

Nuestra sanidad está enferma: ¿necesita más médicos o una reforma?

Desde su posición de médico e investigador reconocido internacionalmente, el autor hace un diagnóstico de la situación actual de la sanidad española apuntando síntomas de su enfermedad y aportando en cada uno de ellos posibles recetas para atajarlos en todos los frentes: de organización, de mejoras laborales y de gestión.

Jesús San Miguel. Jefe del Servicio de Hematología. Catedrático de Medicina. Hospital Universitario de Salamanca 01/10/2008

A lo largo de las últimas décadas, la Sanidad española ha alcanzado un notable grado de desarrollo y calidad e incluso en algunas facetas ha sido modelo a nivel internacional. Sin embargo, desde hace unos años sufre importantes deficiencias que se han preferido paliar a base de parches con escaso control y nula planificación de futuro. Estas deficiencias afectan tanto a la primaria como a la medicina hospitalaria (listas de espera solucionadas a base de peonadas en lugar de un trabajo reglado; masificación de urgencias que se acaban convirtiendo en mini-hospitales de alta resolución donde acude no sólo el enfermo urgente sino el que está cansado de esperar; incremento continuo en el número de médicos de guardia con las posteriores libranzas, y desajustes en consultas, quirófanos, etc). Es indudable que esta pequeña enumeración podría alargarse de forma considerable, pero lo importante no es aumentar la lista sino proponer soluciones. Frente a algunas voces alertando sobre la falta de médicos (a pesar de que los números indican que actualmente estamos muy por encima de la media Europea de 300 médicos por 100.000 habitantes frente a los 400 de nuestro país) y las propuestas de abrir nuevas facultades y aumentar el número de alumnos, creemos que la solución está en una reforma sanitaria profunda y liderada por los profesionales. Las reformas que considero más urgentes son:

1 Sueldo digno: Los contratos con frecuencia son precarios y los sueldos de los médicos están muy por debajo del entorno europeo.

Esto hace que algunos profesionales tengan la necesidad de complementarlo con medicina privada o con guardias o peonadas que distorsionan más que benefician una buena estructura sanitaria.

2 Atención primaria: Sólo si establecemos una medicina primaria eficiente conseguiremos que los pacientes no vayan a Urgencias sin haber sido vistos antes por su médico, reducir las derivaciones de enfermos a los hospitales con problemas que podrían resolverse con equipos ambulatorios etc. El trabajo en red y la consulta en tiempo real con equipos especialistas deberían ser herramientas ordinarias en atención primaria.

3 Horario de hospitales: En la Europa más desarrollada el horario de todos los hospitales es de 9 de la mañana a 5 ó 6 de la tarde.

Esto permite racionalizar mucho más el trabajo con consultas de mañana y tarde, aprovechamiento de quirófanos y equipos de alto coste, tiempo para la investigación clínica, etc. En el horario español la actividad en las franjas de 8 a 9 y de 2 a 3 es muy baja, lo cual no sorprende pues resulta irracional pensar que un médico puede estar con pleno rendimiento 7 horas seguidas de consulta. Probablemente, con un horario racional inventos sanitarios como las peonadas tendrían escasa cabida. Además ese cambio en el horario conllevará una reducción en la necesidad de guardias de presencia física, que constituye una de las mayores lacras del sistema actual. Una vez más apelo a una simple mirada a nuestro entorno para ver cuál es la plantilla de guardia en un hospital europeo.

4 Medicina pública y privada: La dualidad medicina pública-privada no tiene por qué ser negativa, más aún, la coexistencia de los dos modelos puede ser positiva, especialmente si ambos sistemas son independientes y las instituciones privadas ofrecen sueldos dignos a los profesionales, y se conciben como centros competitivos que pueden constituir un revulsivo para los públicos. Sin embargo, es importante regular bien la situación de aquellos profesionales que trabajen en ambos sistemas. Parece lógico pensar que estos médicos deberían tener una dedicación a tiempo parcial (por ejemplo de 9 a 2), mientras que los que trabajan sólo en el sistema público tendrían una dedicación exclusiva con un horario de 9 a 6. Estas diferencias en el horario se deberían traducir en obligaciones laborales adicionales y las consecuentes diferencias salariales.

5 Sistema de atención hospitalaria ambulatoria: La medicina ambulatoria cada vez tiene mayor peso específico y la tendencia actual es reducir el número de camas de hospitalización. Sin embargo, esto sólo se puede conseguir si se desarrolla un sistema alternativo de hospitalización y atención domiciliar que permita evitar esos ingresos prolongados debido a problemas sociales y estructurales por falta de asistencia en su domicilio.

