.
- Unos estatutos de personal lo suficientemente rígidos como para dificultar una resignación de recursos humanos.
- Una concepción instrumental del personal que sólo asigna a los trabajadores un papel de meros ejecutores de las decisiones empresariales.
- Un enfoque autoritario, totalitario de la gestión de los servicios públicos por parte de la Administración, que ha sido incapaz de involucrar y comprometer a los profesionales en las decisiones de gestión, colocándoles a la defensiva y obligándoles a practicar una política de corte puramente reivindicativo.
- No existe correlación esfuerzos-incentivos.
- No hay asociación entre capacidad-dedicación y participación en los procesos de organización y control del sistema.
- No existe progresión en el nivel decisorio en función de contenidos ocupacionales.

- Mecanismos de promoción muy restringidos (jefaturas de servicios, de sección, coordinadores, supervisores...)
- Inexistencia de mecanismos regulados de promoción.
- No existe correlación clara entre el esfuerzo individual y el acceso a incentivos investigadores y formativos.
- Inadecuación de los incentivos que tienen los distintos agentes para comportarse de forma óptima en relación a los objetivos colectivos del sistema.
- Deterioro del poder adquisitivo de las rentas de los profesionales, en relación al resto de colectivos o salarios medios del país.
- Desmotivación profesional.
- Institucionalización del pluriempleo.

Consecuencias negativas

- Falta de identificación con la organización
- Techo muy alto de frustración.
- Falta de refuerzo a las actitudes positivas.
- Ausencia de reglamentación de la relación actividad/recompensa.
- Los mecanismos de formación continuada se dejan en manos del voluntarismo, con lo que la Administración pierde el control sobre sus recursos profesionales.
- Actitud negativa frente al trabajo.
- Aumento de vicios y defectos de comportamientos.
- Falta de interés en la producción de servicios de calidad.
- Frustración profesional del colectivo médico, de enfermería, y otros, condenados al individualismo.

- Ausencia de compromiso de los profesionales con la organización.
- Frustración del personal de enfermería que se ve relegado a tareas burocráticas y la simple administración de inyectables. No obstante, su condición de universitarios es un flagrante caso de marginación e infravaloración de sus capacidades.
- Falta de coordinación entre profesionales y entre las distintas estructuras de la organización.
- Sistema retributivo inadecuado con salarios insuficientes, en algunos casos.
- Incremento del absentismo.
- Reducción de nivel de rendimiento profesional y de la rentabilidad de los servicios.

Por ello, consideramos necesario:

1.- "Poner fin a la restricción de la oferta de empleo público que se ha venido materializando en los límites a la tasa de reposición de efectivos. La supresión de dicho límite haría posible un apolítica de recursos humanos dirigida a alcanzar una dimensión de las plantillas de personal más adecuada a la necesidad de los servicios..., incrementando así la calidad en la prestación de los servicios como objetivo prioritario...

2.- La convocatoria periódica y sistemática de los correspondientes procesos para la cobertura definitiva de los puestos vacantes de las plantillas de los centros sanitarios, incorporando en las ofertas de empleo público anuales todas las vacantes desempeñadas por personal interino y temporal que no estén sujetas a reserva de puesto, evitando la reproducción de situaciones de interinidad prolongadas artificialmente en el tiempo" (CES, 2003).

3.- Una concepción ergonómica de la organización del trabajo.

4.- Una filosofía humanista de la gestión de los recursos humanos: motivación, participación (democracia empresarial), incentivación, y

calidad de vida en el trabajo (medida en que los colaboradores son capaces de satisfacer sus necesidades personales importantes mediante su trabajo en la organización). En la práctica, eso significa:

- Proporcionar a los empleados y trabajadores un trato justo y equitativo.
- Oportunidad para que cada uno utilice sus habilidades al máximo.
- Comunicación abierta y confiable.
- Oportunidad a todos los miembros de la organización para que adopten un papel activo en la toma de decisiones importantes relacionadas con el puesto.
- Una compensación adecuada y justa y un medio seguro y saludable.

5.- Las estrategias de dirección de personal deben estar estructuradas no solamente a satisfacer las necesidades de dotación de la organización, sino también para satisfacer las necesidades que tienen los colaboradores de creer y realizarse.

6.- Una cultura gerencial de pacto y diálogo permanentes con los profesionales, involucrándoles en la gestión directa de la organización con la consiguiente corresponsabilización del logro de los objetivos generales de la organización.

5.4. ESTRATEGIA Y OFENSIVA DE LOS CONCEPTOS NEOLIBERALES: MERCADO, COMPETENCIA Y COMPETITIVIDAD

El Sistema Nacional de Salud español (SNS), igual que otros muchos de nuestro entorno, está sujeto a una serie de tensiones que dificultan su desarrollo armónico. Dichas tensiones se reflejan en los siguientes parámetros:

- Incremento de la demanda.

- Evolución autónoma de las demanda de servicios (incorporación de nuevas tecnologías sin un análisis previo de su coste/eficacia; desarrollo autónomo de servicios asistenciales; introducción y financiación pública de nuevos fármacos de precio elevado, etc.)
- Deficiencias propias del Sistema (inadecuación organizativa, ineficiencia de la gestión, ausencia de incentivos y desmotivación profesional; relativa insatisfacción de los usuarios; disminución de la responsabilidad en el gasto; insuficiente evaluación e información, etc.)

A su vez, las distorsiones de funcionamiento provocadas por esas tensiones han estado siempre simplificadas en la literatura de la política sanitaria bajo e epígrafe: ineficiencia del sistema sanitario.

Y coincidiendo con la crisis económica mundial de los años setenta, el conservadurismo ideológico con su expresión económica, el neoliberalismo, planteó la necesidad de repensar las coordenadas del Estado del Bienestar en los países industrializados con el argumento de la imposibilidad de asegurar la universalidad de las prestaciones sociales y de la necesidad de trasladar al mercado la cuestión de la racionalización de las demandas y de los efectos de dichas prestaciones.

Trasladado al campo de la salud las políticas neoliberales han pretendido "organizar la atención sanitaria con criterios de eficiencia y rentabilidad económica. En la práctica, eso ha implicado una tendencia a la reducción del gasto público en sanidad, un mayor énfasis en las dimensiones individuales la salud, una mayor responsabilización del individuo en el proceso de enfermar y una tendencia a la privatización de la provisión de los servicios sanitarios"[10].

A nivel político los agentes del neoliberalismo instalados o infiltrados en los distintos gobiernos eligieron el camino de las reformas de los servicios públicos para vehiculizar los nuevos conceptos neoliberales. En el campo de la salud, el fundamento de las nuevas estrategias de reforma residió en introducir en el SNS el llamado "mercado interno" (importado del Nacional Health Service británico) consistente en "generar competen-

cia en la provisión de servicios médicos especializados, creando para ello un mercado interno de centros que compiten entre sí, lo que habría de dar lugar a una mayor eficiencia. Para hacerlo posible, los proveedores de estos servicios, fundamentalmente los hospitales, habrían de ser dotados de la autonomía y personalidad jurídica propia de entes independientes". (JM Freire).

Los resultados de la evaluación de la Reforma Thatcher, en Gran Bretaña, basada en la puesta en práctica de esta misma fórmula no han revelado resultados muy alentadores, habiéndose agravado y ampliado las bolsas de ineficiencia del sistema. Nosotros creemos que las experiencias de otros países deberían servir para evitar repetir los mismos fallos y no recorrer el mismo camino para acabar cosechando los parecidos resultados negativos, ya que lo que realmente se pretende es solucionar los problemas de ineficiencia del sistema y, por ende, legitimarlo socialmente.

Mercantilización del sistema sanitario

La mercantilización se define a partir de la idea de utilizar las fuerzas del mercado para financiar y proveer servicios sanitarios (WC Hsiao). A su vez, un mercado es toda organización en la que los actores económicos libremente intercambian bienes y servicios o factores productivos. Las relaciones entre compradores y vendedores (que expresan sus deseos y necesidades a través de la oferta y de la demanda son llevadas a cabo a través de los precios (C. Donalson).

Un simple mercado estimula la demanda de bienes de consumo generando al mismo tiempo precios competitivos y contiene el coste de los servicios sanitarios. Sin embargo, los mercados sanitarios tienen serios fallos y, paradójicamente, pueden producir resultados contrarios a los esperados.

El sistema sanitario, visto desde una perspectiva de mercado, integra una serie de mercados interconectados: seguros sanitarios, servicios médicos, cuidados sanitarios, factores que condicionan la oferta tales

como profesionales sanitarios, alta tecnología, farmacéuticos e industria farmacéutica. Cualquier alteración en el comportamiento racional de esos factores puede desequilibrar peligrosamente el sistema sanitario, por ejemplo: incremento exagerado del gasto sanitario debido a una excesiva introducción de alta tecnología o a un imparable crecimiento del gasto farmacéutico, una excesiva oferta de servicios médicos, un irracional sistema de pago a médicos, etc.

INCONVENIENTES DE LOS "MERCADOS REGULADOS"

Del resultado de la evaluación de sistemas sanitarios donde se han experimentado los "mercados regulados" y como fruto del debate en torno a este tema se han descrito los incentivos adversos de los "mercados internos", los cuales reproducimos a continuación:

- El mercado interno ha aumentado la cantidad de dinero gastado en contratos y burocracia en vez de cuidados sanitarios. Algunos de los buenos hospitales británicos han sido cerrados. Existe una falta de camas de cuidados intensivos en muchas ciudades británicas. Los cuidados comunitarios están caóticos y los servicios de Odontología del NHS han sido totalmente privatizados. (Labour's Agenda for a healthier Britain)[11].

- Una competencia efectiva hace aparecer un excedente de hospitales (Gran Bretaña, Suecia). La decisión de cierre de un hospital es siempre dolorosa y políticamente delicada y suscita serias resistencias locales. Es por eso que un aumento de la competencia debe acompañarse de reglas de supresión de hospitales deficitarios o de disposiciones tendentes a asegurar una oferta regional más equilibrada.

- La competencia penaliza a los hospitales por hacerse más eficientes en términos de aumento de rendimiento total de atención al paciente (Green y Harrison, 1989)

- El presupuesto abierto de prescripción del médico de cabecera fomenta el uso reducido de los talonarios de recetas de farmacia; si

acaso prescribe lo más barato en detrimento de la efectividad del medicamento ya que lo ahorrado revierte en sus ingresos.

- Hay una dinámica de desviación de los costes y del trabajo a otros profesionales (más desviaciones a especialistas y hospitales).

Esto último será contrarrestado en los casos de los médicos de cabecera que funcionan con presupuestos globales para la práctica del ejercicio. A más desviaciones a hospitales, más tendrían que abonar a los hospitales. Por eso, dichos médicos tienen más tendencia a atender a esos pacientes dentro de los limites de su práctica clínica en lugar de enviar a los pacientes al hospital, potenciando el hecho de que dichos médicos atienden más casos leves de cirugía.

De hecho los pacientes crónicos (diabéticos o hipertensos) y pacientes psiquiátricos tienen más posibilidades de no ser enviados al hospital, siendo atendidos por los propios médicos de cabecera, siendo posible que el tratamiento sea menos eficaz que el que se le hubiera administrado en el hospital.

- Todos los fondos adicionales que un hospital atraiga serán a expensas de otros.

- Las dificultades para definir lo que se está vendiendo y lo que se está comprando en el campo de los servicios sanitarios son bien conocidos: todas las medidas son susceptibles de manipulación (el comercio de los "casos" fomenta las readmisiones; el de los "episodios", la readmisión en una especialidad diferente; y el DGR (Grupos Relacionados con los Diagnósticos) fomenta la inflación del diagnóstico. Tales manipulaciones pueden ser caras y difíciles de vigilar, puesto que, a efectos prácticos, la definición de casos está más en manos de los proveedores que de los compradores.

- A menos que se evite mediante controles efectivos, las instituciones bien pueden sentirse tentadas a invertir en exceso en tecnología médica cara afín de mejorar su imagen con vistas al mercado ("Working for Patients").

- La experiencia de las H.M.O. en USA (Health Maintenance Organization) parece señalar que los ahorros de costes conseguidos se obtienen a través de reducciones en el número de admisiones más que en el precio de los servicios, además de incluir estrategias de selección adversa de pacientes, fuertes costes de administración y bajos niveles de satisfacción del paciente. (Vicente Navarro, 1991).

ALTERNATIVAS A LA MERCANTILIZACIÓN DEL SNS:

Si bien es necesario modernizar el SNS, consiguiendo mayor eficiencia, creemos que cualquier reforma en este sentido "debe hacerse manteniendo un sistema integrado de servicios, sin fragmentar la organización y la atención a los pacientes, sin dar ocasión a que éstos sufran la existencia de barreras organizativas y, sobre todo, sin perder o diluir el control público sobre parte alguna del sistema sanitario público". (JM Freire).

Para intentar poner al sistema sanitario público al abrigo de las consecuencias negativas o quizás irreparables de cualquier aventura neo-liberal nosotros proponemos experimentar la fórmula, a nuestro parecer, más inocua de la Cooperación regulada y Colaboración incentivada. Amén de otros cambios estructurales: descentralización, autonomía de gestión, políticas racionales de gestión de los recursos (planificación de la oferta, evaluación de las tecnologías, gestión flexible y participativa de los recursos humanos, control del gasto, etc.)

I.- COOPERACIÓN REGULADA

OBJETIVO:

Se trata de conseguir que los centros sanitarios trabajen juntos (y no que compitan entre sí) para mejorar el sistema sanitario como consecuencia de la puesta en marcha por la Administración, involucrando a profesionales, gestores y usuarios, de políticas activas de ayuda y de colaboración entre los diferentes centros.

El objetivo final de dicho proceso es acercar los centros sanitarios (comparando centros homologables entre sí de acuerdo a su nivel en una tabla de categorías previamente establecidas) a un standard de eficiencia (de producción y de asignación), de calidad y de excelencia que sería consensuado entre la Administración y los profesionales teniendo en cuenta rigurosamente criterios generalmente admitidos internacionalmente.

DINÁMICA DEL PROCESO DE COOPERACIÓN REGULADA

El proceso de "cooperación regulada" constaría de las siguientes fases:

1º) **Catalogar a los hospitales** (la clasificación oficial actual por grupos podría servir al principio).

2º) Llevar a cabo una **auditoría clínica interna** (implicando a gerencia y profesionales) a nivel de los centros y una auditoría clínica externa (Administración, Sociedades científicas, profesionales independientes y/o profesionales designados por los agentes sociales y asociaciones representativas de consumidores y usuarios).

3º) Hacer un inventario de las **disponibilidades de los centros:** infraestructuras y tecnologías, etc.

a) Inventario del arsenal terapéutico y tecnológico existente en los centros sanitarios ¿qué se está haciendo en cada servicio o unidad, cómo se está haciendo y con qué medios?

b) Inventario de la oferta terapéutica global de los centros destacando en particular el manejo y uso de terapias basadas en evidencias médicas ya contrastadas existentes en la literatura médico-científica mundial.

4º) Hacer una **evaluación de las necesidades y de las demandas de los centros y de los profesionales** (clima socio-laboral, nivel de satisfacción de los profesionales con el "modus operandi" y con los incentivos, nivel de satisfacción de los usuarios, etc...)

5º) Formación de una **Comisión Central de Cooperación** (CCC) que estaría integrada por representantes de las autoridades sanitarias regionales y/o locales, profesionales, vocales designados por los agentes sociales y asociaciones representativas de consumidores y usuarios. Dicha "comisión" se encargaría de coordinar y de evaluar periódicamente a nivel central el proceso de cooperación, además de determinar los medios y recursos necesarios para llevarlo a cabo.

Además, la "CCC" llevaría a cabo con medios propios y/o ajenos una evaluación del coste-efectividad de las tecnologías empleadas (instrumentos médicos y terapias) en los centros.

6º) Creación de "Comisiones operativas inter-centros de cooperación" respetando criterios de proximidad geográfica y de aprovechamiento de los recursos disponibles. Dichas "comisiones" liderarían a partir de los datos de las auditorías y de inventarios la elaboración conjunta entre los centros de protocolos diagnósticos y terapéuticos que integren criterios de efectividad dentro de las prácticas clínicas, los cuales podrían tener un gran impacto positivo sobre éstas. Por otra parte, las "comisiones operativas" elaborarían los "Manuales de Funcionamiento" de los centros, los cuales se ajustarían a las necesidades profesionales del personal, a las necesidades de salud de la población y a la consecución de la eficiencia13. El producto de la labor de las "comisiones operativas" constituiría lo que llamamos los fondos de cohesión socio-científica del sistema sanitario público que circularían entre los centros de los distintos Servicios de Salud del Sistema Nacional de la Salud para su funcionamiento. Dichos fondos serían la base de la colaboración incentivada entre centros sanitarios y profesionales del Sistema.

II.- COLABORACIÓN INCENTIVADA

Con la "colaboración incentivada" se pretende materializar una política de ayuda entre centros sanitarios y profesionales de distintos centros

desde los mejor equipados y "más excelentes" (en calidad, eficiencia y resultados) hacia los "menos excelentes". Esto implica, de entrada, un cambio de cultura de los profesionales desde una visión localista y corporativa de la práctica profesional hacia un compromiso con los objetivos globales del sistema sanitario: equidad, eficiencia microeconómica (maximizar la calidad de los cuidados de salud y la satisfacción de los consumidores a un coste mínimo) y mejora de la salud de la población. Ese compromiso sería la base de un consenso entre la Administración y los profesionales para una gestión flexible y racional de los recursos del sistema.

¿Cómo se articularía esta colaboración?

A partir de unos rigurosos informes de las "Comisiones operativas intercentros" sobre las necesidades de determinados centros sanitarios, la "Comisión Central de Cooperación"" requeriría de la Administración los recursos necesarios para que determinados profesionales seleccionados, según criterios de experiencia, mérito y capacidad, se desplazaran voluntariamente (sin merma del normal y buen funcionamiento de los centros de origen), hacia los centros "menos excelentes" para colaborar con las unidades o servicios que lo requirieran en el diseño de programas e intervenciones encaminadas a corregir las desviaciones y/o lagunas existentes en la práctica clínica y gestional de los centros receptores. Evidentemente, el desplazamiento de profesionales podría hacerse en los dos sentidos según las necesidades concretas y en cada momento.

Periódicamente, la colaboración inter-centros sería evaluada por los propios centros interesados y por la "Comisión Central" para su revisión e implementación.

¿Cómo se incentivaría dicha colaboración?

De los presupuestos anuales destinados al Sistema sanitario público una partida iría dirigida a incentivar "programas de colaboración intercentros". Desde la "Comisión Central de Colaboración" se establecerían unos módulos económicos, algunos para incentivar a los "centros donan-

tes" que los utilizarían para mejorar sus infraestructuras (bibliotecas, mejora de las tecnologías, contratación de personal para suplir a los "desplazados" activos desde el centro donante); otro tipo de módulo económico (incentivos a desplazados) que se utilizaría para financiar programas de becas para ampliación de estudios en el extranjero, proyectos de investigación, publicación de libros, asistencia a cursos y congresos. Con el posible ahorro obtenido como consecuencia de la gestión eficiente de los "centros receptores" se incentivaría a los profesionales de los mismos.

Por otra parte, la posibilidad de incentivar económicamente (de forma individual) a los profesionales no está en absoluto excluida. Todo dependerá del acuerdo al que se pueda llegar en las "comisiones" correspondientes.

CONCLUSIÓN

De nuestro anterior análisis parece deducirse que la solución-estrella propuesta por algunos notorios economistas (y puesta en práctica por algunos gobiernos), el pilotaje de los Servicios Nacionales de Salud por algunos instrumentos de mercado, dicha solución no ha conseguido acabar con las bolsas de ineficiencia existentes en aquellos sistemas sanitarios. Por contra, de acuerdo con los datos revelados por evaluaciones rigurosas de un SNS como es el británico, la mercantilización ha agravado problemas tales como las desigualdades en el acceso a los servicios sanitarios, las crónicas e insufribles listas de espera, el aumento creciente del gasto, la gestión burocrática de los servicios sanitarios, la insatisfacción de la población, todo ello poniendo en peligro la legitimación social del sistema sanitario público.

5.5. EL PAPEL DEL MÉDICO EN LA NUEVA GESTIÓN DE LOS SERVICIOS SANITARIOS.

La "nueva gestión" de los servicios públicos se ha publicitado a nivel internacional como el "nuevo paradigma de la gestión pública, el eje cen-

tral para el cambio y la modernización de las Administraciones Públicas". Este nuevo enfoque es fruto de las reformas emprendidas en los países de la OCDE desde finales de los setenta, cuyo principal objetivo era activar el proceso de reestructuración de los servicios públicos a través de la minimización del rol del Estado en los distintos campos de la actividad social y económica.

Se trataba de "organizar el gobierno en grupos de agencias, departamentos (...); en la adopción de tomas de decisiones estratégicas y orientadas a la obtención de resultados, utilizar objetos de output, indicadores de rendimientos, pagos en relación con los resultados, y medidas de mejora de la calidad; en recortar los gastos (...); en una mayor flexibilidad; en una mejora de la eficiencia en la prestación de servicios públicos, en la promoción de la competencia en el ámbito y entre organizaciones del sector público" (Suleiman E, 2000). Concretamente se pretendía importar y trasladar al sector público las tecnologías ya ensayadas en la empresa privada, promover la racionalización de estructuras y procedimientos de gestión, introducir la revisión de los procesos de toma de decisiones con la finalidad de conseguir el incremento de la productividad de los empleados públicos paralelamente con una disminución de los costes.

La incorporación de los elementos de gestión empresarial en las organizaciones públicas encuentra su principal justificación en "la necesidad de recrear en el ámbito público condiciones similares a las del funcionamiento de los mercados. En efecto, la mayor parte de las tecnologías sugeridas aparecen como respuestas creadas y desarrolladas por el sector privado frente a las exigencias del mercado, y obedecen a preocupaciones tales como la tasa de rentabilidad, la obtención de resultados, los costos, las inversiones, el grado de competitividad, la orientación al cliente y la preocupación por la eficiencia..." (López Andrea)[12].

"En la década de los ochenta –con la llegada al poder de fuerzas neoliberales y los cambios asociados al desarrollo tecnológico y la globalización de las relaciones económicas, comerciales y culturales- tomó impulso una propuesta destinada a sustituir los sistemas sanitarios públi-

cos e impulsar la presencia del sector privado mediante la gestión empresarial y la introducción de la competencia entre servicios. Una de las principales consecuencias es que los usuarios pasan a ser asimilados a la figura de clientes. La nueva situación trasladó al sector sanitario las leyes del mercado y la desregulación de los derechos sociales y laborales; se produjo un consumo excesivo de tecnologías sanitarias y una reducción drástica del gasto sanitario público. La ideología que sustentaba estos planteamientos consideraba los Estados de bienestar y los sistemas sanitarios públicos como entes disfuncionales, rígidos, burocráticos que obstaculizaban el libre comercio de servicios y suponen une rémora para la eficiencia". (Sánchez Bayle, 1998).

En España, en los años noventa, se inició un debate sobre la necesidad de introducir reformas en el SNS español sobre la base de políticas orientadas a abrir al mercado las instituciones sanitarias públicas. Uno de los documentos orientadores de dicho debate lo constituía el conocido como Informe Abril. De los resultados prácticos del mismo destacamos la aparición de las carteras de servicios y los contratos-programas como instrumentos de gestión tanto en los centros de salud como en los hospitales, los Consorcios, las Empresas Públicas sanitarias en Andalucía. Y la figura más emblemática de la nueva gestión en el SNS español lo constituyen las Fundaciones Sanitarias públicas[13], el buque-insignia del entonces gobierno del Partido Popular (PP). Para el PP, la creación de esta nueva figura jurídico-administrativa se justifica "ante la necesidad de acabar con la rigidez administrativa y la burocracia de los hospitales públicos, transformándolos en empresas de gestión autónoma y descentralizada, dotadas de gran autonomía y transparencia, con capacidad para incentivar adecuadamente a sus trabajadores y permitirles participar activamente en la gestión del centro y de sus servicios. Todo ello (...) mejoraría la calidad, la productividad y la identificación del personal con sus centros, resolviendo de esta manera las bolsas de improductividad, ineficiencia y desmotivación que aquejan los centros sanitarios públicos". (Martín Martín J., 2003)[14].

Conviene recordar las polémicas y el rechazo (tanto por los agentes sociales como por los profesionales de la salud) que suscitó este nuevo giro en la concepción y en la práctica de la gestión de las organizaciones públicas sanitarias. Aunque sea todavía temprano para hacer una evaluación rigurosa de esta experiencia en España, sin embargo no estaría de más reproducir aquí lo que un informe de la Nacional Health Consultant´s Association revelaba acerca de los resultados de la implantación de los Trusts (fundación en inglés) en Inglaterra por Margaret Thatcher. Dicho informe ponía de relieve que, cinco años después de iniciarse esta reforma, "se había detectado en el NHS (Nacional Health Service):

a) un aumento de los costes administrativos,

b) incompatibilidad entre los planes de salud estratégicos y el mercado;

c) aparición de competición y confidencialidad comercial y ruptura de la cooperación,

d) establecimiento de distintos tipos de servicio según grupos de población, un cierre de algunos centros sanitarios y una reducción de prestaciones debido a la presión del déficit económico público,

e) aumento de las presiones financieras para la reducción de la cantidad y calidad de los servicios y para disminuir la investigación clínica,

f) la desmoralización de las plantillas de profesionales,

g) la industrialización de los cuidados, condicionando las decisiones de los profesionales,

h) la erosión de la salud pública, etc..."[15].

A nivel del Estado español, poco esfuerzo se ha gastado desde la Administración sanitaria para hacer una evaluación de una experiencia tan polémica y, quién sabe, a la larga demasiado costosa en términos político, financiero y social. Y las demás reflexiones, con pretensión evaluativa, nos han parecido algo sesgadas, por lo que las obviamos, por el

momento. Sin embargo, nos parece interesante mencionar aquí los resultados de una encuesta realizada en el año 2003 por un grupo de profesionales y por la Federación de Asociaciones Para la Defensa de la Sanidad Pública (FADSP) sobre la satisfacción laboral en el personal de las Fundaciones sanitarias en Galicia [16].

Las conclusiones de dicha encuesta evidencian que "los resultados obtenidos muestran que las fundaciones tienen menos camas por habitantes, menos personal de todas las categorías, ingresan menos personas, hacen menos intervenciones quirúrgicas, ven menos enfermos en consulta y en urgencias y tienen una mayor demora media. En consecuencia con todo esto el porcentaje de derivaciones a otros centros es superior. Por otro lado, las Unidades de Producción Hospitalaria (UPH) ajustadas –índice de productividad ajustada por la complejidad de la patología atendida-, son netamente superiores en los hospitales del modelo tradicional: Las retribuciones en las Fundaciones son menores que en el modelo tradicional excepto en el caso de los facultativos, siendo la parte variable más elevada. El personal parece más insatisfecho. El Concello de Contas ha detectado numerosas anomalías en la contabilidad y en las contrataciones externas"[17].

También conviene mencionar las revelaciones del Tribunal de Cuentas en su informe del año 2003 sobre las contrataciones celebradas durante el período 1999-2001 por las Fundaciones Alcorcón, Manacor, Son Llátzer y Calahorra: habla de "deficiencias, aunque de carácter no homogéneo, en relación al cumplimiento de los requisitos de publicidad, concurrencia, objetividad y transparencia. Asimismo el informe pone de manifiesto la falta de criterio uniformes de obligada aplicación dentro del ámbito de la actividad contractual"[18].

El papel de los profesionales de la salud

Los nuevos cambios introducidos en la sanidad española tienen inevitablemente un gran impacto tanto sobre la práctica profesional como sobre la calidad de las prestaciones y la consiguiente satisfacción del

usuario. En un contexto de mercado sanitario, se trata de dar prioridad a las demandas de reparación de daños a la salud por parte de la población utilizando para ello los conocimientos médicos y de enfermería y, todo ello a costes muy ajustados que permitan incluso obtener beneficios. La atención integral al individuo enfermo ocupa en un sistema de mercado sanitario un muy segundo plano, porque aquí el enfoque no es hacia atender y satisfacer las necesidades de salud de la población. Lo que pone al profesional de la salud en una complicada disyuntiva: actuar como un profesional médico/enfermero o como un técnico de un taller de reparaciones de órganos humanos defectuosos.

Frente a esta situación de desprofesionalización[19] y de "desocialización" de la atención sanitaria, el profesional sanitario debe reivindicar, desde un fundamento ético, su profesionalidad, entendida como "un conjunto de principios y compromisos para mejorar los resultados en salud del paciente, maximizar su autonomía, creando relaciones caracterizadas por la integridad, la práctica ética, la justicia social y el trabajo en equipo" (American Board of Internal Medicine)[20]. Se trata de frenar las presiones economicistas de las gerencias y liderar en los centros sanitarios un cambio que denominaríamos *atención clínico-participativa,* la cual consiste en ofrecer al paciente toda la información fiable, en un lenguaje sencillo, entendible para él, que le permita elegir la mejor alternativa terapéutica compatible con una atención de alta calidad técnica, utilizando las pruebas diagnósticas, tecnologías modernas y las técnicas contrastadas por la medicina basada en la evidencia, teniendo en cuenta su coste/efectividad; todo ello pensando en el beneficio del paciente, el desarrollo profesional y la eficiencia de la organización sanitaria.

Se trata, en suma, de recuperar para los profesionales el liderazgo clínico complementado y reforzado por el *empowerment ciudadano* respecto a sus necesidades de salud[21].

5. 6. LOS PROFESIONALES DE LA SALUD EN LA ANTESALA DE LA PRIVATIZACIÓN

La salud es un bien público cuya protección y restauración en caso de enfermedad son garantizadas constitucionalmente a través de unas prestaciones sanitarias que son parte sustancial de los derechos sociales que dan sentido al propio Estado Social o Estado de Bienestar. Y la legitimidad de nuestro Estado social y de derecho se justifica en la universalidad y gratuidad de dichas prestaciones a cargo del Sistema Nacional de Salud. Y su sostenimiento no sería posible sin la aportación solidaria de todos los ciudadanos, aportando más los que más tienen como una manera (la más aproximada posible a la equidad) de redistribuir las rentas. Partiendo de esta premisa, creemos que cualesquiera tentativas de privatizar la sanidad pública deberían ser consideradas como una agresión brutal a los cimientos del Estado español. Si se me permite esa disgresión (quizás, poco afortunada): por menos, Bush arrasó Afganistán e Irak.

Cada día resonan más en nuestras latitudes los versos de la elegía de Maastricht: *Ha muerto el keynesianismo. ¡Viva el neoliberalismo!* Y, con la veda abierta, los depredadores del *capitalismo sin fronteras (léase* globalización) siguen a la caza de recursos para engrosar sus reservas y así reforzar y consolidar su hegemonía mundial. Las tácticas empleadas han sido múltiples, dependiendo de los países: desde el saqueo violento, criminal en los países del llamado Tercer Mundo tolerado y arropado por el silencio de las organizaciones internacionales hasta la institucionalización de la privatización de las empresas públicas rentables en los países de la OCDE, bendecida por las élites conservadoras y socialdemócratas.

Una vez digeridas las sucesivas crisis económicas de las décadas setenta-ochenta, las grandes multinacionales habían acumulado una cantidad considerable de capital y buscaban nuevos mercados para invertir los excedentes, entre los cuales el sanitario parecía un terreno virgen y suculento. Hay que recordar aquí una palabras del gurú neoliberal, Milton Friedman:"La única responsabilidad moral que tenía una empresa era obtener el mayor beneficio para sus propietarios o accionistas"[22]. En

otras palabras, si las empresas quieren invertir en el campo sanitario para ganar dinero, lo tienen que hacer de tal manera que su gestión esté dirigida sólo a obtener beneficios, dejando los riesgos y las pérdidas al sector público. Además, siendo el sector sanitario algo muy sensible para los ciudadanos de la Unión europea, cualquier abordaje tiene que obviar los métodos expeditivos utilizados en otros países.

Concretamente, en nuestro entorno geopolítico "la estrategia global de privatización de los servicios públicos se sustenta sobre un primer proceso de manipulación ideológica de la opinión pública que se ha ido desarrollando de modo sistemático, constante e implacable durante los últimos años, con el consiguiente objetivo: afirmar, sin posibilidad de réplica, que se debe reducir el tamaño del sector público, que éste asume indebidamente la provisión de bienes y servicios que debería prestar el mercado; que la empresa privada es más eficiente por las bondades del mercado, frente a la ineficiencia y el despilfarro de lo público..." (Llana MA. 2006). Y de la articulación de los designios neoliberales en la vida de las organizaciones sanitarias se encargarían los ideólogos "neocons" de la economía de la salud y los "nuevos yuppies" socialdemócratas de las burocracias sanitarias antaño engendrados por los gobiernos socialistas de la década felipista.

Aquí, en España, una eventual privatización de los servicios sanitarios, siendo un tema de gran trascendencia social, podría tener un impacto político tremendamente negativo que pondría en peligro las aspiraciones de consolidación de poder de las élites gobernantes y de las que pretenden sustituirles en el futuro. Por eso, en el estado español, se ha optado por introducir en nuestro sistema sanitario fórmulas que denominaríamos *pseudoprivatizadoras*[23]. Consecuentemente, vieron la luz iniciativas tales como las Fundaciones, las Empresas Sanitarias Públicas, los Consorcios, los Institutos Clínicos, las Cooperativas profesionales, etc. Y el denominador común de todas esas modernas organizaciones era la profusión de las externalizaciones, la gestión total o parcialmente privada, la pérdida del control democrático de los servicios públicos, la desregulación labo-

ral, la pérdida de autonomía del profesional y la conversión del ciudadano/usuario de los servicios en cliente pasivo. Por eso, no sorprende asistir a la aparición en la escena de la provisión sanitaria de grandes hospitales privados construidos y gestionados por multinacionales variopintas procedentes de todos los sectores económicos. Nadie duda de que esas inversiones anuncien grandes beneficios, posiblemente arriesgando poco, ya que siempre existirá el colchón de las arcas públicas para evitar un hundimiento y descalabro organizativo del sistema sanitario.

La experiencia internacional ha demostrado que la privatización de los servicios públicos ha traído consigo un deterioro de los mismos debido a las estrategias de ahorro de costes en detrimento de la prestación de una atención de calidad y de las condiciones de trabajo de los profesionales. "La mercantilización de la salud no busca la consecución de la salud de la población y, por lo tanto, la realización de aquellas actuaciones que avancen hacia ella (asistencia sanitaria, prevención, promoción, rehabilitación), ni la autorresponsabilidad de la población sobre su propia salud, sino, por el contrario, la consecución de beneficios económicos con la asistencia sanitaria. Los efectos negativos (...) son evidentes: para la población, porque verá preterida su atención a la consideración de la rentabilidad o no rentabilidad de ésta y, por lo tanto, favorecerá la creación de segmentos de población desatendidos (el caso de EE.UU. es ejemplificador), y para los profesionales de la salud, porque deteriora sus condiciones de trabajo, significará la presión de los gestores-aseguradores sobre su práctica profesional y producirá una profunda desmoralización y desmotivación en unas profesiones cuyo componente de altruismo y solidaridad es tan importante"[24].

En un entorno de sanidad privatizada, el mercado va a jugar un papel muy decisivo. Además la necesidad de obtener unos beneficios que justifiquen la inversión supondrá que las demandas sean atendidas con criterios de reparación de daños fuera de un contexto de necesidad de salud (prevención, promoción y aspecto psicosocial). Y para mejorar la eficiencia de la oferta, los gestores, si no pueden subir los precios vía copagos o

franquicias, introducirán procedimientos burocráticos para limitar la autonomía clínica de los profesionales a favor de la contención de costes. Todo ello puede acarrear graves disfunciones en el sistema introduciendo inequidad, ineficiencia, insatisfacción profesional y ciudadana.

Insistiremos sobre el hecho de que la salud es un bien jurídico esencial que el individuo no adquiere en el mercado y que, por lo tanto, no puede estar sujeto a las leyes de la oferta y la demanda en busca de un precio de equilibrio y el acceso a ese bien tiene que seguir siendo garantizado por el Estado según las necesidades de salud y no en función de la capacidad adquisitiva del ciudadano para satisfacerlas.

Frente a la deriva neoliberal de las instituciones, de la rendición de los partidos políticos tradicionales (conservador y socialdemócrata) ante el nuevo dios, el capitalismo sin fronteras (léase, globalización), toca ahora más que nunca sacudir la responsabilidad social de los profesionales sanitarios, concretamente invitarles a que se conviertan en *agentes de cambio* que deberían de invertir las prioridades: elevar al máximo rango la preocupación por fomentar, impulsar la corresponsabilidad ciudadana en la gestión de los servicios de salud a través de unos nuevos cauces de democracia participativa, empezando por exigir la descentralización de los órganos de toma de decisiones. Dicha estrategia ha sido ensayada en el NHS británico y encontró su soporte legal en el Health and Social care Act aprobado en el reino Unido en 2004, el cual establecía "la creación de figuras, instrumentos y organismos potentes de implicación de los pacientes y el público en la toma de decisiones colectiva (en términos de priorización, asignación de recursos y diseño de los servicios de salud) e individual (relación entre profesional sanitario y paciente)". (J.Artells, 2005).

Este nuevo giro actitudinal del profesional implicaría también un *cambio de cultura,* es decir, que tendría que renunciar (mejor dicho, modificar) a su papel de "consumidor instrumental" (a decir de Ivan Illich), devorador de nuevas tecnologías médicas, hacer una evaluación no sesgada del coste de oportunidad de sus decisiones clínicas, y a pasar a lide-

rar una exigencia de cambio en la gobernabilidad de los servicios de salud, esto es, reivindicar la implicación del ciudadano en las tomas de decisiones tanto en lo que se refiere a la planificación y asignación de recursos sanitarios como en las que atañen a su salud. Sería necesaria la superación del corporativismo "de clase" (estamental y muy elitista) para pasar a asumir un corporativismo solidario organizacional (acentuando el sentimiento de pertenencia, identificación, adhesión, fidelidad y vinculación a la organización), este último más proclive a priorizar las necesidades sociales y a adaptarse al proceso de cambio global de la sociedad.

Finalmente, creemos que si la salud es un derecho del ciudadano, su defensa no puede, en ningún caso, ser delgada a un agente (llámese médico, asistente social u otros). Tiene que ser defendida por los propios detentores y protagonistas de dicho derecho. Y lo que es más importante, hoy se admite que "la legitimidad de los sistemas públicos de salud en las democracias avanzadas se consolidará en la medida en que los usuarios ejerzan efectivamente y de manera informada el poder de modificarlos de acuerdo con sus preferencias y expectativas y de corresponsabilizarse de su salud" (J. Artells, 2005). Es evidente que si la propiedad de los servicios públicos reside en la sociedad civil, su participación efectiva en su organización y en su gestión debe dar fe del ejercicio real de un derecho democrático.

De lo que antecede, parece que estamos ante un problema muy grave: un sistema sanitario público "acosado"; una ciudadanía que no siente como propia esta conquista del Estado del Bienestar debido a su relativa despolitización y a las coordenadas burocráticas de la democracia representativa; unos profesionales sanitarios (en proceso de sutil y paulatina desprofesionalización) que han delegado su poder a los sindicatos corporativos y no profesionales, los cuales orientan sus estrategias a reivindicar mejores condiciones salariales y menos tiempo de trabajo. Ello puede acarrear un deterioro irreversible del sistema público y su consiguiente tutela, en el futuro, por el sector privado. Conscientes de dicho peligro, nos permitimos sugerir algunas líneas de actuación cuya puesta en prác-

tica permitiría (es nuestra modesta pretensión), al menos, "salvar algunos muebles":

a) Creación en los centros sanitarios de *círculos socio-profesionales de calidad* integrados por grupos pequeños de profesionales y usuarios cuya misión sería la identificación, selección de los problemas organizativos de los centros; sugerir soluciones a las direcciones de los mismos; participar en la planificación e implantación de las actuaciones correctoras y hacer la evaluación y seguimiento de los resultados.

b) Implicación de los profesionales en actuaciones encaminadas a proporcionar una asistencia de calidad y en la búsqueda de la excelencia clínica. Lo que exige un agradable clima laboral, estabilidad en el puesto de trabajo, mejoras retributivas, promoción de la investigación, liderazgo clínico; todo ello alejado de las presiones gerenciales y adecuando el gasto a las necesidades asistenciales y a las demandas profesionales.

c) Exigir la creación en los centros sanitarios de Comisiones de Participación social que incluyan profesionales, usuarios, agentes sociales y gerencias (o su puesta en marcha efectiva si estuvieran ya creadas), con la finalidad de controlar la gestión de los centros y de participar en la toma de decisiones que interesen el funcionamiento organizativo de los mismos.

d) Instar a la Administración y a los agentes sociales a que dinamicen los Consejos de Salud de Áreas y cualesquiera órganos de participación social y comunitaria ya existentes.

e) Propiciar una conciencia sanitaria colectiva y el compromiso con los movimientos sociales que propugnan la defensa de la sanidad pública.

BIBLIOGRAFÍA

A la recherche des politiques de Santé. Etudes Politiques de Santé nº 6; OCDE, 1994.

Álvaro JL et al. Influencias sociales y psicológicas en la salud mental. Siglo Veintiuno de España, Editores. Madrid, 1992: 9-15.

Aníbal-Rodríguez C. "La participación de los trabajadores como derecho y necesidad". Jornada sobre participación de los trabajadores en la gestión de la prevención"; Buenos Aires, 2006.

Barea J y Gómez Ciria. El problema de la eficiencia del sector público en España. Especial consideración de la sanidad, Instituto de Estudios Económicos, 1994.

Barona J L. "Globalización y desigualdades en salud. Sobre la pretendida crisis del estado de bienestar". Política y Sociedad, 35 (2000), Madrid (pp.31-44).

Benito-Anguita F. Nuevos Modelos de Organización y Gestión en el ámbito sanitario: Fundaciones Públicas Sanitarias. Foro de Seguridad Social; Marzo 2000.

BRUNHES, BERNARD (1989), "La flexibilité du travail, Reflexiones sur les modèles européens"; Droit Social, nº 3, Marzo.

CANO CANO, E: "La lógica de la precariedad laboral: el caso de la industria valenciana del mueble", Cuaderno de Relaciones Laborales, nº 13, UCM, Madrid, 1998, pp.207-227.; Libro de Actas, Tomo 2, pag.193.

CASAS, MA .E.,y VALDÉS Dal-Ré, : "Diversidad y precariedad de la contratación laboral en España"; Rev. Relaciones Laborales, nº 7-8, 1989, pp.63-81.

Consejo Económico y Social. La temporalidad en el empleo en el sector público. Madrid, 2004.

Defensor del Pueblo. Funcionarios interinos y personal eventual: la provisionalidad y temporalidad en el empleo público. Madrid, 2003.

DÍAZ D, M C, "Los riesgos psicosociales en el trabajo..."; Revista de Derecho Social, nº 17, 2002:184.

D'Orleans E. CC.OO's proposals for the Spanish National Health Service Reform using a cognitive-mapping model. (Beca de investigación FISS, Expediente 96/5473).

D´Orleans E. "La Mercantilización del Sistema Nacional de Salud: ¿Compromiso ideológico o búsqueda de la eficiencia? Salud 2000, Nº

D´Orleans E. Mercado versus eficiencia en el Sistema Nacional de Salud. Gaceta Sindical, Octubre 1997.

D´Orleans E. El Sistema sanitario español. Monografía Gaceta Sindical, nº 122. Enero 1994.

D´Orleans J. Desigualdades sociales y salud en España: impacto de las condiciones de trabajo sobre la salud de los trabajadores de la Construcción en España. Edita Fundación Sindical de Estudios. Madrid 2007.

DonaldsonC, Gerard K. Economics of Health Care Financing: The Visible Hand. Edit. Macmillan Press, 1993.

Elola J. Sistema Nacional de Salud: Evaluación de su eficiencia y Alternativas de reforma, SG Editores, S.A. 1994

Encuesta de calidad de vida en el trabajo, Edita: MTAS, 2003, pag.4.

Ferrándiz F A. "Las Fundaciones como nuevas formas de gestión eficiente...". Rev. de Administración Sanitaria, Vol. III. Nº 9. Enero/Marzo 1999:33-57.

Federación de Asociaciones para la Defensa de la sanidad Pública. La Atención Primaria del futuro. Documento de trabajo.

Ferrándiz-M FA. Las Fundaciones como nuevas formas de gestión eficiente... Rev. de Administración Sanitaria. Vol.III. Nº 9. Enero-Marzo 1999.

Franco A. Globalizar la salud. Rev. Gaceta sanitaria 2003; 17(2):157-63.

Freire JM. Comentario crítico sobre las Fundaciones Sanitarias Públicas. Foro de Seguridad social. Marzo 2000.

Freire JM. "Comentario crítico sobre las Fundaciones Sanitarias Públicas". Rev. Administración Sanitaria, Nº 9; 1999.

González López-Valcárcel B, Barber-Pérez P. "Los recursos humanos y sus desequilibrios mitigables"; Gaceta Sanitaria, 2006; 20 (Supl 1): 103-9.

Gómez S. "La organización en la nueva economía". Rev. de antiguos alumnos, IESE, Junio 2000.

Jovell A J. "Contrato social y valores en la profesión médica". Rev. Administración sanitaria Siglo XXI, Vol. 3, nº 3: 495-503.

Ley 55/2003, de 16 de Diciembre por el cual se aprueba el Estatuto-Marco del personal estatutario de los Servicios de Salud.

Ley de Medidas para la Reforma de la Función Pública.

Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

Ley 16/2001, de 21 de Noviembre por la que se aprueba un procedimiento excepcional y extraordinario de consolidación y provisión de plazas de personal estatutario en instituciones sanitarias del SNS.

López A. "La nueva gestión pública...". Rev. INAP. Documento nº 68. Madrid.

Martín-G G, Sánchez-B M, Ruiz-H V. Satisfacción laboral en el personal de las fundaciones sanitarias en Galicia. Rev. Administración Sanitaria 2005; 3 (2): 303-13.

Martín-García M, Ponte-Mittelbrun C. "Participación social y orientación comunitaria en los servicios de salud". Gaceta sanitaria. 2006; (Supl.1):192-202.

Martín-M JJ. "El gobierno de las organizaciones sanitarias en el Estado español". Foro por la mejora del SNS. Mimeo.

Morris Schaefer. Principios y prácticas de la Administración de Salud)

Martín-García M et al. "Participación social y orientación comunitaria en los servicios de salud". Gaceta Sanitaria. 2006; 20 (Supl. 1): 192-202.

Navarro-E JL et al. Eficiencia y Calidad: un vínculo necesario. Universidad de Granada. Mimeo.

Nouvelles orientations dans la Politique de Santé. Etudes Politiques de

Santé nº 7; OCDE, 1995.

OMC. Ser Médico, hoy: retos del nuevo profesionalismo médico en España. Madrid, 2006.

Oteo-Ochoa L A. "El contrato social de los Médicos en el nuevo sistema sanitario". Organización Médica Colegial. Madrid.

Pardell-Alentà H. "¿Tiene sentido hablar de profesionalismo hoy? Rev. Educación Médica 2003; 6(2): 63-80.

Powell Martin A . Evaluating the National Health Service. Open University Press, 1997

Repullo J R, Fernández R. "Rediseñar la atención hospitalaria". Informe SESPAS, 1999.

Robinson R, Le Grand J. Evaluating the NHS Reforms. King's Fund Institute, 1993.

Saltman BR., Von Otter C. Implementing Planned Markets in Health Care. Open University Press, 1995.

Saltman BR, Figueras JM. (ed.). Reformas sanitarias en Europa. Análisis de las estrategias actuales. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid 1997.

Sánchez Bayle M. Hacia el estado del malestar. Neoliberalismo y política sanitaria en España. Madrid, Los libros de la Catarata; 1998.

Sánchez Bayle. Nuevos modelos de gestión y política sanitaria. Cuaderno de Atención Primaria, 2004; 11: 39-45.

Sánchez-Bayle M, Martín-García M. Nuevas formas de gestión: las fundaciones sanitarias en Galicia. Documento de trabajo 43/2004. Fundación Alternativas. Madrid.

