

***CRITERIOS BÁSICOS PARA EL
EJERCICIO PROFESIONAL***

ATENCIÓN ESPECIALIZADA

**Organización Médica Colegial
Abril 2.003**

Han participado en la elaboración de este documento:

Francisco Agatón Bonilla (Barcelona)

José Luis Balibrea Cantero (Madrid)

Alberto Berguer Sáñez (Madrid)

Luis Cabero Roura (Barcelona)

Enrique Costas Lombardía (Madrid)

Antonio Díaz Murciano (Cádiz)

Carlos Ponte (Asturias)

Ignacio Eizaguirre Sexmilo (Guipúzcoa)

Manuel Gutiérrez Dueñas (Burgos)

Alfons Malet Casajuana (Barcelona)

Rodrigo Martín Hernández (Santa Cruz de Tenerife)

Joan Rovirosa i Juncosa (Burgos)

Enrique Sala O'Shea (Palma de Mallorca)

José Luis Temes (Málaga)

Miguel Ángel Zamarrón Moreno (Madrid)

Manuel Sánchez García (Burgos)

INDICE

Introducción

A.- ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN ESPECIALIZADA

- 1.- Conocimiento de los Objetivos Institucionales**
- 2.- Imagen Corporativa**
- 3.- Participación de los Profesionales**
- 4.- Reordenación del Marco Jurídico**
- 5.- Optimización del Horario Hospitalario**
- 6.- Política de Directivos**
- 7.- Movilidad Geográfica**
- 8.- Las Divisiones Hospitalarias**
- 9.- Coordinación Primaria-Especializada. Continuidad Asistencial**
- 10.-Red Hospitalaria de Utilización Pública**
- 11.-Protocolos Asistenciales y Guías Clínicas**
- 12.- Acreditación de Centros y Servicios**
- 13.- Corresponsabilidad Presupuestaria**

B.- GESTION DE RECURSOS

- 14.-El Ciudadano y el Sistema Nacional de Salud**
- 15.-Plantillas Medicas**
- 16.-Planificación del Nivel de Cuidados**
- 17.-Desarrollo de Sistemas de Información para la Gestión**
- 18.-Cauces de Comunicación Internos y Externos**
- 19.-Autonomía de Gestión**
- 20.-Planificación Presupuestaria**
- 21.-Políticas de Innovación Tecnológica**
- 22.-La Participación de los Ciudadanos**

C.- SELECCION DE PERSONAL

- 23.-Eventualidad Laboral**
- 24.-Contrataciones**

D.- POLITICA RETRIBUTIVA

- 25.- Nuevo Modelo Retributivo**
- 26.- Nuevo Complemento Específico**

E.- GUARDIAS MEDICAS

- 27.- Atención Continuada**

F.- DESARROLLO PROFESIONAL

- 28.- Formación Continuada**
- 29.- Carrera Profesional**
- 30.- Promoción Interna**
- 31.- Relaciones con la Universidad**

G.- RESPONSABILIDAD CIVIL

- 32.- La Gestión de la Responsabilidad**

H.- INVESTIGACION Y DESARROLLO

- 33.- Políticas de I + D + I**

INTRODUCCION:

El presente documento sobre Atención Especializada, desea ser la expresión de la Organización Médica Colegial (OMC). Ha sido elaborado bajo un criterio profesional, con el debido respeto a todos los principios y valores de la sociedad española reconocidos por nuestra Constitución y las Leyes que la han desarrollado y que tiene como objetivo servir de elemento de estudio en cualquiera de las iniciativas legislativas o de las acciones políticas de los responsables de nuestro Sistema Nacional de la Salud.

Desde la responsabilidad que le es propia a la OMC creemos que los intereses de los médicos de Atención Especializada, los de la sociedad en general y los de los pacientes en particular, son perfectamente compatibles y pretende, consecuentemente, conseguir mejorar ese patrimonio de todos que es nuestro Sistema Nacional de la Salud.

Hasta Junio de 1.977, nunca había existido un Ministerio de Sanidad en España, si exceptuamos el año escaso en que lo desempeñó Federica Montseny en tiempos de la II República, hasta el punto de que las competencias en Sanidad Pública se repartían hasta en 16 departamentos de distintos ministerios.