6 Reconocer y estimular a los profesionales: En el mundo laboral (sea el que sea) el reconocimiento y la capacidad de promoción son requisitos imprescindibles. Por eso no es lógico que un médico tenga que esperar a una jubilación de otro para alcanzar una promoción. Los tímidos intentos de carreras profesionales son un paso, pero éste debe ser más decidido. En las promociones profesionales la edad debe ser tenida en cuenta, pero sólo como el esperable mérito de trabajo para la institución, que se demuestre en los servicios prestados y los logros alcanzados, nunca como un mérito en sí mismo. Los criterios para la promoción deben ser medibles en calidad y

cantidad.

7 Sistema de contrataciones: Los sistemas de concursos son anacrónicos y reflejan épocas que es mejor olvidar, y una vez más parece existir miedo a premiar la calidad y se prefieren criterios igualitarios de perfil bajo, en los que los meses trabajados en el sistema público es lo que más valor tiene. Por ello los médicos jóvenes prefieren quedarse incubando la plaza en el propio hospital frente al riesgo de pasar un par de años formándose en el extranjero o implicarse en tareas de investigación cuyo peso en los baremos es mínimo. Por otro lado, sorprende que puedan emplearse los mismos criterios para convocar una plaza de Cardiología en un hospital de nivel III (donde la necesidad quizás sea la de una persona de alta especialización en un campo concreto) que en uno comarcal, donde lo que se precisa es un cardiólogo general.

Las plazas deben convocarse con perfiles adaptados a las necesidades del servicio, con máxima transparencia y nivel de exigencia.

Por último en este apartado una breve referencia al estímulo de los especialistas más jóvenes. Para éstos, muchas veces, su máxima aspiración es colocarse en el propio servicio donde realizaron la residencia y rara vez se plantean pasar 1 ó 2 años en otra institución al acabar la especialidad (actitud casi obligada en otros países). Esto debería ser una condición sine qua non antes de cualquier contrato. En este sentido el Programa post-MIR promovido por el ministerio es muy positivo.

8 Optimización de los recursos: La presión política lleva a veces a la implantación de servicios de alta especialización y elevado coste en lugares en los que por población o desarrollo tecnológico no parece muy adecuado. Una vez más el único criterio debe ser el bien del enfermo a largo plazo y esto indudablemente va unido a la experiencia clínica del equipo. Lo importante no es "que haya de todo en todos los sitios" si no "que todos puedan tener acceso a los mejores cuidados", y si eso conlleva el inconveniente y gastos de unos desplazamientos, que se compense al paciente y a su familia económicamente.

Establecer redes de trabajo y la obligación de integrarse en grupos terapéuticos con protocolos bien definidos debería ser un objetivo prioritario. En este sentido la inclusión de los enfermos en ensayos clínicos permite aportar al enfermo el tratamiento más actual, avanzar en el conocimiento, y muchas veces un importante ahorro económico. Por tanto desde las instituciones debería estimularse la participación en estos ensayos, que son una pieza clave de la investigación clínica y es imprescindible arbitrar medidas urgentes para facilitar su desarrollo unificando criterios entre regiones.

Un breve comentario sobre el gasto farmacéutico. En el momento actual no existe una política común de actuación, y cada servicio, de cada hospital, de cada autonomía, tiene sus propios criterios sobre fármacos específicos. Sólo una política basada en criterios científicos propuestos por los profesionales más expertos de cada materia dará lugar a un ahorro racional en el uso de medicamentos.

9. Investigación clínica y generación de conocimiento: España es un país eminentemente de consumo de recursos con poca generación de conocimiento. A este planteamiento no es ajeno, por desgracia, el sistema sanitario.

Se ha avanzado notablemente en la investigación básica, pero la investigación clínica y por ende la traslacional son las asignaturas pendientes. Dentro de las tareas del médico no se considera una obligación el que analice los resultados de sus actos médicos y los contraste con los de otros grupos sometiéndose al juicio de expertos externos. ¿Es esto investigación o buena asistencia? Más aún: ¿puede haber buena asistencia sin reflexión sobre nuestras actuaciones? ¿Por qué es un lujo y no una obligación investigar en todos los hospitales?. En la reforma sanitaria es imprescindible que se establezca en el horario del médico un tiempo diario dedicado a la investigación y un espacio físico para llevarla a cabo.

Diario Médico