Sánchez-Bayle M. "La ofensiva privatizadora sobre el sistema sanitario". Psiquiatría Pública, Vol. 11. nº 3. Mayo-Junio 1999.

Sánchez-Bayle M. "La política privatizadora en sanidad". Cuaderno de Relaciones Laborales, nº 13. Madrid, 1998.

Suleiman Ezra. ¿Es Max Weber realmente irreverente? En Gestión y

Análisis de Políticas Públicas. Rev. INAP, 17-18. Madrid 2000.

Turabián J L, Pérez-Franco. "Modelos de participación comunitaria en la salud en el contexto de mercado sanitario". Atención Primaria 1998; 21:321-24)

NOTAS

1. Martín-García M et al. "Participación social y orientación comunitaria en los servicios de salud". Gaceta Sanitaria. 2006; 20 (Supl 1): 192-202.

2. Ferrándiz F A. "Las Fundaciones como nuevas formas de gestión eficiente...". Rev. de Administración Sanitaria, Vol. III. Nº 9. Enero/Marzo 1999:33-57.

3 Gómez S. "La organización en la nueva economía". Rev. de antiguos alumnos, IESE, Junio 2000.

4. La Teoría de las Relaciones Humanas "nace en la década de los cuarenta a raíz de las experiencias de Elton Mayo donde se demuestra que en la medida en que mejoran las condiciones de trabajo mejora el estado de los trabajadores y mejora la productividad y que el interés del productor redunda en la fase productiva" (C. Aníbal Rodríguez, 2006).

5. DÍAZ D, M C, "Los riesgos psicosociales en el trabajo..."; Revista de Derecho Social, nº 17, 2002:184.

6. Encuesta de calidad de vida en el trabajo, Edita: MTAS, 2003, pag.4.

7. La característica del modelo de gestión participativa es que "con una mayor y más efectiva participación y autorregulación de los trabajadores, se logra que el trabajo se efectúe de manera más flexible, creativa y rotativa, desarrollando posibilidades de aprendizaje, de innovación y de mejora. Al estar más identificados con el trabajo y con la empresa, actuarán con responsabilidad social y con más satisfacción personal" (C. Aníbal Rodríguez).

8. Consejo Económico y Social. Documento de trabajo, Madrid 2003.

9. Defensor del Pueblo. Informe; Madrid 2004.

10. Barona JL. "Globalización y desigualdades en salud...". Rev. Política y Sociedad, 35. Madrid 2000. pp. 31-44.

11. Renewing the NHS (Int.Journal of H.Serv.; Vol. 26, nº 2, pag. 269-308; 1996)

12. López A. "La Nueva Gestión Pública...". Rev. INAP. Docu. nº 68. Madrid.

13. Las Fundaciones sanitarias públicas fueron creadas al amparo de la Ley 15/1997, de 25 de Abril, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del SNS.

14. Martín Martín J. Las nuevas fórmulas de gestión en las organizaciones sanitarias. Documento de trabajo 14/2003. Fundaciones Alternativas.

15. Sánchez Bayle. Nuevos modelos de gestión y política sanitaria. Caderno de Atención Primaria, 2004; 11: 39-45.

16. Sánchez-Bayle M, Martín-García M. Nuevas formas de gestión: Las fundaciones sanitarias en Galicia. Documento de trabajo 43/2004. Fundación Alternativas. Madrid.

17. Martín-G G, Sánchez-B M, Ruiz-H V. Satisfacción laboral en el personal de las fundaciones sanitarias en Galicia. Rev. Administración Sanitaria 2005; 3 (2): 303-13.

18. Martín-M JJ. "El gobierno de las organizaciones sanitarias en el Estado español". Foro por la mejora del SNS. Mimeo.

19. Pardell Hélios ofrece una tabla donde indica los indicios de desprofesionalización de la profesión médica en España: limitación de la autonomía, debilitamiento del reconocimiento oficial, baja autoestima, disminución del componente

ético, limitado ejercicio de la autorregulación, sindicalización de los temas profesionales, primacía de los temas económicos, aumento de la normatización del trabajo profesional, etc...

[20.] Tomado de Borrell-C, Pardell-A H. "Profesionalidad y professionalism..." Medicina Clínica (Barc). 2006; 127(9): 337-42.

[21.] El empowerment es un proceso mediante el cual los ciudadanos aumentan su control sobre las decisiones y las intervenciones que afectan a su salud.

[22.] Friedman M. New York Times Magazine, 13 de septiembre de 1970.

[23.] Si la privatización supone la transferencia/venta de una empresa de titularidad pública (o de una actividad pública) al sector privado, entendemos una pseudoprivatización como el conjunto de actuaciones tendentes a trasladar totalmente o parte de la gestión de un servicio o una prestación pública a una empresa privada con fines de lucro declarados o encubiertos, manteniendo el Estado la titularidad pública.

[24.] Sánchez-Bayle M. "La ofensiva privatizadora sobre el sistema sanitario". Rev. Psiquiatría pública. Vol.11, nº 3. Mayo-Junio 1999.

Capítulo 6

MÉDICOS EN ESPAÑA. UN GRUPO PROFESIONAL INSTALADO EN UNA CRISIS DE MALESTAR*

Aunque el número de medicos por habitante en España de 3,3 está en la media de los países de la OCDE (3,35) su distribución y tendencia futura no se corresponde con las necesidades asistenciales del sistema, existiendo importantes diferencias entre los servicios de salud de las comunidades autónomas (que alcanzan el 34%), entre Atención Primaria y Atención Hospitalaria y entre especialidades. Esta situación tiene una relación directa con la ausencia de una política de recursos humanos planificada basada en criterios de necesidad, equidad y racionalidad.

UN COLECTIVO ENVEJECIDO

El grupo de edad más numeroso facultativos es el comprendido entre los 45 a los 55 años (35,47%), lo que supone que un plazo de pocos años el número de profesionales de edad avanzada (libertado de hacer guardias por tener más de 55 años) pasará de 15% actual a un 36-40%). *(Figura 1)*. El colectivo de médicos jóvenes menores de 30 años es muy bajo (18%), mientras las mujeres crecen de manera espectacular en los tramos de menor edad lo que indica la feminización del futuro de la profesión.

Cada año se titulan 4.500 nuevos médicos de las universidades, siendo la oferta de plazas para especializarse 6.800 en el último año, y estando

---

* Manuel Martín Garcia. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria

previsto que se jubilen entre el 2016 y 2026 54.000 medicos. La falta de planes de renovación de recursos dificultará a medio plazo el mantenimiento de la actividad del sistema.

FALTAN MÉDICOS Y ESTÁN MAL REPARTIDOS

El incremento de población en 5 millones en los últimos años (a expensas sobre todo de inmigrantes), el aumento de la demanda sanitaria por la población asociada a las mejoras socieconómicas y al envejecimiento (los españoles acuden al médico más que nadie en Europa: 8,7 veces al año de media, por 4,9 británicos, 6,9 franceses, 3,6 portugueses, 7,3 alemanes y 4,3 finlandeses) lo que unido a la falta de profesionales (políticas de reducción de gasto) explican los principales problemas del sistema sanitario como listas de espera, masificación de las consultas de atención primaria y la presión excesiva que padecen los servicios de urgencias hospitalarios.

La falta planificación servicios ha llegado hasta el punto de que algunos servicios de salud autonómicos adelantaron la edad de jubilación forzosa de sus medicos a los 65 años sin tener en cuenta las necesidades de recambio profesional. Cataluña se ha visto, obligada adoptar medidas para recuperar a una parte de los jubilados y permitir que los facultativos compaginen dos puestos de trabajo en el sistema público, decisión insólita desde el punto de vista de la eficiencia y que puede tener consecuencias muy negativas para ele sistema. No existe una relación lógica entre los 4.500 alumnos matriculados en las facultades de medicina este año y los 10.000 nuevos médicos necesarios para cubrir las jubilaciones previstas próximamente. Según datos del Consejo de Universidades, durante el curso 2004-2005 había 28.833 estudiantes de Medicina, un 22% menos que en 1990 y un 2.3% menos que en el 2000.*(Figura 2)*.

En España el estamento que menos ha crecido años ha sido el de los facultativos/as con un 22% frente a un 37% al resto enfermería, odontólogos, veterinarios, farmacéuticos), de profesionales

La falta de facultativos en algunas especialidades hospitalarias (Pediatría, Anestesia, Radiología, Medicina de Familia, Ginecología. de las que no se crean las suficientes plazas MIR, etc.), está creando problemas en numerosas CCAA que tienen dificultades para mantener el nivel de actividad y satisfacer la demanda asistencial al no poder cubrir plazas vacantes. Esta situación está generando enfrentamientos y competencia entre Servicios de salud Autonómicos por los pocos especialistas disponibles o a importar medicos de países en desarrollo (Polonia, América Latina…,) agravando su déficit de recursos sanitarios. Esta última medida, muy ligada a la globalización neoliberal, supone un nuevo expolio de estos países (se les despoja de materias primas y de recursos humanos cualificados mientras se ponen barreras a sus productos o a la llegada de personas sin preparación académica).

En Atención Primara la situación es aún más preocupante, dada la desproporción existente entre medicos de familia y del resto de las especialidades (la relación entre médicos de AP y AE es de 1,84, siendo la media europea de 1), los medicos de hospital casi duplican a los primaria cuando debería guardar una proporción similar *(Tabla 1)*. Esta situación demuestra la persistencia del modelo biologicista, curativo y medicalizado, basado en la atención hospitalaria y en la superespcialización.

La atención primaria sigue sin ser una especialidad prestigiada entre el colectivo medico (la relegación de la misma pese al discurso oficial contribuye a mantener esta situación), por lo que los médicos que la eligen para especializarse en la vía MIR no son los que tienen mejor currículo. Si se quiere potenciar atención primaria como eje del sistema es necesario mejorar las posibilidades de desarrollo profesional, sus condiciones laborales y salariales y eliminar las trabas para acceder a las nuevas tecnologías.

La falta de médicos de AP hace que los cupos de personas asignados a cada médico sean desproporcionados *(Tabla 2),* con una media de 1.720 habitantes por medicos, superando ampliamente la cifra de 1.250 estimada como óptima. Además existen importantes diferencias entre CCAA

que alcanzan el 34% entre la que menos población tiene por medico de AP (Extremadura con 1.396) y la que más (Baleares con 2.129). Esta desproporción explica la masificación de los centros de salud y el poco tiempo de consulta por paciente (el 87% consultas duran menos de 10 minutos, más de la mitad no superan los 5 y solo el 3% sisean los 15 minutos por paciente), absolutamente insuficiente para garantizar la calidad de la asistencia, la promoción de salud, la formación continuada, o a investigación (España destina alrededor del 1% del presupuesto sanitario a la misma, el 60% de la cual la acaparan los hospitales)

Los problemas relacionados con la capacidad resolutiva y la masificación de las consultas de AP, repercuten negativamente en el nivel de motivación profesional de los facultativos y en la racionalidad del nivel especializado que recibe pacientes y atiende procesos que serían perfectamente solucionables en este nivel si los centros de salud dispusieran del personal, equipamiento y acceso a recursos diagnósticos suficientes.

No parece que las convocatorias de plazas MIR sea la adecuada para resolver la situación a corto medio plazo, ya que parece orientada por la inercia y las presiones de algunas sociedades por imponer barreras de entrada. El número de alumnos de medicina está estancado a pesar de las solicitudes de incremento en el número de plazas las plazas, justificadas por criterios de necesidad.

El déficit de medicos se agravará como consecuencia de la feminización de la profesión (42% del total) (Figura 1); del envejecimiento del colectivo (jubilaciones); del los incrementos en el período de formación especializada (la especialización en Atención Primaria ha pasado de tres a cuatro años), de la emigración a otros países de la UE que ofertan mayores salarios o estabilidad, o del crecimiento de la sanidad privada apoyada por algunas administraciones autonómicas de gobierno conservador.

El 67% de los nuevos médicos son mujeres, que tradicionalmente suelen elegir especialidades más compatibles con la vida familiar por realizar menos guardias o ser más cercanas a su sensibilidad (obstetricia, la pediatría, etc). La planificación debería tener en cuenta esta situación a la

hora de contemplar incrementos de plantillas con los que afrontar las previsibles demandas de reducción en el tiempo de trabajo a jornada completa, de aumento de los periodos de bajas o de permisos por maternidad

DEDICACIÓN PROFESIONAL PÚBLICO-PRIVADA

El 80% de los medicos trabajan en el sistema público, mientras que el 16% de los médicos compatibilizan la práctica pública y privada, es decir la gran mayoría de los facultativos trabaja para el sistema sanitario público. Aunque la Ley de Incompatibilidades impide a los centros privados concertados que tengan en sus plantillas a médicos que trabajen en centros públicos o que tengan consultas privadas en el mismo, las administraciones se muestran tolerantes y miran para otro lado a la hora de hacer cumplir estas normas.

Uno de los principales determinantes de esta situación son los relativamente bajos salarios de los facultativos (si se comparan con los de la Unión Europea). Mientras el trabajo en la sanidad pública les proporciona estabilidad y posibilidades de desarrollo profesional, la práctica privada les ofrece la oportunidad de unos más ingresos. Trabajar en el sector público proporciona además a estos medicos una fuente potencial de clientela privada. Los mecanismos de supervisión y control de las administraciones sanitarias son habitualmente bastantes débiles y las posibilidades de ser sancionados por incumplimientos y corruptelas muy baja (la supervisión es costosa y existen presiones políticas para evitar conflictos).

Algunas consecuencias de esta doble dedicación son el absentismo laboral (muchos de estos medicos incumplen los horarios de los centros o incluso recurren a las bajas laborales para poder trabajar en la privada), el desvío de pacientes a sus consulotas privadas (realizan un menor su esfuerzo en el sector público que se traduce en largas listas de espera largas que son gestionadas en muchos casos por los propios jefes de servicio que trabajan en la privada; realizan desviaciones explícitas de pacientes a sus consultas privadas, o reducen la calidad de la atención en la pública).

Existe evidencia empírica de que la demanda de servicios privados está directamente relacionada con la longitud de las listas de espera. Los médicos con doble dedicación realizan selección de pacientes (especialmente en los centros concertados pata aliviar las listas de espera dejando los graves y complejos para los centros públicos y los leves o menos costosos para los privados concertados). Por último existen bastantes casos de utilización o malversación de recursos públicos por parte de estos profesionales para obtener ganancias privadas lo que se conoce en la literatura como corrupción (desvío de material o medicamentos, utilización de laboratorio o diagnóstico por imagen, intervenciones quirúrgicas en centros públicos cobradas como privadas, vulneración listas de espera, etc.).

Esta situación, además de un fraude para el sistema público, atenta contra la universalidad y gratuidad de la atención e incrementa la desigualdad de salud por motivos económicos en detrimento de las personas con bajos ingresos, que ven limitado su acceso a los recursos por motivos económicos.

Desgraciadamente la cultura profesional del (falso) compañerismo, hace que la mayoría de los médicos no consideren inaceptable y sancionable este comportamiento propio de países donde reina la corrupción.

Un grupo presión profesional, minoritario en número pero influyente políticamente, integrado por colegios de medicos, sindicatos corporativos y algunos jefes de servicio, está imponiendo, contra toda lógica, la doble dedicación en el sistema público. Numerosos Servicios de Salud Autonómicos, incluidos algunos de gobierno progresista, están generalizando el complemento específicos (que incluye la Dedicación Exclusiva) a todos los medicos trabajen o no para el sistema privado, eliminando así el único incentivo a la fidelidad al sistema sanitario público. La complicidad ideológica, la coincidencia de intereses, la presión de grupos empresariales privados, la apuesta por la privatización del sistema, la desidia política o el temor a los conflictos, están detrás de esta inexplicable decisión.

El crecimiento del sector privado lleva asociado un incremento en la demanda de trabajo que está incrementando el déficit de profesionales en

el sistema público. Entre los años 1997 y 2002 el empleo en la sanidad privada se ha incrementado en un 40% en España. Este crecimiento está afectando fundamentalmente a la Atención Primaria ya que en los hospitales privados este incremento fue del 8%.

LA PRESIÓN COMERCIAL DE LOS LABORATORIOS FARMACÉUTICOS

Los médicos sufren una gran presión por parte de la industria farmacéutica para que prescriban aquellos fármacos que más interés comercial tienen para los laboratorios. Estos destinan a propaganda y marketing alrededor del 30% de sus recursos (que posteriormente trasladan al precio de los medicamentos). En España ha conseguido un nivel de influencia importante ya que el gasto público en farmacia alcanza el 25% del total, muy por encima del 15% de la media de países europeos. Este gasto experimentó en los últimos años un crecimiento superior al 10% anual, mientras que el total no pasaba del 6% anual, aunque algunas medidas adoptadas por el Ministerio de Sanidad y los Servicios de Salud autonómicos han conseguido reducirlo al 6.7%. El aumento del gasto farmacéutico ha condicionado el retroceso del gasto de personal (descendió del 48,98% en 1999 al 45,66% en 2005), lo que explica la congelación de nuevas plazas y de los sueldos de los facultativos. Desgraciadamente los médicos no son conscientes de que este crecimiento de los gastos en fármacos esta directamente condicionado por ellos mismos, como responsables de la prescripción.

Las administraciones sanitarias dedican pocos esfuerzos a regular y controlar las actividades de presión comercial de la industria farmacéutica que se traduce en muchas ocasiones en prácticas irregulares como pagos directos, financiación de investigaciones destinadas a promocionar nuevos fármacos usando recursos públicos, regalos suntuosos, viajes de placer, estancias en hoteles de lujo, cenas etc., que nada tienen que ver con el apoyo a la investigación o la docencia. En algunas CCAA como Madrid, que elaboró legislación sobre la materia, la presión de la industria impidió su aplicación real.

La cultura profesional es poco crítica con esta práctica dirigida a influenciar sus decisiones y esta probablemente relacionada con la extensión de los beneficios que reparten los laboratorios: Las sociedades profesionales se mantienen en gran medida gracias a la financiación de su congresos y actividades; los jefes de servicio manejan fondos para investigación, docencias, asistencia a congresos, etc., los médicos asisten a congresos costosos, viajan, cenan, reciben regalos, etc., gracias a los laboratorios farmacéuticos, que así han conseguido vender productos cada vez más caros, sin que en la mayoría de las ocasiones el incremento del precio lleve aparejado una mejora de la calidad

Los nuevos fármacos más caros y de características terapéuticas similares a los que vienen a sustituir (solamente el 2,94% de los fármacos comercializados entre 1981 y 2003 aportaron mejoras relevantes sobre los ya existentes), ocupan enseguida los primeros lugares en ventas, mientras que los genéricos (más baratos por tener caducada su patente), apenas superen el 7% de las ventas totales.

AUSENCIA DE UNA POLÍTICA DE PERSONAL

a) Incentivos profesionales y salariales escasos e ineficaces

La *Carrera Profesional* (en teoría el más potente incentivo para el médico) lleva un importante retraso en su desarrollo y aplicación, solo contemplan los años de servicio sin tener en consideración los conocimientos y la calidad de la atención, en la mayoría de las CCAA son simples subidas de sueldo sin capacidad de incentivar profesionalmente a los médicos. Como las transferencias sanitarias a las CCAA se realizaron sin un acuerdo una Carrera Profesional para todo el sistema se han desarrollado 17 modelos de diferentes en cuento a criterios, niveles y formas de valoración. Existen carreras con diferentes niveles (entre 4 y 5), con diferentes grados, algunas ligadas a la productividad variable o no, con niveles consolidados o reversibles, con diferencias importantes en los años de duración (entre 23 y 30 años), vinculadas a objetivos de equipo o indivi-

duales. Las diferencias en reversibilidad, ámbito de aplicación, estancia mínima exigida para cada nivel, retribución o vinculación a la dedicación exclusiva, son algunos de los aspectos de la carrera profesional más controvertidos. Esta disparidad dificultará la circulación de profesionales por el sistema, lo que limitará su capacidad motivadora y empobrecerá al sistema y a algunos de los servicios de salud autonómicos. La situación conduce, probablemente de manera inevitable a la fragmentación del sistema y a que los servicios de salud queden reducidos a la condición de pequeños reinos de taifas afectando a la movilidad y la homologación profesional.

El fracaso de los incentivos económicos: los intentos de introducir incentivos por actividad realizada o cumplimiento de objetivos han resultado un fracaso: La productividad variable se ha acabado distribuyendo de manera lineal o premiando a los médicos más afines a las gerencias y jefaturas de servicio; los contratos programa han perdido su sentido incentivador ya que valoran actividad en lugar de calidad y se imponen sin negociarse con los profesionales; las peonadas o autoconcertación, destinadas a reducir listas de espera trabajando fuera del horario habitual, han acabado beneficiando en gran medida a quienes tienen una menor productividad. Esta situación ha desacreditado ante el colectivo medico una medida necesaria para vincular una parte de la remuneración a la cantidad y calidad de la actividad.

b) Una política salarial dirigida a reducir gasto

Las remuneraciones están por debajo de las de los países del la UE (algunos estudios comparativos realizados hace ya algunos años la situaban en torno a un 50% por debajo de la media) *(Tabla 3)*. Los sueldos de los médicos han estado congelados en los últimos años lo que deterioró su capacidad adquisitiva, aunque esta situación es incluso peor en el sector privado. Para evitar conflictos las administraciones permitieron e incluso alentaron la doble dedicación, haciendo la vista gorda ante el incumplimiento de la legislación de Contratos del Estado y de Incompatibilidades,

perjudicando a quienes optaron por la dedicación exclusiva al sistema público. En los últimos años se han mejorado las remuneraciones salariales, aunque siguen estando por debajo las cifras europeas.

c) Inestabilidad laboral

Algunos estudios sugieren que los profesionales sanitarios de la red pública se estructuran laboralmente en "castas": Los lugares más elevados están ocupados por el personal funcionario estatutario fijo, seguidos por los interinos, los sustitutos de larga duración y en ultimo lugar los eventuales. Esta situación explica en parte la escasa cohesión profesional que caracteriza al sector.

Durante años una parte importante de profesionales (entre el 30-40% de las plantillas) han soportado una situación de provisionalidad e inestabilidad en sus contratos, como ejemplo baste citar el número de nuevos contratos en el Servicio Gallego de Salud 45.843 en el año 2003. Las diferentes administraciones han mantenido durante años esta situación, probablemente con el objetivo de no crear nuevas plazas de personal médico y reducir así el nivel de gasto (los políticas neoliberales de reducir gasto social aplicadas entre otros por el Reino Unido redujeron tanto las plantillas de personal del Servicio Nacional de Salud que pusieron en crisis al mismo). La provisionalidad laboral explica por que a pesar de los bajos salarios y la precariedad laboral apenas haya habido contestación profesional.

Las necesidades de profesionales de los servicios se han cubierto mediante contratos de sustitución por dias e incluso horas por especialistas jóvenes recién formados que se acumulaban en bolsas de paro. La emigración de estos a otros países de la Unión (25% de los nuevos especialistas) está condicionando que estas plazas se estén cubriendo por personal sin la titulación requerida o por extranjeros que aceptan condiciones laborales penosas).

Todo esto situación ha tenido una repercusión negativa sobre el colectivo médico en el que ha propiciado la pasividad e inhibición ante los problemas de sus centros y del sistema sanitario en general. Una parte importante de los facultativos no se identifican ni con sus centros ni con el sistema público, están frustrados profesionalmente y son reacios a colaborar con las escasas propuestas de mejora de las gerencias o de las administraciones sanitarias superiores. Algunos estudios sobre el burn-aut profesional muestran cifras de entre el 15% y el 47% (con tendencia a subir), y la mayoría de los estudios realizados lo estiman por encima del 33%, con mayor prevalencia en los médicos de AP. Este síndrome se asocia con un elevado absentismo, aumento de errores, deficiente trato a pacientes y usuarios, problemas con los compañeros, índices elevados de recambio personal e incremento morbi-mortalidad entre los facultativos que lo padecen. En recientes investigaciones de la Facultad de Psicología de la Universidad Ramon Llull y del Instituto Catalán de la Salud CS muestran que el desgaste profesional de los médicos de atención primaria incrementa el gasto farmacéutico de los mismos.

La fórmula aplicada para acabar con la situación de interinidad que afectaba a más del 30% de los médicos mediante la convocatoria de Oferta Pública de Empleo (OPE), ha dejado fuera a los profesionales sin plaza que se especializaron en los últimos años que habrían aportado motivación e ilusión al sistema y a los que no les ha quedado otra opción que emigrar (alrededor de 5.000 facultativos en su mayor parte especialistas de familia recién formados han emigrado al extranjero en los últimos años). Tras la resolución de la OPE, se ha producido una oleada de conflictos que vienen a corroborar la enorme frustración y malestar profesional, tras años de unas condiciones de inseguridad inaceptable.

d) Multiplicidad de situaciones administrativas

En la actualidad conviven una gran variedad de formas de vinculación profesional al sistema: *Personal Funcionarial* (régimen jurídico funcio-

narial común), *Personal Estatutario* (régimen jurídico funcionarial especial) y *Personal Laboral* (régimen jurídico laboral común).

La política de trasformar los centros sanitarios en empresas, propuestas por el Informe Abril de 1991 que pretendía introducir las relaciones de mercado y competencia en la sanidad pública, cristalizó en las denominadas Nuevas Formas de Gestión acogidas al modelo empresarial privado. Esta estrategia se ha traducido en la concesión de autonomía financiera y patrimonial a hospitales y otros centros sanitarios transformándolos en sociedades estatales sometidas al derecho privado (Fundaciones Sanitarias y otras nuevas formas de gestión) y en la laboralización del personal.

La nueva gestión ha tenido el apoyo entusiasta del grupo de presión profesional integrado por gerentes y economistas de la salud (incluso en el inicio de algunos sindicatos que erróneamente creían que ampliaban sus posibilidades de negociación laboral). Estas iniciativas no han sido bien acogidas por la mayoría de los médicos que han visto en las mismas una amenaza a su estabilidad laboral y a su autonomía de decisión. Una encuestas realizada a los facultativos que trabajan en las nuevas formas de gestión (Fundaciones Sanitaria sen Galicia) muestran que personal se muestra muy insatisfecho con la Fundación (puntuación de 2,5 sobre 10) y considera que con el mismo esfuerzo recibirían mejor salario en los centros de gestión pública tradicional por lo que dejarían las mismas si encontrara trabajo en un hospital público.

Esa enorme variación de situaciones laborales hace imposible una política de personal racional e incentivadora. La descentralización de las competencias de la gestión a las CCAA, ha supuesto una barrera a la movilidad al favorecer la creación de condiciones de trabajo muy diferentes. Sin embargo la movilidad geográfica del personal medico es importante para la carrera profesional, la difusión de los conocimientos y para alcanzar niveles homogéneos de calidad en los diferentes servicios de salud.

AUSENCIA DE MECANISMOS DE IMPLICACIÓN Y PARTICIPACIÓN PROFESIONAL EN LA GESTIÓN DE LOS CENTROS Y SERVICIOS

Resulta paradójico que la participación profesional en la gestión de los centros, medida alentada desde casi todos los foros y publicaciones relacionadas con la administración sanitaria, apenas haya sido puesta en práctica. Los médicos siguen alejados de los órganos de gestión de los centros sanitarios algo preocupante si tenemos en cuenta que deciden entre el 80 y el 90% del gasto.

La ausencia de participación explica la falta de colaboración y las resistencias del colectivo a cualquier medida impulsada desde las gerencias y administraciones y gran parte de su frustración y malestar. No parece razonable que unos profesionales con tanta capacidad de asignación se les mantenga fuera de los órganos de decisión, que están acaparados por los gerentes cuyo poder ha crecido enormemente en los últimos años (a pesar de la evidencia de los malos resultados de esta política). Los facultativos de hospital se encuentran alejados, cuando no enfrentados, a unas gerencias centradas en incrementar la productividad (más que la calidad) y en controlar el gasto. La gran mayoría de las gerencias se desentienden de los problemas y necesidades de las áreas donde están ubicados los centros y utilizan modelos de gestión empresarial ajenos a la cultura médica, a la calidad y a la racionalidad asistencial. El poder acumulado por las gerencias hace que sean rechazadas por la mayoría de los facultativos.

JEFATURAS DE SERVICIO VITALICIAS, NO ELEGIDAS POR LOS PROFESIONALES NI SOMETIDAS A EVALUACIONES

Salvo contadas excepciones los jefes de servicios carecen de liderazgo o de la formación necesaria para motivar a los profesionales a sus órdenes y hacer funcionar de manera eficaz y eficientemente. La práctica ha demostrado que este modelo de organizar y hacer funcionar los hospitales

ha quedado obsoleto al compartimentalizar y obstaculizar el funcionamiento integral e integradazo de los centros y frustrando el desarrollo profesional y la aportación de gran número de los medicos que trabajan en los servicios. Parece urgente y necesario buscar otras alternativas que faciliten la integración y coordinación de todos los recursos, profesionales y niveles asistenciales necesarios para desarrollar los procesos asistenciales.

Las facilidades existentes para que pueden compaginar la dedicación pública y privada, hace que muchos de ellos se concentren en sus intereses particulares en lugar de en gestionar y motivar a los profesionales bajo su responsabilidad.

DIFICULTAD PARA EL TRABAJO EN EQUIPO Y ENFRENTAMIENTOS PROFESIONALES

La ausencia de formación, capacitación, incentivos, de posibilidades de participación, dificulta el trabajo en equipo, estimula la práctica individualista e impide el funcionamiento integrado.

La reforma de la atención primaria supuso la creación de equipos interdisciplinarios a los que se incorporaron médicos de familia, pediatras, personal de enfermería, auxiliares, administrativos, trabajadores sociales, odontólogos, psicólogos, etc. Estos equipos tuvieron que desarrollar una nueva forma de trabajo hasta entonces inédita en los servicios de AP centrados en la curación. La ausencia de referencias y de experiencias donde apoyarse dificultó el desarrollo del trabajo en equipo.

En los hospitales no existe un clima favorable al trabajo en equipo imprescindible para garantizar la coordinación con la atención primaria ni con el resto de niveles asistenciales. Los hospitales siguen ajenos y aislados de los problemas de la áreas en las que están ubicados.

La medicina ha cambiado con la introducción de cambios en la orientación y organización del sistema (promoción de salud, medicina comuni-

taria...), y con las nuevas tecnologías, que están modificando las formas de especialización profesional. El nuevo modelo de salud integral e integrado está impidiendo cambios en las necesidades de recursos humanos, en su papel, funciones y tareas. Los avances de la epidemiología clínica y las necesidades de la población han obligado a un cambio de modelo sanitario que ha dado un mayor protagonismo a la atención primaria, la salud pública y los cuidados. Esto ha generado desconcierto y desconfianza entre los médicos de hospitales hacia la atención primaria y favorecido conflictos entre estamentos sanitarios: Medicos contra personal de enfermería, personal técnico contra personal de enfermería, técnicos contra auxiliares. Los cambios en los roles profesionales han generado incertidumbre, intranquilidad y enfrentamientos por mantener determinadas parcelas profesionales. Las consultas de enfermería como áreas autónomas, la posibilidad de prescripción por este personal, etc., especialmente en el nivel de atención primaria, son rechazados por muchos médicos que temen perder poder y parcelas de desarrollo profesional (lo mismo ocurre entre los técnicos y el personal de enfermería que en este caso siente que puede perder poder). La situación abre espacios al debate y la negociación, necesarios para que el trabajo en equipo sea una realidad.

Como resumen podemos concluir el malestar y la crisis profesional del colectivo médico no es consecuencia de un solo problemas, sino de la suma de muchos elementos que tienen que ver con el envejecimiento, la escasez, con la mala distribución territorial y por especialidades, con la gestión inapropiada de los centros que aplican políticas erróneas para la atención de salud, con la ausencia de una política de personal incentivadora favorecedora del desarrollo profesional, con unas condiciones laborales irracionales, con la parasitación y corrupción de una influyente minoría, con la dificultad para trabajar en equipo y con los enfrentamientos entre profesionales..

Pese a ser un colectivo cada vez más asalariado sigue considerándose como profesionales liberales, como muestra el bajo nivel de afiliación sindical. Todo esto contribuye a una situación de desconcierto, frustración y malestar profesional, que no se corresponde con su situación social

y el reconocimiento profesional que disfruta siendo el colectivo mejor valorado por los ciudadanos españoles.

Parece necesario y urgente afrontar cambios importantes en la planificación, organización y gestión del principal recurso del sistema de salud.

BIBLIOGRAFÍA

Informe para el Análisis del Gasto sanitario. Ministerios de Hacienda y de Sanidad y Consumo. 2005.

Declaración de ATTAC Europa sobre el Acuerdo General del Comercio de Servicios. 2002.

González Beatriz. Los recursos humanos y sus desequilibrios mitigables. Universidad de las Palmas.

González López-Valcárcel B. "Formación y empleo de profesionales sanitarios en España. Un análisis de desequilibrios". *Gaceta Sanitaria* 2000;14(3): 237-46.

OMS. European health for Database. 2005.

Hall Y. WHO. Simulation models for intermediate Terms Health Work force planning 2000

Amaya C. García M. Demografía medica en España. Mirando al futuro. 2005.

La formación de los Profesionales de la salud-. Escenario y factores determinantes. Fundación BBV 1998.

González López-Valcárcel B. "Oferta pública y privada de servicios sanitarios por comunidades autónomas". *Gaceta Sanitaria* 2004;18 (supl.1):62-9.

García Prado A. "El pluriempleo entre los profesionales sanitarios. Un análisis de sus causas e implicaciones". *Gaceta Sanitari*a 206;20 (Supl 2):29-40.

Sánchez-Bayle M. Crisis de la medicina y de la profesión médica en España. 1995.

TABLAS Y FIGURAS

FIGURA 1

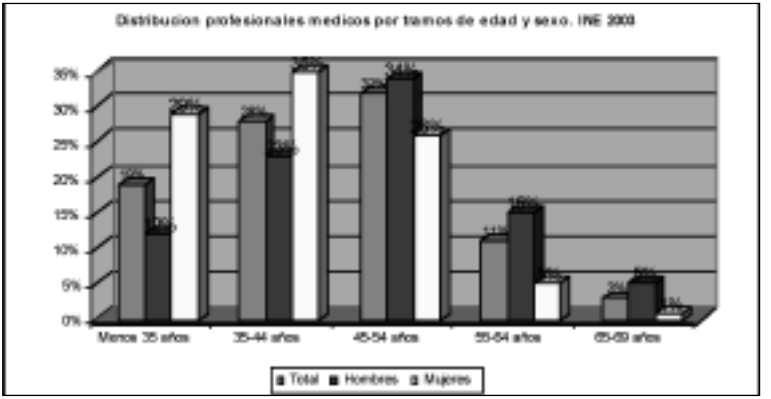


FIGURA 2

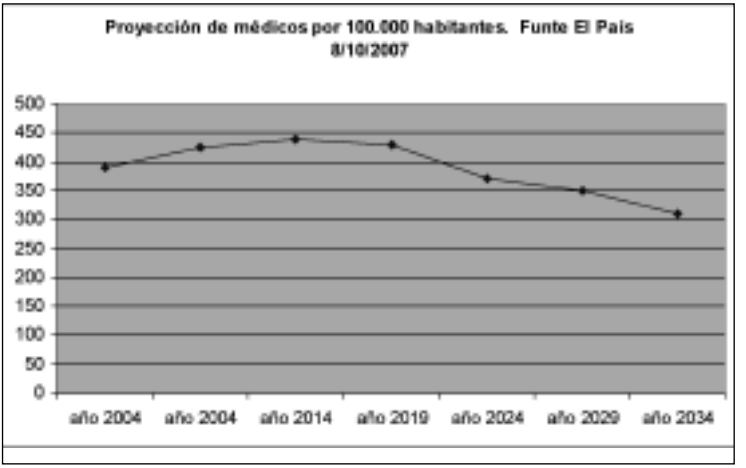


Tabla 1. Distribución de médicos que trabajan en sistema sanitario público por niveles asistenciales

	Número	Tasa por mil habitantes
Médicos Atención Primaria	29.428	0,7
Médicos Atención Especializada	83.726	1,3

Fuente: INE, Mº Sanidad y C. Servicios Regionales de Salud y Estadísticas de Establecimientos Sanitarios en Régimen de Internado 2003.

Tabla 2. Habitantes por medico y enfermería AP

	Habitantes por médico de AP	Habitantes p. enfermería de AP
Andalucía	1774,34	1905,77
Aragón	1391,58	1468,35
Asturias	1714,80	1602,49
Baleares	2129,91	2072,59
Canarias	2103,09	1889,93
Cantabria	1604,77	1646,64
Castilla-La Mancha	1523,86	1473,88
Castilla y León	1081,91	1324,86
Cataluña	1683,10	1584,08
C Valenciana	1943,75	1987,96
Extremadura	1396,36	1266,16
Galicia	1626,99	1912,59
Madrid	1959,61	1962,81
Murcia	2082,53	2079,31
Navarra	1780,69	1516,05
País Vasco	1891,56	1741,78
La Rioja	1554,85	1563,14
Media CCAA	1720,21	1705,78

Fuente: Tarjetas sanitarias por medico general y CCAA. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2005. Elaboración propia.

TABLA 3. COMPARACIÓN RETRIBUCIONES MÉDICOS DE HOSPITALES EN LA UE EN EUROS AÑO 2001

	Salario inicial	Salario final	Jubiliación	gasto sanitario %PIB
Reino Unido	80.000	120.000	85%	6,7
Alemania	45.000	80.000	60%	10,6
Austria	50.000	100.000	60% (15 mejores años)	8,7
Bélgica	75.000	87.000	75% media total años	8,8
Francia	38.000	79.000	70-75%	9,6
Italia	30.000	75.000	80% 5 últimos años	8,4
Portugal	35.000	60.000	92%	8,4
España	33.000	36.000	40-60%	7,1

Fuente: Federación Europea de Médicos Asalariados (FEMS), OCDE Health y CESM.

TABLA 4. PROPORCIÓN DE MEDICOS QUE TRABAJAN EN SISTEMA PÚBLICO Y PRIVADO

	Número	% total
Trabajan en centros asistenciales AP y AE sistema público	83.726	43%
Trabajan fuera centros asistenciales sistema público	110.938	57%

Fuente: INE, Mº Sanidad y C. Servicios Regionales de Salud y Estadísticas de Establecimientos Sanitarios en Régimen de Internado 2003.

Capítulo 7

EL AUGE DE LA MEDICINA DEFENSIVA*

Introducción

Si conceptualizamos el ejercicio de la medicina defensiva como el conjunto de prácticas clínicas y burocráticas destinadas a proteger a los médicos de las reclamaciones de los pacientes potencialmente insatisfechos, es probable que ya desde la medicina mesopotámica pudiéramos reconocer una precaución profesional por no cometer errores, porque, como es sabido, el código de Hammurabi, que establecía el pago según el resultado de las intervenciones, ordenaba la amputación de la mano del cirujano en caso de fracaso. También la medicina hipocrática tenía como principio "ante todo no dañar". En los tiempos modernos, el corporativismo médico ha transformado la función deontológica de los colegios y la defensa de la buena práctica clínica y de los intereses de los pacientes, en una estructura paralela a los sindicatos; ha desempeñado el papel de un sindicato camuflado, defendiendo los intereses materiales del cuerpo médico con el pretexto de la defensa del honor y del mantenimiento de la moralidad[1].

En los últimos cincuenta años la medicina se ha vuelto más compleja y más efectiva, a la vez que potencialmente más peligrosa. Por su parte, la

* Luis Palomo. Centro de Salud de Coria (Cáceres). Director de "Salud 2000".

sociedad ha evolucionado exigiendo cada vez más y mejores resultados médicos, porque ha crecido el nivel económico e informativo de los ciudadanos, porque la capacidad de consumo alcanza también a los productos asistenciales, porque cada vez se tolera menos la enfermedad y el sufrimiento, porque se medicaliza la vida cotidiana y se produce un consumismo sanitario no siempre necesario. La facilidad del acceso a la información sanitaria (Internet), el amarillismo informativo, la propia inducción al asistencialismo desde los ambientes sanitarios próximos a los intereses económicos de la poderosa tecnología médica y farmacéutica y de los colectivos médicos privados, y la difusión de promesas de remedio para todo, provocan una presión cada vez mayor sobre los profesionales.

En este cambio cultural, se ha pasado de considerar los efectos adversos de la asistencia sanitaria como el tributo a pagar por el progreso científico, a la criminalización de los errores médicos fatales. En consecuencia, la comunicación con los pacientes es cada día más difícil. En muy poco tiempo se ha pasado de la confianza del paciente en su médico, al desencuentro y la desconfianza manifiesta. Este clima favorece que el paciente reaccione ante un efecto adverso planteando litigios, reclamaciones y demandas. El profesional sanitario (y con ello, el sistema sanitario en su conjunto) reacciona con ocultación. Y ante la reclamación, con la práctica de la "medicina defensiva"[2].

CAUSAS Y CONSECUENCIAS DE LA MEDICINA DEFENSIVA

En una relación médico paciente honesta, el buen médico no debería hacer por el paciente más exploraciones, más tratamientos o más interconsultas con otros especialistas que las estrictamente necesarias. Un paciente que confía en su médico no debería dudar de su pericia técnica y de su buen juicio asistencial y solamente parecería justificado plantearse una demanda civil cuando se produce un efecto adverso prevenible, porque conociendo la reactividad potencial del paciente, los efectos secunda-

rios del medicamento o las posibles interacciones con otros medicamentos o técnicas, no se ha previsto la no utilización de la sustancia o, en caso de ser necesaria por su balance riesgo-beneficio, no se ha persuadido al paciente (consentimiento informado) o no se han previsto todos los medios de rescate posibles.

La realidad asistencial es muy distinta. En la práctica médica, casi el 70 % de los facultativos aseguran que el miedo a una demanda condiciona su trabajo[3]. Para evitar demandas judiciales, someten a sus pacientes a pruebas e interconsultas innecesarias, generando un coste incalculable para el sistema y multiplicando exponencialmente el riesgo de efectos adversos, derivados del efecto en cascada del exceso de actuaciones[4]. Pocas especialidades escapan a esta práctica, siendo bien conocidos el exceso de pruebas preoperatorios que piden cirujanos y anestesistas, por encima de criterios clínicos que las aconsejen, con la finalidad de buscar protección legal. Otro tanto se puede decir de las baterías de pruebas que se piden rutinariamente en las urgencias de los hospitales, o de la prescripción inadecuada de los antibióticos, o de la petición de radiografías en atención primaria, más de la mitad de ellas innecesarias y hasta un 80 % de las realizadas con resultados negativos.

En opinión de médicos y de abogados, las causas principales de imprudencia médica son, en primer lugar la falta de información al paciente (el 71 % de los abogados y el 66 % de los médicos piensan así), seguida de la despersonalización de la asistencia (55 % y 49 %, respectivamente), la falta de medios diagnósticos y complementarios, la falta o el mal uso de las historias clínicas, el incumplimiento de protocolos o estándares mínimos, la poca utilización de medios auxiliares, la medicación y los medios complementarios de diagnóstico agresivos y la omisión del deber de socorro. La excesiva utilización de medios auxiliares no se reconoce como causa de imprudencia. En cuanto a las causas del aumento de las denuncias por la mala práctica médica, el 64,5 % de los abogados y el 45,7 % de los médicos lo atribuyen a la práctica de una medicina más despersonalizada, el 80,6 % de los abogados y el 26 % de los médicos a la

mayor formación de los usuarios, el 54,8 % de los abogados y el 48,6 % de los médicos a la obtención de indemnizaciones por la vía de seguros de responsabilidad civil. En porcentajes menores se consideran la inducción por la prensa y asociaciones, la inducción por los letrados, la frustración por la mala evolución de la enfermedad, la obtención de dinero fácil para el perjudicado, la obtención de dinero fácil para abogados y gestores y para tratar de evitar y para corregir errores futuros. El 26,6 % de los médicos y el 6,5 % de los abogados atribuyen la mala praxis a que se realiza una medicina más compleja y, ni unos ni otros, creen que sea debido a que se haga peor medicina[6].

DETERMINISMO TECNOLÓGICO EN SANIDAD. USOS Y MITOS SOBRE LA MEDICINA BASADA EN LA"EVIDENCIA"

Los progresos científicos animan la evolución social, a su vez la evolución social apoya una diferenciación de roles especializados en una dirección autónoma basada en un conocimiento sistemático, ayudada por las elevadas remuneraciones, el prestigio y el poder que alcanzan los profesionales al estar protegidos por el mandato social. Además, las innovaciones médicas se aceptan con más facilidad porque vienen respaldadas por el estatus profesional; la innovación se presenta como superior a lo reemplazado y, finalmente, la innovación, cualquier innovación, es consecuente con los valores culturales predominantes[7]. Por otro lado, el culto a la salud es una ideología poderosa en las sociedades modernas y laicas, con un amplio poder de convocatoria, especialmente entre las clases medias, las cuales han perdido sus lazos con la cultura tradicional y se sienten cada vez más inseguras en un mundo que cambia con rapidez[8].

A lo largo de la historia contemporánea, cada transformación tecnológica, desde la máquina de vapor hasta internet, se ha comportado como un agente creador de un dominio, el del artefacto o de la máquina en cuestión, que obliga a la puesta en funcionamiento de infraestructuras y de mecanismos económicos que hagan posible la gestión de la herramienta. Esto ha creado la apariencia de que los sistemas tecnológicos tienen una

dinámica autónoma que escapa a la voluntad de la ciudadanía. En el determinismo tecnológico los sistemas tecnológicos incrementan las formas de control social. Los sistemas tecnológicos se comportan de forma autónoma, imponiéndose a los vínculos existentes entre individuos y grupos, esto es a las normas y a la política. En un mundo en que los centros de poder están interconectados y deslocalizados, el orden mundial se sostiene por organismos ante los que los individuos no tienen control directo, lo cual provoca indefensión [9].

El proceso de creación e implantación de nuevas tecnologías en sanidad está legitimado por los valores culturales y sociales predominantes y estimulado por los incentivos económicos que se ponen en marcha en los centros financieros e industriales. La elaboración y penetración de alta tecnología suele valerse del hospital y de los especialistas, que necesitan herramientas cada vez más sofisticadas para mejorar su certeza diagnóstica y conseguir tratamientos más eficaces.

El avance tecnológico está relacionado con incrementos del gasto sanitario, con modificaciones organizativas y con la equidad en la administración del recurso; para los profesionales supone una mayor especialización y la necesidad de colaboración interdisciplinar, siendo el principal responsable de la superespecialización de la profesión médica. Para la sociedad y los individuos implica cambios en el concepto de salud y de atención sanitaria y crea expectativas reales o imaginarias de curación.

En el desarrollo de la medicina, en los últimos quince años se le ha dado un protagonismo especial a la denominada medicina basad en la evidencia (MBE), de tal forma que la aceptación de pruebas diagnósticas o de intervenciones terapéuticas se producía solamente cuando se cumplían exigentes criterios. Aunque la MBE ha logrado ordenar y clasificar las pruebas que deben tenerse en cuenta en la toma de decisiones, aceptando aquellas que se han obtenido a través de una metodología válida, precisa y creíble, ayudando al profesional a tomar decisiones, sin embargo, presenta algunas limitaciones en el momento de incorporar sus recomendaciones a la práctica cotidiana, entre otras: 1/ sólo considera pruebas rele-

vantes y libres de sesgos los resultados provenientes de ensayos clínicos controlados, no teniendo en cuenta las procedentes de estudios observacionales, aunque éstos proporciones datos de efectividad con elevada validez externa; 2/ la MBE evalúa eficacia y seguridad, pero no tiene en cuenta aspectos importantes como la calidad de vida, el grado de satisfacción de los pacientes, el cumplimiento terapéutico y la eficiencia[10].

Además de las suspicacias que a veces despierta la fidelidad a los postulados de la MBE, porque las fuentes con más poder de "evidencia" suelen provenir de ensayos clínicos casi siempre financiados por la industria farmacéutica, el hecho de que la mayoría de los ensayos clínicos procedan del ámbito hospitalario, establece limitaciones importantes para trasladar sus conclusiones a la practica comunitaria. A las exigencias metodológicas del diseño y del análisis de este tipo de estudios, se añaden los condicionantes éticos y legales y su elevado coste. Por otra parte, la obtención de muestras de paciente muy seleccionados (responden mejor a la intervención que los pacientes en condiciones asistenciales rutinarias), la rigidez y la estandarización de la intervención, que además es única (sin continuidad), hacen difícil la generalización de sus resultados.