Algunos "hitos" previos a la llamada etapa de transición hacia la democracia deben ser destacados, como la Creación del Seguro Obligatorio de Enfermedad a principios de los años 40, La Ley de Especialidades de 1.955 o la Orden de 1966 por la que se creaban las primeras 500 plazas de Médicos Internos y Residentes para obtener el correspondiente Título de Especialidad, aunque diversos hospitales como el General de Asturias, la Clínica de la Concepción de Madrid, el Clínic de Barcelona, Valdecilla en Santander, diversas Escuelas Profesionales y Departamentos de Facultades de Medicina ya formaban sus propios especialistas. Todos estos sistemas de formación convivieron hasta la aparición del Real Decreto de 1.984 por el que se regulaba la formación postgraduada en España.

Con la publicación de la Ley General de Sanidad en el año 1.986, el modelo que se adopta, copia del Servicio Nacional de Salud del Reino Unido e Irlanda, se aplica en nuestro país con las complicaciones lógicas que imponían las transferencias efectuadas con anterioridad en materia de sanidad, a Cataluña en 1981 y a Andalucía en 1.984. En 1.987 obtienen las transferencias el País Vasco y Valencia, en 1.991 Galicia y Navarra y por fin, en 1.994, Canarias, quedando en manos del INSALUD menos del 45% de la totalidad de la asistencia sanitaria, que no se transfiere, al resto de las CCAA, hasta Enero del 2.002.

Desde la implantación de la Ley General de Sanidad en 1.986, han ocurrido en los hospitales suficientes hechos como para tratar de hacer una valoración, lo más aséptica posible, del camino que hemos recorrido hasta llegar a la situación actual, de la Atención Especializada en nuestro país, que dista de lo que se podría considerar como óptima.

Son múltiples los factores que debemos señalar y que han creado un clima laboral poco propicio para el ejercicio profesional del médico de hospital:

- Se le responsabilizó, de forma poco afortunada, de las deficiencias del sistema.
- Se le aplicó una política de incompatibilidades mal diseñada, sin ningún tipo de compensación.
- Se minimizó su participación en la gestión del hospital, disminuyendo su papel en las nuevas Comisiones y reduciendo progresivamente su grado de responsabilidad.
- Se vació de contenido la función del Jefe de Servicio.

-Comenzaron a descender las inversiones en hospitales, instaurándose una cultura de gestión excesivamente "economicista".

-Se instauró en los hospitales un nuevo modelo de gestión, que acabó con los antiguos directores e instaló en los hospitales gestores inexpertos salidos del sector asistencial que tenían en común un fuerte componente ideológico.

-Se estableció una excesiva concentración de poder en las Direcciones Provinciales del INSALUD creándose un cortocircuito entre el nivel gestor provincial y el nacional.

Nacen así los primeros agravios comparativos entre médicos de hospital que trabajan en distintas autonomías, situación que el Consejo Interterritorial no consigue reconducir.

La situación empeora progresivamente, convocándose una huelga de hospitales masivamente seguida por los médicos en todas las autonomías y tras una batalla por la representatividad, se acaba con la confianza que habían depositado en sus organizaciones representativas. La indefinición del sistema sanitario provoca un fuerte debate, que desde el interior del partido socialista, que detenta el poder, se desarrolla en torno al llamado "espíritu de Teruel".

Todo ello aconseja crear, en el Parlamento, la llamada Comisión Abril. Se pretende con ello convertir la crítica situación de la sanidad española, en un problema de Estado.

El diagnóstico de la situación sanitaria del país que realiza esta Comisión es acertado, aunque tanto su metodología de trabajo como las conclusiones son, por una parte, reflejo de lo que ocurre con la asistencia sanitaria en la CE y, por otra, calco de los intentos de solución que inicia la Sra. Thatcher en el Reino Unido y progresivamente van adoptando el resto de los países.

Sobre el hospital se descargan las carencias del sistema:

-Las carencias de la asistencia primaria convierten a la urgencia hospitalaria en un centro de salud.

-La masificación de la urgencia y de la hospitalización, obliga a utilizar camas de agudos como camas de media y larga estancia, elevando los índices de ocupación de los hospitales a cifras inaceptables.

-Desaparece el nivel de asistencia especializada ambulatoria, incrementándose las plantillas del hospital, las listas de espera y el costo de la asistencia, situación agravada a mayor abundamiento por la equivocada política de conciertos que lleva al cierre a multitud de clínicas privadas.

-Cada vez llega menos dinero para financiar los gastos de la atención especializada. Los gestores se ven obligados a seguir la política economicista que se traza desde instancias superiores.

-El envejecimiento de los hospitales, la falta de planificación estratégica y la carencia de planes de renovación de infraestructuras dificultan la gestión y encarecen los costos de explotación.

-La restricción en las convocatorias de plazas de formación especializada de la época, repercute negativamente en el funcionamiento de los hospitales que no pueden cubrir determinadas plazas por falta de especialistas.