En los ensayos clínicos no se tiene en cuenta que los pacientes presentan características clínicas variables, que oscilan entre los síntomas graves y las dolencias imprecisas, y que suelen padecer comorbilidad. Tampoco se considera la complejidad de las decisiones del médico, que tiene que tener en cuenta la respuesta del paciente a medicamentos previos, el grado de cumplimiento de terapias anteriores, su estado funcional físico y psíquico, el soporte social de que dispone y sus expectativas y deseos.

Por lo tanto, no es extraño que los conocimientos científicos tarden en ser incorporados a la práctica, porque las condiciones en que se desarrollan los ensayos y los pacientes que en ellos participan se parecen poco a lo que observan en su practica asistencial, y porque hay múltiples barreras para incorporar dichos conocimientos, entre otras, la ausencia de consenso, la información abrumadora, la tradición, el uso de evidencias inapropiadas y el desarrollo descoordinado de los sistemas de información.

En el caso de la medicina defensiva, utilizar los criterios de la MBE puede servir como auxilio al profesional, aunque siempre influirán en sentido contrario las condiciones y percepciones de cada paciente en cada situación clínica y en cada posible reclamación, condiciones de calidad de vida y de satisfacción a las que no suele dar respuesta la MBE.

ASISTENCIALISMO Y MEDICALIZACIÓN DE LA VIDA COTIDIANA

A las mejoras en la salud y en la calidad y la esperanza de vida en los países desarrollados han contribuido los avances científicos y tecnológicos, las mejoras económicas y sociales, la sociedad de la comunicación, la generalización del ocio junto a la disminución de las horas de trabajo, la mejora en los transportes y el final de la discriminación formal hacia las minorías étnicas y las mujeres. Sin embargo, en las encuestas realizadas a ciudadanos de estos países, como por ejemplo EEUU, los entrevistados dicen que su país está en decadencia, que sus padres vivían mejor, que no pueden soportar el estrés y que a sus hijos les espera un futuro decadente. Esta tendencia pesimista ya se daba en las encuestas anteriores a los atentados del 11 de septiembre de 2001, o sea que la opinión actual puede ser peor. De hecho el porcentaje de norteamericanos que se consideran felices no ha variado desde 1950 porque, aunque los ingresos medios se han duplicado desde entonces, las enfermedades mentales consecuencia del estrés, como la depresión unipolar, son diez veces más frecuentes que hace 50 años. Datos similares se dan en Japón y en Europa, lo cual nos hace pensar que quizás la sociedad occidental ha perdido el rumbo con tanta producción de bienes materiales y está ocasionando tal estrés y exigencias mentales que la población no puede disfrutar de esos logros[11].

Para complacer a una sociedad que no tolera la incomodidad y que teme la pérdida de salud, las corporaciones médicas, los grupos de pacientes y las empresas farmacéuticas predican una ciencia médica que ya no reconoce a ninguna persona como sana. Se convierten en problemas médicos los procesos normales de la vida (calvicie, por ejemplo); a los

problemas personales y sociales se les transforma en problemas médicos (timidez vs. fobia social); los riesgos se venden como enfermedades y los genes defectuosos como potenciales enfermedades; los síntomas poco frecuentes pasan a ser epidemias de rápida propagación (disfunción eréctil) y los síntomas leves ya son indicio de enfermedades más graves (ruidos intestinales vs. cólon irritable) [12].

La tiranía del diagnóstico médico conlleva necesariamente a la intervención y, como consecuencia, a una mayor probabilidad de efectos indeseables y, eventualmente, a la consiguiente demanda, porque llega un momento donde el intervencionismo sanitario, el asistencialismo, apenas aporta beneficios marginales, o los que aporta son mínimos y a menudo inferiores a los riesgos o costes que suponen[13].

Los principales agentes de la medicalización son los propios médicos, por la fascinación que ejerce sobre ellos la tecnología y las innovaciones, o porque con sus intervenciones esperan beneficios para los pacientes, pero también porque desean que se amplíe el mercado, que se abran nuevas puertas al desarrollo profesional y a la especialización (unidades de lípidos, de menopausia, de riesgo cardiovascular global), o que se incrementen los beneficios directos, en términos de rentas, prestigio social y poder.

Otro agente de medicalización son las empresas médico-farmacéuticas, que necesitan ampliar mercado, aun a base de crear nuevas enfermedades, financiando grupos de investigación académicos o de sociedades científicas, difundiendo sólo resultados favorables y opiniones de apoyo escritas por médicos líderes de opinión, y con la complicidad de grupos organizados de pacientes; creando demandas a través de los medios de comunicación de masas, que bombardean a personas razonablemente sanas a las que se les vende una amenaza y al tiempo se les presenta un producto que las librará de ella[13].

Por su parte, los medios de comunicación ofrecen información de baja calidad o claramente sesgada; su afán por la novedad, por lo inusual, por lo improbable y por lo deseado conduce a noticias sobre descubrimientos revolucionarios, soluciones mágicas y terribles plagas, sin ninguna base

científica. La población se hace expectativas que están por encima de la realidad, porque para los medios de comunicación no existen conceptos como "limitaciones" o "incertidumbre". La población de los países desarrollados se instala en el rechazo de la enfermedad y de la muerte como partes inevitables de la vida. Con la complicidad de los sistemas sanitarios, se extiende la creencia de que la medicina puede con todo, que puede solucionar cualquier problema, incluso los vitales o sociales, que la tecnología siempre avanza para hacernos vivir más y mejor y que la salud no tiene precio[13].

Una reflexión aparte merece la actuación de la administración y de los gestores de servicios sanitarios. En su caso es menos justificable que tiendan a evitar decisiones conflictivas, que eviten definiciones claras sobre prestaciones incluidas o excluidas en cartera de servicios; que no se monitorice adecuadamente la introducción de tecnologías y sus indicaciones, o que actúen con mayor sensibilidad hacia los intereses de la industria farmacéutica que hacia criterios de eficiencia social.

La consecuencia de la aceptación acrítica de las ofertas de medicalización será una sociedad viviendo de manera insana, por su preocupación por la salud, y muriendo más enferma[13].

ERRORES MÉDICOS Y PREVENCIÓN CUATERNARIA

Los efectos adversos derivados de la práctica clínica diagnóstica o terapéutica, tanto producidos por los errores médicos como por efectos indeseados y/o imprevistos, son la fuente de las reclamaciones de los pacientes. Es un importante problema de salud pública, es frecuente, sus consecuencias suelen ser impactantes, tanto en términos de pérdidas de salud, como en costes económicos y en repercusiones jurídicas, y su tendencia creciente por razones como las anteriormente analizadas: medicalización, presión asistencial, consumismo y abuso de las tecnologías.

En pacientes ingresados en hospitales de distintos países, se ha calculado su incidencia entre el 4-17 %. En atención primaria, se producen

75,6 efectos adversos por cada 1.000 visitas. De ellos, el 44 % se deben a problemas con la medicación y el 30 % son defectos en la comunicación, como historiales equivocados o pérdidas de documentación. En España se han comunicado incidencias de efectos adversos del 3,6 % en servicios de ginecología, del 5,2 % en medicina interna y de entre el 11,7-21,5 % en cirugía.

En un artículo de B. Starfield se enumera todo un catálogo de indicadores en los que EEUU destaca negativamente. Las razones de la mala posición de la salud en EEUU son complejas; una de ellas las carencias en atención primaria, de hecho, de los siete países con mejor salud, cinco de ellos tienen estructuras de atención primaria fuertes, incluyendo una buena accesibilidad y un aseguramiento universal. También el propio sistema sanitario contribuye a la mala salud por sus efectos adversos. Por ejemplo, en EEUU la combinación de los errores médicos y de los efectos adversos o iatrogénicos no asociados con errores reconocibles produce: 12.000 muertes/año por cirugía innecesaria; 7.000 muertes/año por errores médicos en hospitales; 20.000muertes/año por otros errores en hospitales; 80.000 muertes/año por infecciones nosocomiales; 106.000 muertes/año por efectos adversos de la medicación. En total 225.000 muertes/año por causas iatrogénicas, la tercera causa de muerte después de las cardíacas y el cáncer. Entre el 4 y el 18 % de los pacientes experimentan efectos adversos, por un exceso de116 millones de visitas médicas, de 77 millones de prescripciones extras, 17 millones de visitas urgentes de más, 8 millones de hospitalizaciones y 3 millones de ingresos de larga estancia extras, 199.000 muertes adicionales y 77 millones de dólares de costes extras (equivalentes al coste agregado de los cuidados a todos los pacientes diabéticos). Estos efectos pueden estar en relación con el efecto en cascada que se desencadena por el abuso de la alta tecnología. El elevado grado de desigualdad es otra de las razones de la mala salud en EEUU, que se manifiesta especialmente en algunos grupos de edad: niños y ancianos[14].

Aunque la asistencia sanitaria implica necesariamente riesgos, hay circunstancias que pueden aminorarlos, como por ejemplo la mejora en

las condiciones de trabajo, el ajuste de los horarios, el manejo de los excesos de demanda, la utilización de guías clínicas para determinados procesos y la práctica de la prevención cuaternaria.

Se ha propuesto el término "prevención cuaternaria" para definir la intervención que evita o atenúa las consecuencias innecesarias o excesivas del sistema sanitario. Mediante la prevención cuaternaria se previene la medicalización de la vida diaria ante el abuso de la definición de salud, de factor de riesgo y de enfermedad. La prevención cuaternaria justifica la función de filtro del médico de familia y la prestación de servicios en el lugar más cercano al paciente y con las actuaciones diagnósticas y terapéuticas menos agresivas. Se trataría de proporcionar los cuidados necesarios con la menor intervención posible, es decir "cuidados de baja intensidad y de gran calidad"[15].

Como los pacientes están cada vez mejor informados, suelen crearse expectativas cuyo incumplimiento les lleva a la frustración y a ver efectos adversos donde no los hay, incrementándose el número de reclamaciones y de litigios. La cultura de la criminalización de los errores médicos favorece la expansión de la medicina defensiva, disuade a los jóvenes para que estudien ciencias de la salud, conduce al desgaste profesional y deteriora la relación médico-paciente.

LA JUDICIALIZACIÓN DE LA SALUD

No todos los efectos adversos conducen a demandas. Las reclamaciones son sólo parte de la problemática de los efectos adversos, de hecho la mayoría de las reclamaciones que se producen están relacionadas con la información que se le da al paciente, y muy pocas con la efectividad de la práctica clínica. Aun así, el número de reclamaciones y de litigios aumenta año tras año.

El concepto de medicina defensiva apareció en EEUU en los años 60 del pasado siglo. En cierta manera, la inmunidad de que habían gozado hospitales y médicos hasta entonces, quedó abolida, disparándose el

campo de la responsabilidad y del aseguramiento. Las aseguradoras encarecieron cada vez más el coste de la responsabilidad profesional; los médicos empezaron a sentirse amenazados y empezaron a complicar el proceso asistencial multiplicando las pruebas y sus costes. En el Reino Unido, entre 1990-2000 se multiplicó por trece el número de demandas contra el personal sanitario, con un coste anual de 4.900 millones de euros.

En España, la opacidad informativa de aseguradoras y de colegios de médicos impide obtener datos de la evolución de las primas por responsabilidad civil y de las reclamaciones contra los médicos. Se considera que hubo un aumento desmesurado de las demandas entre 1980 y mediados de los 90. El INSALUD comunicó que entre 1995-99 el 85 % de las demandas se dirigieron a hospitales y el 13 % a atención primaria. A pesar del alto grado de incertidumbre con que se trabaja en atención primaria, las complicaciones técnicas son menos frecuentes y la relación con el paciente más estrecha, por lo que las denuncias llegan excepcionalmente a los tribunales (el 20 % de las 19.351 quejas recibidas en 1999 y, de éstas, sólo el 18 % acaba en condena).

La judicialización de la medicina tiene múltiples consecuencias. Por una parte, las demandas suelen recibir una extraordinaria publicidad y, aunque no sean condenatorias, dañan el prestigio del médico y la imagen social de la medicina, por otra parte, implican costes muy elevados para el demandado y para las aseguradoras, las cuales tratan de resarcirse incrementando las primas de sus contratos y rebajando en sus pólizas el número de siniestros cubiertos. Según la aseguradora Uniteco, al año sus 45.000 médicos asegurados sufren unos 1.000 siniestros. Calculan que a lo largo de su vida laboral, un médico sufre entre 5 y 6 reclamaciones.

La crisis de confianza en la relación médico-paciente tiene su máximo exponente en las agresiones a médicos, otro elemento generador de medicina defensiva. Por otra parte, la facilidad de acceso a contenidos sanitarios no contrastados a través de Internet, proporciona al usuario una falsa seguridad, lo que puede condicionar una comunicación defensiva, en el

sentido de no difundir información que pueda ser mal interpretada o utilizada inadecuadamente.

PODER PROFESIONAL, PARTICIPACIÓN DE LOS PACIENTES Y COOPERACIÓN INTERSECTORIAL

Si los profesionales de la salud persisten en actitudes paternalistas, se dificultará la relación con pacientes cada vez más informados, más exigentes y más desconfiados. Se precisa la sustitución social del modelo de relación vertical por otro de decisiones compartidas, donde el paciente toma decisiones en relación con su salud y cuidados de forma autónoma y responsable asistido, además, por las posibilidades que dan las tecnologías de la información.

La mayor educación de los ciudadanos trae consigo un nuevo modelo de paciente más activo en el cuidado de su salud, que reclama respeto a sus valores y preferencias y que se muestra más exigente con los profesionales de la sanidad. Los profesionales tendrán que considerar los valores y preferencias de los pacientes, se incrementarán las peticiones de segundas opiniones médicas, se desarrollarán los sistemas de evaluación de la calidad, los pacientes se incorporarán a los órganos de gobierno de las instituciones sanitarias, se reclamará una mayor democratización de los procesos de toma de decisiones sanitarias y adquirirán mayor protagonismo las asociaciones de pacientes.

La calidad global de la atención sanitaria mejorará con la incorporación de los pacientes a la toma de decisiones de política sanitaria. Si un paciente está bien informado sobre su enfermedad, expresará mejor sus necesidades y colaborará más con el profesional[16].

La aparición de un paciente activo también entraña algunos riesgos. Por un lado, si se pasa de un modelo de relación paternalista a otro donde la profesión médica transfiere toda la capacidad de decisión al paciente, se produciría una situación moralmente difícil de aceptar, porque esa transferencia de responsabilidad no se acompañaría de la transferencia de

autoridad y de conocimientos, debido a la asimetría existente. Por otra parte, la superespecialización y la multiplicidad de responsables de la atención sanitaria del paciente pueden incrementar el riesgo de errores médicos por la ausencia de una coordinación efectiva, que el paciente puede percibir como una forma de abandono terapéutico (ambigüedad terapéutica).

Una tercera discrepancia se produce cuando, en contextos de asimetría de conocimiento, escasa rendición de cuentas y elevado coste financiero de la sanidad, el estado de bienestar opta por la racionalización del gasto en detrimento de la incorporación de innovaciones tecnológicas. Una cuarta paradoja se debe a que los intereses de ciudadanos sanos y enfermos divergen, así los primeros favorecen políticas basadas en la evaluación de la seguridad de nuevas tecnologías y en la prevención de la enfermedad, mientras los enfermos quieren incorporar los tratamientos experimentales y la instauración de políticas destinadas a mejorar el pronóstico [17].

Ante estas paradojas se puede producir la judialización de la medicina, porque crecerá la desconfianza entre los distintos agentes de salud, disminuirá la calidad y se encarecerá la atención por el auge de una medicina defensiva. Aumentarán las pruebas diagnósticas innecesarias y los pacientes buscarán en medicinas no convencionales el calor humano que no encuentran en la medicina convencional.

Los pacientes informados adoptan la perspectiva del cliente o consumidor, saben mejor lo que quieren y son más proclives a demandar y reclamar judicialmente cuando no se consideran tratados satisfactoriamente. Cuando no hay consenso entre proveedores, profesionales y pacientes los conflictos se judiacializan, la medicina se encarece por las estrategias de medicina defensiva y el coste de las pólizas de protección médica, por eso es importante infundir a los usuarios una cultura de obligaciones a la vez que una de derechos.

La sociedad actual reclama de los médicos un elevado profesionalismo, basado en criterios de transparencia, trato justo, rendición de cuentas, competencia y compromiso. La competencia y el compromiso son la

base de la confianza del paciente, que espera del médico un servicio altruista, la defensa de su salud por delante de otros intereses y la aplicación de un código de conducta que le proteja frente a la vulneración de la confiabilidad[17].

Los cambios sociales deberían hacer pensar a la profesión médica en la necesidad de liderar la elaboración de un nuevo contrato social explícito, que ponga en consideración a los ciudadanos bajo los principios de primacía de los intereses del paciente, de respeto a su autonomía y de justicia social. Se necesita una profesión médica capaz de una rendición inteligente y positiva de cuentas, honesta y que promueva el bien común, abierta a la sociedad y dispuesta a valorar las limitaciones de los códigos deontológicos vigentes y a alinearlos con las expectativas de los pacientes y de otros agentes sanitarios.

En este contexto de reconocimiento de la necesidad de renovar el papel del ciudadano en el sistema de salud, se precisan nuevas ideas sobre las formas de gestión y de gobierno de la atención sanitaria, así como reequilibrar la iniciativa del cambio, de forma que no partan exclusivamente de las preferencias y necesidades de los ciudadanos. Para considerar las transferencias de poder a ciudadanos y profesionales, las estructuras clásicas de provisión de servicios deberían incorporar a los poderes locales en las políticas de salud, y explorar vías de organización donde se combinen el poder público, la implicación del ciudadano y la agilidad en la gestión[18].

RECAPITULACIÓN

Los profesionales sanitarios tenemos mucha responsabilidad en la evolución social y cultural de los sistemas sanitarios y en la creación de expectativas sobre las posibilidades de los remedios médicos, por eso, en un contexto determinista y crecientemente medicalizado, con una población cada vez mejor informada, debemos saber donde está lo posible, donde situar lo inalcanzable y cómo satisfacer los deseos y las necesida-

des de los pacientes sin perjudicar la sostenibilidad de los recursos, adoptando decisiones sabias y equitativas. Porque la ciencia y la tecnología han atrasado la fecha de la muerte de la media de la población, y dan más posibilidades a los años añadidos. Otra cosa es que los individuos y las sociedades llenen esos años de telebasura y similares. Es decir, la ciencia y la tecnología no añaden ni felicidad ni racionalidad a nuestro comportamiento.

La racionalidad profesional y la contención son necesarias para no sobrevalorar nuestra capacidad de intervención. La amenaza siempre presente de los errores y los efectos adversos, nos deben hacer ser cautos antes de lanzarnos alegremente en brazos del último avance tecnológico, porque la consecuencia del mal uso será el daño para el paciente y el auge de la medicina defensiva. No podemos alimentar el caldo de cultivo de la desconfianza mutua, donde podría crecer sin límites una medicina judicializada. El nuevo profesionalismo médico y el paciente informado, autónomo y activo se necesitan para promover políticas públicas de salud orientadas a la sostenibilidad financiera y a la justicia social.

BIBLIOGRAFIA

1. Caro G. La medicina impugnada. La práctica social de la medicina en la sociedad capitalista. Barcelona: Laia 1977

2. Aranaz JM, Aibar C, Galán A, Limón R, Requena J, Álvarez EE et al. La asistencia sanitaria como factor de riesgo: los efectos adversos ligados a la práctica clínica. Gac Sanit. 2006; 20(Supl 1): 41-7

3. http//www.consumer.es. Acceso: 12-03-07

4.Pérez-Fernández M, Gérvas J. El efecto cascada: implicaciones clínicas, epidemiológicas y éticas. Med Clin (Barc) 2002, 118: 302-305

5. Rodríguez CB. Medicina defensiva. A la caza del médico. Rev Española de Economía de la Salud. Sept.-Octubre 2006; 198-202

6. Hernández-Gil A. Responsabilidad por malpraxis médica. Análisis

del problema a través de encuestas a los colegios oficiales de médicos y de abogados. Tesis Doctoral. Universidad de Córdoba, 2002

7. Coe RM. Sociología de la medicina. Madrid: Alianza Editorial, 1979

8. Skrabanek P. La muerte de la medicina con rostro humano. Madrid: Díaz de Santos, 1999

9. Huguet M. El determinismo tecnológico. ¿Una nueva legitimación?. CLAVES de razón práctica 2003; 134: 40-45

10. Soto J. Medicina basada en resultados en salud: la evolución lógica y deseable de la medicina basada en la evidencia. Med Clin (Barc) 2007; 128(7): 254-5

11. Easterbrook G. The progress paradox. New York: Random House Trade Paperback 2004

12. Blech J. Los inventores de enfermedades. Cómo nos convierten en pacientes. Barcelona: Destino, 2005

13. Márquez S, Meneu R. La medicalización de la vida y sus protagonistas. Gestión Clínica y Sanitaria. 2003; 5(2): 47-53

14. Starfield B. Is US Health Really the Best in the World?. JAMA 2000; 284: 483-85

15. Gérvas J. Moderación de la actividad médica preventiva y curativa. Cuatro ejemplos de necesidad de prevención cuaternaria en España. Gac Sanit. 2006; 20(Supl. 1): 127-34

16. Jovell AJ, Navarro MD, Fernández L, Blancafort S. Nuevo rol del paciente en el sistema sanitario. Aten Primaria 2006; 38(3): 234-7

17. Jovell AJ, Navarro MD. Profesión médica en la encrucijada: hacia un nuevo modelo de gobierno corporativo y de contrato social. Madrid: Fundación Alternativas, 2006

18. Pané O, Vargas I. La atención primaria y la administración local. ¿Es posible en España laimplicación municipal en el gobierno de la atención primaria de salud?. Aten Primaria 2002; 30 (9): 581-7

Capítulo 8

CRISIS DE LA REPRESENTATIVIDAD PROFESIONAL*

La representación profesional de los sanitarios lleva décadas instalada en la crisis desde que el modelo liberal de colegios profesionales y ejercicio privado de la profesión (medico, enfermería o farmacéutico) fue sustituido por el ejercicio asalariado y la funcionarización dentro de un servicio público pero manteniendo una colegiación obligatoria.

De esta forma, los profesionales sanitarios, por otra parte renuentes en gran medida a aceptar esta laboralización y el papel de empleado público, se encuentran con múltiples entidades que pueden representarles de manera concurrente y simultanea en los mismos ámbitos: colegios-OMC, sindicatos (corporativos/de clase), sociedades "científicas", organizaciones y asociaciones profesionales bien formales (FADSP, SESPAS) o espontáneas (Plataforma 10 Minutos, colectivos de médicos en paro o interinos, Movimiento MIR)

La vinculación activa y el interés de gran parte de estos sectores profesionales por la representación profesional ha sido tradicionalmente muy baja, si bien en la última década el creciente deterioro de las condiciones

---

* Javier González Medel, médico EAP Potes. Secretario de la Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública de Madrid.

laborales y organizativas en gran parte de los servicios públicos de salud ha propiciado una mayor participación.

Varios factores han contribuido a esta situación de alejamiento relativo y desinterés por las organizaciones del sector. Por una parte, falta de motivación interna de los propios profesionales, en muchos casos tendente hacia posturas individualistas y con una tradición del ejercicio de la profesión liberal. Por otra, la atomización resultante de la existencia de este numeroso grupo de organizaciones con potencial capacidad de representación que produce una considerable confusión y una falta de lugares comunes en los que depositar la confianza y la representación de los intereses reales de los profesionales. Y, por último, la obsoleta e inadecuada estructura y legislación existente en torno a este tema que aleja en la práctica a los teóricos representantes de la profesión de sus posibles electores e impide, entre otras cosas la representación proporcional y la elección directa de representantes de los propios centros de trabajo.

Esta situación es algo mejor en otros categorías profesionales denominadas "no sanitarias" (administrativos, celadores, pinches, etc) pues en ellas operan mas homogéneamente los sindicatos de clase y no existen colegios profesionales que puedan dispersar la representación.

En este sentido hay que destacar el permanente interés de la administración de englobar a todos los representantes sanitarios en una única mesa sectorial sin diferenciar por categorías profesionales, lo que ha contribuido de manera notable a la falta de interés, especialmente de los médicos y en menor grado en enfermería, por las negociaciones y relaciones institucionales con las distintas administraciones.

8.1. COLEGIACIÓN VOLUNTARIA

El asunto de la colegiación esta fuertemente ideologizado y acoge diferentes intereses de los que defiende una u otra postura. En general lo colegiación voluntaria es defendida por sectores dentro de la profesión, que apuestan por un papel fundamentalmente impulsor de actividades

científicas, de acreditación y formación, mientras que los defensores de la obligatoriedad, empezando por la propia administración, conciben la colegiación como un instrumento jerárquico de control disciplinario de la profesión y como órgano oficial para consultas, dictamines y relaciones con las instituciones. Si bien estas posturas han ido evolucionando en los últimos años y ahora las fronteras entre ellas no están tan definida dependiendo en cada colegio en concreto cual es la tendencia dominante.

Por otra parte en el entorno occidental existen básicamente dos tendencias en cuanto al asunto de la colegiación: la anglosajona en la que la afiliación al colegio no es obligatoria y este sirve de mecanismo de control social para asegurar la cualificación y profesionalidad de sus inscritos, y por tanto tienen sistemas de control de acceso y están vertidos fundamentalmente hacia la formación profesional. La otra es la latina , herencia napoleónica, que los configura mas como organismos intermedios en los que el Estado delega algunas funciones públicas; en este modelo la colegiación solía ser obligatoria, si bien en ciertos lugares como en Francia desapareció en los años ochenta al hilo de la victoria electoral de la izquierda en esos momentos.

En nuestro país, la polémica sobre la colegiación obligatoria para médicos, enfermeras y farmacéuticos viene de antiguo y en sus orígenes no fue obligatoria como quedó recogida en 1903 en la Instrucción General de Sanidad que declaró voluntaria la colegiación de las clases sanitarias. Esta fase se prolongo hasta 1918 para los médicos, cuando la colegiación obligatoria dictada por el Ministerio de la Gobernación origino fuertes polémicas. A partir de la Ley de 1974, los Colegios Profesionales están considerados como corporaciones de Derecho Público amparada por la Ley y reconocidas por el Estado, con personalidad jurídica propia y plena capacidad para el cumplimiento de sus fines.

Posteriormente, las diferentes comunidades autónomas desde 1982 han aprobado sus respectivas leyes autonómicas reguladoras de la creación y funcionamiento de los colegios profesionales pero sin entrar en la práctica sobre el asunto de la obligatoriedad hasta que recientemente en

algunas de ellas, como Andalucía, Asturias y Canarias, han apostado por la libre colegiación para los funcionarios públicos cuando la administración sea la destinatario única y exclusiva de su actividad profesional. Sin embargo, y a pesar de esta posibilidad lo cierto es que las bajas colegiales en esos territorios no han sido numerosas y lo que se ha retrasado fundamentalmente ha sido la incorporación de nuevos colegiados que finalizan el MIR, esto último quizás mas en relación a las dificultades económicas al comienzo de la profesión, lo que pone de relieve que para una gran mayoría de médicos no existen alternativas claras a la colegiación y la inercia sigue jugando todavía un papel importante a favor de esta.

Como una derivada de la situación actual desde hace unos años ha surgido el debate sobre quien tiene que pagar la colegiación obligatoria a los empleados públicos habiéndose emitido sentencias jurídicas contradictorias en varias ocasiones. Desde nuestro punto de vista este es un subdebate que no resuelve el problema de fondo y e intenta poner un parche solo económico a una situación mucho mas compleja y que tiene que ver con el ejercicio de la libre asociación y los mecanismos de democracia y representación dentro de la profesión.

LAS ORGANIZACIONES SUPRACOLEGIALES: LOS CONSEJOS GENERALES DE COLEGIOS PROFESIONALES SANITARIOS

En el ámbito concreto de la Medicina, el Consejo General de Colegios Médicos (que junto a los Consejos Autonómicos y los Colegios conforman la Organización Médica Colegial) tradicionalmente ha adolecido de estas mismos déficits democráticos y de representatividad aun en mayor grado, pues no está sujeto a elección directa de ninguno de sus cargos. Además, es un poder fáctico cuyas opiniones son relevantes, pues la legislación vigente le permite el trámite previo de audiencia ante cualquier normativa sanitaria, y dispone de importantes recursos económicos vía cuotas, certificados médicos, etc. Su actuación y posicionamiento en asuntos concretos de la vida sanitaria del país esta muy determinada por los responsables que en ese momento están en su dirección, de forma

que, al contrario de épocas pasadas, en los últimos años hemos asistido a un intento de acercamiento por parte de algunos de sus miembros a las bases de la profesión y una reivindicación de cuestiones laborales y deontológicas que tradicionalmente habían sido obviados por juntas directivas anteriores habiéndose aprobado recientemente, y tras años de espera e intensa polémica, una modificación de los estatutos que con la introducción del voto ponderado, la limitación a dos mandatos de sus cargos , la posibilidad de moción de censura y el establecimiento de incompatibilidades para desempeño simultáneo de cargos ejecutivos a nivel nacional en compañías, mutuas y sindicatos han democratizado un tanto esta institución.

La estructura y organización del Consejo General de Colegios Farmacéuticos comparte los mismos problemas que los apuntados para los médicos pero en este caso además viene acrecentado porque su interés fundamental es la actividad privada que se genera en las oficinas de farmacia y disponen de ingentes recursos financieros obtenidos principalmente a partir de su situación de monopolio en el mercado de la distribución farmacéutica y como gestores únicos de la facturación de medicamentos y otros útiles sanitarios que, anacrónicamente, les confiere la actual organización del Sistema Nacional de Salud, con lo que asistimos a la paradoja de que una entidad cuyos fines son básicamente el lucro privado de su asociados está gestionando y fijando oficialmente el gasto mas importante de los Servicios Públicos de Salud.

NUEVO PAPEL DE LOS COLEGIOS PROFESIONALES

La actual estructura en la mayoría de los colegios profesionales sanitarios es arcaica y predemocrática resultado entre otros motivos de la obligatoriedad de colegiación que fomenta la constitución de grupos de presión desde dentro y fuera de la profesión que intentan copar los órganos directivos del Colegio y utilizar este para sus propios fines e intentando aparecer ante la opinión pública como los representantes de todo el colectivo. Esto ha hecho que en situaciones en que un gobierno regional como

el de Madrid en el “caso hospital Severo Ochoa" ha arremetido contra parte de los sanitarios del servicio público que mantienen posiciones políticas o ideológicas diferentes a la del color conservador de ese gobierno, el Colegio, en este caso el de Madrid, o bien no haya salido en defensa de sus colegiados e incluso hay actuado en contra de ellos y en apoyo al político de turno.

Por otra parte, algunos colegios como el de Barcelona llevan años deslizándose por la línea de convertirse en un centro de servicios y negocios, muchos de ellos financieros, con movimientos de capital y creación de empresas dependientes como mutuas, aseguradoras o agencias de viajes.

Resultado de este funcionamiento es el progresivo descrédito entre los profesionales de muchos de los colegios lo que se traduce en el habitual bajo porcentaje de participación de los sanitarios en las elecciones colegiales. Así en las ultimas elecciones del mayor Colegio de Médicos de España , el de Madrid que cuenta con mas de 31.000 colegiados, solo voto el 16,8% del censo electoral, tres puntos por debajo que en las elecciones anteriores y en el segundo en numero, el de Barcelona con mas de 26.000 afiliados, el porcentaje de votantes también descendió y fue del 23%. Es excepcional la elección colegial en cualquier lugar de España en que se sobrepasa el 40% de participación desde hace años.

Ante este persistente estado de cosas, es urgente y evidente la necesidad de una reubicación del papel de los colegios profesionales sanitarios, aboliendo la obligatoriedad de colegiación, democratizando su estructura y delimitando sus funciones a las que sean de interés general a todos los colegiados.

Para ello los colegios profesionales sanitarios han de dar cabida, vía modificaciones estatuarias, a todos los colectivos profesionales integrando todas las sensibilidades y preocupaciones y estableciendo un nuevo contrato social entre profesionales y sociedad civil que, por una parte garantice y aumente su independencia y autonomía ante la administración e impida su manipulación por las cúpulas administrativas o colegiales que en múltiples ocasiones convierten a estos en un instrumento en

manos de interese políticos o financieros ajenos a la profesión y, por otra, aclare su papel en relación otras organizaciones sindicales o profesionales y las homologue a estas, haciéndolos abiertos y democratizando su estructura y funcionamiento.

Se ha de impulsar el contenido científico y técnico de los colegios y su cometido en la formación y acreditación de la competencia profesional.

Es preciso iniciar un debate sobre el compromiso de los colegios con la defensa y mejora de la Sanidad en general y de la Pública en particular, pues la mayor parte de los colegiados trabajan en ella, que incluya las condiciones laborales, científico-técnicas y asistenciales adecuadas en que se ha de realizar el ejercicio de la profesión

Además, es urgente potenciar el papel y la autonomía de los comités deontológicos y bioéticos y establecer unos principios y valores que sean consensuados por toda la profesión y que puedan servir como base de relación entre los profesionales y la sociedad.

8.2. EL SINDICALISMO EN LA PRÁCTICA. SINDICATOS CORPORATIVOS Y DE CLASE

LA ESTRUCTURA LEGAL

La representación sindical de los profesionales en el actual marco legislativo del país adolece de varios problemas.

En primer lugar no existe una representación proporcional completa, de manera que las distintas mesas de representación (función pública, sectorial, etc,) establecen que solo están presentes en ellas los sindicatos que han obtenido al menos el 10% del numero total de representantes con lo que se produce una expulsión del marco negociador formal de todos las organizaciones y plataformas sindicales minoritarias que no alcanzan este porcentaje. Esto en la práctica puede dejar fuera de la representación un número muy importantes de trabajadores sanitarios con la consiguiente desmotivación y falta de credibilidad que ello ocasiona.

En segundo lugar no existen mesas independientes por estamentos, de esta forma sucede en muchas ocasiones que en un área sanitaria que la Junta de personal correspondiente esta formada solo por trabajadores pertenecientes a las categorías mas numerosas y estamentos enteros no tengan presencia o esta sea mínima, caso de los médicos en el SNS que al ser solo el 13% del total del personal se encuentran en muchas ocasiones en situación muy minoritaria en las correspondientes mesas sectoriales de negociación.

Tampoco existe diferenciación a nivel legislativo en la representación por niveles asistenciales y se da frecuentemente el caso de que las Juntas de personal y Comités de Empresa son muy mayoritarias en su composición de representantes procedentes del nivel especializado y son escasos los miembros procedentes de Atención Primaria.

LOS SINDICATOS EN SANIDAD

El panorama sindical dentro de la Sanidad española se caracterizan por la gran presencia de siglas, con sindicatos y agrupaciones sindicales que operan a distintos niveles: profesional/general o bien estatal/autonómico. En general, los sindicatos de ámbito estatal son predominantes en todas las comunidades y su implantación suele ser mayor en el ámbito de Atención Especializada y hospitales, con menor afiliación y presencia en Atención Primaria. Sin embargo, en algunas comunidades los sindicatos regionales son predominantes como sucede con la Confederación Intersindical Gallega o bien tiene una fuerza considerable como los sindicatos LAB (Languile Abertzaleen Batzordeak) y ELA (Sindicato de Trabajadores Vascos) en Euskadi.

Ademas hay que tener en cuenta que el porcentaje afiliación sindical en Sanidad normalmente no pasa del 10% y el número de votantes en las elecciones sindicales no suele sobrepasar el 50%, aunque en algunas comunidades se han alcanzado porcentajes más altos.

Aunque los protagonistas han sido los mismos desde hace décadas su fuerza relativa ha sido variable y así en las elecciones sindicales del año

2007, se ha producido, en general, un avance de los sindicatos profesionales y un estancamiento o ligero retroceso de los llamados sindicatos de clase (CC.OO, UGT,CGT...), siendo en algunas comunidades el avance de los sindicatos autonómicos muy importante como en el caso de CIG en Galicia.

Por otra parte, el sindicalismo en la Sanidad tiene dos componentes bien diferenciados desde su inicio.

Por un lado están los sindicatos profesionales o corporativos, cuya aparición es relativamente reciente pues se fundan coincidiendo con la llegada de la democracia al país y cuya existencia se basa en la existencia de un marco diferencial de algunos de los sectores de los profesionales sanitarios, especialmente médicos y enfermeras, que no ha sido desarrollado suficientemente por los sindicatos de trabajadores sanitarios. Hay que notar que estos sindicatos son habituales en el resto de Europa, si bien en algunos casos están, como tales sindicatos específicos, integrados en confederaciones de ámbito mas general. Su objetivo fundamental es obtener un marco negociador propio y es obvio que estos sindicatos están interesados en mantener y potenciar estas diferencias que constituyen la parte esencial de su discurso. Inicialmente fueron propiciados, en algún caso, por los propios colegios de médicos y enfermeros pero paulatinamente se han ido apartando de estas organizaciones y en ocasiones han mantenido y mantienen situaciones de rivalidad importantes. Además, en general existe por parte de algunos de ellos un interés permanente y muy acentuado por hacerse con la dirección de las juntas directivas de los colegios profesionales y los Consejos Generales de la respectivas profesiones, con mayor o menor éxito según la zona y el momento, y es habitual que en muchas de las candidaturas a estos cargos figuren miembros de sindicatos profesionales, bien de manera manifiesta o encubierta.

En la actualidad existen varios sindicatos profesionales, fruto de distintas escisiones y/o refundaciones de sectores concretos, los más relevantes son:

- La *Confederación Estatal de Sindicatos Médicos (CESM)*. Ha sido el sindicato mayoritario entre los médicos desde su fundación en 1979 si bien con resultados cambiantes en las distintas elecciones efectuadas desde entonces (ver cuadro I). Después de las últimas elecciones ha mejorado notablemente su posición, en especial en las CC.AA en que existen gobiernos regionales conservadores. Inicialmente firme partidaria del ejercicio liberal de la profesión y contraria a los planteamientos de un Servicio Público de Salud y a la propia Reforma Sanitaria de 1986, la fuerza de los hechos le ha ido ir aceptando esta situación aunque con el advenimiento de la ola privatizadora en los servicios Públicos en nuestro entorno occidental, su vieja estrategia de apoyo a la empresarilización de los médicos ha recobrado fuerzas.

En multitud de ocasiones y lugares del territorio ha optado por intentar la toma de las Juntas Directivas de los Colegios profesionales e incluso de la propia OMC con suerte diversa según las épocas, en la actualidad tiene implantación a este nivel en diversas provincias en las que han promovido candidaturas colegiales que han resultado ganadoras. Igualmente tiene presencia en AMA y Previsión Sanitaria (las mutuas profesionales de seguros sanitarios) que mueven importantes cantidades de capital.

Representa fundamentalmente a los médicos hospitalarios aunque eventualmente ha hecho gestos hacia los médicos de Atención Primaria donde también cuenta con representación sindical a pesar de que su política a este nivel es de seguidismo hacia su concepción y estrategia hospitalaria. Esta tendencia es mas acentuada en comunidades como la madrileña con un gran peso laboral del componente especializado como lo demuestra el hecho de que en Madrid, CESM se haya presentado bajo las siglas de Femyts, Federación de Médicos y Titulados superiores que agrupa fundamentalmente a médicos hospitalarios y residentes. Esto ha propiciado que sociedades y organizaciones de médicos de Atención Primaria como Semfyc o la Plataforma 10 Minutos hayan manifestado su intención de crear un sindicato de médicos de atención primaria e incluso algún sindicato de ámbito local como USCAL (Unión Sindical de Castilla

y León) al calor de las últimas movilizaciones en este nivel haya intentado ser el embrión de ese futuro sindicato.

Por otra parte CESM desde 1987 ha mantenido una coalición electoral, aunque no de acción en muchas ocasiones, con SATSE, el sindicato mayoritario en enfermería, hasta las ultimas elecciones en las que en algunas comunidades como Madrid, Cataluña, Andalucía o Navarra se han presentado independientemente.

- La *Central Sindical Independiente y de Funcionarios (CSIF),* de carácter conservadora, se nutre fundamentalmente de empleados de la administración pública y en Sanidad agrupa a distintas categorías profesionales. Ha sufrido diversas escisiones, algunas de ellas muy importantes como la de Madrid, donde la organización sindical escindida, CSIT-UP, muy afín a los planteamientos del Partido Popular que gobierna actualmente la Comunidad, ha conseguido desplazarles casi por completo en las últimas elecciones sindicales.

- *Sindicato de Enfermería (SATSE)*. Aunque inicialmente mantuvo posturas a favor de la reforma sanitaria y el trabajo en equipo, sus planteamientos han ido derivando hacia posiciones muy corporativas y de enfrentamiento con los otros estamentos en, en particular con los médicos. Es el sindicato profesional mayoritario en el ámbito de la enfermería.

- *Unión Sindical y Auxiliares de Enfermería (USAE),* suele ser dócil con los planteamientos de la administración de turno y en algunas comunidades como Andalucía, Madrid y Valencia ha crecido de manera importante en las últimas elecciones.

- *Sindicato de Médicos de Atención Pública (SIMAP),* aunque se define como sindicato de ámbito estatal solo tiene alguna implantación en Levante, fundamentalmente en Valencia y agrupa fundamentalmente a médicos que trabajan para la Sanidad Pública de la región. Exhibe planteamientos corporativos centrados en la reivindicación económica y de jornada laboral y tiene una escasa capacidad de movilización aunque es muy litigante en los juzgados.

Asociaciones de MIR: Asociación Española de Médicos Internos y Residentes (AEMIR), Asociación MIR de la Comunidad de Madrid (AMIRCAM), Asociación MIR de Andalucía (AMIRCAND): Constituidas en 2002 a partir de intereses laborales y científicos de los MIR y en algunos casos impulsada directamente por alguna administración sanitaria (como la AEMIR y la Consejería de Sanidad de la CAM) han sustituido a la antigua CEFIR que se había convertida en sindicato a finales de los 90 para desaparecer en la práctica en los años siguientes, y han tenido una activa presencia en los dos últimos años en la vida hospitalaria de los residentes. Sus reivindicaciones son básicamente de carácter laboral y sobre el ordenamiento jurídico y formativo de la figura del residente. Se ha ligado estrechamente a la CESM en todo el territorio estatal habiendo conseguido una importante representación sindical en los Comités de empresa de muchos territorios en las últimas elecciones."

- Las *organizaciones sindicales en el sector farmacéutico:* Al contrario de lo que sucede en otros países, en España no existen sindicatos corporativos de farmacéuticos y la actividad sindical de los auxiliares de farmacia, en general se encuentra encuadrada en la esfera de los sindicatos generales.

Los empresarios están agrupados en la Federación Empresarial de Farmacéuticos Españoles (FEFE) creada en febrero del 1981 como una organización de farmacéuticos propietarios de Oficina de Farmacia, y como es lógico defiende el negocio de la farmacia privada y su representatividad del sector frente a colegios farmacéuticos u otras asociaciones.

LOS SINDICATOS GENERALES

Los sindicatos generales clásicos como CC.OO. o UGT siguen agrupando a una parte importante de los trabajadores sanitarios y la gran mayoría de sus afiliados pertenecen a los colectivos sanitarios menos cualificados dentro de la organización sanitaria, si bien la parte mas ideologizada y progresista de los otros estamentos (médicos, enfermeras...) tienden a estar en ellos.

En los últimos años han acusado un cierto desgaste y una tendencia a la institucionalización por lo parte de su militancia ha abandonado su afiliación tradicional en CC.OO o UGT y han pasado a opciones nacionalistas tipo ELA o CIG o a otras organizaciones sindicales de ámbito estatal de mas reciente creación y teóricamente mas reivindicativas como la Confederación General de Trabajadores (CGT), si bien esta última no suele cosechar buenos resultado en las elecciones sindicales, lo que le impide acceder a las mesas sectoriales y a su vez ha sufrido múltiples escisiones.

Por otra parte, con la llegada de las transferencias sanitarias en el 2002 los sindicatos generales también han sufrido un proceso de autonomización, de manera que las respectivos organizaciones regionales han seguido líneas mas independientes que en ocasiones han chocado con los planteamientos mas centralistas que tradicionalmente seguían los órganos ejecutivos estatales de estos sindicatos y que eventualmente se ha reflejado en los resultados electorales. De manera que se puede decir que en los territorios donde el sentido nacionalista es mas fuerte y el sindicato se ha adaptado mas a la estructura autonómica es donde han conseguido mejores resultados relativos, y por otra parte en regiones como Andalucía y Extremadura, donde estas tendencias no son tan fuertes y la situación socioeconómica es peor, los planteamientos "clásicos" de los sindicatos generales les hace mantener su posición hegemónica.

En cualquier caso estos sindicatos generales tienen serias limitaciones a la hora de conseguir la representación de todos los sectores profesionales, como ya se ha apuntado, debido por una parte a su origen, obrerista y de clase lo que hace que los estamentos mas cualificados, como médicos y enfermeras desconfíen tradicionalmente de ellos, y por otra, a la necesidad que estos mismos sindicatos generales tienen de defender a los estamentos menos beneficiados laboral y económicamente dentro del sector sanitario en detrimento de los niveles salariales mas altos .

Además, sus intentos de penetración entre estos últimos esta muy limitada en la medida que carecen, por definición, de estructuras organizativas diferenciadas que permitan la discusión/reivindicación de los

problemas específicos de estos colectivos. En un intento de soslayar este escollo, UGT creo a finales de los años 80 una sección de "técnicos y cuadros" dentro de su estructura sindical pero que en la práctica no ha cuajado de manera importante en Sanidad.

En cualquier caso, el hecho diferencial mas importantes entre los sindicatos generales y los corporativos es, en general, la apuesta de los primeros por la defensa de la Sanidad Pública como servicio público y sus denuncias y posiciones, mas o menos contundentes, en contra de los distintos intentos privatizadores que de una u otra manera las "nuevas formas de gestión" y el modelo sanitario neoliberal están tratando de introducir en todas la s CC.AA. del estado español. Por el contrario, tanto las sociedades científicas , los colegios o los sindicatos corporativos son mucho mas proclives a estas nuevos modelos privatizadores y en la practica algunos apuestan sin complejos por ellos, como cuando algunos directivos de la Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria reivindican la "empresarización de los médicos" y el modelo EBA (empresas sanitaria de base asociativa) o desde los colegios y sindicatos médicos se defiende el modelo liberal del ejercicio de la profesión.

LAS SOCIEDADES CIENTÍFICAS

En España las sociedades científicas de ámbito sanitario existen solo entre los colectivos de médicos, enfermeros y farmacéuticos y en general abarcan objetivos tanto profesionales como científicos.

La pluralidad es una de las características básicas de las sociedades científicas ya que es posible su creación de manera libre, de manera que existen en varios casos más de una sociedad o asociación científica por especialidad y por otra parte hay sociedades no nucleadas alrededor de una especialidad concreta.

Según la legislación vigente intervienen sobre la formación de especialistas y el control y la regulación de la especialidad sobre todo a través de la Comisión Nacional de Especialidades, donde están representadas.

Agrupan a un número importante de profesionales y tienen especial presencia en Atención Primaria, donde desarrollan actividades reivindicativas en muchos casos parasindicales.

Las sociedades médicas en Primaria

Las sociedades científicas de los médicos de Atención Primaria nacen con la Reforma Sanitaria y el desarrollo y crecimiento de este nivel asistencial y han sido especialmente activas en los últimos años al hilo de los problemas laborales y de ubicación que desde su creación ha tenido este sector. La mas importante de ellas, la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (Semfyc) ha sido desde su creación, hace 30 años, un interlocutor preferente de las distintas administraciones sanitarias pues agrupa a la mayoría de los médicos que trabajan en este nivel asistencial dentro de la Sanidad Pública y de sus filas ha salido una parte importante de cuadros "técnicos" para las propias administraciones sanitarias. Inicialmente sus planteamientos eran de apoyo decidido a la Sanidad Pública y la medicina social y de trabajo en equipo y comunitario, al estilo de los planteamientos de Alma Ata, pero paulatinamente ha ido perdiendo este carácter y en la actualidad existen diversas tendencias en su seno siendo el sector mas predominante el "liberal" que apuesta por un ejercicio mas políticamente correcto, al hilo de los tiempos que corren, y acepta de buen grado el mercado sanitario y el ejercicio empresarial de la medicina.

Secularmente ha mantenido y mantiene una rivalidad importante tanto en temas profesionales como de representación con las otras dos sociedades existentes en este nivel, la Sociedad Española de Medicina General, que mayoritariamente recoge a los médicos sin formación MIR que ejercían en este sector antes de la llegada de la especialidad al mismo, y la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN) cuyo origen esta en los antiguos médicos de cabecera rurales pero que ha sido capaz de adaptarse relativamente bien a los nuevos tiempos.

Todas tienen estructura autonómica, mas marcada en Semfyc, una gran vinculación con la industria farmacéutica, que aporta fondos para sus actividades científicas, y suelen estar presentes como grupos de presión en las diferentes candidaturas a los colegios médicos.

En general las sociedades científicas de médicos se identifican con los sindicatos corporativos de una u otra tendencia, aunque coyunturalmente han coincidido en sus reivindicaciones con los sindicatos sanitarios de clase.

En 1994 el Ministerio de Sanidad potenció la creación de la Federación de Asociaciones Científico-Médicas Españolas (FACME) para tener un alternativa profesional a la OMC., aunque con el transcurso de los años su actividad en este sentido ha sido poco relevante y en la actualidad mantienen una línea de colaboración la institución colegial.

Las otras sociedades profesionales de Primaria

Aunque con menor intensidad, las sociedades de enfermería y farmacia también tienen presencia en Primaria buscando protagonismo a nivel laboral y profesional. En general, tienen un grado de implantación minoritario dentro de la profesión.

Dentro de la enfermería la mas relevante a nivel de representación profesional ante las distintas administraciones es la Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria (FAECAP) y sus reivindicaciones fundamentales se centran en la potenciación del papel de la enfermería dentro del equipo de Atención Primaria y sus competencias, estando centrada en los últimos tiempos en la reivindicación de la prescripción enfermera y el reconocimiento oficial, laboral y profesional de la especialidad de enfermería comunitaria.

Las más relevantes entre los farmacéuticos que trabajan en este sector son la Sociedad Española de Farmacia Comunitaria (SEFAC) constituida por licenciados que trabajan en oficinas de farmacia, propietarios o no, y que mantiene una orientación de colaboración con la Sanidad Pública, en

especial con los centros de salud de ámbito rural, y la Sociedad Española de Farmacéuticos de Atención Primaria que agrupa fundamentalmente a farmacéuticos sin oficina y que por lo general trabajan dentro de las gerencias de Atención Primaria del Sistema Nacional de Salud.

LAS ORGANIZACIONES PROFESIONALES

De la misma manera que sucede con las sociedades científicas existe un amplio abanico de organizaciones profesionales dentro del campo sanitario resultado, entre otros motivos, del anómalo panorama de la representación profesional que existe en nuestro país y de la falta de vertebración de esta, que deja en ocasiones a grandes sectores sin representación real ante las distintas instancias administrativas, sindicales o profesionales.

- En muchos casos tienen objetivos muy específicos o defienden los intereses de un sector muy concreto dentro de la profesión como es el caso de la Federación de Asociaciones de Inspectores de Servicios Sanitarios (FAISS), creada en 2004 a raíz del paso de los respectivos inspectores y subinspectores del antiguo INSALUD a la dependencia de la Consejería de Sanidad de la Comunidad Autónoma respectiva, lo que en algunos casos, como el de Madrid ha producido un proceso de retirada de sus antiguas competencias y deterioro de su situación laboral que les ha hecho movilizarse en su defensa en el último año.

Relevancia especial en el campo de la Atención Primaria ha tenido en los últimos años el movimiento Plataforma 10 Minutos que agrupa fundamentalmente a médicos de Atención Primaria en la defensa de la mejora de las condiciones asistenciales de los profesionales que trabajan en los centros de salud del SNS. Ha protagonizado diferentes paros y movilizaciones desde su creación y bajo sus siglas se han agrupado una parte importante de organizaciones profesionales y sindicales del sector (con la llamativa ausencia de CESM, que vive este movimiento como un rival en Atención Primaria) habiendo conseguido una difusión mediática y entre la población y usuarios de la Sanidad Pública muy importante. Su naci-

miento es consecuencia fundamentalmente del deterioro en las condiciones asistenciales que en los últimos años se ha venido produciendo en la Atención Primaria del país y a la tradicional falta de presencia y representatividad de los profesionales de este nivel asistencial ante la administración, situación y reivindicaciones que las organizaciones existentes no han defendido de manera contundente y la administración de turno ha obviado de manera sistemática. Su éxito ha sido dispar, así en algunas comunidades como la gallega, este movimiento ha conseguido aunar bajo un mismo paraguas a la mayoría de los trabajadores sanitarios de Primaria e iniciar una verdadera reforma de las condiciones laborales y asistenciales de esta, mientras que en otras mantiene solo una presencia testimonial. En cualquier caso, no cabe duda que la existencia de este movimiento ha contribuido de manera decisiva al renovado interés del Ministerio de Sanidad (que se ha plasmado en el documento AP XXI) y de todas las organizaciones del sector por la situación de la Atención Primaria en el país.

- En otros son organizaciones que recogen actividades, sensibilidades o ideologías que no tienen plena cabida en las organizaciones antes expuestas como es el caso de la Asociación de Médicos Progresistas o los distintos colectivos profesionales (médicos, farmacéuticos, veterinarios...) agrupados en organizaciones no gubernamentales con el calificativo común de "sin fronteras" o "del mundo".

- En general actúan como grupos de presión y las mas relevantes por afiliación e influencia son las que defienden intereses generales y suelen ser organizaciones interprofesionales: FADSP, REAP, SESPAS

- La Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública, cuya trayectoria desde su creación hace 30 años ha sido la intervención desde la defensa de lo público en la política sanitaria del país y de cada comunidad en particular. Se caracteriza por su carácter federal y progresista, su oposición activa a cualquier forma de privatización del Sistema Público de Salud, en especial a las llamadas "nuevas formas de gestión", y su independencia de las organizaciones políticas o sindicales del

sector. Agrupa a trabajadores y profesionales sanitarios de todos los niveles, que en general trabajan en la Sanidad Pública, y están interesados en la mejora de los recursos públicos y la situación sociosanitaria del país.

- La Red Española de Atención Primaria (REAP), de carácter mas científico, agrupa a profesionales de la medicina, la enfermería y la farmacia de este nivel asistencial con el objetivo de promover la formación y la investigación en este campo. Participa en debates y documentos sobre la organización y gestión farmacéutica y sanitaria, en especial sobre la colaboración público-privado en el campo de la farmacia comunitaria.

- La Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS), que agrupa a su vez a otras entidades interesadas en la actuación social y sanitaria, tiene un carácter profesional mas marcado y a ella pertenecen gestores, abogados y economistas de la salud y en general profesionales que trabajan en la administración sanitaria por lo que la influencia de las posturas y políticas sanitarias es muy relevante en sus informes y debates.

LA INFLUENCIA DE LOS PARTIDOS POLÍTICOS Y DE LA INDUSTRIA FARMACEÚTICA EN LA REPRESENTACIÓN PROFESIONAL

La influencia de los partidos políticos y de la industria farmacéutica en la representación profesional es un hecho aunque generalmente está oculto o pasa desapercibido. Se manifiesta sobre todo en las elecciones en los colegios médicos , siendo relevante a titulo de ejemplo la influencia y la utilización que la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid ha hecho de la Junta Directiva del Colegio de esta comunidad en el “caso Severo Ochoa" o el intento de copar la dirección de la OMC en la última elección a presidente del Consejo General de Colegios Médicos por candidatos afines al Partido Popular. De la misma manera la industria ejerce un papel de presión muy importante a través de Farmaindustria (la patronal del sector) y su influencia económica en las respectivas sociedades científicas, vía financiación de congresos o actividades de "formación", cuando no de colaborador directamente en la organización de

encuentros y actividades paracientíficas de todo tipo. Su interés fundamental es mantener y aumentar, en la medida de lo posible, el gran gasto en medicamentos que España tiene secularmente para lo cual utiliza, como cortina de humo, argumentos pesudocientíficos que, bien directamente o a través de sociedades u organizaciones médicas interpuestas, defienden ante el Ministerio de Sanidad e incluso en el congreso de los Diputados.

LA NECESIDAD DE VERTEBRACIÓN DE LOS PROFESIONALES

Como ya se comento antes, a pesar de la gran diversidad y pluralidad de entidades que interviene en la política y la representación profesional en el campo sanitario, o quizás debido a ello, existe una necesidad importante de vertebrar a todos los profesionales en organizaciones con objetivos comunes que respondan a sus necesidades y no fragmenten a los distintos colectivos o ignoren necesidades profesionales específicas. Su ausencia permite que desde distintos sectores e intereses se manipule la representación profesional y se aleje a estos de la participación sindical y profesional para defender sus intereses, aplicándose aquí por parte de las administraciones de turno a rajatabla "el divide y vencerás", de manera que es habitual que estas negocien una u otra propuesta con la organización mas permeable a sus planteamientos en cada caso obviando al resto.

Por otra parte la falta de cohesión entre los trabajadores y profesionales de la Sanidad Pública es clave en el desmantelamiento del Sistema Público Sanitario y la penetración de la privatización en la sanidad del país. Es especialmente importante que los sindicatos generales y organizaciones progresistas, como principales agentes interesados en el mantenimiento del servio público, fomenten una situación de colaboración mutua que permita construir un frente común a los profesionales interesados en parar la ola privatizadora y mejorar la organización y la representación profesional de esta parte de los trabajadores sanitarios.

BIBLIOGRAFIA

Sánchez Bayle M: Crisis de la Medicina y la profesión médica en España. Madrid 1995.

Vaquero LC: Sindicatos y representatividad laboral en A.P. El Médico. Informes y Gestión 16-18 de Junio. nº 1872. 2007.

Ruiz Ciruelos JL: Colegiación y acción sindical. Revista Derecho y Salud; Extraordinario XI Congreso Derecho y Salud. 1993.

Benedito Alberola J: La doble representación de los médicos. SIMAP. Valencia 2003.

Barrientos N: Nuevas amenazas para la estabilidad de los colegios médicos. El Médico. Informes y Gestión. 2001.

Barrientos N: Elecciones OMC, a la espera de un golpe de timón. El Médico. Informes y Gestión. 2001

Sánchez León A. Elecciones sindicales 2007. Diario Médico 22 de Mayo 2007.

OMC y Sociedades científicas: Los profesionales de Atención Primaria deben "empresarializarse", según expertos. El Médico nº 1813, 17/19 Marzo 2007

Rodríguez Sendin J: Los colegios de Médicos y el nuevo profesionalismo. www.elmedicointeractivo.com/docs/documentos/anuario2003/42-47.pdf

Capítulo 9

REORIENTACIÓN DE LA ACTIVIDAD SANITARIA*

"Los hombres que están siempre de vuelta
en todas las cosas son los que no han ido
nunca a ninguna parte. Porque ya es mucho ir;
volver, ¡nadie ha vuelto!"
Juan de Mairena.

INTRODUCCION

La finalidad de todo Sistema Sanitario (SS), debe ser la satisfacción de las necesidades en salud de la población bajo su cobertura. Con este norte, debe de contar con los recursos materiales, humanos y financieros, que organizados de tal modo, la actividad resultante permita cumplir las metas propuestas.

Para saber si tenemos que reorientar o no la actividad del mismo, es preciso evaluar sus resultados en salud de acuerdo a los objetivos diseñados para averiguar en que medida nos acercamos o no a la meta propuesta e introducir las correcciones oportunas.

---

* Juan Antonio Salcedo Mata. Miembro de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública, especialista en Medicina Interna, médico de Equipo de Atención Primaria. Centro de Salud "Vicente Soldevilla". Área 1-Atención Primaria. Madrid.

El objetivo que me propongo al desarrollar este capítulo, es saber si nuestro SS cumple con la finalidad previamente expresada, si sus características organizativas y recursos de los que disponen son los adecuados para ello y en que falla, para finalizar con las recomendaciones oportunas para su reorientación.

EL SISTEMA SANITARIO EN ESPAÑA: HISTORIA, CARACTERíSTICAS

Hasta los albores de la democracia (1977), nuestro Sistema Sanitario (SS) se regia por tres leyes: la establecida en 1942 que introduce el Seguro Obligatorio de Enfermedad, la de Bases de la Sanidad Nacional de 1944 y la Ley de Bases de la Seguridad Social de 1963. Estaba constituido por dispositivos diferentes repartidos en múltiples departamentos ministeriales, en ocasiones con intereses contrapuestos y en absoluto coordinados. La ordenación de los Servicios de Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social era contemplada en el Decreto 2766/1967 y se detallaba en su Reglamento general de 1972.

El modelo de Seguridad Social tenía carácter mutualista (se financiaba con las cuotas de los trabajadores) y tenía una orientación claramente reparadora y , por lo tanto, exclusivamente curativa y rehabilitadora, con tendencia a la protección universal (la población acogida en 1977 era de un 77% alcanzando la cifra de un 82% cinco años después). La Ley de Bases introduce en el modelo competencias de salud pública y asigna al estado un papel complementario respecto a la asistencia reparadora, y curiosamente, da responsabilidades a las Administraciones Territoriales para crear centros dependientes de ellas: hospitales generales, psiquiátricos y maternidades, originando una red paralela a la de la Seguridad Social, con posibilidad para trabajar en ambas a la vez. A todos estos dispositivos se añaden los de la Administración Institucional de la Sanidad Nacional que hereda los antiguos dispensarios antituberculosos, y la de los centros dependientes de la Universidad.

A nivel internacional y tras analizar los SS, se comienza a hablar de una serie de paradojas: mientras que los avances en el sector son importantes, tanto en infraestructuras como en tecnología diagnostica y terapéutica y haber conseguido aumentar la esperanza de vida de la población sobre todo por el descenso de la mortalidad infantil, la tasa de mortalidad por grupos de edad sigue creciendo debido al cáncer, los accidentes de tráfico y otras causas en relación con los estilos de vida; por otro lado, amplios sectores de la población no tiene acceso a los servicios sanitarios y muchos de ellos no se correlacionan con las necesidades de salud.

Esta desproporción entre lo que se invierte y el impacto en salud que se consigue, provoca una corriente de cambio consistente en sustituir el pensamiento clínico dominante por otro basado en la Epidemiología. La Organización Mundial de la Salud recoge este nuevo enfoque en tres eventos celebrados bajo su patrocinio: el concepto de Salud para Todos en el año 2000 en su XXX Asamblea Mundial (España es firmante de esos acuerdos), la formulación en la Conferencia Internacional de Alma-Ata en 1978 del concepto de Atención Primaria de Salud (APS) y la adopción en la XXXIV Asamblea Mundial de la Salud en 1981 de la Estrategia Mundial de la Salud para Todos en el año 2000.

Estos aires de cambio calan en amplios sectores de los trabajadores (no se traslada a la sociedad), que ante la caótica situación existente en nuestro SS, sumido en una crisis financiera y organizativa importantes, inician el debate en relación con el rumbo que ha de seguir la Sanidad. Fruto de esta necesaria renovación, es la creación del Ministerio de Sanidad (MSC), la puesta en marcha de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria dentro del Sistema de Médicos Internos y Residentes según Real Decreto (RD) 3303/78 y el de Estructuras Básicas de Salud, el 137/84.

Posteriormente y tras casi cuatro años de debate, se aprueba en 1986 la Ley General de Sanidad (LGS). En ella, se consolida la salud como un derecho de los ciudadanos, hecho que previamente estaba reconocido en la Constitución, obligando a los poderes públicos a garantizarlo. Conso-

lida un Sistema Nacional de Salud (SNS), de cobertura universal, fruto de la suma de todos los Servicios Regionales de las distintas Comunidades Autónomas (CC.AA.) a los cuales, se ha de transferir los diferentes dispositivos asistenciales del Insalud, Ayuntamientos y Diputaciones, coordinados por el Consejo Interterritorial del SNS (CISNS), y que tiene como elemento instrumental el Plan Integrado de Salud (PIS).

El eje sobre el que pivota todo el sistema es la APS, puerta de entrada al sistema y elemento coordinador del mismo, donde se desarrollan acciones de prevención, promoción, curación, rehabilitación y reinserción de forma coordinada con el nivel de Atención Especializada. Dichas acciones se llevan a cabo por el Equipo de Atención Primaria ubicado en el Centro de Salud que abarca un ámbito geográfico poblacional enmarcado en la Zona de Salud (ZS) y con amplia participación de la Comunidad. Diferentes ZS constituyen el Área de Salud como unidad administrativa básica.

Es importante destacar que este SNS está orientado a resolver los problemas de salud de los ciudadanos con base financiera y gestión públicas, profundamente descentralizado y participativo con incentivos económicos y otros, pero según cumplimiento de objetivos matriciales (tanto funcionales como programáticos), no por simple ejecución de actividades y esto dentro de planes nacionales y mediante programas también nacionales, con visión de salud pública y, con planteamientos técnicos severos y con la debida capacitación del personal. La Epidemiología supone un instrumento fundamental que permitirá evaluar adecuadamente todas las acciones de tal forma que eliminara las que no tengan un claro impacto en la salud de la población.

La LGS adopta este modelo como consecuencia lógica de la estructura y cobertura asistencial universal a la que tendía el sistema antiguo del Seguro Obligatorio de Enfermedad, y por ser el que más se ajustaba a lo explicitado en la Carta Magna, al ofrecer mayores garantías de equidad y de eficiencia macroeconómica.

En general y atendiendo a las fuentes de financiación, existen en la Unión Europea (UE) dos grandes grupos de SS: países con Sistemas de

Seguridad Social (SSS), modelo Bismarck (Francia, Alemania, Austria) financiados por cotizaciones sociales obligatorias, y aquellos que están financiados por impuestos, tipo SNS, modelo Beveridge (Reino Unido, Países Nórdicos, Irlanda, Italia, Portugal). La tabla 1 ofrece de forma comparada, las características de cada uno de ellos.

Fuente: Freire Campo J.M. Disponible en www.ugt.es/claridad/numero 7/freire.pdf

La LGS nace en un entorno internacional totalmente desfavorable marcado por el triunfo de las ideas neoliberales propugnadas por Thatcher y Reagan. La estrategia de racionalización de las políticas sociales que lleva a cabo el mundo occidental, cristaliza en los años 90 con los siguientes aspectos: ahorrar costes en el inicio del proceso concreto en cada servicio público, pasar de programas de atención a todos los que se encuentran en situación de necesidad a otros de aplicación discrecional siempre que se pueda, modificar y limitar el acceso a las prestaciones y privatizar servicios públicos, desplazando las tareas sociales a sistemas parafiscales, privados o cuasipúblicos. El Tratado de Maastricht en 1992, supone otro escalón más en la construcción de los modelos neoliberales En este contexto y de forma similar a lo que ocurre en el Reino Unido

(informe Enthoven), se crea la comisión de expertos para el estudio del futuro SNS presidida por Abril Martorell ("Comisión Abril"). Las sesenta y cuatro recomendaciones que se reflejan en su informe suponían el primer paso seriamente organizado para poner en marcha la contrarreforma sanitaria. Algunas de ellas, como la de tener presupuestos reales y ajustarse a ellos, establecer procedimientos de contabilidad analítica y definir funciones del CISNS pueden ser razonables, pero la mayoría en relación con establecer la separación entre financiación, compra y provisión de servicios, dotar a los centros públicos de formas de gestión privada y crear un mercado interno para introducir la competencia entre proveedores de servicios sanitarios, introducen mecanismos claramente privatizadores; en cambio, no hace alusión en absoluto, a la APS, a las Políticas de Salud y los Planes de Salud, a la relación entre niveles, ni a la Educación para la Salud ni a la Participación Comunitaria. A pesar de que se anulara su puesta en marcha por la controversia social que provoco, estableció las bases sobre las que se hicieron propuestas y modificaciones posteriores tanto a nivel central como autonómico, como se refleja en el RD 10/96 sobre la habilitación de nuevas formulas de gestión en el ámbito del Insalud.

La fuerte influencia en el sector de lo que el Seguro Obligatorio de Enfermedad supuso (papel ideológico e importancia política y económica, su estructura y funcionamiento vertical centrado en el modelo hospitalario como el referente y la separación entre las actividades de promoción-prevención y curativas), el contexto internacional reflejado más arriba y sus repercusiones en nuestro país, los intereses corporativos, la congelación presupuestaria (en 1982 el gasto sanitario público es el 4.97% del PIB, el total 6.6; en 1986 desciende al 4.70% con un total de 6.2; en 1991 sube al 5.3% con un total del 6.8%), y la falta de objetivos políticos claros, dan lugar al exasperante enlenticimiento en el desarrollo y prácticamente aparcamiento de la LGS.

Nuestro SNS está compuesto de diferentes subsistemas cada uno con sus características específicas y con una configuración que responde a los

intereses sociales y económicos de los diferentes agentes sociales, como sucede en todos los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE). Los diferentes subsistemas los describimos a continuación:

1. SISTEMA SANITARIO PÚBLICO, compuesto por:

1.1.- El SNS, hegemónico, con cobertura prácticamente universal (95% de la población), financiado mediante impuestos que hereda todas las estructuras de la antigua Seguridad Social.

1.2.- Las MUTUALIDADES, sistema conocido como modelo "MUFACE", que da cobertura a cerca de un 4% de los ciudadanos pertenecientes a la Administración general del estado (MUFACE), a la del poder judicial (MUGEJU), y a la militar (ISFAS). Es un sistema corporativista, financiado con aportaciones de los trabajadores (20%), y del Estado (80% sea el empleador o no), de base contractual. La entidad responsable de garantizar la cobertura sanitaria es el Ministerio correspondiente y para ello contrata con diferentes instituciones los servicios.

1.3.- Las MUTUAS LABORALES, que prestan atención a los accidentes de trabajo.

1.4.- OTRAS ENTIDADES para colectivos específicos como Defensa, la Sanidad Penitenciaria y las Empresas Colaboradoras. Estas últimas colaboran con la "Seguridad Social" asumiendo la gestión y organización de una o varias prestaciones de la Institución para todos o para unos cuantos trabajadores. Supone un 1% de los ciudadanos.

2. SISTEMA SANITARIO PRIVADO.

2.1.- COMPAÑIAS DE ASISTENCIA SANITARIA, tipo ASISA, ADESLAS y SANITAS, que dan cobertura para una serie de servicios contratados mediante póliza que se suscribe a través de médicos propios o contratados en centros también propios o concertados.

2.2.- CENTROS Y PROFESIONALES DE EJERCICIO LIBRE, que establecen concierto con el SNS o con otras Compañías, para la prestación de servicios concretos.

2.3.- COMPAÑIAS DE REEMBOLSO, el conocido seguro sanitario clásico con escasa penetración pero con tendencia al alza por las facilidades en cuanto a la elección de médico y de centro sanitario que ofertan.

Es llamativo que a pesar de la cobertura universal de nuestro SNS, existan colectivos como los incluidos en las Mutualidades (458.263 beneficiarios en Madrid, un 8.29% del censo) y Empresas Colaboradoras (50.000 efectivos), con sistemas propios que da lugar a diferencias y privilegios injustos, lo que supone una ruptura del aseguramiento y un atentado contra la equidad. Los integrantes de estos colectivos pueden elegir entre recibir la asistencia a través de estas entidades o del SNS y elegir centros de atención, a diferencia de los ciudadanos comunes que solo pueden elegir en la práctica, médico entre los comprendidos en el Equipo de Atención Primaria asignado.

La equidad e igualdad en la cobertura debe ser objetivo estratégico de cualquier SNS. El permitir dualidades en estos aspectos supone una amenaza preocupante a medio plazo para nuestro SS, máxime si tenemos en cuenta el crecimiento del número de pólizas de las Entidades Aseguradoras Privadas. Esto evita una disminución de la presión social y política (para mantener un servicio de calidad), de determinadas clases sociales que por su poder económico salen del sistema. Quien no tenga capacidad de contratación, se quedará dentro, y un servicio para pobres, se convierte en un pobre servicio. La masiva utilización de los servicios públicos, es la mejor defensa para su permanencia a largo plazo, reto político que no muchos gobiernos están dispuestos a aceptar.

En otro orden de cosas, nuestro SNS está fuertemente descentralizado. El proceso transferencial se inicio en 1981 (cinco años antes de la aprobación de la LGS y fruto más de presiones políticas que de una lógica sanitaria), pasando las competencias a Cataluña, posteriormente a Andalucía en 1984, al País Vasco y Valencia en 1988, a Galicia y Navarra en 1991 y a

Canarias en 1993, para terminar en Enero del 2002 al el resto de CC.AA. Esta descentralización es positiva en tanto en cuanto permite adaptar la atención sanitaria a las necesidades en salud de la población de una manera más real que si se hace desde las altas instancias de la Administración Central. El protagonismo principal en la realización de tal proceso se lo ha llevado el Ministerio de Hacienda y no el de Sanidad, y es lógico que así haya sido por un problema político que justifica el acelerón final del proceso (tras dieciséis años esperando, esperar algo más de tiempo, no hubiera importado). El recorte en gastos sociales fruto de los procesos de convergencia con la UE, sumió al SS en una situación caótico, y para evitar el desgaste político que esta situación ocasionaría al gobierno del Sr. Aznar, este, decide traspasar el problema a las diferentes CC.AA. Así se explica que algunas de ella, gobernadas por el Partido Popular, las aceptaran en condiciones calamitosas, caso de Madrid.

El órgano encargado de coordinar los diferentes sistemas de las CC.AA. es el CISNS que a diferencia de otros similares en la UE, caso de Suecia que cuenta con el Consejo de Salud y Bienestar que aúna responsabilidades sobre servicios sociales y sanitarios al servicio de las regiones, a tenido una actitud muy tibia en ejercer sus funciones, convirtiéndose en un órgano de disenso más que de consenso entre la oposición y el gobierno.

La debilidad de esta institución ha impedido una coordinación adecuada para el establecimiento de una política sanitaria correcta dentro de un PIS que sea consecuente con las directrices de la LGS en relación a una correcta planificación del sistema, y ha originado desigualdades en todos los ordenes, caso de Cataluña con un escaso desarrollo de la APS (60% de población cubierta), entregando gran parte del presupuesto a múltiples entidades concertadas e introduciendo nuevas formas de gestión masivas sin una evaluación adecuada y con una deuda sanitaria mas grande que la de otras Comunidades

POBLACIÓN

Las características fundamentales de la población española se centran los siguientes puntos:

1.- Aumento importante de la esperanza de vida, uno de los más altos de la UE.

2.- Tendencias crecientes con un 9,5% de aumento entre 2000 y 2006.

3.- Un alto índice de envejecimiento: El monto total estimado a 1 de Enero de 2007 es de 44.474.631 con 17 % de personas de 65 y más años de los cuales, los mayores de 74 años son aproximadamente la mitad. También uno de los más altos de la UE y con tendencia al alza. Para el año 2050 este porcentaje se estima en un 30%.

4.- Crecimiento desigual por CC.AA, siendo Andalucía, Cataluña y la Comunidad Valenciana, las que han experimentado las mayores alzas a la par que Madrid y Asturias han sufrido un descenso.

5.- Un aumento importante del número de inmigrantes, cuya distribución se desglosa en la figura 1

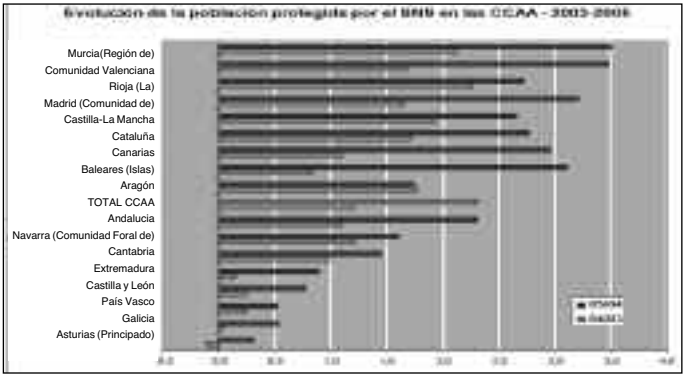
FIGURA 1. PORCENTAJE DE POBLACIÓN EXTRANJERA POR PROVINCIAS. 2006

6.- En cuanto a cobertura, el incremento según cifras aportadas en la I Conferencia de Presidentes, entre 1999 y 2005, se cifra en más de

un 10% sobre el global de la población. Las variaciones según CC.AA., se expresan en la figura 2

Todos los extranjeros sin tarjeta de residencia y no empadronados tienen derecho a la atención urgente y a la normal si se trata de embarazadas y niños menores, aunque en la práctica se atiende a todo el mundo por igual, población que no está contabilizada y sin regularizar en las leyes de Ordenación Sanitaria de varias CC.AA.

FIGURA 2.- CRECIMIENTOS INTERANUALES DE LA POBLACIÓN PROTEGIDA POR EL SNS EN LAS CC.AA.



Fuente: Observatorio del Sistema Nacional de Salud, 2005. MSC.

FINANCIACIÓN

Parece existir consenso en que el gasto sanitario público en España es uno de los mas bajos de la UE-15 (grupo de países europeos de la Unión más semejantes a España por su nivel de desarrollo). Utilizando datos de la OCDE, España es el país de la UE-15 que menos dedica a la sanidad en porcentaje sobre el PIB: 5.4% (después de Luxemburgo), un punto menos que la media de la UE. En la tabla 2 se desglosa la evolución del gasto distribuida por países miembros de la UE-15

TABLA 2: GASTO SANITARIO PÚBLICO EN PORCENTAJE SOBRE EL PIB Y POR AÑOS

PAISES/AÑO	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
AUSTRIA	5.8	5.8	5.3	5.4	5.4	5.4	5.2	5.4
BÉLGICA	6.0	6.4	6.0	6.0	6.2	6.2	6.4	6.5
DINAMARCA	6.8	6.8	6.8	6.9	7.0	6.9	7.1	7.3
FINLANDIA	5.7	5.8	5.5	5.3	5.2	5.0	5.3	5.5
FRANCIA	7.3	7.2	7.1	7.1	7.1	7.1	7.2	7.4
ALEMANIA	8.5	8.8	8.5	8.3	8.4	8.3	8.5	8.6
GRECIA	5.0	5.1	5.0	4.9	5.2	5.2	5.0	5.0
IRLANDA	4.9	4.7	4.8	4.7	4.6	4.7	5.2	5.5
ITALIA	5.3	5.4	5.6	5.6	5.6	6.0	6.3	6.4
LUXEMBURGO	5.9	5.9	5.5	5.4	5.6	5.0	5.3	5.3
PORTUGAL	5.0	5.5	5.6	5.6	5.9	6.4	6.6	6.5
ESPAÑA	5.5	5.5	5.4	5.4	5.4	5.3	5.4	5.4
SUECIA	7.1	7.3	7.1	7.2	7.2	7.2	7.5	7.9
REINO UNIDO	5.8	5.8	5.5	5.5	5.8	5.9	6.2	6.4
PROMEDIO	6.0	6.1	6.0	6.0	6.0	6.0	6.2	6.4

Fuente: Navarro V. La sanidad en España. Salud 2000. 2005. 102: 5-14.

Si utilizamos datos de EUROSTAT, el gasto público en España supone un 5.9% del PIB mientras que la UE gasta un 7.4% de media. La diferencia entre los datos de las dos Instituciones se debe a sus sistemas de contabilidad diferentes.

Si consideramos el gasto público por habitante y por unidad de poder de compra, reflejado en la tabla 3, obtendremos la misma conclusión.

TABLA 3. GASTO PÚBLICO POR HABITANTE EN UNIDADES DE PODER DE COMPRA. 1995-2002

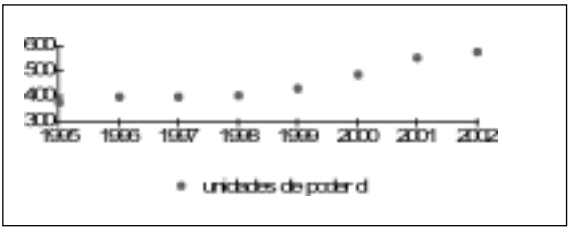
PAISES/AÑOS	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
AUSTRIA	1.322	1.384	1.294	1.362	1.441	1.495	1.490	1.551
BELGICA	1.308	1.408	1.374	1.433	1.510	1.613	1.743	1.790
DINAMARCA	1.521	1.607	1.669	1.755	1.888	1.940	2.083	2.142
FINLANDIA	1.079	1.150	1.202	1.226	1.235	1.276	1.389	1.470
FRANCIA	1.546	1.592	1.649	1.696	1.754	1.832	1.964	2.080
ALEMANIA	1.822	1.941	1.912	1.942	2.015	2.080	2.151	2.212
GRECIA	660	697	723	743	810	872	887	960
IRLANDA	865	906	1.057	1.138	1.182	1.300	1.557	1.779
ITALIA	1.100	1.153	1.230	1.293	1.339	1.474	1.602	1.639
LUXEMBURGO	1.898	1.974	1.978	2.117	2.455	2.406	2.603	2.618
PORTUGAL	676	748	801	866	962	1.091	1.173	1.201
ESPAÑA	863	905	932	990	1.056	1.069	1.118	1.176
SUECIA	1.502	1.604	1.605	1.682	1.816	1.904	2.011	2.148
REINO UNIDO	1.168	1.212	1.233	1.292	1.391	1.488	1.699	1.801
PROMEDIO	1.238	1.306	1.333	1.395	1.490	1.560	1.674	1.755

Fuente: Navarro V. La sanidad en España. Salud 2000. 2005. 102: 5-14.

Según la tabla nos gastamos 579 euros menos que el promedio de la UE-15 y según el nivel de riqueza que tenemos medido por el PIB por habitante, España detenta el 86.5% del nivel de riqueza de la UE-15, y en cambio el gasto público por habitante, es solo el 67% del promedio del gasto de la UE-15. Por lo tanto, deberíamos de gastar en relación al nivel de riqueza, 1.176 euros.

Otra característica del gasto sanitario público en España por habitante es, que no ha crecido tan rápidamente como lo ha hecho en los países de nuestro entorno europeo, con lo que se ha ido distanciando más cada vez. En la figura 3, se expresa esta diferencia con el promedio del gasto equivalente en la UE-15 en unidades de poder de compra y por años.

FIGURA 3: CRECIMIENTO DE LA DIFERENCIA DEL GASTO PÚBLICO/HABITANTE Y AÑO ENTRE ESPAÑA Y EL PROMEDIO DE LOS 14 PAÍSES DE LA UE-15 EN UNIDADES DE PODER DE COMPRA. 1995-2002.



Fuente: Navarro V. La sanidad en España. Salud 2000. 2005; 102: 5-14

Es sobre todo a partir de 1999 cuando la diferencia se hace más considerable, fruto de la restricción presupuestaria motivada por la necesaria convergencia siguiendo los criterios de Maastricht.

Otra característica interesante es que lo poco que gastamos, lo gastamos mal. En la tabla 4 observamos como se distribuye el gasto público:

TABLA 4: FRACCIONAMIENTO DEL GASTO PÚBLICO POR CONCEPTOS Y POR AÑOS

DESTINO/AÑOS	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Servicios hospitalarios y especializados	56.1	56	54.9	54.3	53.9	53.7	53.2
Servicios de APS	15.2	14.9	14.9	14.8	14.5	14.5	14.5
Servicios de Salud Pública	0.8	0.9	0.9	0.9	1.0	1.2	1.2
Servicios colectivos de Salud	2.4	2.3	2.1	2.1	2.0	2.1	2.0
Farmacia	20.2	20.8	22.1	22.3	23.0	23.2	23.3
Traslado, prótesis y aptos terapéuticos	1.5	1.6	1.4	1.5	1.5	1.5	1.4

Fuente: Navarro V. La sanidad en España. Salud 2000. 2005. 102: 5-14.

El porcentaje de presupuesto dedicado al nivel especializado (AE), es desproporcionado en detrimento del nivel de APS, con un gasto en Salud Pública paupérrimo y un crecimiento del dedicado a Farmacia muy alto y que ha crecido de manera destacable. Si analizamos la morbimortalidad, la mayoría de las enfermedades son crónicas, lo que indica que la estrategia para su abordaje debe de hacer más énfasis en atender y cuidar que en curar. Por este motivo, es necesario diluir el hospitalocentrismo y fortalecer el nivel de APS, los Servicios de Rehabilitación y los servicios de Salud Pública, hechos que presupuestariamente no se contemplan.

En relación con el gasto farmacéutico, en 2004, el crecimiento anual medio previo de un 9.72%, se ha logrado contener en un 6.72% gracias a la disminución del número de recetas (de 6.59% en 2003 a 3.4% en 2004), como por el gasto medio por receta (de 5.86% en 2003 a 2.76% en 2004). En 2005 aumento sólo en un 4.29%.

Desde el año 2001, se adopta un sistema de financiación sanitaria motivado por las transferencias sanitarias a las diferentes CC.AA.. Previamente, el Pacto de Toledo había separado la financiación de la Sanidad de la Seguridad Social, pasando la primera a depender de los Presupuestos Generales del Estado y apareciendo en estos la transferencia correspondiente a las CC.AA como transferencias sanitarias que tenían carácter finalista.

¿Cuáles son las características del nuevo modelo de financiación?

La primera, es que utiliza una base de calculo a partir de la liquidación presupuestaria de 1999 que se distribuye entre las CC.AA., a la que añade monto de población, porcentaje de mayores de 65 años y criterios de insularidad. Esta base se multiplica de acuerdo al incremento de la recaudación de los tributos afectados para valorar las cantidades anuales que reciben.

La segunda, es que establece una serie de impuestos afectados a la financiación sanitaria (porcentaje sobre el IVA, alcohol, tabaco, hidrocarburos y transporte), cuya asunción y uso depende de que se produzca la transferencia sanitaria.

La tercera consiste en la obtención de un suplemento si se ahorra en el gasto de la incapacidad transitoria que se distribuye, si se consiguen los objetivos en base a la población de cada una de las CC.AA..

La cuarta es que se aseguran unos ingresos mínimos que suponen las cantidades asignadas en el momento de hacer las transferencias incrementadas de acuerdo al con el aumento del Producto Interior Bruto (PIB) nominal, y con la finalidad de evitar que la diferente capacidad para generar ingresos de cada CC.AA. repercutiera negativamente sobre la financiación (cláusula de carácter transitorio).

La quinta es que se crea un fondo de cohesión sanitaria, sufragado por el Estado, y que tiene la finalidad de compensar los gastos originados por la población desplazada.

Los problemas que tiene el modelo son varios: primero, no se introducen variables en relación con criterios sanitarios, a lo que ha contribuido la ausencia del PIS.

Segundo, las CC.AA. Tienen una capacidad impositiva variable dependiente de su nivel de riqueza. Si el PIB per cápita medio a nivel nacional es de 20.838 euros/habitante y año, el rango va desde Extremadura con 14.051, hasta Madrid con 27.279, quedando 10 por debajo de la media. Esta capacidad diferente de generar recursos, crea una capacidad distinta para sufragar servicios sanitarios transferidos propiciando un aumento de las desigualdades territoriales.

Tercera, el tipo de impuestos afectados son impuestos indirectos, lo que penaliza a grupos de población con menores recursos económicos. Por otro lado y en relación con los que recaen sobre el transporte y la gasolina, favorece a las Comunidades de mayor extensión y con una amplia red viaria, así se ve más favorecida Cataluña con 2.24 puntos más de consumo con respecto a lo que le correspondería por población, y penaliza a otras como Andalucía y Madrid.

Cuarta, la base de cálculo presupuestario fue la liquidación presupuestaria y población según censo de 1999. La primera esta infraestimada, ya

que para que cuadraran las cifras se dejaban facturas pendientes para el próximo ejercicio, lo que podría suponer entre un 10 y un 20% de lo contabilizado. El monto de población no es real, ya que no tiene en cuenta la existente en el momento de efectuar las trasferencias ni tampoco su tendencia, como ha demostrado la realidad de crecimiento de la misma.

Quinta, el criterio de insularidad obedece a criterios políticos por la necesidad del apoyo de Coalición Canaria al Partido Popular, ya que evidentemente es muy peregrino.

Sexta, en cuanto a la IT no se consigue fácilmente una disminución real del tiempo efectivo por varias razones, entre ellas, por las esperas exageradas en los procedimientos diagnósticos y consultas con el especialista. En la práctica se ha abonado este concepto independiente del cumplimiento del objetivo.

Posteriormente, en el año 2005, el Consejo de Política Fiscal y Financiera llega a un acuerdo, con la abstención de los CC.AA. gobernadas por el Partido Popular, que ofrece pocas novedades al mantener el marco general de la financiación, pero que aporta cantidades concretas para tratar de enjugar el déficit en cantidad inferior a lo que estima Hacienda y sin garantías de que sea finalista, y aumenta la capacidad normativa de los entes territoriales para que aumenten los ingresos. Incorpora también el compromiso de revisión del modelo de financiación para el año 2007

Veremos a continuación como ha evolucionado el gasto sanitario público autonómico, cuyos datos reflejan lo comentado para todo el Estado, teniendo en cuenta que es necesario hacer la salvedad de una presunta infraestimación de la realidad, debido a que los cálculos se hacen en relación a los presupuestos aprobados sin incorporar la desviación que se hubiera producido sobre el gasto por un lado, y por otro que la base poblacional que se toma es sobre el último censo existente en el momento de la aprobación de los presupuestos (en los del 2006 el de 1 de Enero de 2005).

Tabla 5. Gasto sanitario Público autonómico/ habitante y año

CONCEPTO/AÑO	2003	2004	2005	2006
MEDIA	965.04	990.01	1054.65	1157.69
MAXIMO	1218.5 (Cantabria)	1191.17 (La Rioja)	1290.93 (Cantabria)	1411.56 (La Rioja)
MINIMO	735.1 (Baleares)	827.4 (Baleares)	914.54 (Murcia)	982.21 (C. Valencia)

Fuente: Sánchez-Bayle M. *La sanidad en la Comunidad de Madrid 2006.* Madrid. Fundación Sindical de Estudios. 2006

El crecimiento observado ha experimentado un aumento de un 19.95%, y las diferencias entre las de mayor y menor gasto se han incrementado.

En la siguiente tabla se clasifican las CC.AA. según gasto sanitario publico en 2006 ordenadas de mayor a menor.

Tabla 6. CC.AA. según gasto sanitario público en 2006, ordenadas de mayor a menor

GASTO SANITARIO PUBLICO (EUROS/HABITANTE Y AÑO)	CC.AA.
>1.200	La Rioja, Cantabria, Navarra, País Vasco, Extremadura, Aragón1.100-1.200Asturias, Castilla-La Mancha, Galicia, Canarias, Cataluña, Castilla-León
< 1.100	Murcia, Andalucía, Baleares, Madrid, Comunidad. Valenciana

Fuente: Sánchez-Bayle M. *La sanidad en la Comunidad de Madrid 2006.* Madrid. Fundación Sindical de Estudios. 2006

Hay que señalar que Madrid y Baleares con un PIB per capita elevado y ocupando las primeras posiciones en este sentido, está situadas en los últimos lugares, y viceversa, caso de Extremadura, lo que viene a corroborar que a pesar de disponer de más riqueza, gastan menos en sanidad, y además, demuestra otro hecho, y es que el gasto está determinado por la ideología de los gobernantes.

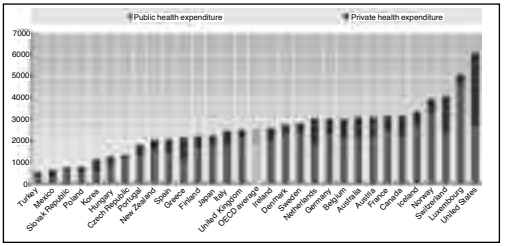
La distribución del gasto sanitario público en cuanto a los porcentajes dedicados a Atención Especializada, Primaria, Salud Pública y Farmacia sigue siendo similar al general. Los porcentajes oscilan para AE entre un 46.2 de Castilla-La Mancha y un 59.5 Madrid, mientras que para la AP van desde un 27.5 de la Ciudad Autonómica de Melilla a un 11.7 de Madrid. Los dedicados a Salud Pública alcanzan un rango máximo de 4.6% en Castilla-La Mancha y un mínimo de 0.1% para Cataluña. Los dedicados a Farmacia tienen una cota más alta de un 29% para la Comunidad Valenciana y una más baja para la Ciudad Autonómica de Melilla que ronda el 11.6%.

¿Qué repercusiones tiene este déficit presupuestario y su priorización errónea? Veamos:

1.- El escaso gasto público, explica su polarización por clase social, de tal manera que aproximadamente el 30-35% de los ciudadanos con una renta superior utiliza la Sanidad Privada, y el otro 60-65% utiliza la Pública. El crecimiento del sector privado, especialmente en Cataluña, Madrid y País Vasco, está facilitado por la desgravación del aseguramiento privado que han establecido los gobiernos conservadores del PP y el que los Hospitales Públicos tengan posibilidad de obtener fondos propios al convertirlos en Fundaciones, ofreciendo sus servicios al sector privado. De esta manera se abren pasos al mismo para la utilización de los centros públicos ya que es imposible que puedan acometer su construcción por la carestía que supone el dotarlos de tecnología y del monto de personal necesario para prestar una atención de calidad. La Atención Privada se beneficia de la Pública para prestar a sus asegurados lo que ella no puede dar, calidad cientificotécnica, ya que lo único que puede ofertar es confort y una atención más personalizada.

En la figura siguiente, según datos de la OCDE, se aprecia la evidencia empírica existente en el sentido de que a mayor gasto público menor es el gasto privado.

FIGURA 4. GASTO SANITARIO PÚBLICO-PRIVADO POR PAÍSES



Fuente: OCDE. Factbook 2007.

Ese 30-35% de población de renta superior (influyente política y mediaticamente) que asume, erróneamente, que tiene cubiertas sus necesidades de salud, no experimenta las deficiencias del Sector Público, y lo considera suficiente para las clases populares.

2.- Si asumimos que de cada 1.000 ciudadanos, 450 son atendidos por los servicios sanitarios, de los cuales 250 deberían estar en el nivel primario y 10 estarían hospitalizados en algún momento, nos daríamos cuenta que estos últimos consumen el 53.2% de los recursos sanitarios, mientras que el monto total solo consume el 16.5% del gasto público que es el que consume la AP con sus actividades de promoción y prevención, actividades más importantes que la primera a la hora de determinar el nivel de salud de un país.

3.- La escasez de recursos del nivel primario, contribuye, además, a la excesiva masificación de sus centros y evita que sus profesionales puedan dedicarse adecuadamente al desempeño de tareas de prevención y promoción. Por otro lado, el necesario trabajo en equipo para tratar de afrontar tareas organizativas y planificadoras de la actividad, está anulado por la escasez de tiempo disponible. El escaso tiempo de dedicación (uno de los más bajos de la UE-15), da lugar a visitas de carácter repetitivo como prueba el número de consultas por habitante en relación a los países de nuestro entorno por la imposibilidad de resolver los problemas, a un aumento de la insatisfacción de los ciudadanos por el escaso tiempo de dedicación (72% de quejas por este motivo, frente a un 45% en la UE-15), y a un aumento del gasto farmacéutico.

TABLA 7. NÚMERO DE CONSULTAS POR HABITANTE Y AÑO. 2002

PAÍS	NÚMERO DE CONSULTAS HABITANTE Y AÑO
AUSTRIA	6.7
BÉLGICA	7.8
DINAMARCA	7.1
FINLANDIA	4.3
FRANCIA*	6.9
ALEMANIA**	7.3
LUXEMBURGO	6.2
PAÍSES BAJOS	5.6
PORTUGAL*	3.6
ESPAÑA*	8.7
SUECIA*	2.9
REINO UNIDO**	4.9

Fuente: ECO-Salud OCDE 2004
* Datos 2001, ** Datos 2000.