La presión a la que se ven sometidos todos los trabajadores del hospital incide con mayor fuerza sobre el médico, que siente infrautilizados sus conocimientos y sus habilidades, con el sentimiento de que el trabajo que se ve obligado a desarrollar en gran parte no es hospitalario y, además, cada vez está peor pagado.

La sensación de desánimo, de impotencia y de desconfianza hacia la Administración, y de paso en los gestores del sistema le lleva a refugiarse progresivamente en su actividad clínica, negándose a colaborar con un sistema:

- cuyos objetivos institucionales desconoce.
- de cuya gestión se le ha apartado.
- que le ignora en la resolución de aspectos técnicos y profesionales de su funcionamiento, y desaprovecha su experiencia y sus conocimientos.
- que deteriora su imagen profesional ante la Sociedad.

Una nueva huelga de larga duración, que exige la mediación del propio Sr. Abril y un cambio de Gobierno no mejoran la situación. El médico de hospital cada vez está más desanimado. Su salario sigue depreciándose contemplando como es el más escaso de todos los médicos europeos. Nunca se aborda la reforma de la asistencia especializada a pesar de que los políticos comienzan a cambiar de actitud con respecto al médico.

Se pide la colaboración de los médicos de hospital en la gestión de los hospitales. Se habla de "nuevas fórmulas de gestión". Se negocia con las organizaciones representativas de los médicos, pero en realidad lo que se les está pidiendo es un cheque en blanco que nadie está dispuesto a conceder sin determinadas condiciones. La historia se repite: los médicos de hospital no se fían de la administración.

Y es que en realidad reciben bien poco de lo que demandan:

- Todo el mundo habla de Carrera Profesional ¹, vieja reivindicación de los médicos de hospital desde 1.983, pero nadie es capaz de sacarla adelante.
- Después de 17 años de incumplimiento de la Ley General de Sanidad, el Estatuto Marco sigue sin aparecer.
- El nivel salarial de los facultativos, en general, no se ajusta a las elevadas exigencias de responsabilidad, formación y trabajo que estos profesionales tienen comparativamente con otros sistemas sanitarios similares. De otra parte, existen múltiples y heterogéneos complementos retributivos cuya aleatoriedad propicia agravios comparativos indeseables.
- La Jornada de Trabajo no se modifica incumpliendo Directivas de la UE y la Sentencia del Tribunal de Luxemburgo.
- La inestabilidad en el puesto de trabajo afecta en determinados hospitales hasta al 80% de la plantilla médica, aunque el problema está en vías de solución gracias a la intervención de la OMC que propició una nueva OPE que aceptaron todas las partes implicadas.

Los médicos de Atención Especializada piensan que ya ha pasado la época de las lamentaciones y es urgente buscar soluciones. Quieren participar en la organización de un nuevo hospital, el Hospital del Siglo XXI, que garantice una asistencia sanitaria de alta calidad a un costo razonable.

De acuerdo con esta filosofía se ha confeccionado este documento.

¹ Ver La Carrera Profesional del Médico y su Promoción en la Sanidad Pública. Documento de Trabajo. OMC,1.984

A.-ORGANIZACION DE LA ATENCIÓN ESPECIALIZADA

1.-CONOCIMIENTO DE LOS OBJETIVOS INSTITUCIONALES.

Toda Organización debe conocer y valorar los objetivos individuales y los de los distintos Servicios y Unidades.

Pero para hacer más coherente el Sistema, más eficaz la actividad y más eficiente la utilización de recursos es preciso que se aplique el principio de la jerarquización de los objetivos siguiendo el proceso de discusión y priorización y posterior comunicación de los mismos a todos los miembros de la Organización. Esa sería la única forma de que las distintas medidas, acciones y decisiones operativas tuvieran sentido positivo (teoría de las fuerzas de Kurt Lewin), facilitando así la consecución de los Objetivos Institucionales.

La existencia de unos Objetivos Institucionales bien definidos, mensurables, y basados en un proceso de negociación y de compromiso tiene una importancia básica para el Sistema:

- como compromiso de los gestores con las prioridades marcadas por la organización.
- como garantía de los ciudadanos y de los usuarios del Sistema.
- como elemento motivador de los profesionales, pues la existencia de unos objetivos institucionales clarifica la actuación de los profesionales y da sentido a su actividad.

Una línea de actuación prioritaria, debería ser la de conseguir que todos los trabajadores y profesionales del Sistema conozcan los Objetivos Institucionales.

2.- IMAGEN CORPORATIVA.