TABLA 8. PORCENTAJE DE GASTO PÚBLICO DEDICADO A FARMACIA. 2002

PAIS	GASTO PUBLICO EN FARMACIA EN %
AUSTRIA	17.3
BELGICA	11.5
DINAMARCA	5.8
FINLANDIA	11.1
FRANCIA	18.4
ALEMANIA	13.8
GRECIA	20.7
IRLANDA	12.3
ITALIA	15.4
LUXEMBURGO	11.2
ESPAÑA	22.2
SUECIA	10.6

Fuente: ECO-Salud OCDE 2004

4.- La escasa potencia de la Atención Primaria, unido al hecho de la también escasez de Servicios Sociosanitarios, explica la enorme carga asistencial del nivel hospitalario y de los Servicios de Urgencia. Esta situación es muy relevante si tenemos en cuenta que el 17% de nuestra población es mayor de 65 años, lo que constituye, en la actualidad, un serio problema que desborda ya tanto el nivel de APS como al nivel espe-

cializado, al desplazar su lugar de atención a centros de agudos y no a centros de media y larga estancia. El dilema de curar-cuidar

5.- El gasto en Salud Pública es muy precario (1.2% del gasto público sanitario), y su actividad incluye intervenciones que tienen mayor eficacia en mejorar la salud de la población. La desatención en este terreno tiene un coste económico, como lo prueba el hecho de que en EE.UU. se han ahorrado 20.000 millones de dólares con la disminución del cáncer de pulmón gracias al descenso en el número de fumadores. Intervenciones en este sentido evitarían el coste elevado que tiene la mortalidad prevenible así como de los accidentes de tráfico y laborales (de los más altos de la UE), de tuberculosis (de las más altas de la UE), de intoxicaciones alimentarías y un largo etcétera.

GESTION Y ADMINISTRACIÓN DEL SISTEMA

El SNS en sus inicios y como heredero de la antigua ASSS, mantiene su estructura vertical y la manera burocrática de hacer de la Administración Pública Española. Para adaptarse a la organización territorial que planteaba la LGS y a pesar que esta apuesta al menos, por una Integración Asistencial Territorial de Área, las antiguas Direcciones de Sectorial asentadas en los Ambulatorios de Especialidades se desdoblan en dos Direcciones, una para AP y otra para AE conformes a la nueva ordenación del territorio, pasando a ocupar sus puestos en varias de ellas los antiguos directores de aquellas, pertenecientes al Cuerpo de Inspectores de la Seguridad Social, los cuales carecían de formación adecuada, y que fueron correas de transmisión de las directrices de las antiguas Direcciones Provinciales del Insalud. Esta situación ha dado lugar al mantenimiento de estructuras de gestión hospitalarias y de APS con características propias y diferenciadas sin que se haya conseguido avanzar en esa integración asistencial, convirtiéndose este hecho en uno de los problemas fundamentales del SNS. Existen, no obstante, experiencias de coordinación a nivel de la mesogestión con participación de algunos profesionales (Comisiones Paritarias de Área), sin que exista evaluación de resultados.

A finales de la década de los 80 y principios de los 90, la preocupación por la escalada de costes se convierte en el nacimiento de los planteamientos de cambio, los aspectos de calidad son importantes pero secundarios, el motor del cambio es el presupuesto.

Las principales iniciativas que se plantean, toman su ejemplo de las dos existentes en este momento: una, el modelo de Mercados Internos propuesto por Enthoven y base de las reformas emprendidas por el gobierno británico; y dos, el modelo de competencia pública de Saltman, utilizado en Suecia.

Las razones que se argumentan para defender estas reformas y que llevan en nuestro país a proponer cambios en las formas de gestión, especialmente a partir del "Informe Abril", se basan en la insatisfacción de los usuarios por el alto grado de deshumanización de los servicios, en la insatisfacción de los profesionales debido a una falta de motivación dada la ausencia de reconocimiento al trabajo bien hecho, la insuficiencia de servicios sociales con las repercusiones en la atención sanitaria, el escaso desarrollo de la APS, la gestión ineficaz y el escaso desarrollo de los sistema de información. El racionalismo planificador que se propone en la LGS con la creación de Planes de Salud y la elaboración de uno integrado, es una cuestión marginal en los debates de los principales agentes sanitarios.

Las opciones que se manejan para la gestión de la APS son múltiples y oscilan entre la descentralización en el marco de la sanidad pública hasta la creación de empresas privadas contratadas para prestar servicios públicos. Todas ellas tienen de común la introducción de la competencia y el acercar la gestión al profesional, adquiriendo una dimensión importante en este contexto, el término de autogestión. No obstante, los diferentes modelos se pueden agrupar en tres tipos:

1.- Autonomía de Gestión, modalidad que agrupa a equipos gestionados por proveedor público único (Insalud-Gestión Directa, Instituto Catalán de la Salud…), con formas de descentralización-autogestión de los mismos y sistema de competencia entre ellos.

2.- Oligopolios, Equipos de APS gestionados mediante la cesión a diferentes empresas proveedoras sin ánimo de lucro (titularidad pública), en general, gestoras de un hospital próximo, que incluye los consorcios, fundaciones y empresas sanitarias de carácter público con gestión empresarial.

3.- Cooperativas: Equipos de APS gestionados por una cooperativa de profesionales con finalidades lucrativas y comprende las Entidades de Base Asociativa.

4.- PFI: Sistema por el cual la Administración concede a una empresa privada la construcción de un centro a cambio de hacerse cargo de lo no sanitario y de unas mensualidades en concepto de hipoteca a lo largo de treinta años.

El modelo basado en la Autonomía de Gestión, tiene como finalidad el buscar modelos e instrumentos de gestión que permitan equilibrar los recursos utilizados con los resultados obtenidos, permitiendo vincular la financiación con la actividad, incentivando económicamente a los profesionales si consiguen disminuciones de gasto. La primera modalidad es la Dirección por Objetivos, que derivan posteriormente a modalidades de Contratos Programa, Contratos de Gestión, y últimamente a otro tipo Gestión Clínica, Dirección Clínica o Gestión por Procesos.

En la Dirección por Objetivos, los estratégicos y de políticas generales se fijan en el nivel administrativo el cual establece el marco organizativo y presupuestario (macrogestion); en este contexto los directivos sanitarios (mesogestión), y los profesionales (microgestión), fijan conjuntamente los objetivos temporalizados y el sistema de evaluación.

En el caso de los Contrato Programa, se pretende definir una cartera de servicios (conjunto de prestaciones de cada centro), fijar sus objetivos de actividad y calidad y determinar una financiación cuya cuantía se liga a la actividad.

Los Contratos de Gestión y en el contexto de la aprobación del Plan Estratégico del Insalud (similar a la reforma conservadora en el Reino Unido), se articulan las relaciones entre compradores (Direcciones Provinciales) y los proveedores de servicios (gerencias de APS y AE), los cuales, a su vez, establecen contratos funcionales con los diferentes Servicios hospitalarios y los EAP.

Por Gestión Clínica entendemos el mejor uso de los recursos humanos, tecnológicos, intelectuales y organizativos para el mejor cuidado de los pacientes, actuando a nivel del paciente, del proceso asistencial o de la Unidad que se trate, mediante la organización de los profesionales en Unidades Clínicas.

Estas Unidades Clínicas son asociaciones de profesionales que voluntariamente deciden asociarse para prestar sus servicios según una cartera previamente definida por los niveles superiores con unos criterios de calidad previamente definidos y unos objetivos previamente pactados y explicitados en un 50 % por dicho nivel y el otro por los profesionales. Sobre la base de un presupuesto independiente y exclusivo para esa Unidad, esta asume la gestión de personal (capítulo I), de gastos generales, comunes, de material fungible,... (capítulo II), farmacia (capitulo IV) y costes de interconsultas y pruebas complementarias. Los incentivos se fijan inicialmente y su consecución va ligada a la de los objetivos pactados.

Las características de los otros modelos se analizan en la tabla de página siguiente.

TABLA 9. CARACTERÍSTICAS BÁSICAS DE CONSORCIOS, FUNDACIONES Y SOCIEDADES MERCANTILES

ENTIDADES	CONSORCIOS	FUNDACIONES	SOCDAD. MERCANTIL
NATURALEZA	Pública	Privada	Privada
CARACTER	Asociativo	Patrimonio afectado a entidad	Capitalista
REGIMEN JURIDICO	Administrativo	Privado	Privado
REGIMEN CONCIERTO CON ADMON.SANITARIA	Excluido Ley de Contratos Admones. Públicas (LCAP)	LCAP	Puede quedar excluido LCAP
REGIMEN PERSONAL	Laboral	Laboral	Laboral
REGIMEN CONTABLE	Público	Mercantil	Público con adaptación a legislación mercantil
CONTROL ECONOMICO	Auditoría	Auditoría	Auditoría
BENEFICIOS E INCENTIVOS FISCALES	Exención IB, IAE o IBI	Exención IB, IAE o IBI	----------
ORGANOS DE GOBIERNO	Consejo Rector de Administración	Patronato	Junta General y Consejo

Fuente: Canals J y cols. *La atención primaria en España.* Madrid. Federación de Sanidad de CCOO. 2002.

Las ventajas e inconvenientes que tienen estas alternativas se resumen en la tabla 10.

Los trabajos efectuados sobre la eficacia de estas formas de gestión, han sido negativos, y no está demostrado que mejoren la atención, empeorándola en algunos casos, con unos costes para el sistema público superiores a los que tendría si el mismo acometiera y gestionara los centros.

Por otro lado, una parte importante de las reformas emprendidas, se ha dirigido a la unificación de la gestión de los niveles asistenciales, modelo conocido como Gerencias Únicas (GU), que podría corresponder con el conocido en la bibliografía internacional como Organización Sanitaria Integrada (OSI).

La OSI constituye una red de servicios de salud que ofrecen una atención coordinada a través de un conjunto de prestaciones a una población y que se responsabiliza de los costes y resultados en salud de la misma. Han aparecido en países con SS muy fragmentados como EE.UU. y en aquellos con

Tabla 10. DESCENTRALIZACIÓN/AUTOGESTIÓN EN APS: VENTAJAS E INCONVENIENTES

VENTAJAS	INCONVENIENTES
- Mejora la productividad y la eficiencia de los EAP.	- Uso de recursos sin considerar necesidad. - Inequidad en el acceso a los servicios.
- Favorece el desarrollo de nuevas competencias.	- Selección adversa de pacientes.
- Mejoran las habilidades de los profesionales.	- Ineficiencias a corto plazo.
- Aumentan la capacidad de resolución.	- Incremento de los costes de transacción, burocracia y facturación.
- Incrementa la oferta de servicios.	- Fragmenta la APS en pequeñas unidades. - Se facilita la privatización.
- Ejerce una función reguladora en el SS.	-Se pierde la capacidad de regularel mercado sanitario
- Disminuye la derivación de pacientes a los servicios especializados.	- Aumentarán las desigualdades según - Pérdida de independencia del profesional.

Fuente: Palomo L. Innovaciones estructurales y organizativas en atención primaria. Salud 2000. 2004; 99: 11-15

SSS en los se han integrado aseguradoras y proveedores en organizaciones de competencia gestionada *(managed care)* que compiten por los afiliados.

A pesar de que existe limitada evidencia en relación con su valor, esta apunta a que las estrategias que garantizan la continuidad de la atención entre los diferentes niveles, mejoran la calidad y la eficiencia del servicio.

En nuestro país, y con un sistema desequilibrado, que sigue manteniendo el Hospital como centro del SS, puede tener su instauración, riesgos evidentes. En la tabla siguiente, se muestran los posibles riesgos y oportunidades de mejora.

Tabla 11. RIESGOS Y OPORTUNIDADES DE MEJORA DE LOS SISTEMAS DE GU

RIESGOS	OPORTUNIDADES DE MEJORA
• Mayor desequilibrio de recursos entre niveles a favor de AE. • Menor peso de la promoción de la salud y de la prevención. • SS menos orientado a los problemas de salud. • Atención menos centrada en el paciente. • Mayor centralización de las decisiones. • Menor participación de los ciudadanos y de los profesionales. • Investigación menos centrada en los problemas de salud.	• Posibilidad de cambio. • Mejor coordinación asistencial. • Economías de esacala. • Sistemas de información comunes. • Mejor utilización de Recursos Humanos. • Mejor implantación de guías de actuación y protocolos conjuntos. • Gestión de

Fuente: Pou J y cols. Gerencia Única: una ilusión sin evidencia. *Disponible en* http://www.svmfyc.org/Noticias/doc/Noticia 1.doc

En la siguiente tabla, se recogen la experiencia que existe en las diferentes CC.AA., con la salvedad de su inexistencia en el País Vasco, Castilla-León, Murcia y Cantabria. En Madrid existe sobre el papel y están pendientes de desarrollar.

Las características que se analizan para la elaboración de la tabla, son: Ubicación de las GU en el Hospital o no (UH), existencia o no de Dirección de APS (DAP), Integración de servicios sanitarios, socio sanitarios y de salud pública (IS), existencia o no de presupuesto para APS (PAP), existencia de flujos financieros entre niveles (FF), existencia o no de movilidad entre los profesionales (MP), existencia de SI compartidos (SIC), si hay o no limitación en la petición de pruebas complementarios por parte de los profesionales de APS (LPC), si existe o no guías de actuación de procesos integrados (GA), y si se ha realizado o no evaluación de la experiencia (EE).

Tabla 12. CARACTERÍSTICAS DE LA GU SEGÚN CC.AA.

CC.AA.	UH	DAP	IS	PAP	FF	MP	SIC	LPC	GA	EE
ANDALUCIA	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si	Si	Si	No
ARAGÓN	Si	Si	+/-	Si	?	No	No	No	No	No
ASTURIAS	Si	Si	+/-	Si	No	No	No	Si	Si	+/-
BALEARES	Si	Si	No	No	No	?	No	Si	?	+/-
CANARIAS	Si	+/-	No	Si	?	+/-	No	Si	Si	No
CASTILLA-LA MANCHA	Si	Si	No	No	No	?	Si	Si	No	No
CATALUÑA -ICS -No ICS	 No Si	 Si ?	 No +/-	 Si Si	 ? ?	 No No	 No No	 No No	 Si Si	 No No
VALENCIA	Si	Si	No	No	?	No	Si	Si	Si	No
EXTREMDURA	No	Si	No	Si	?	Si	Si	Si	No	No
GALICIA	Si	No	No	Si	Si	No	No	Si	No	No
LA RIOJA	Si	Si	No	No	?	No	No	Si	No	No
NAVARRA	?	Si	No	Si	?	No	Si	No	No	No

Fuente: Pou J y cols. Gerencia Única: una ilusión sin evidencia. Disponible en http://www.svmafyc.org/Noticias/doc/Noticia 1.doc.

Leyenda: +/- significa parte y no el todo o están pendientes de realizar; ? Sin información sobre este punto.

La mayoría de las GU dependen directamente del Servicio de Salud, salvo en Cataluña, Valencia y La Rioja. En la primera, según se trate de ámbito Instituto Catalán de la Salud (ICS) o no; en la segunda, hay que

tener en cuenta que existen Áreas gestionadas por empresas privadas; en la última, depende del Hospital

Las lagunas existentes se debe a la metodología de trabajo seguida para la obtención de los datos, consistente en aportación de los mismos a través de las Sociedades Federadas a SEMFyC y sus profesionales, según consta en la fuente de referencia.

Estas experiencias y la floreciente cultura de gestión que suponen, sin parangón en ningún otro campo del sector público, no ha ido acompañada de la suficiente reflexión y toma de decisiones para el buen gobierno del sistema y de sus centros sanitarios, con la finalidad de dotarlo de una adecuada autonomía de gestión y de la especificidad que exige un sector tan complejo y especializado.

Es importante destacar, problema del que ya se ha hecho mención más arriba, la debilidad del CISNS. Este órgano institucional dependiente del Ministerio de Sanidad y Consumo, debería erigirse en el director de la política sanitaria y elemento coordinador de los diferentes servicios de salud de las distintas CC.AA., elaborando un sistema de información acorde con las necesidades que comporte un PIS.

También comentar la falta de profesionalidad de nuestros gerentes y su dependencia jerárquica, ya que no tienen que responder ante órganos colegiados de gobierno, como ocurre en otros países de nuestro entorno, y si ante el político que los nombro, lo que introduce un sesgo ideológico claro en la manera de hacer su trabajo sin que este guarde relación necesariamente, con las necesidades de salud.

RECURSOS HUMANOS (RRHH)

Los recursos humanos del SNS constituyen su principal activo por diversas razones: Por su cantidad y consumo presupuestario (43.·% del presupuesto sanitario público para 2003); porque sus actuaciones determinan un importante consumo de recursos, y por tratarse de un personal con una alta calificación con alta tasa de especialización y con necesidades continuas de formación.

Sus necesidades se han planificado, al menos en APS, según un número de población estimado suficiente y de forma arbitraria por profesional sin tener en cuenta otras variables, criterio que se ha extendido a las unidades de apoyo. La aprobación reciente de las Leyes del Estatuto Marco y la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias que tienen como finalidad el establecer condiciones homogéneas y un marco básico de relaciones laborales y profesionales aplicables a todas las CC.AA., no han podido probar sus efectos.

La cuantía de efectivos según este criterio y su evolución, se muestra en la tabla 13 para Médicos de Familia (MF), Pediatras (PP), Enfermeras (EF) y Auxiliares Administrativos (AA), y por años, según MSC y con los ratios de población respectivos.

Tabla 13. EVOLUCIÓN DE RR.HH. TOTALES POR AÑOS Y RATIOS DE POBLACIÓN ASIGNADOS. NIVEL DE APS

TIPO/AÑO	2004	2005	2006
MF POBLACION/MF	25.080 1484 (2.128-620	26.055 1.447 (1.983-621)	26.150 1.379 (2.475-471)
PP POBLACIÓN/PP	5.574 1.030 (1.928-470)	5.824 1.038 (1.971-456)	25.690 1.698 (3.143-926)
EF POBLACIÓN/EF	25.045 1.710 (2.520-924)	25.690 1.698 (3.143-926)	26.947 1.567 (2.498-619)
AA* POBLACIÓN/AA	-----**	-----**	13.930 3.031(7.908-1.066)

Fuente: MSC (página Web), y elaboración propia. (*) hay CC.AA. que disponen de dispositivos ajenos para dar citas ("call centers"). (**) datos no reflejados por la fuente.

Las cifras resultan poco creíbles por varios motivos: uno, la población de referencia para hacer el cálculo es la existente a primero de Enero del año previo; dos, la población con tarjeta sanitaria es inferior a la censada; y tres, existe un número de población extranjera que se atiende y no figura en el censo oficial, que suele ser un 2% más sobre la total.

En el estudio comparativo entre las CC.AA., elaborado por la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública, la media de población por MF es de 1.838 a nivel estatal con unos márgenes que oscilan entre 2.478 (Baleares) y 1.082 (Castilla-León), para el año 2004 con población a 1 de Enero de ese año. El número total de RR.HH. por 1.000 habitantes ronda la cifra de 9,77 con un margen que oscila entre 13,78 (Navarra) y 6,46 (Cataluña).

La distribución de los recursos no es concordante con el hecho de ser la APS el elemento clave del SS, en los años reflejados en las siguientes tablas:

Tabla 14. PROPORCIÓN DE MÉDICOS DE APS Y AE EN ESPAÑA Y EUROPA, 1985-1997

	1985		Diferencia	1997		Diferencia
	España	UE	España/UE	España	UE	España/UE
% MEDICOS AE	82.2	66.1	20	76.2	60.9	20
% MÉDICOS APS	17.4	33.9	20	23.8	39.1	20

Fuente: Martín García M. Papel del Sistema Público de Salud y de la Atención Primaria en la próxima década. Salud 2000. 2005; 103: 8-13

Para el año 2003, según MSC en su informe sobre el SNS (2005), existen 29.428 Médicos en APS y 54.298 en AE, lo que supone un 35% y un 65% respectivamente.

Si comparamos los gastos de personal (Capítulo I), con el de inversiones y farmacia, veremos que el destinado a personal va disminuyendo.

Independiente de la disparidad de las cifras por cuestiones metodológicas, la realidad del día a día pone en evidencia la necesidad de aumento

Tabla 15. PROFESIONALES SANITARIOS POR MIL HABITANTES SEGÚN CC.AA.. 1999

	MÉDICOS APS	ENFERMERAS APS	MÉDICOS TOTAL	ENFERMERAS TOTAL
ESTADO	0,6	0,6	1,6	2,4
INSALUD	0,5	0,6	1,6	2,5
ANDALUCIA	0,6	0,5	1,8	2,6
PAÍS VASCO	0,5	0,6	1,5	2,2
CANARIAS	0,5	0,5	1,5	2,1
CATALUÑA	0,6	0,6	1,3	1,5
GALICIA	0,6	0,5	1,8	2,5
NAVARRA	0,7	0,8	2,3	3,1
VALENCIA	0,6	0,6	1,7	2,6

Fuente: Martín García M. Papel del Sistema Público de Salud y de la Atención Primaria en la próxima década. Salud 2000. 2005; 103: 8-13.

de personal, tanto para los estamentos habituales como para el personal de apoyo, consecuencia de una falta de planificación en relación con criterios de necesidades en salud. Por otro lado la perdida de peso relativo del personal de enfermería es más que evidente, ya que si antes se aceptaba que por cada médico era necesario ubicar una enfermera, en la actualidad su número se está disminuyendo (las cifras expresadas reflejan este hecho), pasando a atender diferentes cupos de población de médicos distintos, hecho sin sentido si se tiene en cuenta que quien mejor cuida es este estamento si se tiene en cuenta el grado de envejecimiento poblacional, sobre todo si, además, tenemos en cuenta la carencia de servicios sociosanitarios. Otro hecho paradójico, es que se siga manteniendo personal de enfermería infrautilizado realizando labores administrativas, caso

de las enfermeras de los Centros de Especialidades, dadas las necesidades de este estamento en APS por la razón antes mencionada.

Las malas condiciones laborales (masificación de los centros), la inestabilidad en el empleo y los bajos emolumentos en relación con otros países de la UE, han facilitado la emigración de trabajadores a Portugal, Francia, Inglaterra y Suecia, hecho que ha contribuido a aumentar la escasez de RR.HH. en el nivel primario de una manera importante. Si años atrás, todas las plazas ofertadas para hacer la Especialidad de Medicina de Familia, no satisfacían la demanda, en la actualidad no se cubren en su totalidad, lo que traduce el escaso atractivo que tiene el nivel de APS por la situación a la que se le ha hecho llegar. Comunidades como Castilla-La Mancha, Castilla-León y Extremadura, están ampliando la búsqueda y contratación de profesionales de otros países.

La pluralidad de las formas contractuales es muy diversa, y no es raro encontrar en una misma CC.AA. ocho o diez situaciones distintas para un mismo estamento, lo que provoca una dispersión en el abanico salarial que puede alcanzar hasta 15.000 euros anuales para algunas categorías.

En otro orden de cosas, es inexplicable la posibilidad de no dedicación exclusiva al SNS (las CC.AA. Gobernadas por el Partido Popular, han ido eliminando progresivamente este complemento), lo que impide un mejor aprovechamiento de los recursos públicos, una falta de optimización de los centros, y un parasitismo del sector público por el sector privado (hecho que tiene trascendencia ante el fenómeno de las listas de espera).

La desmotivación de los profesionales y el síndrome del quemado, alcanza porcentajes alarmantes, sin que los sistemas de incentivos logren revertir la situación, todo lo contrario, desgastan más al que mejor y más trabaja y premian al que trabaja lo imprescindible.

La carrera profesional es otro aspecto que tiene características muy distintas según las CC.AA. de las que se trate. El debate sobre este tema se centra en si se liga a la dedicación exclusiva o no, el carácter de retroac-

tividad o no en su aplicación, si se relaciona o no con aspectos científicos o con la antigüedad y se une a aspectos evaluativos bien propios o ajenos al sistema.

La participación de los profesionales en la gestión, no pasa de ser un compendio de buenas intenciones sin que se materializa en la práctica. En APS, los puestos de coordinador, responsable de enfermería y de la jefatura de equipo, se ha convertido en una descarga de trabajo para los equipos directivos de las Áreas en las personas que los representan y no disponen de autonomía ni de medios para un correcto desempeño, hasta tal punto que cuentan con una asimetría de información a la hora de negociar los contratos programas o de gestión, importante, motivo por el que las negociaciones no son de igual a igual y se utilizan como meros trasmisores de las directrices de la Dirección. En AE, la supresión de las Juntas de Gobierno por RD 521/87 que podían suponer un órgano de rendición de cuentas de los gerentes, no se ha sustituido por ningún otro equivalente. El lema de hacer gestores a los clínicos y clínicos a los gerentes para buscar un terreno intermedio de comunión real de intereses, no está establecido en la práctica.

PARTICIPACIÓN CIUDADANA

A pesar de estar claramente refrendado en la Constitución, en la LGS y en las leyes de Ordenación Sanitaria de las respectivas CC.AA., la realidad es el relego al olvido de este hecho.

Es notorio que, en los inicios de la reforma, el debate que surge para ver que tipo de modelo de SS se quería adoptar, se da más en ambientes profesionales que en el conjunto de la sociedad española, lo que supuso un detrimento en aras de su legitimación. El haber dispuesto de una amplia base social como sustento del SNS en ese momento, hubiera supuesto la mejor defensa para su supervivencia en detrimento de las nuevas corrientes privatizadoras de lo público.

La bibliografía esta salpicada de múltiples experiencias de participación que con el devenir de los años y sin el respaldo de una autentica voluntad política, unido a la masificación que solo permite dedicación a la actividad curativa, han ido decayendo hasta casi su desaparición.

En la actualidad, la relación ciudadanos y sistema sanitario puede revestir dos formas: una, que supedita la participación a la resolución de los problemas detectados por los técnicos en la que los ciudadanos acuden bien en calidad de oyentes o bien como elementos activos pero con papel subalterno, colocando en el centro de atención al sistema sanitario; y dos, en la que se considera al ciudadano como cliente o elemento que consume un servicio, y como tal, se le permite, en el mejor de los casos, ofrecer su opinión a través de foros o encuestas, estando el centro en las necesidades de los gerentes.

De los diferentes estudios y encuestas que abordan la relación mencionada, se pueden obtener las siguientes conclusiones:

1.- Los temas relacionados con la salud, son prioritarios para los españoles.

2.- No existe un claro conocimiento de los riesgos a los que está sometido el SNS: su privatización. Otros, como las listas de espera, la masificación de los centros y el exceso de gasto farmacéutico, se detectan mejor.

3.- Existe la sensación de que se dispone de poca información y escasa implicación en la participación y toma de decisiones. La información parte de los profesionales y de los medios de comunicación, con una actitud pasiva por parte de los ciudadanos.

4.- La atención que se presta es buena, pero se reivindica mayor calidad, información y accesibilidad.

5.- Se refleja un bajo nivel asociativo en torno a temas sanitarios.

6.- Se detecta un perfil de consumidor de servicios sanitarios entre los más jóvenes, los cuales, consideran a la sanidad un aspecto más del mercado.

Otros rasgo destacable en relación a la cobertura asistencial, es que ninguna CC.AA. resuelve la atención a los inmigrantes no regularizados. Por otro lado existe el defensor del paciente, a veces nombrado por la propia Administración Sanitaria y dependiente de ella (Baleares y Madrid), y a veces nombrado por los Parlamentos regionales (Castilla-La Mancha), o bien por el Consejo Regional de Consumidores y Usuarios (Extremadura).

PROCESO ASISTENCIAL

En la actualidad, y fruto de la escasa importancia que tiene la sanidad desde una perspectiva global en la agenda de los políticos, se sigue manteniendo un modelo centrado en el hospital y en el desarrollo de actividades curativas en lugar de estar orientado a la resolución de problemas. El modelo basado en el concepto salud comunitario que tiene como centro la APS, parece abandonado. La dedicación a tareas de salud pública, prevención y promoción de la salud, es prácticamente inexistente, y la aplicación del método epidemiológico, sigue siendo un sueño. En cambio, se alardea y se publicita con grandes medios que somos el primer país en trasplantes, cuando lo mejor quizás sea tener que disminuir su necesidad a números más razonables aplicando medidas preventivas.

La burocratización de la asistencia que originan consultas llenas de papeles y de trámites (30% del tiempo de los profesionales), la mala coordinación entre los niveles asistenciales y la escasa resolución de la APS por las cortapisas que se la ponen para el desempeño de su actividad, son problemas añejos que no se resuelven nunca.

¿Qué decir de los planes de salud (PS), como instrumentos sobre los cuales basar la actividad asistencial?. Estos nacen al amparo de la LGS fruto de la corriente que nace en los años 70 como necesidad de reorientar los SS con la finalidad de conseguir un mejor aprovechamiento de los recursos para reducir las cuantiosas inversiones sin conseguir mejorar el impacto en la salud. Los PS se basan en el análisis de las necesidades en

salud de la población, establecen prioridades, elaboran objetivos e indicadores, establecen líneas de actuación, asignan recursos, distribuyen actividades y tareas entre los profesionales y evalúan lo conseguido para ver en que medida se ha cumplido lo inicialmente previsto.

Dado que la salud depende de factores que son ajenos al propio SS, pretendían fomentar políticas intersectoriales que cambien los determinantes de los problemas de salud por un lado, y por otro, reorientar las intervenciones del propio sector de acuerdo a su impacto en salud de las acciones ejercidas, potenciando la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y reforzando la APS como nivel clave para su consecución.

A lo largo de los años 90, se elaboran veintiséis documentos catalogables como PS. El MSC pone en evidencia la heterogeneidad de esos documentos y el escaso cumplimiento del RD que obliga a su puesta en marcha en los aspectos operativos y de implicación de recursos, por lo que la elaboración del Plan Integrado de Salud se torna técnicamente imposible debido a la diversidad de formatos, orientaciones y abordajes a los problemas de salud. Adolecen de priorizaciones claras, ambigüedad, uso de la programación diferida sin reconocer las barreras intersectoriales y el escaso poder de las administraciones sanitarias para influir en otros sectores ni cuales de estos está implicado, no se especifican adecuadamente los tiempos ni la asignación de tareas y solo en un 16 % se hace mención o compromiso para una implementación de recursos; también es notorio que en menos de un 10% exista una buena confección científica expresada en el manejo comparativo de la información sobre el problema y en la aportación de evidencia sobre los cursos de acción recomendados.

¿Qué razones conducen a su abandono?. Independiente de las dificultades técnicas encontradas, una razón es que nacen en un contexto que camina en otra dirección por la introducción del "incrementalismo adaptativo"; de la reforma social consciente y deliberada se pasa al mantenimiento de sistemas. Por otro lado, tanto en el mundo de la empresa como en el de la función pública se genera un fuerte debate sobre los efectos

negativos de la planificación racionalista; en ambos, se plantea dejar de mirar al documento y trabajar más en términos de los procesos de cambio y transformación de las organizaciones. Curiosamente, nadie quiere impugnar su racionalismo y siempre se les invoca en las respectivas Leyes de Ordenación Sanitaria.

RESULTADOS

En general, se dice que nuestro SNS es uno de los mejores del mundo, acuérdese el lector de aquella frase: "España va bien, y Cataluña mejor". Si así fuera, lo estamos consiguiendo a unos precios muy bajos, lo que es francamente milagroso. Sin embargo, los datos del Barómetro Sanitario ponen en evidencia que lo mejor valorado es la calidad del personal (gracias a los trabajadores, el SNS va funcionando), y la del equipamiento y medios tecnológicos, y peor las variables en relación con la accesibilidad y calidad de la atención. Por este motivo, es necesario ser autocríticos con nuestra propia realidad y evitar que los árboles no nos dejen ver el bosque.

Por un lado, el Sistema de Información Sanitario (SIS), disponible se ha preocupado de tener datos de actividad prácticamente al día, relegando los de carácter epidemiológico y que son los que tienen más interés para la resolución de problemas. En la actualidad, el MSC, a través del CISNS, siguiendo las líneas establecidas en la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, está desarrollando un SIS que se gestionara con un enfoque integral por medio de la creación de unos indicadores claves que permitan establecer estadísticas que satisfagan compromisos nacionales e internacionales, recabando información tanto del sector público como del privado. La finalidad es capacitar al SNS de la información necesaria para medir la efectividad, la eficiencia y la capacidad de respuesta del sistema. Los indicadores claves están agrupados en torno a la población y sus características, a su estado de salud, a los factores determinantes, al propio SS, a la utilización de servicios, al gasto y a la calidad y resultados de la atención sanitaria.. Al mismo tiempo establece un sistema de mantenimiento de los mismos y completara el enfoque al incor-

porar otros en relación con la prestación farmacéutica, salud alimentaria, salud medio ambiental y otras vertientes de la Salud Pública, del ámbito del consumo y del sector socio sanitario.

Mientras se consolida el SIS, es de esperar que se abandone de una vez por todas la medición de la actividad sanitaria de cartera de servicios y sustituirla por otra centrada en los resultados clínicos. Se admite, de forma sorprendente, que la evaluación de la actividad a través del proceso de cartera de servicios, conducirá a una mejora del resultado. Se olvidan nuestros gestores que ni los criterios de medida son científicos, ni estables, ni sensibles, ni tiene crédito entre los profesionales y que solo objetivan que un registro se ha realizado, pero no dicen nada en relación con la calidad de la atención que se dispensa. Es muy probable que en un futuro, se introduzcan indicadores sensibles a la intervención médica del nivel primario, como la mortalidad innecesariamente prematura y sanitariamente evitable (MIPSE), o bien la medición de la efectividad a través del análisis de los problemas de salud sensibles a cuidados ambulatorios (ACSC), y similares a la hospitalización evitable.

El MSC sintetiza en un documento la situación del SNS (2005), en el cual, incluye datos poblacionales, de infraestructura, equipamiento, personal y utilización de servicios, recursos económicos y gasto, satisfacción con el sistema sanitario y situación de salud y estilos de vida., muchos de los cuales ya se han comentado más arriba. Remitimos al lector interesado a su lectura con las salvedades ya comentadas en relación con la actualización de los datos epidemiológicos y la necesidad de introducir nuevos indicadores, a pesar de lo cual, nuestra situación es buena si los comparamos con los de la UE.

¿Qué piensa nuestros ciudadanos de nuestro SS?. Si examinamos los resultados reflejados en el "Barómetro Sanitario" de los últimos tres años, 2004, 2005 y 2006, la sanidad es uno de los sectores que más preocupa a los españoles, y para ellos, su funcionamiento es bueno pero con la necesidad de introducir algunos cambios, respuesta a la que se han adherido más personas a lo largo de los períodos mencionados (47,1 en 2004 hasta

50,5 en 2006). La puntuación que le conceden en relación con la satisfacción de su funcionamiento, raya en un aprobado, cifra que se mantiene entre un 6,12 y un 6,23 (previamente los índices agregados de satisfacción eran superiores con valores iguales a 7 o superiores). La elección entre público o privado, se decanta más hacia lo primero en relación al uso de la APS, ingreso en Hospital y el acudir a urgencias y muy similar en los que respecta a las consultas de especializada; la razón que aducen para ello es la disponibilidad de medios tecnológicos y la capacitación del personal sanitario, valorando los motivos de confort, rapidez de atención y trato, como causas para elegir lo privado.

Por niveles asistenciales, lo que valoran en APS es la cercanía de los centros, su horario y la atención del personal y menos el tiempo de dedicación y el de espera para entrar en consulta. Este patrón se repite para la AE, pero valorando mucho peor que en el anterior nivel los últimos aspectos en los que se incluye el tiempo en realizar pruebas diagnosticas. En lo que respecta a los Servicios de Urgencia, utilizan más los del hospital, es el ciudadano quien decide ir por sus propia iniciativa y alegan como motivos, la no coincidencia con el horario de su médico de familia y por la gran capacidad de resolución que tiene; como para los anteriores, la atención fue buena o muy buena mayoritariamente.

La Administración Sanitaria suspende clamorosamente en cuanto a la información que presta en relación con los servicios, derechos y vías de reclamación, medidas y leyes adoptadas por las autoridades, y recibe un aprobado justo en la que ofrece a través de las campañas y sobre los trámites a realizar para acceder al especialista o ingresar en un hospital.

Las listas de espera son otra fuente habitual de insatisfacción con el SNS, hecho que también está ocurriendo para acceder a la consulta del MF (2 a 4 días según épocas). Las reclamaciones se agrupan en torno a este aspecto y al de la facilidad para conseguir cita telefónica, preferentemente.

RECOMENDACIONES PARA UNA REORIENTACIÓN

A la vista de lo escrito con anterioridad, uno tiene la sensación de estar dando bandazos continuamente; es como si el SNS siguiera el camino inexorable del péndulo; ahora hacia un lado, luego hacia el otro. La consecuencia de este balanceo es el estar permanentemente ejercitando su defensa para tratar de tener un norte hacia el que caminar. Esto no supone, bajo ningún concepto, el estar cerrado a nuevas experiencias; si supone mantener posiciones críticas, evaluar las experiencias nuevas y adoptarlas si así se demuestra su bondad.

Digo esto, por que en mi experiencia, el hablar de un sistema totalmente público, de los principios de Alma-Ata, de planes de salud, de promoción y prevención, de participación ciudadana y de resultados en salud, supone no estar de moda, sin más, así de fácil y sin argumentos lógicos, o zanjar el problema con la respuesta de que esto es una "cuestión de ideología".

A tenor de lo expuesto, parece lógico plantear las siguientes recomendaciones:

1.- Es necesario aprender de la historia. La Sanidad ha de recuperar un puesto importante en la agenda de los políticos los cuales, han de tener firme voluntad en apostar por desarrollar e implementar lo que aprueban, y huir de la Administración burocrática y vertical de la antigua ASSS. Al mismo tiempo, deben de buscar alianzas en la sociedad que es la que en última instancia legitima con su uso las cosas.

2.- Hay que tratar de pactar una manera única de hacer política sanitaria sin que se cambien según quien gobierne.

3.- Desarrollar ampliamente el modelo de SNS tal y como la LGS describe, dado que los sistemas que lo adoptan garantizan más los principios que en ella se reflejan y a un costo más bajo.

4.- El MSC y el CISNS deben ser los organismos que desarrollen esa política sanitaria, tanto en sus aspectos intersectoriales como propios,

y ejerzan de verdad la coordinación adecuada del SNS con la finalidad de limar las desigualdades que ya existen y se presumen mayores de seguir así las cosas.

5.- Es imprescindible el establecer el PIS que fije los objetivos para todo el SNS y que sirvan de referencia para la asignación de recursos humanos, de infraestructuras y de financiación adecuada, con un sistema de información que mida los resultados en salud de lo que pretenden y que genere conocimiento científico.

6.- Es urgente aumentar la financiación del sistema y equipararla, al menos, a la media de los países de la UE-15, priorizando el gasto de tal manera que la APS este dotada de medios y recursos suficientes para que dentro de las directrices del PIS alcance cotas altas de resolución y ejerza todas sus actividades. La financiación de las CC.AA. debe de guardar relación con la satisfacción de los objetivos integrados en este plan.

7.- Administrar el SNS debe suponer gestionar el PIS. La financiación, compra y provisión han de ser públicas, integrando todos los recursos y favoreciendo la coordinación entre niveles.

8.- Es urgente aumentar las camas de media y larga estancia y el apoyo social a las familias con personas en situación de dependencia. Los cambios sociales existentes en muestro país, no son compatibles con el hecho de que la familia y en concreto las mujeres, aporten el 80% de las necesidades de cuidados para estas personas.

9.- Es fundamental profesionalizar la Administración y descentralizarla, dando autentica autonomía de gestión en el contexto de organizaciones horizontales escasamente burocratizadas y ágiles para un cumplimiento eficaz de sus actuaciones, con rendición de cuentas ante órganos de gobierno en los que figuren los ciudadanos y los profesionales a través de sus representantes.

10.- Nuevas formas de gestión previamente evaluadas y si muestran su eficacia en relación con una mayor o mejor capacidad para la resolu-

ción de los problemas de salud de los ciudadanos. El utilizar instrumentos de la administración empresarial o gerencial puede ser incluso necesario, pero sin perder el norte de lo que es una Administración de Salud por Objetivos.

11.- Hay que establecer una política de personal adecuada que evite las disparidades y la precariedad contractuales que existen en la actualidad, manteniendo dedicación exclusiva, una carrera profesional basada en sistemas de acreditación de la competencia y no en la antigüedad y un sistema de incentivos que realmente motive a los trabajadores. La formación de pregrado, los egresos de la Universidad y la formación de postgrado, han de estar planificados con la finalidad de satisfacer las necesidades del sistema tanto cualitativa como cuantitativamente. La formación continuada no se puede dejar en manos ajenas al sistema público y ha de tener en cuenta la permisividad para realizarla como unos mínimos que acrediten el mantenimiento de la competencia requerida para el desempeño de los puestos de trabajo. La participación ha de estar garantizada, lo que se consigue en el seno de organizaciones matriciales en las que todo el mundo necesariamente interactúa.

12.- El proceso asistencial ha de discurrir necesariamente por el camino del cumplimiento de los objetivos programáticos y funcionales que se deriven del PIS en el contexto de procurar una atención integral e integrada. Hay que desterrar la cartera de servicios por suponer un registro de actividades y trabajar en base a criterios programáticos con objetivos en salud.

13.- Hay que ejecutar la participación real del ciudadano según normativa al respecto, para lo cual es necesario reconocer su derecho a disponer de datos referentes a la situación de salud y al funcionamiento de los servicios de forma actualizada.

14.- Hay que solucionar de una vez por todas los problemas de accesibilidad a la APS, tanto a nivel de la cita telefónica como por las listas de espera que en ella se están generado.

BIBLIOGRAFÍA

1.- González Dagnino A. Reflexiones y Propuestas para el Sistema de Salud de España. Documento ciclostilado. Madrid, 1989.

2.- Kleczkowski BM, Roemer M, Van Der Werff A. Sistemas Nacionales de Salud y su reorientación hacia la salud para todos: pautas para una política. Cuadernos de Salud Pública nº. 77. Ginebra. OMS, 1984.

3.- Ley General de Sanidad. Madrid. MSC, 1986.

4.- Fernández Ruiz M, Hernández de las Heras T, Sánchez-Bayle M, Salcedo Mata JA. El sistema sanitario en España: evolución, situación actual, problemas y perspectivas. Madrid. Los libros de la Catarata, 1996.

5.- Freire JM. El Sistema Nacional de Salud español en perspectiva comparada europea: diferencias, similitudes, retos y opciones. Disponible en www.ugt.es/claridad/numero7/freire.pdf.

6.- Repullo JR, Iñesta A. Sistemas y Servicios sanitarios. Madrid. Diaz de Santos, 2006.

7.- Informes anuales del Sistema Nacional de Salud, 2003, 2004 y 2005. Disponibles en www.msc.es

8.- Navarro V. El subdesarrollo Social en España: causas y consecuencias. Barcelona. Anagrama, 2006.

9.- Navarro V. "La Sanidad en España". Salud 2000. 2005; 102: 5-14.

10.- Sanchez-Bayle M. Financiación Sanitaria. *La Sanidad en la Comunidad de Madrid 2006*. Madrid. Ediciones GPS, 2006.

11.- Sánchez-Bayle M, Palomo L. Informe sobre la situación de salud y de los servicicios sanitarios de las Comunidades Autónomas. Rev Adm Sanit Siglo XXI, 2007; 5:147-173.

12.- Canals Innamorati J y cols. *La Atención Primaria de Salud en España: análisis de la situación actual y propuestas de futuro*. Madrid. Federación de Sanidad de Comisiones Obreras, 2002.

13.- Pou Bordoy J, Gené Badía J, Cámara González C, Berraondo I, Puig Barbará J. Gerencia única: una ilusión sin evidencia. Disponible en http://www.svmfyc.org/Noticias/doc/Noticia 1.do

14.- Palomo L. Innovaciones estructurales y organizativas en Atención Primaria. Salud 2000. 2004; 99: 11-15

15.- Martín García M. Papel del Sistema Público de Salud y de la Atención Primaria en la próxima decada. Salud 2000. 2005; 103: 8-13.

16.- González Medel J. Los ciudadanos y el sistema sanitario. Salud 2000. 2005; 103: 14-18.

17.- Barómetro Sanitario 2004, 2005 y 2006. Disponible en: www.msc.es.

Capítulo 10

BIOMEDICINA Y EUBIATRÍA

*Carlos Ponte Mittelbrun**

"De la misma manera en que concluimos que no podíamos confiar las metas de la defensa nacional al complejo militar-industrial, estamos empezando a entender la inconveniencia de encomendar la medicina científica al complejo médico-industrial". Golub E.

LA RUPTURA DEL PARADIGMA BIOMÉDICO

El diagnóstico de crisis estructural de la Salud y la Medicina en el arranque del siglo XXI es un lugar común en todos los foros especializados (OMS, 2002) (IOM, 2007). Sin duda, un problema complejo del que se suelen dar explicaciones demasiado simples (aumento de las demandas sociales, envejecimiento, intervensionismo estatal, inadecuado uso de las tecnologías...) porque el origen de la crisis hay que buscarlo en el análisis de los determinantes de la salud y la enfermedad y en el rol de la medicina en la sociedad. Parece probable, además, que el carácter y la profunda dimensión de la crisis puedan abocar en un escenario - en el sentido epistemológico de Thomas Khun – de ruptura paradigmática. Kuhn sostiene que la historia de la ciencia transcurre a través de crisis o rupturas entre «paradigmas», modelos teóricos con una estructura de análisis y un lenguaje científico común que permiten hacer ciencia sin necesidad de estar discutiendo permanentemente

*Jefe de la UCI-HGA de Oviedo. "Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública de Asturias".

los fundamentos de la investigación. Es decir, modelos conceptuales coherentes basados en supuestos y prácticas, que reconocen estructuras interpretativas, conforman la elaboración de teorías... (Kuhn, 1971)

El paradigma hegemónico de la salud y la atención a la salud en el mundo occidental es el denominado "Modelo Biomédico", la construcción social que describe el tipo de respuesta de salud y de medicina que la sociedad desea y decide sostener y recibir. El modelo biomédico es, por tanto, la herramienta teórica y metodológica - y el instrumento ideológico - con que opera la medicina en el proceso salud-enfermedad-atención. Una aproximación al ámbito de la salud que se inscribe inevitablemente, como afirma Lesley Doyal, en el marco del liberalismo económico. (Doyal, 1979).

Podemos definir el Modelo Biomédico como un abordaje de la salud y la enfermedad desde el individualismo (en contraposición a colectividad) que entiende e interviene sobre el organismo humano como una maquinaria biológica que puede ser objeto de reparación, con una orientación fragmentaria que descontextualiza a la persona de su medio social y ecológico. Es decir, una concepción biologicista y reduccionista de la ciencia, y una dimensión individual y curativa que, por su propia naturaleza, margina tanto a las ciencias sociales como a la promoción, la prevención primaria y las políticas de salud pública.

Hay que reconocer, sin embargo, que en las sociedades occidentales, la Biomedicina, pese al sustancial incremento de las medicinas paralelas y alternativas, continua siendo la forma de atención con mayor vitalidad y desarrollo, como pone de manifiesto, por ejemplo, la escalada del consumo de medicamentos de la industria químico/ farmacéutica. También es cierto que, hasta la fecha, siempre se han encontrado "soluciones biomédicas" para asegurar una expansión, invariablemente centrada en la biologización (Menéndez, 2005). Por tanto, mas allá de sus conflictos, el biologicismo mantiene expectativas de éxito con un crecimiento que se desarrolla a dos niveles: las actividades profesionales que se generan (número de profesionales, número camas de hospitalización, número de

técnicas y procedimientos, fármacos, etc.) y, por otra parte, a la progresión inducida mediante los procesos de medicalización.

La "medicalización de la vida" consiste en traer cuestiones propias de la vida diaria al ámbito y la influencia de la medicina, en convertir en enfermedad o en problema de salud no solo episodios vitales, que forman parte de la vida cotidiana, sino también los conflictos derivados de las relaciones personales o sociales. La medicalización conlleva, además, una excesiva valoración de la salud o "salutismo", como doctrina o militancia absoluta y esclavizante. Supone, por ejemplo, la "patologización" del cuerpo de la mujer, de la maternidad o del parto (que se transforma en un problema quirúrgico), de la menopausia, de la virilidad, del envejecimiento, de la infelicidad... La medicalización de la salud, una consecuencia directa de la globalización (la necesidad de expandir mercados), es un fenómeno muy relevante porque reside, en primer termino, en el control del cuerpo de las personas y, en primer lugar, de las mujeres que han sido el objeto preferente de la medicalización por la coexistencia del dominio patriarcal.

Pero, en paralelo a la expansión del paradigma, son cada día mas agudas las criticas al modelo biomédico, a su limitada efectividad sobre los problemas de salud, al incremento exponencial de los costes, a la exclusión de la prevención y promoción de la salud (las medidas que han probado mayor costo-efectividad en salud), a una relación que niega al paciente como sujeto o al ciudadano como protagonista de su propia salud, a la persistencia de graves problemas éticos... La medicina, pues, se encuentra hoy en una crisis de identidad respecto de su método y de sus objetivos, como expresa el conflicto de la racionalidad médica (Berlinguer, 1991). Si por un lado la medicina positivista muestra su hibris en la alta tecnología (trasplantes, inmuno-genética, imaginología...), por otro revela su némesis en la falibilidad médica, los límites de la tecnociencia o la inhabilitación del sujeto. Señales de agotamiento, indicativos de problemas crecientes e irresolubles desde el propio modelo biomédico, que hacen necesario aspirar a un nuevo marco conceptual de referencia y a

una practica superadora de las limitaciones referidas, capaz de promover una sociedad menos medicalizada y mas saludable.

INVISIBILIDAD Y DOGMATISMO DEL PARADIGMA

La inmensa mayoría de los médicos, y otros profesionales que trabajan en el ámbito de la biomedicina, están razonablemente satisfechos con las ideas establecidas, a menos que un problema específico exija nuevos instrumentos conceptuales. Es decir, como se ha mencionado anteriormente, el paradigma medico lo conforman un conjunto heterogéneo de conocimientos, prácticas comunes, representaciones convenidas de la realidad, hipótesis de trabajo, etc. Esta miscelánea compleja se articulada a través de determinados supuestos que conforman el suelo desde donde se edifican los discursos de la ciencia medica, lo que Pierre Bourdieu ha denominado la "doxa académica": las creencias fundamentales que ni siquiera necesitan afirmarse en forma de dogma explicito y consciente de sí mismo" (Bourdieu, 1999) que son aceptadas sin discusión mediante una "adhesión pre-reflexiva a los presupuestos tácitos del campo que es la verdadera censura, la más radical, la más invisible, la que todos admiten, la que está fuera de discusión, lo natural". Este particular modo de racionalidad, que parecería más propio de las culturas no académicas, se encuentra sin embargo instalado en la dinámica de cualquier disciplina científica, como afirma Bourdieu: "Nada hay más dogmático paradójicamente que una doxa."

En consecuencia, los fundamentos epistemológicos que conforman el modelo médico hegemónico que modula la práctica profesional, se transmiten insensiblemente de generación en generación y son recibidos y naturalizados de manera acrítica por los propios médicos, generando un "habitus científico" que se incorpora de manera inadvertida (nunca se aprende de manera consciente o deliberada) desde hace mas de 150 años de medicina científica. El "habito" se instala en la práctica profesional y promueve la reducción de la realidad al segmento que mejor se adapta a sus estrechos dominios. Se crea, de esta forma, una extensa zona de invi-

sibilidad epistemológica recorta el campo de lo real y condena toda mirada foránea a la incomprensión, a la trivialización o a una sordera radical de los conceptos que no encajan (Bourdieu, 1999).

Los profesionales se sitúan en un universo acotado, con coordenadas preestablecidas y la imposibilidad de reconocer su propia doxosofía como base ineludible de su funcionamiento. Aunque, realmente, las raíces de este hábito se encuentran diseminadas en la sociedad mediante un conjunto de representaciones que comparten el imaginario de la Comunidad. De este modo, los nuevos profesionales adoptan un estilo en su práctica y una modalidad de adquirir conocimiento que responden a una demanda social.

Por tanto, no son los hechos o los sucesos desnudos los que tienen que ser revisados o recalificados, sino el sistema de pensamiento que los hace circular como verdades sólidas y hasta cierto punto inevitables, excluyendo otras perspectivas. Si entendemos la epistemología como el análisis de los fundamentos del conocimiento (un termino que es sinónimo de gnoseología o de teoría del conocimiento, todos del ámbito de la filosofía) es la transformación de la perspectiva epistemológica la única que tiene capacidad para hacer otra lectura distinta de la realidad. Solo así se puede entender, por ejemplo, que la enfermedad es algo más que un fenómeno exclusivamente biológico, que se incorpore sistemáticamente su dimensión social, cultural y subjetiva o que los recursos terapéuticos queden exclusivamente limitados a la farmacología o a la intervención anatómica directa. Cuestiones que se originan en profundas razones epistemológicas.

ORÍGENES DE LA BIOLOGIZACIÓN

Galileo y Descartes son los grandes precedentes del Modelo Biomédico. Descartes en uno de sus textos de fisiología - "De homine" - y especialmente en su obra principal - "Discurso del Método" – formula las bases de la epistemología médica vigente. Descartes considera al cuerpo humano como una máquina susceptible de curación mediante el reempla-

zamiento o el tratamiento del órgano enfermo. Con esta orientación, la ciencia ha seguido una aproximación analítica de "divide y conquista", asumiendo que los problemas complejos se pueden resolver dividiéndolos en muestras o unidades mas pequeñas y, por tanto, mas fáciles de manejar. De ahí que este abordaje "de reducir" se haya denominado "reduccionismo". La ciencia medica ha aplicado el reduccionismo en el diagnostico, la prevención y el tratamiento de las enfermedades, y ha tenido tremendos éxitos pero también grandes limitaciones e insuficiencias (Ahn, 2006).

Visto en perspectiva histórica, en el siglo XIX las enfermedades infecciosas fueron las principales causantes de la mortalidad, si bien, en la medida en que fue mejorando la alimentación, la tasa de mortalidad fue en descenso. La práctica de la medicina en ese tiempo (Porter, 2004) todavía carecía de un método de investigación y de análisis que vinculase causa y efecto por lo que la responsabilidad de la salud estaba fuera de las personas, en creencias populares y religiosas (en manos de Dios). En las siguientes décadas dos hechos facilitaron la transformación de la medicina:

Primero, en la disponibilidad de un método científico basado en una epistemología común de causa efecto. Esta perspectiva epistemológica, clave en el modelo biomédico, no alcanza suficiente supremacía para constituirse en paradigma hasta los inicios del siglo XIX. Los trabajos de François Magendie, y posteriormente de su discípulo Claude Bernard fueron decisivos en la ruptura epistemológica con el pensamiento médico anterior y la desvinculación definitiva con toda la tradición hipocrático-galénica y el vitalismo. Es decir, en la historia de la medicina se desarrolla un nuevo paradigma: la medicina experimental, que ha recibido la denominación por parte de la escuela de Heidelberg, de "modelo biomédico" o "científico-natural" y cuyas raíces filosóficas corresponden a la visión cartesiana – newtoniana del mundo, que ha presidido el pensamiento científico de la historia occidental (Stagnaro, 2002). Una aproximación metodológica positivista y reduccionista de la realidad que hizo desapa-

recer a los médicos filósofos de antaño y que piensa en la enfermedad antes que en el paciente, en los síntomas antes que en las causas, en las causas individuales antes que en las sociales y en las enfermedades orgánicas antes que en los trastornos funcionales.

El estudio de las relaciones biológicas de causalidad ha tenido como punto de partida los postulados establecidos por Thomas Koch en la etiología de la tuberculosis y el ántrax, posteriormente generalizado al resto de las enfermedades. Los postulados se basaban en la afirmación inequívoca de causalidad, en que la causa fuera a la vez necesaria y suficiente (relación uni-causal y univoca) (Susser, 1996.) Ocurre, sin embargo, que incluso en la patología infecciosa, muchas enfermedades incumplen estos criterios, como ocurre con el Helicobacter pylori, la enfermedad meningocica, la amebiasis o los portadores crónicos asintomáticos de infecciones. De la idea de causa determinante, a través de Sir Austin Bradford Hill, se pasa a la noción de causa contributiva y de probabilidad. Bradford Hill, en 1955, propuso otras bases para superar las insuficiencias de los postulados de Koch, que rápidamente fueron aplaudidas y consensuadas por la comunidad científica internacional. Su primera aplicación exitosa fue probar la asociación causal entre el hábito de fumar y el cáncer de pulmón. Sin duda un gran avance, pero dentro de una estrategia neopositivista y lineal, carente de la necesaria perspectiva de "complejidad". No se trata de negar la causalidad lineal pero es incuestionable que en la mayoría de las ocasiones la causalidad surge en un marco topológico de redes e interacciones no lineales.

Más allá de la Medicina, el fundamento epistemológico del paradigma científico es la experiencia, que una vez sometida a control y demostración, permite alcanzar la certeza (o medida de todo conocimiento). Con este supuesto se desarrollaron leyes y ecuaciones predictivas, deterministas y exactas, con la convicción de que todos los fenómenos naturales y las relaciones entre ellos, podían ser descritos por ecuaciones cuantitativas y lineales. En el caso de la Física, esta concepción determinista de causa efecto, entro irreversiblemente en crisis con el principio de incerti-

dumbre de Heisenberg y la irrupción de la Física cuántica.

Y en segundo lugar, con el desarrollo de programas de Salud Pública que establecieron relaciones entre cuestiones ambientales (calidad del agua por ejemplo) y niveles de salud (higienismo público), que fue el origen de la epidemiología social y la principal contribución del marxismo en el ámbito de la salud, pero que, en ultima instancia, respondía a los mismos postulados epistemológicos. Aunque, en realidad, las políticas higienistas fueron muy efectivas para la salud / enfermedad, mucho más que la medicina asistencial, si bien esta ultima fue ganando en ascendencia hasta conseguir el monopolio de la medicina alopática sobre las instituciones de salud (con el informe Flexner – 1910 - como referencia fundamental). Una elección que probablemente se ha debido a razones políticas, sociales y económicas mas que a razones de salud ((Hansbrouck, 1996).

La irrupción en el siglo XX de las biotecnologías a través del extraordinario desarrollo de la investigación biológica y de las tecnologías provenientes de otros campos de la ciencia (física, matemáticas, química, informática...) ha sido determinante en la construcción del paradigma médico contemporáneo y en su desarrollo hegemónico (Peña, 2005). La propagación de la tecnología medica se inicia después de la primera Gran Guerra, y rápidamente se situó a la cabeza del crecimiento empresarial con la construcción de una gran industria biomédica regulada por los intereses del mercado, con beneficios con alto valor añadido. La tecnología de los trasplantes, las células madre o la terapia génica son los estandartes de este desarrollo biologicista y comercial que ha marginado otras cuestiones con indudable influencia sobre la salud: la contaminación ambiental, la calidad de vida del desarrollismo, el consumismo o la inseguridad social. Por tanto, la industria tecnológica sanitaria impulsa una dinámica política y económica muy poderosa, que frecuentemente entra en contradicción con el genuino significado de lo que es un servicio de salud.

Es indudable, no obstante, que el ámbito científico- técnico y el industrialismo no fueron los únicos factores del Modelo Biomédico. Otras cau-

sas de orden social, político y cultural también han contribuido poderosamente al proceso de biomedicalización:

- El influjo de los cambios culturales como el individualismo o el consumismo.
- El peso especifico de la industria farmacéutica y su capacidad de monopolizar (y sesgar) la investigación sanitaria y la formación continuada de los médicos.
- El declive del Estado de Bienestar en los países centrales y su deterioro completo de lo poco que existía en los países periféricos, con la consiguiente aparición de recortes e insuficiencias en los presupuestos de salud y mayores espacios para el sector privado.
- La mercantilización creciente de la medicina, entendida la salud como una mercancía (y no como un derecho y una inversión del Estado) y que, como ya se ha referido, tiene efectos convergentes y sinérgicos con la biomedicalización.

RASGOS DEL MODELO BIOMÉDICO

La medicina heredera del pensamiento cartesiano ha promovido la escisión del sujeto, la distinción rígida entre lo objetivo y lo subjetivo, la ilusión de una aplicación neutral y objetiva, desprovista de historicidad y modulaciones culturales, que hace posible el mito de la objetividad total, pura e incontaminada. En este modelo biomédico hegemónico se han analizado múltiples rasgos estructurales, entre ellos el biologicismo, la a-sociabilidad, la a-historicidad, el a-culturalismo, el individualismo, la orientación curativa y pragmática, la relación asimétrica y subordinada médico/paciente, la exclusión del saber del paciente, la profesionalización formalizada, la identificación ideológica con la racionalidad científica, la mercantilización de la salud/enfermedad, la tendencia a la medicalización de los problemas, la tendencia a la escisión entre teoría y práctica... Hasta treinta características han sido descritas (Menéndez, 2005) en este modelo positivista, cuyo máximo exponente es el ya reseñado

"Informe Flexner", que ha guiado todo el desarrollo ulterior de la medicina académica occidental en la investigación, la enseñanza y la asistencia. Los rasgos fundamentales del modelo biomédico son los siguientes:

1. Biologismo y reduccionismo. Sin duda los rasgos estructurales dominantes de la biomedicina, no solo a nivel ideológico / técnico sino también porque constituyen el fundamento científico del diagnóstico y del tratamiento. El biologismo opera con la confianza absoluta de que sus presupuestos se corresponden con la realidad, a pesar de que la ciencia medica asienta sobre hallazgos de un numero relativamente reducido de casos y es común que muchos resultados sean contradictorios. Por ejemplo, un reciente meta-análisis en pacientes de UCI, concluía que la infusión de albúmina aumentaba la mortalidad el 4% con respecto a las soluciones de cristaloides (lo que supuso la exclusión de esta molécula de la practica clínica), pero un estudio posterior, más amplio, no observaba diferencias, incluso la albúmina mostraba mejores resultados en pacientes sépticos aunque peores en traumatismos cráneo-encefálicos... (Singer, 2005) Es decir, la experimentación biológica tiene serias limitaciones, en buena medida porque los estudios se apoyan en un número reducido de observaciones y por la descontextualización del conocimiento medico.

Un factor biológico único que contempla el organismo como una colección de componentes que se aíslan individualmente para observar su comportamiento, igual que un mecánico con un coche averiado. La enfermedad se trata identificando el componente individual averiado: para la infección, el agente patógeno; para el cáncer, el tumor; para la hemorragia digestiva, el vaso que esta sangrando... Esta es la práctica medica actual que asume que la información de una parte individual atomizada es suficiente para explicar el todo. Pero hay circunstancias en que la interacción compleja entre las partes no se puede predecir por la investigación exclusiva de las partes. Este es el denominador común de los fracasos de la medicina actual (Peña, 2002). La dimensión biológica es, asimismo, el núcleo de la formación profesional del médico. El aprendizaje se basa en contenidos biológicos,

excluyendo otros factores. Lo mismo ocurre con la investigación (los avances de la genética ha reforzado aún mas esta tendencia).

En su aplicación practica, la tendencia biologista explica la prioridad de la atención clínica y hospitalaria, la orientación individualizada o la subordinación de la salud pública a la figura del médico sanitarista, el principal agente de salud, incluso en un marco socioeconómico en el que el estado de bienestar social es el principal proveedor de las políticas públicas de salud. El biologismo es también el criterio fundamental de diferenciación con las otras formas de atención, y aunque en algunas cuestiones puede tomar en consideración aspectos psicológicos y sociales, la tendencia es a subordinarlos o excluirlos en relación con la dimensión biológica.

Algunos sesgos reduccionistas de la práctica medica son evidentes. Por ejemplo, el enfoque de la homeostasis, popularizado por W. Cannon, que ha supuesto uno de los mayores avances teóricos de la Medicina: el principio de preservar la estabilidad y la constancia como respuesta ante cualquier agresión, lo que ha llevado incluso a modificar el concepto de enfermedad que paso a definirse como un fallo de los mecanismos de la homeostasis. Pero este principio se ha visto afectado por la visión reduccionista de devolver los parámetros desviados a su rango normal (hipotiroidismo, diabetes, hipokaliemia...), por la afirmación simplista de la "normalidad", por una dimensión estática de la realidad...

Sin embargo, existen pruebas de que restaurar a sus valores normales un parámetro desviado puede ser perjudicial para el sistema en su conjunto (Ahn, 2005), como ocurre con la corrección de los niveles bajos de calcio plasmático en el paciente critico o reducir la hipertensión arterial en las primeras horas de un accidente cerebro-vascular. Por tanto, llevar un parámetro a la "normalidad" puede ser perjudicial para el sistema global, desconsiderando la estabilidad dinámica que muchas veces tiene un comportamiento oscilatorio (como ocurre con los ritmos circadianos) o caótico (como ocurre con las variaciones del ritmo cardiaco.) De donde se deduce que en el modelo de homeostasis es imprescindible incluir la com-

plejidad de los estados dinámicos, de lo contrario, los efectos de los tratamientos pueden no ser efectivos, incluso deletéreos.

Otro ejemplo es el enfoque de los Factores de Riesgo. Como refiere Ahn, la mayor parte de las veces no se puede predecir la enfermedad por lo que se trabaja sobre los factores de riesgo con un enfoque epidemiológico que en muchas ocasiones es unidimensional: "un factor de riesgo, una enfermedad"; pero esto tiene indudables limitaciones. Por ejemplo, la hipertensión arterial es un factor de riesgo conocido de enfermedad coronaria (una probabilidad dos veces mayor de padecer la enfermedad). Dado que el 70% de la población americana que no tiene hipertensión, desarrolla la enfermedad en el 30% de los casos, es la población sin el referido factor de riesgosa que crea mas casos de enfermedad. Es la llamada "paradoja de la prevención" (Rose, 1994). Como resultado de esta contradicción se ha modificado el umbral que define la hipertensión arterial. Así, en pocos años, se ha bajado el umbral desde 105 mmHg, a 80 mmHg de presión distolica. En realidad, una estrategia (con un enorme impacto sobre la salud y sobre la economía de la salud) que basa la enfermedad en un factor único de riesgo cuando la realidad es mucho mas compleja y requiere habitualmente trabajar con varios factores de riesgo, en una dimensión múltiple.

El reduccionismo también se ha trasladado al ámbito del tratamiento. De la misma forma que los problemas múltiples se parcelan en pequeños componentes y se abordan de forma individual (en la enfermedad coronaria, por ejemplo, la hiperlipemia o la hipertensión... con extensión a enfermedades coexistentes como el hipotiroidismo o la diabetes), en el tratamiento cada problema también es manejado individualmente con la consecuencia de un tratamiento aditivo que no considera la complejidad de las interacciones y su carácter no-lineal.

Es obvio, sin embargo, que el abordaje biologicista ha tenido éxitos incuestionables y no se pueden ignorar sus logros y aportaciones. Pero el biologismo, es la base de una ideología que elude o al menos confiere un carácter anecdótico a una parte de la realidad, los factores sociales

(incluida la pobreza y la exclusión), culturales, psicológicos y ecológicos, es decir, que deja muy poco espacio para la información contextual.

2. Confianza ciega en la tecnología. Es la visión mítica del progreso científico-técnico indefinido que conlleva la sacralización de las tecnologías caras, los procedimientos invasivos y la utopía de una salud absoluta y de la vida eterna. El constante cambio científico y tecnológico es uno de las propiedades que le da carácter a la biomedicina, tanto como institución como proceso social. Este cambio continuo se produce siempre en términos de éxito cientificista, de progreso técnico carente de limites, más o menos infinito, y sin la necesaria sensibilidad para detectar y explicar los cambios institucionales, culturales y económico / políticos que afectan a la medicina.

La racionalidad científico–técnica, expresada a través de la dimensión biológica, es fundamental para entender esta visión fabulosa del progreso tecnológico. La medicina y la actividad profesional se identifican con "la ciencia" -el cuerpo de conocimientos de la medicina no puede ser cuestionado- y la sociedad tiene que acatar su autoridad y, en consecuencia, la necesidad de dedicarle recursos. La Medicina es intrínsecamente "buena" y el problema se reduce a que tenga los suficientes recursos para permitir el acceso de la población, bien sin discriminaciones (abordaje socialdemócrata) o bien a través del mercado como mecanismo de selección. En el caso de la concepción socialdemócrata tradicional, la finalidad del estado de bienestar es compensar o limitar los problemas que se generan en la sociedad, con los suficientes recursos médicos y dentro de unos limites aceptables de gasto publico; pero sin entrar en el fondo del problema, esto es, sin cuestionar la relación entre salud / enfermedad y sociedad y entre medicina y sociedad (McKeown, 1990).

En realidad, la creencia ciega en la ciencia responde básicamente a funciones económicas: el sistema médico es una de las fuentes de dinero del capitalismo y de generación de negocio. Los hospitales, los seguros médicos, las compañías farmacéuticas, son industrias mayores cuyo inte-

rés gira en torno a las ganancias. Con esta perspectiva, la medicina deja de ser ciencia para convertirse en negocio. Y en este punto, de medicina negocio, nuevamente asienta en principios que convergen con los presupuestos del Modelo Biomédico: la externalización de la salud, la condición hegemónica del médico, el recurso intensivo a procedimientos invasivos y de tecnologías, la enfermedad como un problema individual, dejando de lado los valores de la solidaridad y el compartir experiencias para la creatividad y el auto cuidado.

3. El secuestro del sujeto. Se transfiere todo el protagonismo de la "curación" a factores externos. La medicina occidental es indiscutible y se desarrolla bajo el ejercicio exclusivo de una elite profesional y que atesora todo el conocimiento. La población pierde cada vez mas autonomía sobre su propia salud, mientras que, en paralelo, las industrias sanitarias son cada vez son mas rentables...

Un aspecto sustancial es la desvalorización de uno de los elementos nucleares de la medicina (Foucault, 1990): la relación medico paciente. El crecimiento del arsenal tecnológico, con una gran dispersión de información y de datos, es la explicación aducida pero no es la única ni tan siquiera la fundamental. Como explica Julian Tudor Hart, la relación médico-paciente es la base del proceso de producción del sistema sanitario y los conocimientos científicos y tecnológicos forman parte, tiene que estar incluidos en esta relación.

Es cierto que hay corrientes dentro de la propia Biomedicina que han tratado de buscar una mayor simetría en la relación medico / paciente, Pero su incidencia en los servicios de salud es mínima. La realidad es que el tiempo del paciente se ha evaporado, que se reduce el tiempo de la consulta, que la anamnesia medica casi ha desaparecido (sustituida por test analíticos y pruebas de imagen), al igual que el humanismo médico. El núcleo de la relación medico/paciente se ha trasladado a la prescripción del tratamiento (léase medicamentos) porque, en ultima instancia, la atención se dirige a la enfermedad y no a la persona. Así, por ejemplo, los pro-

blemas complejos como la forma de dormir, de vivir, de estrés, de comer... que contribuyen al desarrollo de enfermedades, permanecen sin respuesta.

4. Exclusión de la dimensión histórica, social y cultural. La exclusión de la dimensión histórica cumple la función de omitir los efectos negativos derivados de la prescripción e intervención médica. Aunque es inevitable que esta a-historicidad oculte también, en alguna medida, los grandes éxitos acumulativos generados por la intervención de la biomedicina. Es interesante señalar que una buena parte de los errores y usos incorrectos de la actuación médica han sido heredados por la población, de manera directa o indirecta, entre ellos la polifarmacia, la sustitución de la leche materna, el mal uso de los antibióticos....

Con respecto a la a-sociabilidad, pese a la demostrada y decisiva influencia de los factores sociales (de origen político, económico o ecológico) siempre se han estimado en un plano puramente académico. Se habla de la significación de la pobreza, del nivel de ingresos, de la calidad de la vivienda o de las condiciones de vida como factores que inciden en el proceso salud /enfermedad /atención; pero en realidad la medicina oficial acepta el vinculo social y político solo de forma retórica. De hecho, la medicina se ha desarrollado bajo otras influencias, bien centradas en el estudio de los condicionantes sub-individuales (microorganismos, metabolitos, geonómica, proteómica) o bien en los condicionantes conductuales individuales, siempre aislados de su contexto social. Una tendencia "apolítica" que confunde la objetividad científica con una supuesta e idílica "neutralidad social" en apoyo de una ideología, como afirma Pierre Bourdieu, en donde "la idea de una ciencia social neutra es una ficción interesada que permite considerar como científica una forma neutralizada y eficaz simbólicamente de la representación dominante del mundo social".

Aunque, quizás, la mayor marginación de la biomedicina corresponde a la dimensión cultural (Perdiguero, 2000). Actualmente, apenas quedan

referencias para los factores religiosos o las creencias populares con respecto al proceso de la salud. Hasta las orientaciones salubristas mas avanzadas han olvidado los elementos culturales, incluso como indicadores de determinadas tendencias en un grupo social dado. Lo cierto es que las creencias culturales pueden suponer una oposición a la expansión biomédica, por ejemplo respecto de los programas de planificación familiar o del uso de protecciones en las relaciones sexuales, pero mientras anteriormente se pensaba como modificar culturalmente las creencias populares (los patrones culturales subyacentes), actualmente son los mecanismos administrativos y médicos los que promueven esta modificación. Es decir que el equipo de salud más que actuar sobre las condiciones culturales opera a través de acciones médicas.

5. Iatrogenia. Muchas técnicas y actuaciones médicas no solo son inefectivas sino también peligrosas y dañinas. Hasta el punto de que Ivan Illich considera que el balance de la medicina es negativo: "la epidemia de la medicina". En los trabajos de Illich, que han representado un importante avance en la sociología y la política de la medicina, la iatrogenia (el daño causado por el medico o por el sistema sanitario) es un elemento central de sus análisis, identificando tres categorías: la iatrogenia clínica (el daño físico causado por los médicos en su intento de curar), la iatrogenia social (la adicción de las personas a los cuidados médicos como solución a todos sus problemas) y la iatrogenia estructural (la destrucción de la autonomía del paciente y la expropiación de su responsabilidad individual) (Illich, 1975).

MODELO BIOMÉDICO Y DERECHO A LA SALUD

En el ejercicio de la Salud hay dos propuestas, de orden político y moral, claramente irreductibles: la salud como derecho humano y la salud como mercancía en el contexto de la economía de mercado. La primera es jurídicamente un derecho positivo y en consecuencia una decisión política, en la que el Estado interviene activa y sustantivamente para

asegurar a toda la población no sólo la promoción y protección de la salud, sino el derecho a la atención de la enfermedad en forma igualitaria en cantidad y calidad, con independencia de la situación social, territorial, económica o cultural.

En cambio, para la segunda posición, la salud entra en el sistema de oferta y demanda. En término jurídicos es un derecho negativo, el Estado simplemente tutela en alguna medida las políticas de protección y prevención (aunque esta ultima se esta incorporando paulatinamente a los intereses del mercado), mientras que la atención de la enfermedad se convierte en una transacción mercantil mas dentro de la economía de mercado para quienes poseen medios económicos suficientes, al tiempo que los que carecen de medios, tienen que recurrir a la provisión de la beneficencia pública o privada. En este caso, la salud de la población también es una decisión política pero enmarcada por las leyes del mercado. Conviene recordar lo expresado por Kenneth Arrow, Premio Nóbel de Economía en 1963: "La sola aplicación de las leyes de mercado hace a los enfermos más enfermos" (Arrow, 1981).

Y una buena prueba de ello es que, como resultado del proyecto de globalización neoliberal, esta aumentando la concentración de riqueza, conocimiento, riquezas y poder, y se ahonda la brecha entre ricos y pobres (el 80% del gasto mundial en salud se concentre tan solo en el 20% de la población). Como consecuencia, las medicinas (y la atención sanitaria) pueden estar donde no están los enfermos y los enfermos se pueden encuentran donde no hay medicinas. Es decir para grandes sectores de población en las zonas más deprimidas del planeta, los medicamentos son inaccesibles por su precio (11 millones mueren al año por falta de acceso a medicamentos esenciales) En este contexto, la aplicación de patentes (los derechos de propiedad intelectual, una de las banderas neoliberales) es otra barrera que dispara el precio de las medicinas y convierte su compra se en un lujo que muchos no se pueden permitir. El mismo fenómeno se traslada a las sociedades industriales a través de los denominados "grupos de riesgo" de enfermedad, que reflejan la fragilidad social, aunque la

ideología dominante los convierta de víctimas en culpables ("merecen" estar enfermos por no trabajar, por no estudiar, por no cuidarse, en fin, por no estar "a la altura" de los sanos, que olvidan que, en ultima instancia , son candidatos a enfermar).

La mercantilización también dispara los gastos, en contraposición con la salud-derecho, por su tendencia a la demanda artificial (mas intervenciones médicas consideradas innecesarias, especialmente en las cirugías y especialidades, fijación artificial de precios con privilegios en patentes, dependencia tecnológica creciente, reducido control del impacto iatrogénico, consumismo de prestaciones y de medicamentos) que no benefician a los usuarios pero que mejoran la rentabilidad del complejo médico-industrial, con lo que aumenta el costo de la atención médica y la proporción del PIB que se destina a los servicios curativos (Krieger, 2000). Los habitantes de Estados Unidos del Norte, según un estudio de la Jonhs Hopkins, pagan más por la atención médica (un 83% más que en Canadá y un 134% más que la media de los países de la OCDE) pero reciben menos servicios de sus aseguradoras con dependencia de su capacidad de pagar. El sistema de salud estadounidense, el mas caro del mundo, esta paradójicamente situado en el puesto 37 en el ranking mundial de los mejores sistemas de salud.

Por consiguiente, la «salud-mercado» y el «estado-social» divergen sustancialmente en términos de principios, políticas y sistemas de prestación; pero pueden compartir, y de hecho comparten, la misma visión biomédica. Es decir, participan de los mismos fundamentos y del mismo modelo biomédico en la concepción de la salud y de la enfermedad, como corresponde al carácter hegemónico de este modelo, que ha institucionalizado y legitimado una determinada forma de entender y practicar la medicina, como pilar de todo sistema de salud. Por tanto, la salud-mercancía y la salud-derecho comulgan con el mismo abordaje científico de la medicina, participan de equivalente educación médica y tienen una infraestructura sanitaria similar, de acuerdo con el esquema de Flexner (cuando la medicina alcanza plenamente el estatuto científico, de ciencia natural aplicada.)

MEDICINAS ALTERNATIVAS

Históricamente en todas las sociedades han coexistido diversos modelos de atención a los padecimientos de las personas. Cuando hablamos de modelos de atención, nos referimos no sólo a las actividades de tipo biomédico, sino a todas aquellas que tienen que ver con la atención de las enfermedades, basadas o no en el saber médico, con el objeto de su prevención, control, alivio y / o cura. Es importante el reconocimiento de esta diversidad - con independencia de la eficacia, la eficiencia y / o calidad – porque los criterios, técnicas y procedimientos utilizados son diferentes, incluso también pueden ser distintos los criterios de curación. Por otra parte, es común que desde la biomedicina, se ignoren o marginen estas alternativas, pese a ser frecuentemente utilizadas por amplios sectores de la población (Menéndez, 2005).

Una clasificación clásica de las distintas Modalidades de Atención considera cinco grandes grupos:

A) Biomédica. Referida a las enfermedades que la biomedicina reconoce como tales. Deben incluirse formas antiguas, y comparativamente marginales dentro de la biomedicina como son la medicina naturista, la hidroterapia (balnearios) o la homeopatía, así como la inclusión de formas derivadas de otras concepciones como es el caso de la quiropracia (manipulación para corregir los trastornos mecánicos de las articulaciones y aliviar el dolor). Aquí también se deben de considerar las diferentes formas de psicoterapia individual, grupal y comunitaria gestadas al menos parcialmente desde la biomedicina.

B) Otras tradiciones médicas académicas: La Medicina Tradicional China tiene una estructura teórica sistemática de naturaleza filosófica que corresponde a una cultura milenaria. Una de cuyas técnicas de tratamiento, la más popular, es la Acupuntura. Otra medicina con gran tradición es la Medicina Ayurvedica (que significa " ciencia de la vida"), practicada en India en los últimos cinco mil años y que, al igual que la Medicina China, es un sistema comprensivo de medicina, de base filosófica y cultural.

C) Modalidades populares o tradicionales. Comprende a curadores especializados como los curanderos, brujos, chamanes, espiritualistas, herboristas... se pueden incluir en este apartado a los santos o figuras religiosas tanto cristianas como de otros cultos de tipo curativo.

D) Modalidades modernas. Se refieren a sanadores bioenergéticos o nuevas religiones curativas de tipo comunitario...

E) Modalidades de Auto-atención o Auto-ayuda: organizadas por las personas que padecen o copadecen algún tipo de problema. (Alcohólicos Anónimos, Padres de niños con síndrome de Down, asociaciones pacientes, etc.) o personas que se auto-diagnostican o auto-medican (en buena medida derivada de la Biomedicina). Internet ha permitido un espectacular desarrollo de estas formas de autoayuda y automedicación.

Como señala Menéndez, estas modalidades se desarrollan en un proceso dinámico entre las diferentes formas de atención, que no siempre funcionan de manera excluyente, sino también a través de relaciones entre dos o más formas de atención. Así vemos como la biomedicina, por lo menos en determinados contextos, se apropia de la acupuntura o de la quiropracia, o en otros retoma la tradición herbolaria...

Las diversas formas de atención que actualmente operan en una sociedad determinada tienen que ver con las condiciones culturales, étnicas, económico/políticas, técnicas y científicas. En el mundo occidental, estas condiciones han generado un fuerte antagonismo entre la biomedicina y la mayoría de las otras formas de atención. Pero en la realidad existe un indudable "pluralismo médico", término que refiere a que en nuestras sociedades la mayoría de la población utiliza potencialmente varias formas de atención no sólo para diferentes problemas, sino para un mismo problema de salud. Por otra parte, como Pierre Bourdieu ha señalado, los limites entre las disciplinas científicas no responden a los límites en el campo de lo real. De hecho, un mismo objeto real puede ser analizado desde distintas disciplinas intentando responder a preguntas también diferentes.

Es indudable que en las sociedades más desarrolladas se esta produciendo un incremento constante de las denominadas medicinas alternativas o paralelas, si bien dicho incremento sería, en cierta medida, una reacción a determinadas características de la biomedicina. Se suele decir, por ejemplo, que el desarrollo de ciertas medicinas alternativas se deben al tipo de relación médico / paciente que se ha ido configurando en la biomedicina, que niega y subordina la palabra y el rol del paciente. Si bien, esta afirmación es en parte correcta, debe subrayarse que varias de las medicinas alternativas y de las denominadas "tradicionales" se caracterizan por ser tan asimétricas en términos técnicos y tan excluyentes de la palabra del paciente como la biomedicina, y algunas incluso mucho más. Para estas medicinas la asimetría es condición necesaria para ejercer la atención de los padecimientos y por lo tanto de "curar".

Otra cuestión a considerar es la presencia en las sociedades denominadas occidentales de formas de atención a la salud que corresponden a conocimientos académicos de otros sistemas muy distintos del occidental. Los casos más conocidos son la acupuntura y la digitopuntura. Si bien, una parte de este desarrollo puede obedecer a procesos migratorios; en general, responde a un proceso de apropiación generado por determinados sectores sociales de los propios países "occidentales", que ha originado diversidad de las formas de atención a la enfermedad y que, por supuesto, adquiere dinámicas y diferenciaciones específicas en cada contexto.

Hay que destacar que casi todas las actividades de las diversas formas de atención actúan básicamente en relación con las enfermedades y no sobre la promoción de salud. Y esto no sólo como consecuencia de la propuesta de los curadores, sino porque así lo demandan los individuos y los grupos sociales en busca de soluciones sobre sus sobre sus problemas inmediatos más que sobre su salud.

RELATIVISMO Y MEDICINAS ALTERNATIVAS

En las últimas décadas, como ya se ha mencionado, hay un renacimiento de terapias y disciplinas que se consideraban enterradas por la revolución científica. Este notable desarrollo ha dado lugar en la medicina oficial (occidental) a reacciones contradictorias, entre ellas, aunque con carácter minoritario, las que se esfuerzan en "integrar" estas disciplinas antes llamadas alternativas y que ahora, desde esta perspectiva, podríamos denominar complementarias. Pero persiste una posición mayoritaria de rechazo que se ha prolongado a lo largo de todo el siglo XX: la ciencia como la mejor, o quizás la única, forma de aumentar nuestros conocimientos sobre el mundo real o físico, desde los positivistas (todo enunciado tiene que ser verificable, si no es un "sin-sentido") a los falsacionistas (toda conjetura tiene que ser refutable, en caso contrario no es un conjetura científica, sino pseudo-científica o metafísica).

Es cierto que siempre hubo una fuerte oposición a estas tesis debido al reconocimiento de la influencia que ejerce el contexto en el progreso científico (Kuhn) y también debido a la consideración de la ciencia simplemente como una forma más de conocer la realidad. Es decir, la comprensión de que el conocimiento científico es conocimiento aproximado que progresa rectificando errores, por rectificaciones en la medida en que puedan capitalizar errores y cuestionar sus supuestos, como un camino discontinuo que nunca llega a alcanzar verdades últimas, indubitables. El problema es que estas posiciones criticas es que han caído frecuentemente en el relativismo estéril del "todo vale", de que cualquier visión del mundo tiene el mismo valor aunque no este científicamente probada.

Las medicinas alternativas, pues, se apoyan en teorías relativistas y sus prácticas son inmunes al contraste científico, se acogen al concepto de "Paradigma" que hace imposible su comparación con la medicina científica. Proclaman que todo es lícito para curar. Esto es especialmente claro en los casos de la acupuntura y la homeopatía, quizás las dos medicinas alternativas con más prestigio social. La acupuntura base su práctica en antiquísimos conocimientos procedentes de China, cuya base teórica se

ha perdido en gran parte. Otro tanto, ocurre con la homeopatía, que partiendo de un modelo teórico de la enfermedad y probablemente de todo el mundo real, propone remedios terapéuticos que son solo agua.

Pese a ello, el crecimiento exponencial de la medicina no-convencional ya no se puede considerar patrimonio de determinadas culturas, su extensión incluye tanto al mundo industrializado como al preindustrial. En los Estados Unidos, por ejemplo, la medicina alternativa ha llegado a la cifra record de 425 millones consultas, mas que el número de visitas a los consultorios médicos convencionales (388 millones) y se ha estimado que los norteamericanos gastan en servicios de medicina alternativa casi la mitad de todo el gasto en servicios médicos en los Estados Unidos.

Son varias las razones que explican este auge: Por una parte, la validación de algunos de sus resultados a través de la biomedicina (es decir, siguiendo normas del método científico tradicional). La biomedicina ha estudiado intensivamente las medicinas alternativas como se puede comprobar en la revisión Cochrane o en los estudios recogidos por PubMed. Por ejemplo, algunos tratamientos homeopáticos, evaluados con un metaanálisis, han demostrado beneficios estadísticamente significativos con respecto al placebo. Por tanto, los efectos de estas medicinas no se pueden considerar exclusivamente como “efecto placebo”. En segundo lugar, la expansión de las medicinas alternativas se ha centrado fundamentalmente en el tratamiento de procesos crónicos, de difícil cura y de difícil evaluación como es, por ejemplo, el dolor crónico. Un campo que esta ocupando cada vez mayor protagonismo en la clínica (el 76% de los pacientes que acuden a los Centros de Salud tienen dolencias crónicas, según El País 4/9/2007) y en el que ha medicina científica se ha mostrado incapaz de conseguir buenos resultados, por lo que los pacientes recurren a otros tipos de terapias. También la medicina alopática ha mostrado su casi absoluta incapacidad, dejando el espacio a las medicinas alternativas, en los trastornos de carácter psicosomático y funcional.

Karl Popper afirma en "La lógica de la investigación científica" (Popper, 1971), al contrario de lo que pudiera pensar cualquier positivista

ingenuo, que la confirmación repetida de efectos o hipótesis no asegura la veracidad de una teoría, ya que esta metodología no es la fundamental en la ciencia. Así, la "evidencia" no validaría la terapéutica y diagnóstico de determinadas enfermedades. Y la confirmación por casos, como herramienta de validación, no es viable, aún apelando a las probabilidades. Dado que el universo es infinito o casi infinito las veces que se puede repetir una observación puede ser también infinita; sin embargo, la capacidad humana para ejecutar estas observaciones es muy limitada. Para la confirmación de una observación en términos de probabilidades, si dividimos el número de observaciones realizadas por el número de repeticiones posibles, la probabilidad que podríamos obtener seria paradójicamente muy cercana a cero.

Según Popper, es la falsabilidad la que nos asegura estar más cerca de la verdad: El genuino "test" de una teoría es cuando se realiza un intento serio, pero infructuoso, de refutar la teoría. Una teoría, para que sea científica y contrastable, debe negar la existencia de observaciones no compatibles con la teoría, de tal forma que, si se encontrasen refuten la teoría.

En cualquier caso, analizadas globalmente, las medicinas alternativas no reúnen la categoría de teorías sistemáticas. Son “teorías” no contrastables dado que su ontología no naturalista y su gnoseología no realista impiden contrastar sus enunciados. Su efectos empíricos, además, no han sido convincentes, a pesar de que existen muchos estudios que han pretendido confirmar sus efectividad; pero sus conclusiones han sido contradictorias, algunas a favor y otras en contra, en estudios que, por lo general, suelen presentar deficiencias. En la medicina herbal, por ejemplo, la cantidad y calidad de estudios aleatorios placebo controlados es mínima y no concluyente. La pregunta, pues, parece evidente: ¿Por qué se debe aceptar, entonces, la validez de estas terapias?

HOLISMO Y REDUCCIONISMO

La mayoría de lo que ha sido escrito sobre holismo no ha hecho mas que crear confusión con respecto a su significado. El termino holístico ha

sido aplicado en Medicina de forma muy distinta. Susan Sontag en su libro "Enfermedad y Metáfora" critica el holismo por entender que trivializa la enfermedad al considerarla como una metáfora, mientras que rechaza el denominado "concepto de responsabilidad" del holismo (por el que las personas escogen su propia enfermedad.) El holismo, por otra parte, se ha asimilado a algunas prácticas que contienen esta orientación como la acupuntura o técnicas de biofeedback. O también para describir los movimientos de rechazo de la medicina convencional y del pensamiento reduccionista. Pero el sentido del término que aquí nos interesa es la noción epistemológica, que entiende al ser humano globalmente en una dimensión biológica, emocional, espiritual e intelectual, en un contexto ambiental con el que interactúa.

En este sentido, el Reduccionismo, como opuesto a Holismo, sostiene que un sistema complejo puede ser explicado por reducción a sus partes fundamentales. Esencialmente, la biología se puede reducir a física y química, y los avances espectaculares de la biología en el diagnostico y la terapéutica no han hecho mas que ahondar en la brecha entre reduccionismo y holismo. Pero la psicología y la sociología no se pueden reducir a la biología... Y, en todo caso, los sistemas biológicos, psicológicos o sociológicos son habitualmente tan complejos que no pueden ser deducidos de las propiedades de elementos aislados.

El problema del reduccionismo no reside en su aplicación sino en el error de que es la única solución porque al dividir un problema en parcelas pierde información del conjunto y, en resumen, efectividad en las soluciones. Por ejemplo, una maquinaria compleja como un aeroplano o una computadora puedes ser troceada en fragmentos mas y mas pequeños, pero en algún punto la parte individual perderá la información que da perspectiva al todo (a la función global de la maquina). El primer efecto adverso del abordaje reduccionista es que el acto de reducir (de lo más grande a lo mas pequeño) desconsidera las interacciones de los componentes y la dinámica resultante del conjunto. Por tanto, el reduccionismo es erróneo en aquellos sistemas en donde la

interacción entre los componentes determina el comportamiento del conjunto del sistema.

Con respecto al holismo, su principio general, bien conocido, fue formulado por Aristóteles en la Metafísica: "El todo es mas que la suma de las partes". Un principio que no fue incorporado al debate científico hasta Jan Smuts, que le otorgó un uso epistemológico, en oposición al reduccionismo. Se ha dicho que en ingles "hole" (agujero) y "whole" (todo) suenan casi igual, la medicina alopática estudia solo el hole, o sea la enfermedad, mientras que la medicina integral o antropológica estudia ambas, hole y whole (Carlson, 1979). Por tanto, como parece evidente, holismo y reduccionismo no tienen porque ser considerados necesariamente como antagónicos, sino que cabe integrarlos como puntos de vista complementarios e ineludibles para un adecuado conocimiento de una determinada realidad.

LA HUELLA DEL HOLISMO

El abordaje holístico en Medicina reconoce que los componentes emocionales, mentales, físicos, culturales y sociales constituyen un sistema global en un contexto dado. Existen ejemplos holisticos en el ámbito de las Medicinas Alternativas como la Medicina Ayurvedica, la Medicina China (Acupuntura), la Medicina Naturopática, la Reflexológia... pero, como ya se ha referido, carecen de evidencias científicas que permitan verificar sus postulados.

La medicina antropológica, así denominada por V. Weiszäker a principios del siglo XX - "una manera nueva de pensar y actuar en medicina" -, es probablemente la primera opción con voluntad holistica que se desarrolla en el ámbito de la cultura y la ciencia occidental reciente. De forma especial, la "antropología médica crítica", una corriente de pensamiento anglosajón que estudia los determinantes estructurales y a las relaciones de poder en la salud/enfermedad y la respuesta social a tales situaciones. Y que podemos considerar en contraposición con la "antropología medica clínica", menos critica y mas interesada en las micro-relaciones de las

vivencias cotidianas de las enfermedades y el funcionamiento cotidiano de la medicina (Seppilli, 2005).

Pero el holismo no aparece realmente en la práctica de la medicina occidental hasta la irrupción de la medicina psicosomática. En los años 70 la aproximación holistica era considerada como una forma de conceptualizar el fenómeno psicosomático, una alternativa a las explicaciones lineales, en busca de la interrelación y la multicausalidad somática y psíquica, biológica y social (Lipowski, 1977.) Su influencia ha sido poderosa, al menos en el plano teórico, y actualmente es ya un lugar común afirmar que la psique y el soma no pueden ser separados y que una alteración a cualquier nivel (somático, físico o social) repercutirá sobre los otros niveles. Con la incorporación del factor social, el pensamiento psicosomático se ha visto impulsado hacia un modelo alternativo, el modelo Biopsicosocial (Engel, 1977.)

El movimiento feminista ha contribuido sustancialmente a la construcción de una perspectiva holistica de la salud. Debido a que las mujeres a lo largo de la historia de la humanidad han sido subordinadas por el sistema patriarcal, se encontraron en la necesidad de resistir al dominio impuesto (en contextos históricos muy diversos) y han sido capaces de abordar con gran creatividad un nuevo conocimiento y la conciencia y la defensa de su propio cuerpo y proponer el concepto "empowerment" que desafía el sistema actual de valores de la medicina hegemónica y representa el embrión de una propuesta alternativa. La contribución a la salud de la teoría feminista ha sido muy importante en el orden epistemológico con el desarrollo de nuevos conceptos feministas (patriarcado, genero, sistema sexo/genero) y la demostración de que la "salud y la "enfermedad" son nociones construidas socialmente como producto del orden patriarcal dominante.

La perspectiva holistica esta, asimismo, presente en la declaración de Alma Ata (1978) y en la conferencia de Ottawa (1986), en la medida en que apuestan por el diagnostico contextual, la intervención y el protagonismo de la ciudadanía (promoción de la salud) y la integración de base

comunitaria de las estrategias de salud. Cabe reconocer una dimensión integral en la Carta de Ottawa expresada por su visión de los determinantes de la salud y por la construcción política necesaria para lograr el control de la salud por parte de la población. El enfoque de promoción de salud supera el interés fenomenológico que caracteriza a la medicina convencional para preguntarse por sus determinantes y definir estrategias de control social.

En la segunda mitad del siglo XX el holismo dio lugar al pensamiento sistémico y a sus derivaciones, la ciencia del caos y de la complejidad. Una nueva visión de la realidad y los sistemas biológicos, que permite comprender las relaciones y las dependencias recíprocas y esenciales de todos los fenómenos físicos, biológicos, psicológicos, sociales y culturales. Una nueva medicina que se ha denominado "Medicina Compleja" de carácter transdisciplinar.