Todos los que trabajamos en el Sistema sabemos que la mayoría de los mejores profesionales trabajan en los hospitales del SNS. Generalmente se reconoce que los mejores hospitales, los de más alta tecnología y medios son los hospitales del SNS. Y si esto es así, falla el tratamiento de la realidad y la actuación sobre la imagen corporativa.

Desde los años ochenta, la imagen del médico ha sido atacada de forma injusta y poco útil, pues reducir el crédito de nuestros profesionales y concretamente el de los médicos, es debilitar el activo más valioso de la Organización.

La sociedad debe conocer y reconocer las aportaciones de los profesionales y los medios de comunicación tienen una responsabilidad importantísima en ello, aunque el tratamiento de la imagen corporativa sea competencia de toda la Organización.

Esta línea de actuación ha sido insuficientemente desarrollada y, aunque los hospitales públicos no necesitan el "autobombo" ni campañas publicitarias de marketing, sí es cierto que es importante incrementar el reconocimiento de la población, de los ciudadanos por su hospital público y como no, que se recupere el sentido de pertenencia de los profesionales hacia su centro, pues ello le supone un incremento de su prestigio profesional.

Afortunadamente parece que esa correlación entre calidad técnica/calidad percibida, se va día a día aproximando y elevándose la valoración de los ciudadanos sobre la calidad de los hospitales públicos.

3.- PARTICIPACION DE LOS PROFESIONALES.

Un elemento de gran importancia en la disfuncionalidad del Sistema es la falta de participación de los profesionales en la toma de decisiones.

Partiendo del hecho de que la Ley General de Sanidad obliga a que en el Sistema Nacional de Salud se implante la Dirección Participativa por Objetivos en los Centros (lo que debería ser de por sí un elemento suficiente para su aplicación), es preciso recoger el hecho de que en las Empresas de Servicios Públicos y en las que trabajan profesionales de alta cualificación como ocurre en los hospitales, los estilos de dirección autoritaria y de decisiones centralizadas no son eficaces ni operativos, pues chocan con dos principios claros:

1º. Todo aquello que no es suficientemente negociado es inmediatamente contestado.

2º. Los profesionales quieren participar en la toma de decisiones de su Organización, especialmente, en aquellas que afectan a su trabajo.

Las empresas excelentes han desarrollado el principio recogido en la Teoría Z de Ouchi y que anteriormente escribía Peter Drucker: "Cuando el factor trabajo (los profesionales) se imbrica y se compromete libremente con los objetivos de la empresa, mejoran claramente los resultados de la Organización".

Es necesario replantearse la situación y desarrollar e impulsar la participación de los profesionales en la vida de los hospitales, en la definición de los Objetivos institucionales y en las prioridades de actuación de los equipos directivos.

4.- REORDENACIÓN DEL MARCO JURÍDICO.

Las normativas que, comenzando por las de personal, analizaremos en otro momento, rigen el Sistema Sanitario Público, son poco compatibles con una gestión eficiente del mismo. Además de su compleja pluralidad, adolecen de un carácter administrativista y funcionarial. Sentando como premisa que el liderazgo de un Sistema Sanitario Público que funcione, sólo es posible en un marco organizativo adecuado, no es legítimo ni políticamente honesto apuntarse a una línea privatizadora de los servicios públicos, ahora bien, es absolutamente imprescindible, una revisión radical de dicho marco organizativo y de gestión, adaptándolo a la realidad de uno de los aparatos más complejos del Estado. Deberíamos entender, la Ley General de Sanidad, como una ley básica y acelerar su desarrollo normativo subsidiario, pero con un carácter de globalidad y adecuación a los objetivos de flexibilidad y eficiencia operativa.

Debería crearse una comisión de juristas, gestores y profesionales sanitarios que revisasen todo el acervo normativo actual y, en el contexto de los postulados legales básicos, incluida la Ley General de Sanidad, propusiesen a los representantes políticos y sociales una refundición y adecuación, conforme con los criterios básicos de una empresa de servicios sanitarios que posibiliten la coordinación, la economía de escala, y una organización sinérgica y flexible a los cambios, capitalizada en tecnología y conocimiento, que asegure el crecimiento necesario para la cohesión social y el bienestar de los ciudadanos.

Debe tomarse la decisión política, urgente, de adecuar al nuevo modelo de Estado de las Autonomías, y a los preceptos contemplados en la Ley General de Sanidad, todas aquellas responsabilidades que corresponden al Estado, y que, por propia definición deben de homogeneizar el Sistema Nacional de Salud.

Entre ellas cobran mayor rango aquellas que se refieren al personal o a la estructura.