INTRODUCCIÓN A LOS SISTEMAS BIOLÓGICOS

La exigencia de encontrar sentido a las interacciones genéticas complejas ha conducido a otro nivel de análisis: la perspectiva del sistema. Un nuevo abordaje que incorpora conocimientos técnicos de los sistemas de ingeniería que se desarrollaron con la Cibernética (Weiner, 1948) y con la "Teoría General de los Sistemas" (Von Bertalanffy, 1969). El posterior desarrollo de la teoría del caos, la dinámica no-lineal o la ciencia de sistemas complejos, han contribuido a incrementar el armamento analítico en este campo. Por tanto, la medicina se encuentra ante la necesidad de sustituir la visión fragmentaria y reduccionista de la realidad pero no tiene que vaciarse de contenidos biológicos que le resultan imprescindibles (como las aportaciones tecnológicas o las herramientas para combatir la enfermedad). No se trata de clausurar estrategias sino de introducir aspectos hasta ahora ni siquiera vislumbrados, de una nueva racionalidad en la utilización inteligente de los numerosos recursos de que dispone, de desplazar los fundamentos de su ejercicio de lo biológico a lo humano, de salir de la subordinación de la tecnocracia y de la instrumentalización mercantilista de las personas.

La aplicación de las nuevas teorías al análisis de la Biología pretende comprender como emergen las propiedades del organismo a partir de la interacción no-lineal de múltiples componentes: ¿Cómo se produce la conciencia de la interacción de las neuronas? ¿Cómo de la interacción de los genes se producen las funciones celulares de división, activación, diferenciación, apoptosis? Se trata de mirar no solo a las partes, sino también al comportamiento y a las propiedades del sistema en su conjunto. Impedir que los árboles no nos dejen ver el bosque. El hilo conductor reside en entender que los sistemas biológicos se conforman y funcionan en red (Capra, 2003). La red biológica es dinámica y de naturaleza cambiante (concentraciones moleculares, actividades enzimáticos...) y es interactiva. Las propiedades de una sola molécula son contingentes en sus actividades y relaciones con otras moléculas dentro de la red, y el comportamiento del sistema es la consecuencia de la interacción de los componentes biológicos. Y depende de tres factores, del contexto que valora la inclusión de todos los componentes participantes en el proceso, del tiempo que considera las características cambiantes de cada componente y del espacio que es responsable de las relaciones topográficas entre los distintos componentes.

Una visión integrada de los sistemas biológicos que combina modelos teóricos con experimentación directa porque ambos son instrumentos complementarios, que precisan la colaboración de la biología molecular, la informática, la ingeniería, la física, la psicología, la estadística, la química y las matemáticas para explicar como se materializa la biología. Así, por ejemplo, en un primer momento, la genética tuvo la pretensión de monopolizar la etiología (se llegó a hablar de "algenia" por similitud con alquimia); pero lo cierto es que sin una compresión de sistemas, los avances genéticos son indescifrables. Después de la culminación del genoma humano en 2003 y del desarrollo de altas tecnologías como los chips de secuencia de ADN, los científicos se encuentran frente al desafío de entender como interactúan los genes para crear colectivamente un sistema global de comportamiento. El genoma humano contiene de 30.000 a 35.000 genes (solo cinco veces mas que el numero de genes de un euca-

riote unicelular) y codifica 100 trillones de células del cuerpo human, la riqueza de la información se deriva no solo de los propios genes, sino de la interacción entre ellos y entre sus productos respectivos. Los genes codifican mediante el mensajero ARN, que es codificado, a su vez, por las proteínas que actúan como mensajeros secundarios. Entre cada nivel jerárquico, las modificaciones se deben a miles de moléculas que interactúan con otras moléculas para crear una red reguladora compleja. Lo que ha llegado a ser evidente es que el fenotipo emerge por la acción colectiva de múltiples moléculas individuales. Por tanto, la noción previa de que una simple mutación genética es responsable de un defecto genotípico es excesivamente simple. Las enfermedades complejas como el cáncer, el asma, o la arteriosclerosis no se explican por una mutación genética única. En consecuencia, el pensamiento complejo se convierte en una necesidad imperiosa incluso para quienes no se plantean, ni lejanamente, poner en cuestión el carácter puramente biológico de la Medicina. Pero, la biología molecular contemporánea, la genética y otros desarrollos de la biología han adquirido tal grado de complejidad conceptual que desde perspectivas simplistas no se pueden encontrar respuestas.

En la medicina clínica, las enfermedades crónicas complejas como la diabetes, la enfermedad coronaria, o el asma son ejemplos de que un solo factor es muy raro que explique la presentación o el desarrollo de la enfermedad. Sin embargo, hay enfermedades agudas simples que se explican por un único factor (infección urinaria, apendicitis aguda, disección aorta) y que se pueden corregir mediante una intervención especifica, lo que no ocurre con las enfermedades crónicas y complejas. Las enfermedades complejas pueden presentar muchos procesos diferentes y tener tratamientos distintos. Existen canceres que aunque clínicamente se consideren como una única entidad tienen perfiles genéticos diferentes, con distinto pronostico y respuesta a la radioterapia. Por tanto, entidades fenotípicas únicas pueden mostrar múltiples subtipos genéticos y múltiples etiologías y patogénias. Lo que hace pensar que otros problemas, como la diabetes tipo 1 o tipo 2, puede deberse a diferentes procesos patogénicos y probablemente a diferente pronostico y tratamiento.

Esta noción anima a la personalización o individualización de la medicina y puede evitar la inclinación instintiva a centrarse en la enfermedad y no en el paciente (uno de los principales desafíos para el medico clínico). En la diabetes, por ejemplo, nos concentramos en el síntoma (hiperglucemia) y en el tratamiento para disminuir la glucosa. Sin embargo, es imprescindible dirigir nuestra atención hacia la mejora del contexto: hábitos dietéticos, sueño, condición psiquiatrita, sistema inmune y genético, condición psíquica, co-morbilidad medica y otros factores que en conjunto representan la perspectiva sistémica y el abordaje del individuo y no de la enfermedad (Anh, 2005).

EUBIATRÍA: CÓMO ORIENTAR LA COMPLEJIDAD

Existe un método que explique como las partes crean el todo? ¿Cómo podemos cambiar nuestra mirada de las partes al todo? ¿Cómo construir, en definitiva un nuevo modelo de las ciencias de la salud, una nueva epistemología holistica y sistémica que permita una orientación integral de la salud y la recuperación del sujeto?

Un psiquiatra español, E. Mira y López, hace mas de medio siglo, afirmaba lo siguiente: "creemos que el próximo paso de la ciencia médica será el de su ascenso al concepto de "eubiatría", o sea de la medicina integral al que, además de tener el doble enfoque psicosomático y somáto-psíquico (propiamente antropológico antropodinámico), tomará en cuenta la influencia genética (patología constitucional) y el factor ecológico. Este último, en su doble modalidad económica y social afecta no solamente a la comprensión de los fenómenos morbosos, sino a su tratamiento de acuerdo con criterios colectivos de medicina social, higiene pública y también propone una real organización del aspecto "profesional", donde habrá nuevos derechos y deberes, nuevas estructuras y medios de actuación de los futuros "eubiatras". Este es el modelo médico que la población necesita y quiere" (Mira, 1945).

Esta perspectiva de Mira da respuesta a buena parte de las cuestiones precedentes, pero, como nos ha enseñado Kuhn, en el cambio de para-

digma los científicos empiezan a revisar las bases de su pensamiento y la ciencia se vuelve críticamente hacia su propia historia. Por tanto, el aspecto nuclear reside en como se formula la critica al modelo biomédico hegemónico, en la comprensión de que el paradigma vigente se ha transformado en un modelo biológico-explicativo-naturalista dedicado al estudio de la estructura biológica (sustancia, materia, cantidad) olvidando el estudio del patrón de los seres vivos (forma, orden, cualidad). Una critica que, en una primera aproximación, tiene que inscribir el cambio epistemológico en la propia ciencia, con la tarea de salvar el abismo entre las detalladas operaciones microscópicas (biologismo reduccionista) y la organización cualitativa general que configura la organización y el funcionamiento de todos los organismos vivos, ya sea en la embriología, la biología o la genética. En esa medida, los modelos conceptuales, como los "Sistemas Biológicos", otorgan una perspectiva de la ciencia que permite abordar la complejidad molecular en el conjunto de los sistemas biológicos. Y que, bajo ninguna circunstancia, ha tener connotación de anti-ciencia, sino que impone la obligación de distinguir entre ciencia y cientificismo.

En segundo termino, el cambio tiene que partir de un enfoque integrador y estructural de las ciencias, la filosofía y la política con la perspectiva de la transformación social (como promotora de salud) y el desarrollo sustentable (la comprensión de que el progreso científico y técnico no garantiza sin mas el progreso humano, como ya advertía Rousseau.) Una nueva filosofía de la salud y de la medicina que emerja de la crisis de la razón heredada o positivista, en el plano teórico, práctico y moral, que abandone la idea de una realidad objetiva o de un orden natural inmutable para ser reemplazado por un modelo humanista (posflexneriano) y holístico de la realidad biopsicosocial, con una concepción pluridimensional y multicausal de la salud y de la enfermedad.

Es necesario, por tanto, la incorporación de las ciencias sociales junto a las ciencias biológicas, para conformar la denominada "ciencia única de la persona", una convergencia de biología, antropología y sociología. En donde el objetivo primario de las ciencias sociales es lograr un conoci-

miento organizado de la realidad social y la promoción de estudios sistemáticos que definan las relaciones entre los factores sociales, psicológicos y biológicos. Por tanto, los elementos básicos de una alternativa al modelo biomédico sitúan a la salud en tres dimensiones de la salud: Individuo, sociedad y ecosistema, y una perspectiva holística – orgánica – ecologista que vincule el concepto de salud con el concepto de vida.

Una reflexión que tiene que ir más allá de la medicina, e incluso más allá de la salud, para permitir un debate capaz de repensar y redefinir nuestras propias prácticas y postulados epistemológicos, en un mundo cada vez más interdependiente, globalizado y homogeneizado. No se trata sólo de cuestionar la medicina, su papel y su poder, o cuestionar el significado y el sujeto de la salud, sino también incluir en la discusión la división social del trabajo, el medioambiente, el racionalismo científico, las características de la modernidad o lo que entendemos por desarrollo. La medicina es fundamentalmente una función social y de esta caracterización provienen, sus obligaciones para con la población y, a su vez, las obligaciones del Estado. En la salud se suman derechos individuales y derechos de la sociedad, y la sociedad debe asegurar la vigencia plena de los primeros. El derecho a la salud es en realidad un derecho humano primario de las personas que como tales tienen dignidad y no precio, son sujetos y no objetos, son fines en sí mismos y no medios. El ejercicio del derecho a la salud precisa universalidad (nadie puede quedar excluido bajo circunstancia alguna), equidad en la distribución de los recursos y solidaridad como estrategia política en la redistribución y en la oposición a las injusticias sociales desde los mismos sectores marginados, sin copiar estructuras coercitivas de poder.

La persona, y precisamente la persona enferma, debe ser considerada como una integridad de individualidad somato-psico-social-cultural y el proceso salud-enfermedad-atención como un constructor social y a su vez su producto, analizando históricamente, lo ideológico, lo político, lo económico, lo social y lo cultural en la génesis de dicho proceso (Foucault, 1990). En este marco, la participación de la comunidad es la auditora

"natural" y debe intervenir en todas las etapas de las políticas de salud (planificación, ejecución y evaluación). Participar significa intervenir en la toma de decisiones, de lo contrario se transforma en legitimación del poder, y significa también superar el ámbito reivindicativo para constituir el eje central de la transformación socio-cultural y económica, mediante el desarrollo de las redes sociales y organizaciones intermedias elegidas y constituidas democráticamente. En los movimientos sociales, el rol de los profesionales y los técnicos es de colaboración y asesoramiento, absteniéndose de todo tipo de control social o ideológico, respetando los procesos de autonomía o de autogestión.

La salud y la medicina, por ultimo, responden a un conjunto de normas éticas, que configuran lo que hoy se denomina bioética. La bioética juega un papel clave en la práctica, no solo como respuesta a la tecnología sino también por la responsabilidad moral y pública que conlleva el ejercicio de la medicina. Es necesario un discurso bioético global y un sistema de valores que respete la dignidad de todas las personas, que incorpore el desarrollo humano y la paz, que equilibre la libertad individual de una existencia digna (que siempre es en algún grado acción de otros) con la solidaridad de la salud como un objetivo común. Como propone Foucault hay que superar el divorcio establecido entre el conocimiento médico-científico y el saber ético-humanista, y constituir un espacio ético como prioridad absoluta en la relación que se establece entre médico y enfermo.

EL OBJETIVO ES UNA SOCIEDAD MAS SALUDABLE

Es obvio que el campo preferente de intervención de la medicina es el de la enfermedad. En esa medida tiene que apoyarse en un discurso científico de carácter biológico, pero en la medida en que las enfermedades tienen una clara dimensión colectiva, política y antropológica, la medicina también ha de ser inevitablemente social.

La salud es, por otra parte, un concepto de mayor amplitud, que engloba a la medicina, vinculado a la vida y cuya naturaleza es esencialmente social. La eubiatría se sitúa en el plano de la salud, es realmente

una propuesta alternativa de mejora de la salud, la búsqueda de una sociedad más saludable.

Una sociedad más saludable es, en lo sustancial, una aproximación a una “sociedad mejor”, de tal manera que podemos considerar el nivel de salud de un pueblo como el más fiel reflejo del estado en que se encuentra una sociedad determinada. Un indicador que, obviamente, va más allá de la ausencia de la enfermedad e incluye a los distintos componentes que afectan a la calidad de vida. Durante siglos la salud fue definida como "ausencia de enfermedades", hasta que en 1950 la Organización Mundial de la Salud, modifica el concepto: "un estado de perfecto (completo) bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad”. Esta nueva definición fue un avance porque antepuso la salud a la enfermedad (aunque la enfermedad persista como obsesión de la medicina), pero sus insuficiencias son evidentes: entiende la salud como un fin, bajo una perspectiva estática, subjetiva y utópica.

En la salud confluyen lo biogeográfico, ecológico y social, el individuo y la comunidad, lo público y lo privado… (Terris, 1980). La salud requiere un modelo global, que supere el estudio del peso relativo de influencias aisladas, integrado en la sociedad como un todo. La salud es un medio para la realización personal y colectiva, fomenta la seguridad general de la sociedad (un componente indispensable para la reproducción de la vida social) y es un indicador del bienestar y de la calidad de vida de una comunidad. La salud, por tanto, es más que una noción médica, es un concepto predominantemente social ("la salud es la capacidad de amar y trabajar", decía Sigmund Freud) porque se sitúa en la intersección de las personas la sociedad y el medio ambiente, porque se vincula a las costumbres, tradiciones, actitudes y juicios de valor de los diversos grupos de una sociedad, y porque involucra la participación de todos los agentes de la comunidad. En el plano individual requiere la capacitación para tomar decisiones sobre la propia salud y la educación de higiene que deben tener las personas; y en el plano colectivo, la participación de la comunidad y de los poderes públicos en la satisfacción de las

necesidades sociales. Por tanto, la crisis de la salud es necesario enmarcarla en una concepción más profunda, estrechamente ligada a la crisis social, que desborda los componentes económicos y políticos e incluye una dimensión cultural, filosófica, ética y de valores.

BIBLIOGRAFIA

Ahn AC, Tewari M, Poon CS, Phillips RS (2006). The limits of reductionism in Medicine: Could Systems Biology offer an alternative? PloS Med 3 (6): e208

Ahn AC, Tewari M, Poon CS, Phillips RS (2006). The Clinical Applications of a Systems Approach. PLoS Med 3(7): e209

Arrow K. (1974). Ensayos sobre economía del bienestar. México, Fondo de Cultura Económica.

Arrow K. (1981). La incertidumbre y el análisis del bienestar de las prestaciones medicas.. Economía de la Salud; 574: 47-60.

Berlinguer G. (1991) La enfermedad. Buenos Aires. Lugar Editorial

Bourdieu P. (2000). Los usos sociales de la ciencia. Buenos Aires, Nueva Visión.

Bourdieu, P. (1999). El campo científico", en Intelectuales, política y poder, Eudeba.

Capra F. The biomedical model. En: The Turning Point: Science Society and the Rising Culture, London. Fontana, 1982.

Capra F. (2005): Las conexiones ocultas. Anagrama

Carlson R.J. (1979): Holism and reduccionism as perspectives in medicine and patient care. West J Med; 131:446-470.

Doyal L. (1979). The political economy of health. London, Pluto Press.

Engels F. (1974). La situación de la Clase Obrera en Inglaterra. La Habana, Editorial de Ciencias Sociales.

Engel, G. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science, 196, 129-136.

Foucault M. (1990). Historia de la medicalización. En: La vida de los hombres infames. Madrid, La Piqueta.

Golub E. (1997). The Limits of Medicine: How Science Shapes Our Hope for the Cure. The University of Chicago Press.

Hasbrouck LM. (1996). Minorities in medicine: the Flexner report. JAMA; 275 (20): 1547-8.

Illich I. (1975). Némesis médica: la expropiación de la salud. Barcelona, Barral.

Institute of Health (IOM) (2007). Global Environmental Health in the 21st Century: htpp//www.iom.edu/CMS/3793/4897/40656.aspx

Krieger N. (2000). Epidemiology and social sciences: towards a critical reengagement in the 21st century. Epidemiol Rev; 11:155–63.

Kuhn T. (1971): "La estructura de las revoluciones científicas". Méjico, FCE.

McKeown T. (1990) Los orígenes de las enfermedades humanas. Barcelona. Crítica.

Menendez E. (2005) Intencionalidad, experiencia y función: articulación del conocimiento médico. Rev. Antropología Social; 14: 33-69

Mira y Lopéz E. (1945). Prologo en "Clínica Psicosomática" Zeno L., Pizarro E. Buenos Aires, El Ateneo.

OMS (1986), Ottawa Charter for Health Promotion, First International Conference on Health Promotion, Ottawa. (http://www.who.int/hpr/docs/ottawa.)

Peña A. (2005) Medicina y Filosofía: Investigación biomédica y problemas epistemológicos. UNMSM; 66 (3):.

Peña A. (2002) El concepto general de enfermedad. Revisión, crítica y propuesta. Anales de la Facultad de Medicina; 63: 313-21.

Perdiguero E. Comelles JM. (2000) Medicina y Cultura. Estudios entre la antropología y la medicina. Barcelona. Ed. Bellaterra

Popper K. (1971). La lógica de la investigación científica. Madrid. Editorial Tecnos.

Porter, R. (2004). Breve historia de la medicina, Madrid, Taurus.

Singer M. Glynne P. (2005) Treating Critical Illness: The importance of first doing no harm. PLoS Med. June; 2(6): e 167

Rose G. (1994). La estrategia de la medicina preventiva. Barcelona, Masson-Salvat.

Susser M, Susser E. Choosing a Future for Epidemiology: I. Eras and Paradigms. Am J Public Health 1996; 86(5): 668-73.

Stagnaro JC. (2002) Biomedicina o medicina antropológica. Vertex Revista Argentina de Psiquiatría.13: 19-26

Seppilli T., Otegui R. (2005) Antropología medica critica. Revista de Antropología Social ; 14: 7-13

Terris M. (1980) Aproximaciones a una Epidemiología de la Salud. En: La Revolución Epidemiológica y la Medición Social. México, Siglo XXI.

Tudor Hart J. (2006) The political economy of health: a clinical perspective. Bristol, The Policy Press.

Capítulo 11

ÉTICA Y DEONTOLOGÍA DE LA PRÁCTICA SANITARIA

*Carmen Ortiz Ibáñez**

Los avances científicos que se están desarrollando en torno a las ciencias de la salud y las perspectivas que parecen abrirse en torno a los mismos están produciendo autenticas convulsiones en múltiples aspectos tanto para los profesionales de la sanidad como para los ciudadanos en general. Por otro lado el hecho de que la ciencia en general y la medicina en particular no sean neutras, que por el contrario todos los avances científicos realizados van impregnados de una gran carga moral, junto con una mayor información y con una toma de conciencia por parte de los ciudadanos en cuanto al derecho a informarse y a decidir sobre su enfermedad, los tratamientos y sus posibles consecuencias han dado lugar a múltiples conflictos éticos. En torno a estos se ha desarrollado la bioética, que va a intentar dar respuesta a los conflictos planteados tanto en torno a los métodos utilizados en la investigación, o como consecuencia de los cambios surgidos de la misma, así como en la práctica clínica diaria o en el entorno de las leyes aplicadas a la salud. La bioética introduce valores éticos o morales en cada actividad clínica, de investigación o de legislación en materia sanitaria.

*Radióloga Hospital Severo Ochoa. Presidenta de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública.

No es fácil definir la fundamentacion de la ética, materia sobre la que existen importantes diferencias conceptuales. Por tanto la bioética, que presupone la compresión de los términos éticos, presenta múltiples tendencias o teorías para fundamentar los juicios morales en el campo de la salud. Haremos una aproximación a los conceptos de la ética[1].

Ética: reflexión sistemática acerca del ámbito moral. La ética pretende la investigación sobre lo bueno, sobre lo valioso o lo que realmente importa, es decir sobre la manera correcta de vivir.

No puede existir disociación entre la norma ética teórica y la practica de la misma, es decir que cuando un juicio moral (ético) no se puede adecuar a la practica hay que concluir que no tiene una buena formulación teórica y debemos adecuar los principios para que pueda servirnos de guía correcta en nuestras acciones morales.

La ética no es un conjunto de normas simples, así cuando la "regla ética" entra en conflicto con la acción que debamos realizar hay que establecer juicios de priorizacion o de ponderación ya que las caracteristicas de una acción varían según las circunstancias en las que se realiza. Todos aceptamos como buenos principios generales como no matar o no robar, pero no pueden tomarse aislados sin tener en cuenta el momento y las circunstancias que rodean el momento en que estos hechos se producen.

Si bien es cierto que para un creyente la ética puede consistir en aplicar las normas de su creencia religiosa no es menos cierto que al margen de las creencias religiosas existen unas normas éticas y que la ética no tiene porque estar determinada por las religiones.

Lo contrario seria aceptar que el significado de lo correcto o bueno viene determinado por la concepción religiosa. En este sentido y hace mas de dos mil años Platón recordaba que si los dioses están conformes con algunas acciones ha de ser porque estas son buenas, en cuyo caso no puede ser la aprobación de los dioses lo que las hace tales.

---

[1]Seguiremos el esquema que desarrolla Javier Sánchez Caro en "Derecho sanitario y Sanidad" de Manuales de Dirección Medica y Gestión Clínica.

La ética no es algo subjetivo o relativo, aceptar el relativismo llevaría a situaciones inaceptables, una opinión aceptada por la mayoría no puede entenderse como norma ética, esto llevaría a la consideración de que las verdades morales existen únicamente en función de la mayoría. En resumen el relativismo no permite ni puede explicar el desacuerdo moral.

Conviene no obstante hacer una serie de consideraciones sobre la ética. Aunque parezca evidente, no esta construida para establecer un conjunto de prohibiciones especialmente dirigidas al sexo. En el campo de la bioética las cuestiones son muy sensibles y no hay nada en el sexo que permita individualizar las acciones. Estamos hablando de problemas tan sensibles como la inmunodeficiencia adquirida (SIDA) con respecto a la cual un amplio sector de la población ha identificado en algún momento con un problema de índole moral.

La ética adopta siempre un punto de vista universal, ya desde tiempos remotos se mantiene la tesis de que no basta una justificación que se base en el exclusivo interés propio o personal, pues nuestros propios intereses han de ser compatibles con unos principios de base ética mas amplia. Con diferentes enunciados esta tesis la encontramos desde la ley de Moisés y posteriormente el evangelio (amaras al prójimo como a ti mismo), los estoicos que mantenían que la ética deriva de una ley universal, teoría que posteriormente desarrollo Kant con su formula de "actúa solo siguiendo aquella máxima que quieras al tiempo ver convertida en ley universal" posteriormente filósofos como los británicos del siglo XVIII o los continentales como Jean Paúl Sastre que convienen en que la ética es en algún sentido universal.

Si bien podemos concluir que la ética obedece a una ley universal lo que no quiere decir que esta norma pueda ser universalmente aplicable ya que las circunstancias alteran los casos. Esto no invalida la necesidad de tener en cuenta las circunstancias concretas para aplicar la norma ética

Bioética: literalmente significa ética de la vida, y se define como el estudio sistemático de la conducta humana en el ámbito de las ciencias de la vida y de la atención a la salud, examinando esta conducta a la luz de los valores y de los principios morales.

Esta definición supera el estrecho círculo de la relación medico-paciente, ampliándolo a la biomedicina y otras ciencias relacionadas con la salud.

No obstante existen múltiples definiciones para designar qué es la bioética, siendo difícil de clasificar y teniendo en cuenta que se trata de una disciplina con múltiples implicaciones tanto éticas o morales, como políticas,

El termino bioética se utiliza por primera vez alrededor de 1970, y viene a denominar una nueva realidad en la aplicación de la medicina.

En otros aspectos de las relaciones sociales hacia ya mucho tiempo que se había producido un cambio fundamental aceptándose la existencia de diversas concepciones que llevaban a planteamientos y soluciones diferentes ante los mismos hechos. Ya en los siglos XVI y XVII tras las guerras de religión se llego a la conclusión de que era posible convivir con distintas creencias, siempre que se adoptasen unos mínimos que permitieran la convivencia. Así mismo en las relaciones sociales se rompe con el modelo del dirigente poseedor de los conocimientos de la naturaleza y de sus leyes y surge en el mundo moderno, el ciudadano que rompe con este modelo, naciendo el hombre con capacidad de discernimiento entre lo bueno y lo malo, que es capaz de darse sus propias leyes y que deviene autónomo, con la consecuencia de que el gobernante ya no podrá imponer a sus súbditos las normas de comportamiento en la sociedad.

Sin embargo en la relación medico paciente no se producen estos cambios y persiste una relación jerárquico-paternalista en la que el medico es el depositario de todos los conocimientos científicos sobre la enfermedad y los métodos de curación y quien decide sobre los valores en el momento de aplicarlos, imponiéndoselos al enfermo al que se considera incapaz de tener su propia valoración sobre los mismos.

Es difícil entender porqué sociedades en las que valores como autonomía, pluralismo o solidaridad son principios asumidos y que junto a la racionalidad o la comunicabilidad se consideran irrenunciables, simultá-

neamente asumen la relación de subordinación en el caso de la salud. Una posible explicación según la Dra. Azucena Cruceiro seria la situación existencial de desvalimiento en la que sitúa la enfermedad a quien la padece.

No obstante están descritos casos de lucha en un intento de reivindicar la autonomía de los pacientes en fechas muy anteriores a estas, ya a principios del siglo pasado en Norteamérica, existen varias sentencias recogidas sobre la defensa de la autonomía de los pacientes que apelaron a la justicia reclamando su derecho a participar en la decisiones sanitarias[2]. Es famoso el juez Cardoso que en la sentencia del caso Schloendorff v.Society of New York Hospitals en 1914 escribía:

"Todo ser humano de edad adulta y juicio sano tiene el derecho a determinar lo que debe hacerse con su propio cuerpo; y un cirujano que realiza una intervención sin el consentimiento de su paciente comete una agresión por la que se le pueden reclamar legalmente daños."

Será ya en los años 70 y como consecuencia de los avances de la investigación en materia de salud cuando se plantean los problemas que surgen como consecuencia de los avances tanto tecnológicos como de la biomedicina, que unidos al creciente interés social por los derechos de los pacientes y la difusión de los avances que propiciaron los medios de comunicación, hizo que se suscitaran muchas expectativas y temores en torno a los nuevos progresos y con ello amplias discusiones que propiciaron que se abordase este problema y se produjesen los cambios en las relaciones sanitarias que van a constituir la base de una nueva disciplina que se denominara bioética.

Ya después de la segunda guerra mundial y tras los juicios de Nuremberg, se realizo el "Código de Nuremberg" según el cual se pretendía regular los experimentos con personas humanas, tras los horrores de los experimentos con seres humanos realizados durante la segunda guerra

[2] Faden RR, Beauchamp TL. *A History and a Theory of Informed Consent.* New York: Oxford Univ. Press, 119-125.

mundial, y se establecieron unas coordenadas que pretendían regular la información el consentimiento y el trato digno. A pesar de estos intentos los experimentos siguieron realizándose en condiciones poco éticas.

Posteriormente en 1948 se firmo en Nueva York la Declaración Universal de los Derechos Humanos y en 1964 la XVIII Asamblea Medica Mundial adopto la Declaración de Helsinki, que contiene las normas éticas de orientación a la comunidad científica según las cuales debe preservarse el derecho del paciente a su integridad personal, aun en detrimento de los intereses de la ciencia o de la sociedad.

A pesar de estos intentos de mantener la dignidad de las personas frente al avance de las investigaciones científicas, a partir de los años cincuenta se siguieron realizando experimentos con seres humanos, que motivaron múltiples protestas y quizás como respuesta a estas, ya en 1970 el Congreso de los Estados Unidos crea una comisión para estudiar los problemas éticos que plantea la investigación biomédica en los seres humanos y esta comisión tras varios años de estudio realizara un informe final denominado "Informe Belmont" en el que se establecen los principios de autonomía, beneficencia, y justicia o equidad considerados actualmente como la base de la metodología bioética.

Autonomía o respeto a las personas, considerándolas capaces de tener sus opiniones y dándoles la capacidad de tomar sus propias decisiones, así mismo se hace mención a la especial atención a la que se debe someter a aquellas personas cuya autonomía este diminuida.

Beneficencia que consiste en evitar realizar daño a los participantes en el ensayo, ponderandose los riesgos y los beneficios teniendo que ser superiores siempre los últimos.

Justicia o equidad que consiste en la imparcialidad en la distribución de los riesgos y de los beneficios.

Posteriormente en un estudio y desarrollo de la bioética que escriben Beauchamp y Childress, el primero de los cuales formó parte de la comisión, se reafirman los principios antes mencionados y se añadiría un

cuarto denominado no maleficencia, que se identifica con el principio hipocrático "primum non nocere" (no hacer daño), dándoles una mayor extensión en sus aplicaciones de forma que ya no solo fuesen aplicables a la investigación con seres humanos, sino que pudiesen utilizarse en la practica clínica y asistencial.

Es difícil realizar una definición clara de estos conceptos en cuanto que consisten en fundamentos filosóficos, con marcadas interacciones entre ellos. Ejemplo de ello son las múltiples teorías que se han escrito sobre ellos

Estos principios serán objeto de múltiples discusiones y precisiones, existen numerosas obras posteriores criticando y puntualizando filosóficamente el significado de cada uno de ellos. Nacerán múltiples teorías según se entiendan como principios absolutos o no, y en cual de los principios éticos se ponga el énfasis, en cualquier caso no pueden permitirse conceptos según los cuales:

- La mayoría pueda supeditar los derechos de las minorías.

- Será preciso subordinar unas obligaciones a otras cuando estas entran en conflicto.

- Los principios no pueden ser absolutos, no se puede separar los actos de la persona que los realiza, ya que el carácter de esta va a influir.

- Los actos basados exclusivamente en los derechos tampoco serán validos, ya que con ello perdemos el carácter moral que los motivó y perdemos la perspectiva de los intereses colectivos y comunitarios.

- Es preciso que el individuo sea tratado como parte de una comunidad.

Diego Gracia realiza una síntesis de las diferentes criticas en la que la mayoría de los autores entienden que se trata de principios prima facie es decir que obligan siempre y cuando no entren en conflicto entre si, llegando a un resumen muy simplificado en el que describe:

"El pensamiento moral en tres momentos, uno formal y absoluto: el respeto a todos los seres humanos y otros dos materiales y por tanto relativos. El primero momento material se compone de los cuatro principios bioéticos divididos en dos niveles uno privado que incluye los principios de autonomía y Beneficencia y el otro publico con los de No-maleficencia y justicia".

No hay reglas que den prioridad a unos principios sobre otros y de ahí la necesidad de llegar a un consenso entre todos los implicados. Esto será el objeto fundamental de los "comités institucionales de ética".

COMITES DE ETICA

Los Comités de Ética asistencial son una aplicación práctica de la bioética, la necesidad de estos esta ya implícita en algunas de las definiciones que se han dado a la bioética.

"… es una parte de la ética que estudia los problemas de los juicios de valor relacionados con la vida o las ciencias de la vida…"

D.Gracia.

"… estudio interdisciplinario de los problemas suscitados por el progreso biológico y medico, tanto a nivel micro social como a nivel de la sociedad global y sus repercusiones sobre la sociedad y su sistema de valores… "

F. Abel.

Un buen profesional en el caso de los sanitarios en general y del medico en particular no es actualmente aquel que ha adquirido una buena formación científico-técnica ni el que esta constantemente actualizado con los nuevos avances científicos, en el momento actual es imprescindible una formación ética para poder resolver los múltiples problemas morales que se presentan en la practica clínica.

Actualmente tenemos que añadir la ética a nuestras actuaciones para lo cual es preciso, en el respeto al derecho a la información que tiene el paciente y en el respeto de su Autonomía, informar correctamente al

enfermo y permitirle que sea coparticipe en la toma de decisiones con respecto a su enfermedad, esto viene determinado por el "derecho al consentimiento informado".

Pero no termina aquí la labor del medico actualmente, también es necesario que procure el acceso igualitario a todos los servicios sanitarios, y la distribución equitativa de unos recursos limitados, lo que resumiría su participación en la gestión.

Si en este contexto añadimos el desarrollo de la tecnología tanto en su aplicación diagnostica como terapéutica que se ha producido en los últimos años, la medicalización de los actos mas elementales de la vida a los que estamos asistiendo, y la necesidad de que el medico tiene que actuar no solo como sanador sino como cuidador haciendo participe de estos cuidados a todo el equipo de personal sanitario, incluyendo al paciente y a sus familiares, esto nos explica la complejidad que ha adquirido el ejercicio de la medicina y la necesidad de ayuda que en muchos casos es imprescindible para tomar las decisiones correctas, esta finalidad la cumplen los Comités de Ética.

Un Comité de Ética es un grupo multidisciplinar, es decir compuesto no solo por profesionales de la sanidad, sino deben incluirse todos los protagonistas de la actuación sanitaria. Tiene carácter consultivo, y la finalidad es consultar los problemas éticos que se plantean en múltiples casos clínicos, velando siempre por conseguir una mejora en la atención sanitaria.

Existen diferentes tipos de comités que podríamos resumir en tres fundamentalmente:

- Comités de Ética asistenciales que se forman dentro de cada hospital y su característica es que se trata de comités interprofesionales, siendo necesario para formar parte de los mismos estar formado en bioética, o tener el firme propósito de formarse en dicha materia.

- Comités éticos de investigación cuya característica fundamental será desarrollar su actividad en torno a los centros de investigación en ciencias de la salud.

- Comités intermedios que se desarrollan en torno a temas concretos, y que dependen del comité de ética hospitalario.

Las finalidades de los Comités de Ética asistenciales serán varias, siempre garantizando el trato ético de los pacientes. En primer lugar y fundamentalmente tienen una función de formación, que ira dirigida tanto a los miembros integrantes del comité como al resto de los profesionales del hospital. Así mismo en los hospitales con docencia, los Comités de Ética serán los responsables de establecer las medidas necesarias para la formación en bioética de los Residentes.

Otra de sus finalidades es el estudio de los casos conflictivos, la consulta al Comité de Ética podrá realizarse por cualquiera de los miembros implicados (medico, enfermera, paciente o familiares), la selección de los casos se realizara según indicaciones previamente acordadas y el estudio de los mismos podrá hacerse de diferentes maneras, de forma preventiva, o retrospectivamente, puede tratarse de casos ya solucionados, de casos actuales mas o menos urgentes y casos que por su significado de interés general pueden considerarse paradigmáticos. El estudio suele hacerse comparando con otros casos previos y en cualquier caso elaborando conclusiones que tendrán que servir para todo el hospital y en la medida de lo posible extenderse a otros centros.

Así mismo los Comités de Ética podrán establecer conclusiones que sirvan de directrices para la política a desarrollar por el centro o a más alto nivel, propiciando cambios en la forma de trabajar o en aquellas características del centro que estén propiciando actuaciones poco éticas o que dificulten la aplicación correcta de las mismas. Serán los responsables de establecer los mecanismos necesarios para que los residentes reconozcan los problemas éticos que se planteen en los enfermos que tengan asignados o en aquellos casos de interés general, y puedan llevarlos a estudio por el Comité.

Así mismo y a petición de autoridades institucionales pueden asumir funciones normativas más complejas participando en programas, como transplantes, fertilización, o introducción de nuevas tecnologías.

A estos tres cometidos se añaden en cada centro aquellos que parece útil que van a depender de las necesidades del hospital en el que trabajen, así es frecuente que se haga participar al comité de ética en la aprobación de los programas de investigación del centro, así pueden asumir problemas concretos de actuación medica del centro como temas de oncología, cuidados intensivos, unidades de transplantes etc. Estos problemas deberían tratarse en comités que dependiendo del comita institucional, gestionaran los problemas concretos y son los comités que hemos llamado intermedios.

Es importante destacar que los comités de ética no tienen ninguna función en cuanto a los problemas relacionados con negligencia, mala práctica profesional, problemas gremiales o interpersonales que deberán tratarse en otras instancias. Debe alejarse la función del comité de ética de la función de control de los trabajadores.

Los Comités Éticos de Investigación tienen como objetivo asegurar la protección de los seres humanos que participan en una investigación y asegurar la relevancia y la corrección científica de un protocolo de investigación. Por tanto son los encargados de evaluar los aspectos metodológicos éticos y científicos de los protocolos de investigación.

Como se ha visto anteriormente estos comités nacen como consecuencia de la necesidad de realizar un control de los métodos que se venían utilizando en la investigación biomédica y que fue la causa que llevo a elaborar el Informe Belmont en el que se basara en adelante la bioética.

Aquí se aplicaran en toda su extensión los cuatro principios fundamentales en los que se basa la bioética.

El principio de respeto a las personas, preservando su autonomía y en el caso de aquellas personas con una autonomía disminuida con especial cuidado, siendo necesaria mayor protección ante mayor riesgo.

El principio de beneficencia que establecía que el daño que se pueda generar tiene que ser siempre compensado por el beneficio obtenido. Extremar los beneficios y minimizar los riesgos.

El principio de justicia determinando quien va a beneficiarse de los logros de una investigación y quien va a soportar las cargas de la misma.

Los comités de ética de la investigación están mucho mas extendidos en el mundo occidental que los de ética asistencial, y aunque nacen con un signo negativo, como ya se ha dicho, con el fin de controlar los desmanes que se producían en la investigación, sin embargo su funcionamiento ha demostrado que la calidad de la investigación ha mejorado en cualquiera de sus aspectos.

PROBLEMAS QUE PLANTEA LA INVESTIGACION ACTUAL

El desarrollo de las comunicaciones y la interacción entre los diferentes países por lejanos que estos estén, ha producido un cambio fundamental tanto en el desarrollo de las ciencias de la salud, como en la uniformizacion de los conocimientos y de la practica de la medicina, en definitiva se trata de la globalización que afecta de una forma decisiva a la medicina y la salud de los ciudadanos.

La accesibilidad de los conocimientos, con Internet, es un hecho real que ha cambiado el papel de los ciudadanos, que han pasado de pacientes pasivos, a ciudadanos informados, con una mayor conciencia de su autonomía y su derecho a decidir en la evolución de su enfermedad. Estos hechos que en principio son buenos, sin embargo tienen un riesgo importante y es la falta de rigor científico que presentan algunas de las informaciones disponibles.

Los profesionales también pueden beneficiarse de los avances de la información que proporciona un abanico de posibilidades increíble no hace tanto tiempo, con conocimiento en tiempo real de los avances en investigación y de los estudios y aplicaciones de protocolos en cualquier parte del mundo, evidentemente se trata de una globalización en este caso de los beneficios, aunque quizás el peligro también es el de aceptar cualquier avance técnico que proviene de determinados países, adoleciendo de un espíritu critico que tamice las informaciones que llegan.

Junto a esto el desarrollo de la "telemedicina" que utiliza las tecnologías de la información y de las comunicaciones como medio de proveer servicios médicos, independientemente de la localización tanto de los profesionales que ofrecen el servicio como de los pacientes que lo reciben y sin tener en cuenta donde este la información necesaria para la actividad asistencial. Estas nuevas tecnologías tienen ventajas evidentes como es la mejora global de la calidad, permiten una organización mas flexible, favorecen la comunicación entre profesionales y pacientes, optimizan recursos y favorecen la conectividad entre ámbitos organizativos. Por el contrario con estas nuevas tecnologías no están resueltos problemas tan importantes como garantizar la confidencialidad y la intimidad de la relación medico –paciente y no existe garantía para mantener la inviolabilidad de los datos de salud de la población. Tampoco esta definido en el caso de que se produzcan fugas informáticas de estos datos, como se van a establecer las responsabilidades, ni que consecuencias va a tener esta acción.

Pero estos nuevos retos no son los únicos que se plantean a los profesionales actualmente, las innovaciones científicas y tecnológicas en el ámbito de la genética, plantea nuevos problemas éticos de gran relevancia. Si bien los avances que se están produciendo con estas investigaciones abren grandes esperanzas en que se encuentre solución a muchas de las enfermedades incurables en la actualidad, por lo tanto es deseable que continúen dichas investigaciones y sus aplicaciones.

El desarrollo actual de la biotecnología plantean numerosos problemas éticos, la aplicación de estas nuevas tecnologías están trastocando los limites conocidos entre la vida y la muerte, y con ello múltiples intervenciones en la vida de las personas con consecuencias muy importantes. Por tanto es necesario solucionar los problemas éticos que se van a plantear desde los diferentes ámbitos implicados, desde los investigadores científicos que deben tener en cuenta y valorar justamente las consecuencias que para las personas van a tener los avances científicos que van a aplicar. Junto con los investigadores todos los profesionales implicados en la apli-

cación de estos avances científicos están obligados a profundizar en los problemas éticos que se plantean con los nuevas tecnologías y sobre las consecuencias de sus aplicaciones y actuar responsablemente y por fin las Instituciones que tienen que ser garantes del respeto a los derechos humanos y a los principios de dignidad, libertad y respeto a la vida en un sentido integral, y legislar sobre el uso de estas tecnologías y sobre las actividades de los profesionales que corresponda.

Podemos dividir en dos grandes grupos los problemas que se plantean en torno a la investigación genética, los relacionados con la investigación del ADN y los que se derivan de la clonación.

Actualmente existen suficientes conocimientos para analizar los genes y detectar anomalías y defectos genéticos que están implicados en el desarrollo de muchas enfermedades, pero desconocemos como curar esas anomalías genéticas y ni siquiera sabemos lo suficiente para evitar que se desarrollen dichas enfermedades.

Ante esta situación cabe preguntarse ¿es ético utilizar los análisis de ADN para predecir riesgos de padecer enfermedades que no sabemos curar? Los problemas éticos que se plantean son múltiples y de gran envergadura, las anomalías genéticas que se detectan son generalmente familiares y en muchos casos la herencia va ligada al sexo, ¿estos hechos permiten una elección del sexo a los padres? en nuestro país esta selección esta permitida por ley, en estos casos.

A esto se añade el gran problema de quien custodia los datos genéticos y como se asegura su confidencialidad, la gran cantidad de información que contienen los análisis genéticos y las consecuencias que para la vida de esa persona puede tener la divulgación de esa información, es de vital importancia, por sus implicaciones personales o con otros miembros de su misma familia, para su situación laboral en cuanto a ser seleccionado o no para un trabajo, las posibilidades de ascenso, para conseguir un crédito de un banco o para contratar un seguro de vida.

Por otra parte muchos de los estudios que se realizan están financiados por empresas privadas que en varias ocasiones han creado conflictos entre el derecho a la confidencialidad de los datos y los intereses económicos de la empresa, ¿quien va a ser el garante de que se van a anteponer los intereses de la mayoría, entendiendo que esta es la humanidad en su conjunto y la salud de la misma, sobre los intereses económicos de las empresas implicadas en estas investigaciones? ¿Y como se va a realizar este control si es que se realiza?

La UNESCO recordando su defensa de los principios de dignidad, igualdad y respeto mutuo de los hombres, proclamo en la Declaración Universal sobre el genoma y los Derechos Humanos, la defensa de la libertad, la dignidad y los derechos humanos así como la prohibición de cualquier forma de discriminación fundada en las características genéticas aun reconociendo que las investigaciones sobre el genoma humano y sus aplicaciones abren inmensas perspectivas de mejoramiento de la salud de los individuos y de la humanidad en su conjunto.

Ante los riesgos que comportan estas investigaciones establece y hace responsable a los estados que aun garantizando un marco para desarrollar libremente las actividades de investigación sobre el genoma humano, se garantice el respeto a los Derechos Humanos, las libertades fundamentales y la dignidad humana y protejan la salud pública. Así mismo velaran porque los resultados de estas investigaciones no puedan utilizarse con fines no pacíficos.

Se promoverá en los niveles apropiados la creación de los comités de ética independientes, pluridisciplinarios y pluralistas encargados de valorar las cuestiones éticas, jurídicas y sociales planteadas por las investigaciones sobre el genoma humano y sus aplicaciones.

Esta probablemente es una línea correcta de avanzar en la solución de los problemas que se plantean, pero sin duda no va a ser suficiente, es necesaria una nueva conciencia social, que nos permita ser capaces de encauzar estos avances científicos en el punto en el que se pueda obtener de ellos los máximos beneficios para la humanidad y que impida que los

intereses económicos por un lado y las ideologías de los diferentes gobiernos, que no siempre anteponen los intereses de la población a los suyos propios, por otro, orienten estos avances en su propio beneficio en contraposición a los Derechos Humanos.

Estos mismos problemas están presentes en los avances en la investigación que afecta a la manipulación de embriones humanos, o a las que se basan en las técnicas de clonación de moléculas, de células o de seres completos.

Es fácil entender los beneficios que se derivan de la investigación desarrollada con las células madre que permiten desarrollar cualquier tipo de tejido humano que puede sustituir los tejidos deteriorados. Parece vislumbrarse con estos descubrimientos soluciones a problemas como sustituir el tejido dañado de un corazón infartado, el cerebro de un Alzheimer o el páncreas de un diabético, parece indiscutible que no podemos ni debemos oponernos a avances tan importantes para la salud o el bienestar de la humanidad, ningún científico puede oponerse a desarrollar estas técnicas que parecen ofrecer la solución a enfermedades incurables y muy prevalentes en la sociedad actual sin embargo si ha habido fuertes oposiciones al desarrollo de estas técnicas y estas se basan fundamentalmente en las fuentes en las que se obtienen estas células madre.

Las células madre son células embrionarias con capacidad de producir cualquier tejido humano y aun seres completos si proceden de las primeras etapas del desarrollo embrionario. A medida que el embrión se va desarrollando y formando sus diferentes estructuras las células madre van perdiendo capacidades, no obstante en el organismo de cualquier ser humano adulto siguen existiendo células madre que permiten regenerar determinados tejidos pero no todos, ejemplo de esto son las células de la medula ósea capaces de reproducir células de la serie sanguínea durante todo la vida pero no son capaces de producir otros tejidos.

No obstante se avanza en la posibilidad de encontrar otras células con esta capacidad y aun en la de desprogramar células adultas y convertirlas en células madre.

En el estado actual de las investigaciones con células madre, las que ofrecen mayores posibilidades de avanzar en el desarrollo de estas soluciones son las células embrionarias llamadas totipotentes, no así las células madre adultas llamadas pluripotentes, para lo cual se utilizan los embriones congelados, sobrantes de las fertilizaciones in vitro, esto ha provocado oposición frontal de aquellos que consideran el embrión como un ser humano, confundiendo planteamientos morales de convicciones religiosas y por tanto de grupo con una cuestión ética universal, pretendiendo darle carácter ético de defensa de Derechos Humanos. Planteadas las cosas en este punto es evidente que el beneficio obtenido de la utilización de los embriones congelados es claramente superior y de aplicación universal frente al posible daño provocado, defendido solo por aquellos grupos que pretender llamar ética a lo que en realidad solo son prejuicios religiosos.

No obstante tenemos que hacer referencia aunque solo someramente a lo que significan estas técnicas, estamos hablando de reproducción de células idénticas, con el mismo código genético, con posibilidad de desarrollar un ser completo y esto se llama clonación.

Pero no podemos obviar que estas técnicas también son las que se utilizan para conseguir algunos medicamentos como la insulina o que han sido estas técnicas de clonación las que han permitido conocer el genoma humano, sin embargo una vez mas el problema ético se plantea cuando el desarrollo de estas investigaciones nos conduce a una situación de peligro para los Derechos Humanos y la dignidad. Cuando se habla de clonación automáticamente yo lo relaciono con aquella premención del futuro que describía Huxley en su novela "un mundo feliz". De nuevo se plantea la cuestión ¿podemos dejar en manos de los gobiernos el control del desarrollo de estas técnicas? La historia no nos tranquiliza cuando vemos lo que sucede en las sociedades donde no existen formas de control transparentes y democráticas, recordemos la Alemania nazi o tantos ejemplos de sociedades autoritarias.

Actualmente existe un rechazo generalizado, mundial a la clonación de seres humanos, en la Comunidad Europea incluso con una legislación explicita prohibiéndola en su aspecto reproductivo, no obstante también

existen teóricos en la línea de defender nuevas sociedades basadas en la selección de la raza y por tanto con creación de ciudadanos de primera y de segunda, teorías como las defendidas por intelectuales como Fukuyama o Sloterdijk relacionadas con la posthumanidad que apuntan a una sociedad con la creación de subhombres al servicio de superhombres. Por tanto es preciso una toma de conciencia de toda la sociedad sobre los grandes cambios que se avecinan y las repercusiones en la sociedad que pueden derivarse de estos avances y solo un control realmente democrático desde los diferentes sectores de la sociedad y con carácter internacional puede mantener en los limites deseables los avances científicos para que nos permitan utilizar los beneficios que estos ofrecen sin sobrepasar los limites que imponen la ética y la justicia.

LAS FRONTERAS DE LA VIDA

Seguramente es ante el final de la vida cuando los profesionales de la salud nos sentimos mas necesitados de una formación sólida en los principios bioéticos de los que venimos hablando.

¿Cómo tratar al paciente al que ya no tenemos ningún tratamiento eficaz que ofrecerle para combatir su enfermedad y que se está enfrentando a una muerte inminente? El desarrollo de unidades de Cuidados Paliativos, que poco a poco se están extendiendo tanto en nuestro país como en el resto de los países desarrollados son un intento de solucionar este problema. Se trata de ayudar al paciente y a su familia, para lo cual se crean equipos multidisciplinarios que aplican los principios mas elementales de la bioética a la situación concreta de cada paciente.

La primera función de estos equipos consiste en controlar el dolor y los síntomas del paciente estamos aplicando el principio de beneficencia. Por ultimo nos queda como tratar dentro de los criterios éticos que venimos manejando, el final de la vida,

En esta misma línea tenemos que manifestar que es necesario reclamar el respeto a la autonomía de los seres humanos para que puedan decidir libre y

dignamente sobre su propia muerte, este es un debate que esta ocurriendo en múltiples sectores de la sociedad, vease las asociaciones creadas en diferentes paises y también en el nuestro por el derecho a una muerte digna, o en la practica casos como el de Ramón Sanpedro o los sucesos del Hospital Severo Ochoa. Las personas tienen derecho a manifestar y a pedir el final de sus días cuando consideren oportuno hacerlo y los profesionales necesitamos de un marco legal que nos permita acceder a estas demandas, como consecuencia es necesario que se abra este debate entre las diferentes posturas existentes en la sociedad y que de forma abierta y democrática lleguemos a acuerdos que permitan acabar con situaciones en muchas ocasiones insoportables para los pacientes, sin entrar en aquellas en las que se podría hablar de encarnizamiento terapéutico.

De nuevo en esta cuestión se oponen posturas de ética ante el derecho de cualquier persona a terminar con situaciones insoportables, solo valorables desde el punto de vista de la persona afectada, y posturas morales de carácter religioso que anteponen sus principios morales de grupo a los Derechos Humanos.

Estamos hablando de eutanasia, que a modo de recordatorio podemos describirla en diferentes grados en cuanto a la actitud a tomar ante la misma.

Llamamos Eutanasia pasiva cuando consiste en retirar al paciente todos los tratamientos que tenia y se le deja evolucionar hacia la muerte.

Eutanasia indirecta que consiste en administrar tratamientos analgésicos que como consecuencia de su aplicación pueden conducir a una muerte no buscada.

Ayuda al suicidio que consiste en proporcionar al paciente los medios con los que él mismo se provoca el final de su vida

Eutanasia activa donde de manera activa se provoca la muerte.

La situación internacional al respecto de la eutanasia es muy variada, mientras que en países como Francia son legales tanto la eutanasia pasiva como la indirecta, la eutanasia activa se considera como un asesinato con

premeditación y existe una fuerte oposición a su legalización tanto por parte de la iglesia católica como por parte de los Colegios de Médicos, ante la indiferencia de los diversos partidos políticos.

Holanda fue el primer país en el que se legalizo (abril de 2001)

Bélgica es el segundo país europeo donde es legal y esto solo se consiguió en mayo del 2002 tras la derrota en 1999 de los partidos católicos y con un partido laico en el poder, se obtuvo con menor oposición de la iglesia, probablemente porque el poder de esta es menor que en Francia, y con una postura discreta de los Colegios de Médicos.

En ambos países el temor en el momento de la discusión de la ley, era que se produjeran demandas y situaciones incontrolables, sin embargo se ha demostrado que la demanda de la eutanasia es excepcional y que se limita casi exclusivamente a enfermos de cáncer (90% en Holanda).

En Suiza está prohibida la eutanasia pero si es legal la ayuda al suicidio, aunque suele haber oposición por parte de los profesionales médicos y se ha creado la figura del acompañante, que son personas voluntarias que acompañan al paciente hasta el final y que son los encargados de administrar el tratamiento.

El enfermo expresa por escrito su voluntad en un acta notarial ante testigos, y parece que el hecho de que el paciente sepa que puede recibir ayuda ha disminuido el número de solicitudes.

En nuestro país se han ido desarrollando servicios de cuidados paliativos fundamentalmente desarrollados en torno a los enfermos terminales de cáncer y en unidades hospitalarias, aunque todavía lejos de poder atender a toda la población. La atención a domicilio esta poco desarrollada y tras los acontecimientos desarrollados en Madrid con la acusación por parte de la Conserjería de Sanidad a los trabajadores de la urgencia del Hospital Severo Ochoa, la aplicación de tratamientos que ayuden a sobrellevar al paciente su dolor o su angustia en el final de su vida se ha puesto en peligro y son pocos los profesionales que actualmente se atreven a administrar los cuidados necesarios para mitigar el dolor de estos pacientes.

Sin embargo la eutanasia pasiva entendida como el hecho de no aplicar medidas extraordinarias, y dirigida a tener una muerte sin sufrimientos está admitida socialmente y tiene impunidad jurídica. La iglesia católica en alguna ocasión ha reconocido esta posibilidad (Pío XII en 1957). Y existen encuestas realizadas tanto a la población en general (OCU, con 11452 personas de 5 países diferentes encuestadas) o del (CIS en abril-mayo de 2002 "Aptitudes y opiniones de los médicos ante la eutanasia") en las que una amplia mayoría de los encuestados se declaran favorables a la legislación y puesta en marcha de estas medidas.

Hoy más que nunca es necesario que se aprueben unas normas juridicas que regulen esta situación y que permitan a los profesionales ejercer su profesión tratando de curar al enfermo y cuando esto no es posible, evitarle sufrimientos inútiles.

La situación en España precisa de abrir un debate sereno que lejos de las posturas maximalistas existentes en la actualidad permita llegar a una situación en la que la población pueda decidir libremente su derecho de autonomía, eligiendo con todas las garantías legales y con su consentimiento como quiere ser tratada en situaciones irreversibles que le impidan vivir dignamente.

BIBLIOGRAFIA

Diego Gracia, Catedrático Hª de la Medicina en la Universidad Complutense de Madrid. Director del Master en Bioética (Jornadas de debate sobre Bioética, Bilbao 1995)

Javier Sánchez-Caro, Subdirector General de Bioética y Orientación Sanitaria. Consejeria de Sanidad y Consumo. Comunidad de Madrid. (Manuales de Dirección Medica y Gestión Sanitaria "Derecho sanitario y Sociedad" 2006

Mabel Marijuan, Profesora de Medicina Legal en la UPV/EHU. Magíster en Bioética. (Jornadas de debate sobre Bioética, Bilbao 1995)

José Maria Antequera Vinagre, Profesor de Derecho Sanitario y Bioética. Departamento de Desarrollo Directivo y Gestión de Servicios Sanitarios. Escuela Nacional de Sanidad. Instituto de Salud Carlos III. (Manuales de Dirección Medica y Gestión Sanitaria "Derecho Sanitario y Sociedad" 2006.

Daniel Solano López, Medico y Profesor. Medicina Interna de Basurto Departamento de medicina. UPV/EHU. Bilbao. (Jornadas de debate sobre Bioética, Bilbao 1995).

Pablo Hernando, Magíster en Bioética Director del Servicio de Atención al usuario. Hospital Parc Taulí. Sabadell (Jornadas de debate sobre Bioética, Bilbao 1995)

Pablo Sastre, Coordinador General de Cuidados Paliativos de la Asociación Española Contra el Cáncer. Madrid (Jornadas de debate sobre Bioética, Bilbao 1995

Juan Pablo Beca, Consultor del programa Regional de Bioética OPS (Objetivos y Constitución de Comités de Ética Hospitalaria)

Margarita Boladeras Catedrática de Filosofía Moral Y Política de la Universidad de Barcelona. Directora de postrado de Bioética Y Calidad de la misma Universidad. (Ética de la Ciencia y sus Aplicaciones tecnológicas, AGORA Vol. 24, num. 2, 2005)

UNESCO, Declaración Internacional sobre Datos Genéticos Humanos, 2003.

Oswaldo Palenzuela Clones y Ética: sobre células madre y prejuicios religiosos, (el escéptico digital. Año 2002 nº 8).

Maurice T. Maschino Un derecho fundamental, morir dignamente, (Le monde diplomatique, edición española, enero 2007)

Carmen Tomas-Valiente Lanuza Profesora Titular de Derecho Penal en la Facultad de Derecho de la Universidad de Valencia. "Posibilidades de regulación de la eutanasia solicitada"

Capítulo12

PROPUESTAS DE MEJORA

Alberto del Pozo Robles, Marciano Sánchez Bayle***

"Avaro es el que no gasta en
lo que debe, ni lo que debe, ni
cuando debe…" Aristóteles

Aunque los profesionales de la salud parecen vivir en una continua situación de crisis, la realidad es que la opinión de la sociedad no lo corrobora. Por un lado, es habitual escuchar a los profesionales en sus centros de trabajo o establecimientos sanitarios el que "la situación está al borde del caos", y que "esto no puede seguir así mucho tiempo ya que, tarde o temprano, este estado de cosas explotará y hará crisis", y en el fondo confían en que a corto plazo los ciudadanos llegarán a tomar conciencia de esa situación y exigir un cambio de rumbo en las políticas de gestión y de recursos de personal, a fin de que la oferta de servicios sanitarios recobre una racionalidad, mientras que por otro lado las encuestas, tanto del CIS como de la Fundación BBVA, señalan que médicos y enfermeros recogen las mejores opiniones de los ciudadanos, y los primeros se encuentran en primer lugar en cuanto a profesión preferida o en el grado de confianza en las profesiones en España.

Es obvio que se ha producido un desplazamiento de la "fe" de los ciudadanos hacia la ciencia medica (no en vano los científicos ocupan el

(*).- Médico de Atención Primaria de La Robla (León), y miembro de la Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública de León (FADSP).

(**).- Pediatra Hospital Niño Jesús de Madrid y Portavoz de la FADSP

segundo lugar en cuanto a este grado de confianza ciudadana). Las razones del mismo son complejas y van desde la pérdida de crédito de otras instituciones / creencias mas tradicionales (por ej la religión y la política) hasta unas expectativas desmesuradas en los conocimientos y actividades medico/científicas frecuentemente alentadas desde los propios profesionales y los medios de comunicación, pareciendo así que la creencia en ciertos valores o en la vida eterna y la eterna juventud se han traspasado, por la influencia de la fascinación en la tecnología y práctica medicocientífica, a la vida real por la vía de la biomedicina. No debe pasarnos desapercibido cómo en la actualidad existen en las cadenas de televisión no menos de cinco series televisivas, con gran seguimiento por parte de la audiencia como así demuestran los "share-ratings", en las que la escenificación y el hilo argumental se desarrolla en el ámbito sanitario y siendo sus protagonistas profesionales médicos y de enfermería.

A este contexto, hay que añadir una progresiva mercantilización de la atención sanitaria que fomenta la ideología de basar la atención sanitaria no en las necesidades de salud y en las probabilidades reales que tiene el sistema sanitario para solucionar los problemas, sino en la demanda de los clientes y en sus expectativas, por mas que no estén científicamente fundamentadas. Nuestro país todavía no ha pasado masivamente a presentar una demanda sanitaria basada en la disponibilidad económica, aunque este fenómeno ya esta presente en el sector privado y se fomenta mediante el "marketing" de los proveedores y tiene un impacto importante en cuestiones como la estética. De hecho, en ocasiones se tiene la impresión de que es la oferta del mercado, en sus múltiples escenarios y parcelas, la que define la naturaleza y las inclusiones de la cartera de prestaciones de servicios. La incoherencia de carecer de unos verdaderos planes de salud, bien sean de carácter nacional o autonómicos en materia de morbimortalidad, es la que permite que la propia atención sanitaria obedezca a unas exigencias muy distintas de las que deberían dictar la racionalidad en el análisis de las necesidades de la población. Es aquí donde podemos comprobar la ineficiencia de un órgano esencial, como debería ser el Consejo Interterritorial del SNS, a la hora de saber ejercer su papel

de foro de discusión, encuentro y debate de ese análisis previo y obligado para el posterior diseño de las políticas públicas a emprender en materia sanitaria.

Mantener un sistema público de salud eficaz, eficiente y de calidad, supone hacerlo pivotar sobre otros supuestos que tienen mas que ver con la integralidad de las atenciones de la salud y en un marco de concepción holística de la misma. En este capitulo final intentamos recoger una serie de conclusiones de los capítulos anteriores y de reflexiones que nos puedan servir como guía de intervención para la mejora de la Sanidad Pública.

ALGUNAS REFLEXIONES

Sobre FORMACIÓN

Hay que aprovechar toda la capacidad formativa pre y postgrado de nuestro país, incrementando tanto el número de licenciados en las profesiones sanitarias como el de especialistas formados. Incluso, se hace cada día más evidente la necesidad de contar en el sistema con profesionales de otras disciplinas no consideradas estrictamente sanitarias. La amenaza que se cierne sobre nuestra realidad actual, ante la escasez de recursos humanos que ya hoy se aprecia, pero que en un futuro cercano podrían hipotecar las cotas de atención sanitaria conseguidas hasta el momento, no es sino la expresión del fracaso cosechado en materia de planificación de recursos. Para la optimización en el ejercicio de esta planificación no sólo debe tenerse en cuenta el panorama o perfil de morbimortalidad que nuestra sociedad tendrá en el próximo decenio, sino que a partir de ahora, y en un mundo globalizado en el que la movilidad de profesionales ya es un hecho incontrovertible, habrá que poner el acento en la dinámica natural de reposición de efectivos y en el necesario y obligado relevo generacional, para lo que se requerirá un generoso esfuerzo en materia de formación de pregrado.

Como quiera que es previsible la aparición de nuevas formas de enfermar así como de nuevas tecnologías, resulta absolutamente imprescindible que el sistema proporcione a los profesionales una permanente actividad formativa, debiendo considerar en su adecuada dimensión que la formación permanente debe ser una obligación a asumir tanto por el propio sistema como por los profesionales, para lo que esa actividad deberá tener su espacio propio y específico en el tramo horario de su jornada de trabajo ordinaria.

Respecto a ENFERMERÍA

Hay que hacer un esfuerzo especial tanto en cuanto a incrementar el numero como la formación de profesionales de enfermería. La actual mitificación de los aspectos curativos de la enfermedad, fomentando expectativas desproporcionadas basadas en una fascinación tecnicocientífica están desplazando a un segundo lugar a los aspectos de atención-cuidado, sin reparar que, en la actualidad, la observación epidemiológica señala la proliferación de procesos crónicos y el envejecimiento de nuestra población requiere más de estos aspectos de atención que de los específicamente curativos. Es en esta faceta de la consecución de mejores condiciones y calidad de vida de los pacientes, muchos de ellos con algún tipo de dependencia, donde aparece la necesidad de que el sector de enfermería sea potenciado para adquirir ratios más adecuados a nuestra situación en el mundo desarrollado, que esta especialmente envejecido.

Sobre MIGRACIÓN PROFESIONAL

Se debería desincentivar la migración de profesionales desde los países en vías de desarrollo. Las acciones a emprender en materia de cooperación y desarrollo en salud para los países en vías de desarrollo nos muestran cómo, para la implementación de los programas necesarios sería preciso que los recursos humanos en esos países contasen con un millón de profesionales más de los ya existentes, lo que no solo resulta difícil, sino que la experiencia demuestra que la tendencia va en sentido

contrario. Son precisamente estos escasos recursos de profesionales, imprescindibles para el mantenimiento de unas condiciones de vida y de salud adecuadas, los que están siendo sustraídos por el mundo desarrollado. En este sentido también es importante el desarrollo de una política de recursos humanos suficientes en los países mas ricos, para evitar la descapitalización de técnicos cualificados en los países pobres.

Por la necesidad de COOPERACIÓN

Y en concreto nos deberemos referir a la cooperación entre agentes sociales, políticos y profesionales. La evidencia de que son muchos los factores que determinan las diversas formas de enfermar deviene en la necesidad de una pluralidad de agentes a actuar en el escenario de la prevención de la enfermedad y de la búsqueda y recuperación de la salud. La afirmación de que la demanda se incrementa con la oferta, y su traducción en gasto, ha desembocado en una cierta resistencia por parte de los responsables de la gestión y, adscripción y reparto de recursos a la hora de entender como válidas algunas de las sugerencias elevadas por diferentes profesionales hasta ahora ajenos al mundo sanitario. Los servicios sanitarios, han acabado por aislarse del mundo exterior ignorando factores identificados (por profesionales y agentes no sanitarios) como susceptibles de provocar impacto sobre la salud de las personas. Hay una ausencia creciente de una enfoque sociológico y medioambiental en la identificación de los factores generadores de enfermedad. El mundo laboral, tampoco recibe la suficiente atención por parte de los servicios sanitarios y, por ello, se desagrega su consideración dentro de los servicios, desintegrando el campo de actuación de éstos, habiéndose creado estructuras diferenciadas de los servicios sanitarios que para nada recogen la integralidad del concepto salud.

La intervención de los agentes sociales es imprescindible si queremos mantener la tendencia a la integralidad de los diversos factores que influyen en la salud. La reflexión de todo ello en el diseño de las políticas públicas no es sólo conveniente sino absolutamente necesario, y el

rearme de esta argumentación en la actuación de los responsables políticos del SNS viene a ser pertinente y urgente.

Para reformular el TRABAJO EN EQUIPO

El trabajo en equipo, muy mencionado en todos los análisis, aún no ha superado el ser una simple insistencia fonética, y para nada se han invertido recursos ni tiempo en introducir la esencia de su importancia, por lo que son aún muchos profesionales los que no interiorizan su necesidad ni incorporan su metodología. Y sin embargo, nada parece hoy tan evidente como la necesidad de que lejos de competir en nuestra relevancia, nos enriquezcamos con la recíproca colaboración. Todo ello, a pesar de que las profesiones sanitarias han dejado ya de entenderse como liberales, y que la competitividad inherente del mercado por captar al cliente no debe caber ya en el marco de un sistema asistencial público. En cualquier caso, le necesidad de trabajar en equipo no debe responder sólo a la demanda de colaboración y enriquecimiento profesional y personal, sino al reconocimiento de que la practica científica no es una actividad que pueda tener eficacia en la soledad de la aventura sino en la cooperación y aporte de visiones diversas y ópticas diferentes. Es por otra parte reconocido que la intervención en salud no puede ser resultado de la acción individual, como tampoco la teoría de la unicausalidad mantiene ya adeptos, sino que esa intervención será eficiente en la medida en que recoja el esfuerzo de diversos profesionales según el caso. Los servicios hospitalarios, vinculados al segundo nivel asistencial, y éste en íntima colaboración y coordinación con los ya multidisciplinares equipos de atención del primer nivel, deben desembocar en la conclusión de que el resultado del trabajo no puede estar condicionado por la mejor o peor suerte o acierto ni percepción de un solo profesional aislado, sino que es la demanda y las necesidades sanitarias y sociosanitarias, desde la visión de la multicausalidad de la enfermedad, las que así lo exigen.

Ese trabajo en equipo implica que todos los profesionales se conviertan en un grupo de personas interviniendo de manera coordinada en la

ejecución de un proyecto común en salud, y que así lo reconozcan y asuman, sin jerarquizaciones ni protagonismos previos, y aceptando que el trabajo en equipo requiere el concurso de algunos requisitos básicos, como son: a) complementariedad, pues cada profesional debe responsabilizarse y dominar una parcela determinada del proyecto; b) coordinación, para que el grupo de profesionales actúe de forma organizada con vistas a conseguir esos objetivos sanitarios predeterminados; c) comunicación, entre todo los profesionales; d) confianza, pues cada persona confía en la profesionalidad del resto del equipo; y e) compromiso, ya que cada profesional debe comprometerse en los objetivos para los que se configura el equipo. Todo esto que parece tan sencillo ha fracasado hasta hoy. En la realidad, los servicios hospitalarios son un micromundo dentro de otro complejo microcosmos ajeno y aislado del mundo exterior, preñado de endogamias y sesgos de excesivo escepticismo que, vistos desde el exterior, ofrecen una sensación de inmadurez absolutos. Los equipos de atención primaria, compuestos por profesionales procedentes del antiguo modelo, fueron jerarquizados a golpe de reglamento ,sin establecer los procesos de adaptación ideológica y metodológica que quizá hubieran sido precisos para adaptarse al cambio que a muchos se les antojó excesivamente politizado, y en demasiados equipos, tan sólo se comparte poco más que el horario de trabajo y una desilusión aderezada con cierta desidia, pues ni el ámbito geográfico ni siquiera el centro de trabajo les son a veces comunes.

Hacia el AUTOCONTROL DEL FUNCIONAMIENTO SANITARIO

Hoy día, la mayoría de los profesionales viven una contradicción entre los avances científicos continuos, y la realidad de la carga asistencial diaria que en más de una ocasión impide trabajar con un mínimo criterio de rigor y calidad asistencial.

La necesaria definición de tareas por categorías, y el reconocer administrativamente la competencia científica y asistencial de cada profesional requiere previamente el hacer evaluación respecto a las condiciones

laborales y organizacionales en las que se desarrolla el trabajo diario, y éstas viven un proceso de progresivo deterioro. Si desconociendo esa realidad se diseñan modelos retributivos o escalas para la carrera profesional, se están generando las condiciones para el conflicto y la confrontación. Es imprescindible que los profesionales sean capaces, ellos mismos, de ir definiendo sus objetivos y sus competencias, asumiendo que son muchas las actividades que resultan de asignación un tanto ambigua y son absorbidas por sentido de la responsabilidad, lo que hace que los responsables de la gestión se desentiendan de ofrecer soluciones, favoreciendo algunos elementos de disconformidad y malestar. Debería ser el nivel gerencial el que identifique esas deficiencias, y les dé soluciones organizacionales en sintonía con los objetivos, y buscando una excelencia en la atmósfera del centro.

Hay que denunciar la abstención de los niveles de responsabilidad organizativa y de gestión, mediante el análisis y posterior consenso respecto a las características de nuestra competencia, lo que sin duda abocará en el diseño de un contrato deontológico a suscribir por los profesionales, y con el conocimiento y aprobación de la sociedad, que es en definitiva la destinataria de nuestro trabajo. Ese contrato deberá ser gestionado y administrado por los directivos y gestores del SNS, pero siempre dentro de los límites establecidos entre la sociedad y los profesionales, y no al contrario. Desde el convencimiento de que la sociedad debe ser informada en materia de salud por elementos independientes del mercado sanitario, resulta oportuno recordar que el auténtico "contrato-programa" es el que compromete a los profesionales para con la población, mientras que los niveles de gestión están para gestionar la viabilidad o no de las propuestas, y que será la sociedad la que deba elegir qué modelo de sanidad desea, a qué precio, con qué recursos, y a qué es a lo que está dispuesta a renunciar para ello, para lo que deberá tener la información suficiente y previa. Después, sólo la racionalidad en el uso de los recursos por parte de los profesionales, y la habilidad de la gestión por parte de sus responsables, deberán distribuir y asignar recursos y establecer prioridades de actuación en base a su viabilidad y pertinencia.

Hacia una DESMEDICALIZACIÓN de la vida

Desmedicalizar la actividad de la vida diaria no es competencia solo de los profesionales, sino que precisa de una actitud decidida de los responsables de las administraciones sanitarias que deben orientar la actividad del SNS hacia el fomento de la autonomía de las personas.

Si Ivan Illich había llamado iatrogénesis cultural al daño ocasionado por la expansión de los servicios médicos a toda matriz cultural que sostiene al arte vivir y sufrir, y aunque es obvio que el sistema sanitario aporta una gran cantidad de beneficios a la salud de la población, no lo es menos que muchas veces tiene una dinámica de intervencionismo excesivo que deviene como resultado no un beneficio, sino un perjuicio para la salud, y que suele no contar con el deseo del enfermo sobre su futuro en la enfermedad y raramente le brinda la posibilidad de ejercer opciones respecto a las conductas a seguir

Desmedicalizar la vida y desmitificar la intervención sanitaria, están íntimamente relacionados con el deber profesional en el buen y bien informar. Es aquí donde reaparece la necesidad de actualizar y reactivar el papel de los comités de bioética, en este caso con la mirada puesta en los intereses del paciente y no tanto de la ciencia médica como ente abstracto.

DEMOCRATIZANDO EL PROCESO SANITARIO

Democratizar todo el proceso sanitario en su conjunto, con una apuesta por la participación y el diseño de presupuestos participativos en sanidad, se hace tan imprescindible para la eficacia y eficiencia técnica y social del sistema como el tener que plantear unas carteras de servicios horizontales. Las profesiones sanitarias proceden de un modelo de relación médico-enfermo ciertamente autocrático que hoy no es posible ni honesto defender. La capacidad que el paciente debe poseer para estimar el grado de compromiso hacia el proceso de tratamiento de su enfermedad debe de situarse dentro de la racionalidad en la utilización de recursos. No es tanto una cuestión de justificar aspectos ya consolidados, como pueda

ser el consentimiento informado, sino de aplicar con rigor la mejor de las ofertas y alternativas a seguir partiendo siempre de la información más veraz en términos inteligibles para el paciente.

A partir de aquí, es el propio proceso desde la visión de conformidad del paciente y del colectivo social en el que está inmerso, el que debe pasar continuos filtros de democratización y participación. No es aceptable el retraso que en la dinámica de participación en salud se ofrece en nuestra actividad asistencial. La existencia de órganos de participación en la normativa tanto del SNS como de las CCAA no ha tenido su expresión en la práctica real.

La indefinición en la capacidad de decisión de estos organismos de participación unida a la escasa experiencia española en las distintas formas de vertebración social para la participación comunitaria en general, ha desembocado en una deslegitimación efectiva de los mismos. La sociedad española, no está sabiendo tomar las riendas de protagonismo en los procesos de intervención sanitaria, y así, ni individual ni colectivamente podemos hablar de participación en salud, a lo que hay que unir la existencia de desconfianza de profesionales y administración sanitaria a que sus decisiones puedan ser cuestionadas por el grupo social a la que van dirigidas. En el asunto de la participación apenas hemos superado el primer nivel de lo que Abraham Maslow llamó el entresuelo del conocimiento sobre las necesidades básicas, siendo ésta una de las asignaturas pendientes del SNS.

De las consecuencias derivadas de esta escasa participación de la comunidad en el proceso de intervención sanitaria, una de ellas es la dificultad para poder establecer una mínima contribución en la identificación de los problemas sanitarios que afectan a cada colectividad social, y por ende, el tener que asumir diseños de planes de intervención verticales, basados en una detección de la "percepción" de problemas, con una cartera de servicios impuesta, unos mecanismos de evaluación a veces improcedentes, y obteniendo unos resultados inútiles respecto del impacto esperado, y otra es que esa falta de participación conduce a la

incapacidad para el establecimiento de criterios en la asignación de recursos o para el cálculo cuantitativo de los que deberían necesitarse, por lo que hablar de los tan necesarios presupuestos participativos por cada zona básica de salud, o por barrio/distrito, área de salud, provincia y CCAA, resulta una simple quimera.

Todo esto redunda en una cierta deslegitimación social del dispositivo sanitario asistencial, provocando desfase y alejamiento de los profesionales respecto de la comunidad para la que trabajan, y una falta de integración social de los profesionales que, junto con su escasa vertebración interna, hace difícil cualquier esfuerzo de trabajo cooperativo.

A través de la COORDINACIÓN

Una de las causas más destacadas de desmotivación en el trabajo que detectan los propios profesionales es la percepción de aislamiento que padecen en el desempeño de las tareas diarias. El desconocimiento de las peculiaridades del trabajo realizado por los demás es uno de los causantes que determina la tensión y la falta de reconocimiento de la necesidad de trabajo en grupo. La descoordinación entre niveles no sólo es una de las bolsas de ineficiencia que presenta el sistema, sino una de las excusas para enrocarse en un trabajo individualista, que acaba provocando mayores cotas de inadaptación y frustración.

De la misma forma, los responsables de las administraciones sanitarias deberían favorecer el encuentro y consenso con los propios profesionales, para defender y delimitar las diferentes parcelas competenciales entre las distintas categorías profesionales que participan en los centros sanitarios. La experiencia señala que la pretendida dinámica de "autogestión" de servicios y equipos no busca la verdadera autogestión del grupo que debería partir del análisis de necesidades y viabilidad de recursos así como de la planificación coherente y pertinente, sino una delegación de responsabilidades por parte de los responsables de la gestión que, frecuentemente, se abandona a ciertos cargos intermedios sin la suficiente preparación ni talante de cooperación, con las consecuencias que son previsibles.

La jerarquización vertical generalizada en nuestro modelo de relación social es trasladada al ámbito sanitario, y así es fácil reconocer los diversos escalones que componen y definen el escenario sanitario. Pero en cambio no nos resulta tan fácil el reconocer cuan de necesaria es la cooperación "desde el conocimiento y reconocimiento" de y entre los distintos profesionales que trabajamos en el mismo escalón. La descoordinación detectada entre los servicios de atención especializada y consultas externas y de atención primaria, con trabajo para la misma comunidad, es manifiesta y difícil de entender o explicar. A veces parece que los conflictos surgen más por una inadecuada relación con profesionales de nuestro mismo ámbito o cualificación que entre las diversas categorías de decisión, bien sea con los jerárquicamente superiores o con otros niveles menos cualificados. La célebre anécdota del estadista inglés Benjamin Disraeli, cuando identificaba a sus verdaderos adversarios políticos entre los escaños de su propio partido en la Cámara de los Comunes británica, parece hacerse realidad en el ámbito sanitario.

Y sin embargo, nada parece tan evidente como la necesidad de que el trabajo eficaz y eficiente deberá pasar por encontrar una adecuada relación de cooperación entre todos los profesionales que operan en el mismo ámbito, bien sean profesionales de atención especializada con los de primaria, o de éstos con los servicios sociosanitarios, o de esos mismos con otros dispositivos no precisamente sanitarios, y en suma de todos entre sí. El sistema adolece de falta de cultura de cooperación, y su corrección sería una de las propuestas a asumir de forma previa, antes de la implementación de cualquier tentativa de intervención.

Adecuando ASPECTOS ORGANIZATIVOS

Todo lo dicho respecto a cooperación, coordinación, o participación, no podrá solventarse sino es con un adecuado modelo organizativo, en el que esos objetivos sean prioritarios. El reconocimiento del liderazgo, y no su imposición, es algo que falta en el sistema sanitario y tiene su origen en la propia evolución del ámbito hospitalario, y de la manera como se

entendía la jerarquización de profesionales en los hospitales del siglo XIX. Podríamos decir que sólo algunas clínicas de la esfera del sector privado han modificado esas coordenadas, y lo han hecho precisamente para adaptarlas a dinámicas específicas y propias de la empresa privada. No ha ocurrido esto en los hospitales públicos ni en el conjunto de los establecimientos sanitarios en general, en los que el modelo ha seguido siendo básicamente paternalista, sectario, partidista y vitalicio. A raíz de la entrada en vigor de las últimas normativas sobre carrera profesional y otras, parece que puede contemplarse un cambio en esta tendencia, pero no obstante aún se conservan hábitos en la cultura organizativa que para nada permiten facilitar un marco de trabajo cooperativo y democratizado. Mientras en el ámbito hospitalario la elección de las jefaturas de servicio, sección o departamento puede considerarse en algunos casos que han avanzado en esa línea, no podemos decir lo mismo del ámbito de la enfermería hospitalaria y en la atención primaria en las que la designaciones de los cargos intermedios es un hecho antidemocrático, y en el que las normativas iniciales de elección por parte de los equipos han sido olvidadas, y hoy día se ha impuesto una designación "digital" por parte de las propias gerencias, realizadas al margen de la opinión del resto de los miembros del equipo, sistema que favorece el nepotismo , la politización (designación de los "adictos" a los gobiernos de turno) y la designación de personas que absorban los problemas aún sin resolverlos, pero eludiendo y dispersando la implicación y responsabilidad de los niveles superiores de las propias gerencias.

Por lo tanto, sólo una transparencia y regeneración profunda en la manera de designar los responsables de los equipos de primaria, de las direcciones y cargos intermedios de enfermería y de los jefes de sección, servicio o departamento del resto de los centros, podrá propiciar la habilitación de una atmósfera de cooperación adecuada para sobre ella edificar otra manera de entender el trabajo en equipo.

Introduciendo la EXCLUSIVIDAD y ruptura de la doble dedicación

Porque si hablábamos de aspectos organizativos que pueden adulterar la relación de los profesionales en los equipos y servicios, no podemos olvidar una de las grandes incoherencias de nuestro modelo sanitario. Y esta no es otra que la posibilidad "legal" de la doble dedicación, para el sistema público por un lado, y para la sanidad privada que compite con ella, por otro.

La adopción para el ámbito sanitario de una solución normativa y administrativa válida para el sector de la administración general, como podía ser la concesión de la compatibilidad para otro trabajo siempre que no coincidiera en la misma franja horaria, está obstaculizando la eficacia y viabilidad de la sanidad pública. El hecho de que en la administración general no exista la competencia con el sector privado, es lo que determina la diferencia de repercusiones cuando esa norma se aplica en la sanidad, sector en el que sí existe una competencia a todas luces desleal, en la medida en que un sector (el público) es parasitado por el otro (el privado), y en la medida en que no podríamos hablar de avance de la sanidad privada si no fuese propiciado por la derivación de recursos que desde la pública se distrae hacia la privada. El que no pocos profesionales del sector público en jornada de mañana aparezcan trabajando por las tardes en una mutua o seguro privado en competencia con aquél, puede ser, entre otras, una de las razones por las que el problema de las listas de espera se haya convertido en herramienta de "equilibrio" necesario para la supervivencia del sector privado. Parece obvio que difícilmente podría plantearse tanta profusión de consultas y seguros privados si no existiesen listas de espera en la sanidad pública. De forma recíproca, no podría entenderse tanto profesional entregado a esta doble dedicación (simultáneamente a ambos sectores en competencia), si el sistema público ofreciese unas condiciones de trabajo y retributivas similares a la media de las existentes en el resto de los países de la Europa de los 15, que son los países con los que España debe establecer su marco de referencia.

La cuestión de la doble dedicación es tan llamativa, y su impacto negativo sobre la sanidad pública tan manifiesto, que bien podría pensarse que

desde los más altos niveles de la sanidad española, e incluso de la administración del gobierno de turno en cada caso, el mantenimiento de la doble dedicación de los profesionales no es sino una concesión política que nuestros sucesivos gobiernos conservadores y socialdemócratas le hacen a los poderes financieros y/o de las multinacionales que se vislumbran detrás del altruista bastidor de la sanidad privada.

Facilitar unas condiciones de trabajo equiparables a otros países, deberá ser la condición indispensable para pasar inmediatamente a la exigencia absoluta de dedicación exclusiva para los profesionales que presten sus servicios en la sanidad pública, cuestión ésta de carácter nuclear para el fortalecimiento del sistema público, así como para el reconocimiento de la calidad y categoría científica y social de los profesionales que prestan servicio para su comunidad. Y todo ello sin perjuicio del respeto que los profesionales que opten por trabajar para el sector privado de la sanidad nos merecen en todo momento, pero entendiendo que la decidida apuesta por la consolidación y progresión de un óptimo sistema sanitario público debe pasar por la separación de ambos sectores, y por que cada uno de ellos cuente con recursos propios, específicos y diferenciados.

Reorientando el CONSEJO INTERTERRITORIAL del SNS

Si una de las amenazas que parecen detectarse en el actual SNS, y que más nos atormentan para el futuro más inmediato de la sanidad pública, es el riesgo de fractura en la equidad y homogeneidad del sistema a partir de la asunción de las plenas competencias sanitarias por parte de las distintas CCAA, no es menos cierto que ese riesgo de fractura o taifasización del sistema en diecisiete modelos diferentes se puede ver potenciado por la diferente modelo de relaciones laborales de los distintos profesionales en un escenario de libre movilidad, y en un contexto como el actual de preocupante escasez de determinadas profesiones y/o de especialidades.

Si como parece, resulta obvio que constitucionalmente todos los ciudadanos deben tener acceso al mismo nivel de prestaciones sanitarias con independencia, entre otros, del lugar (comunidad autónoma) de residen-

cia, no parece que este mandato sea fácilmente conciliable en un marco de diversidad de modelos laborales y de diferencias ostensibles en las condiciones de trabajo de los profesionales. El flujo de migración de los hoy escasos y cotizados profesionales, desde aquellas comunidades autónomas con un modelo de contratación y un modelo más precario de ofertas de empleo, hacia comunidades autónomas más generosas, es ya un hecho constatado. Pero será un hecho que vayamos a contemplar en muy breve periodo de tiempo como el gran elemento de quiebra de la equidad en la sanidad pública si no somos capaces de corregir ese dumping socioeconómico. Y es obvio que este fenómeno de migración profesional se acabara relacionando con la diferente calidad asistencial o diversidad de cartera de servicios de unas CCAA respecto a otras.

Existe un acuerdo en que para evitarlo es necesario un pacto por la sanidad, pero la realidad es que no se dan pasos concretos en este sentido ni desde aquellos que gobiernan ni desde los que ejercen la oposición.

Ante esta situación, habría que hacer hincapié en la necesidad de que los diferentes modelos autonómicos deberían tender hacia la equidad, y no sólo en la oferta de unas carteras sino en la viabilidad de su implementación a un coste razonable para todos. En este sentido parece que para asegurar esta debería de dotarse al Consejo Interterritorial de Salud de capacidad para intervenir efectivamente, porque sino parece que estamos ante discursos que pretenden deslegitimar el proceso de descentralización sanitaria, cuando lo cierto y lo constitucionalmente admitido es que los aspectos positivos de la descentralización deben pesar más que los negativos.

Es el Consejo Interterritorial el que entre sus funciones específicas tiene las de informar, asesorar y formular propuestas sobre materias que resulten de especial interés para el funcionamiento del Sistema Nacional de Salud y, en cualquier caso, sobre los proyectos normativos que afecten a las prestaciones sanitarias, su financiación y el gasto farmacéutico, los planes integrales de salud, las disposiciones que afecten directamente a materias relacionadas con los derechos y deberes de los pacientes y usuarios del sistema sanitario, y también en los proyectos o disposiciones que

afecten a principios básicos de la política de personal del Sistema Nacional de Salud.

Desde la promulgación de la Ley de Cohesión y Calidad del SNS es el Consejo Interterritorial el órgano permanente de coordinación, cooperación, comunicación e información de los servicios de salud entre ellos y con la Administración del Estado, y el que debe asumir la responsabilidad de promover la cohesión del Sistema Nacional de Salud a través de la garantía efectiva de los derechos de los ciudadanos en todo el territorio del Estado. Y ello también se refleja en los cambios en su composición que en el momento actual esta hegemonizada por los representantes de las CCAA en solitario, con la única presencia de su presidencia que, obviamente, corresponde al ministro de sanidad.

Confluyendo en un Pacto de ESTADO por la SANIDAD

Por lo tanto, habría que avanzar en la configuración de un Pacto de Estado por la Sanidad en el que determinadas cuestiones de gestión, de personal, de planificación de recursos, etc, deben ser consensuadas y homogeneizadas desde la racionalidad y el previo análisis de necesidad y pertinencia.

Desde el COMPROMISO PROFESIONAL.

Quizá ha llegado el momento de que los profesionales de la salud abandonando el papel de proveedores de ciertas habilidades o conocimientos técnicas, o de peones "franquiciados" de la industria médico-técnico-farmacéutica, pasen a actuar como auténticos agentes de salud, con la implicación componente crítica que conlleva, denunciando y exigiendo que los servicios sanitarios para los que trabajamos se comprometan en la búsqueda de objetivos saludables para la población.

Desde el convencimiento de que la especificidad de la tarea profesional como la cualificación técnica que precisa, no podemos apartarnos de la auténtica esencia de la labor como profesionales de la salud, su actitud

debería aspirar a contribuir a desacelerar la progresión de la concepción de la Sanidad como una simple empresa de servicios, para recuperar enfoques vinculados a su naturaleza de agentes sanitarios para la comunidad, y para la mejora de la salud y de las condiciones de vida de la población tanto individual como colectivamente.

Esta concepción debería suponer, además de una permanente actualización tecnológica, el potenciar el aspecto salubrista, de salud pública, de prevención y promoción que ha sido frecuentemente postergado en aras a una visión economicista, de reducción a criterios mercantiles de la actividad sanitaria, que son ahora el discurso predominante.

No podemos olvidar que esta en cuestión el mantenimiento y mejora de nuestro SNS y del papel de los profesionales como uno de sus mayores activos. Tenemos que ser conscientes de que el SNS funciona como un dispositivo fundamental no solo para la salud de la población, sino también eficaz para la equidad y la justa redistribución de la riqueza, cuya perdida supondría un gran retroceso en la calidad de vida de los ciudadanos.

La cuestión no es tener que elegir entre un sistema sanitario capaz de ofrecer las mejores y más avanzadas prestaciones técnicas médicas y quirúrgicas frente a otro preferentemente salubrista, sino en hacer compatibles ambas pretensiones, cosa que hoy por hoy, en España, es perfectamente posible. Es sólo cuestión de voluntad y de trabajar por y para ello.

La responsabilidad es de todos, de los profesionales, de las administraciones sanitarias, de los gestores y de los ciudadanos. En esta empresa, nadie entendería que no nos alistásemos todos los que, con espíritu crítico, también nos encontramos esperanzados en un anhelo constructivo trabajando por la salud de todos los ciudadanos, que es también la nuestra.

BIBLIOGRAFIA

1. Jones R: The future of the medical profesión. BMJ 2007;335:53.
2. Heath I: Only general practice can save the NHS. BMJ 2007;335:183.
3. Weiner JP: Expanding the US medical workforce: global perspectives and parallels. BMJ 2007; 335:236-238.
4. Day M: The rise of the doctor-manager. BMJ 2007; 335: 230-231.
5. J. Cebriá Andreu. Reflexiones para un ejercicio digno. Jano. Junio 2006.
6. Ivan Illich.1975. Némesis médica: la expropiación de la salud Barral Editores, S.A., Barcelona.
7. Abraham Maslow. Motivación y personalidad, Madrid: Ediciones Díaz de Santos. ISBN 8487189849.
8. André Maurois, "La Vida de Disraeli", I.S.B.N. 84-7118-954-2.
9. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.
10. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1. No se ha podido determinar cual es el número idóneo de profesionales de salud. Habría que intentar establecerlo en base a las necesidades de salud de la población.
2. Las comparaciones internacionales tienen serias limitaciones ya que están influidas mucho por el tipo de modelo sanitario y la situación económica de los países.
3. Los sistemas con provisión pública y basados en la atención primaria precisan, en términos generales, de una menor densidad profesional.
4. El número de médicos españoles esta en la media de los que tienen los países europeos, especialmente los de la UE.
5. El número de profesionales de enfermería esta muy por debajo respecto a esos mismos países.
6. Hay que aprovechar toda la capacidad formativa pre y postgrado de nuestro país incrementando tanto el numero de licenciados en las profesiones sanitarias como el de especialistas formados. Hay que hacer un esfuerzo especial en cuanto a incrementar la formación de profesionales de enfermería.
7. El reparto de profesionales entre las CCAA no es homogéneo y no responde a necesidades de salud de la población.

8. Las migraciones de los profesionales de la salud son en parte inevitables, pero generan serios problemas de desigualdades, especialmente por lo que se debería desincentivar la migración de profesionales desde los países en vías de desarrollo ya que existe a nivel mundial un déficit muy importante de profesionales de la salud.

9. La planificación de los recursos profesionales no ha obtenido resultados positivos en casi ningún país del mundo por las dificultades para prever los recursos humanos necesarios a largo plazo.

10. Los niveles salariales y las condiciones laborales de los profesionales de la salud en España deben de homologarse con las de los países de igual nivel económico y social. Una parte de los problemas actuales son consecuencia de una inapropiada política laboral y salarial.

11. Se requiere la incorporación al SNS de otros profesionales que, no siendo consideradas esencialmente profesiones sanitarias, sí resulta absolutamente necesario su concurso en el ámbito de la salud, especialmente en el de la atención primaria.

12. Los sistemas de especialización y de formación continuada de los profesionales de la salud en España necesitan reformarse para favorecer una mejor adaptación a las necesidades de salud de los ciudadanos.

13. Hay que potenciar el trabajo en equipo de los profesionales de la salud como la base fundamental para un buen funcionamiento del SNS. Para ello se precisan esfuerzos por parte de la Administración Sanitaria, de los profesionales y una adecuada formación.

14. Hay que reforzar la cooperación entre profesionales y entre los niveles del sistema sanitario. La actual desintegración y falta de coordinación de los niveles asistenciales constituye un serio problema para la eficacia y eficiencia del SNS.

15. Es preciso favorecer el autocontrol de los profesionales de la salud sobre la practica profesional, potenciando un contrato deontoló-

gico que favorezca la implicación de estos con los objetivos de la salud de los ciudadanos.

16. La desmedicalización de la vida es un objetivo importante a tener en cuenta, situando al sistema sanitario en su contexto y en sus limitaciones y favoreciendo el protagonismo de la población sobre su propia salud.

17. Se debe democratizar todo el proceso sanitario, tanto individual como colectivamente, favoreciendo la participación de los usuarios en la toma de decisiones diagnosticas y terapéuticas y poniendo en funcionamiento sistemas efectivos de participación social.

18. La organización de los servicios sanitarios esta excesivamente jerarquizada y politizada, convirtiendo los cargos intermedios (jefaturas, coordinadores, etc) en puestos de confianza de los gerentes, lo que ha generado una desmotivación generalizada. Hay que recuperar el carácter técnico- profesional y el control democrático sobre los responsables de asegurar el funcionamiento de los servicios sanitarios.

19. La dedicación exclusiva es una de las claves del buen funcionamiento de la Sanidad Pública , para evitar la colusión de intereses y el parasitismo de lo público por lo privado, pero también para asegurar la dedicación suficiente de los profesionales a las tareas encomendadas.

20. El Consejo Interterritorial de Salud del SNS debe de tener un protagonismo fundamental en estas transformaciones, que son imprescindibles para vertebrar el SNS y que se deben de articular en el conjunto del mismo, evitando la actual disgregación de políticas de personal.

21. Estas transformaciones deberían de formar parte de un Pacto de Estado por la Sanidad que fortalezca y de continuidad a la política sanitaria.

22. En el mismo, el papel del compromiso de los profesionales sanitarios debe ser uno de sus pilares básicos. Las organizaciones profesionales deberían de abordarlo confluyendo con las organizaciones sociales para conseguir que se sitúe en un lugar prioritario de la agenda política.