En el caso del personal, cumplir la reserva de Ley, artículo 84 de la Ley General de Sanidad, elaborando y promulgando el Estatuto Marco.

En cuanto a la estructura y en lo que concierne a Administración interna de los propios centros y a su gestión es necesario revisar los siguientes preceptos legales:

- Ley 7/1962 de 21 de julio, de Hospitales y Decretos y Ordenes Ministeriales subsiguientes.

- Estatuto Jurídico del Personal Médico de la Seguridad Social D. 3160/66.

- Orden Ministerial de 7 de julio de 1972, Reglamento de Régimen, Gobierno y Servicios de las Instituciones Sanitarias. Así como normas posteriores desarrolladas en este sentido.

- Real Decreto 2177/78 y normas subalternas. Fundamentalmente la Resolución de 11 de Abril de 1980 de la Secretaría de Estado, sobre catalogación de centros elaborando una auténtica norma de Acreditación con carácter general.

- Revisión del Real Decreto 27 de Noviembre de 1981 (3500/81) sobre acuerdo marco de colaboración en Instituciones de rango, universitario.

- Orden de 28 de Febrero de 1985 sobre órganos de dirección de Hospitales.

- Orden de 5 de Julio de 1985. División de Gestión y Servicios Generales.

- Real decreto 521/87

- Real Decreto 3/87 sobre Retribuciones

- Real Decreto 571/90.

- Real Decreto 118/91 sobre selección y provisión de plazas.

Estas serían, entre otras, esas normas a revisar y refundir que, en la filosofía antes expresada, deberían ofrecer homogeneidad al sistema.

La Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud podría ser una buena oportunidad para lograr estos fines.

5.- OPTIMIZACIÓN DEL HORARIO HOSPITALARIO.

Es discutible la realidad actual de nuestros hospitales, en donde el horario habitual de trabajo es de mañana y por tanto, limitada la utilización de las instalaciones y de los aparatos de alta tecnología, con el consiguiente resultado de ineficiencia y de aumento de las listas de espera.

Nuestros Centros Sanitarios y en concreto los hospitales deben funcionar a pleno rendimiento tanto por las mañanas como por las tardes. No se pueden contemplar ni entender otras prioridades que impidan que el sistema hospitalario consiga este objetivo mínimo y se modifique la situación actual: bajos rendimientos e insuficiente utilización de los recursos existentes.

Debería buscarse un consenso con los profesionales, a fin de facilitar de manera progresiva ese incremento en la rentabilización de los recursos.

6.- POLITICA DE DIRECTIVOS.

Uno de los aspectos considerados, asimismo, como base de esa desmotivación interna del Sistema es el que concierne a sus directivos.

Y ello debe contemplarse, a nuestro entender, desde dos perspectivas distintas: de un lado la intrínseca a los propios directivos, ¿quiénes deben ser?, ¿cómo se deben formar?, ¿qué atribuciones y qué responsabilidades deben asumir? y de otro, el contexto en el que deben desarrollar su función.

Somos partidarios de seleccionar a los directivos o gestores del SNS, entre profesionales sanitarios que tengan acreditada una indiscutible competencia como tales, que les haga acreedores del respeto de sus compañeros, que estén interesados en la gestión, que reciban una formación de gestión suficiente y de calidad. y que estén dispuestos a trocar su responsabilidad asistencial por la gestora, conservando, en todo caso, la posibilidad del retorno a aquélla.

Opinamos que este perfil no es solamente condición "sine qua non" para la dirección médica y la de enfermería sino, igualmente, para la Dirección-Gerencia o Dirección a secas de un centro asistencial.

De acuerdo con todo lo anterior, creemos que deberían cumplirse las siguientes premisas:

- Todo cargo directivo, incluidos los Jefes de Servicio y Unidad, deben poseer la formación y experiencia adecuada para el desempeño de su labor directiva.
- Deberían poder hacer compatible la labor directiva y asistencial.
- La labor directiva debe tener un reconocimiento y peso específico importante, no como hasta ahora, para optar a puestos de trabajos asistenciales.
- La retribución de los cargos directivos debe ser acorde a la responsabilidad que se asume.
- Debería establecerse una Carrera Directiva o Administrativa con niveles que deben superarse antes de acceder a un nivel superior, como se contempla en la ya aludida Carrera Profesional de la OMC.
- La selección y el cese deben seguir criterios transparentes en función de consecución de objetivos y resultados.

En este, orden de cosas dicho "status" del directivo sanitario debe otorgarle la autonomía suficiente para manejar con su equipo el ámbito de responsabilidad que tenga asignado. Se hace necesaria la introducción de criterios de valoración y evaluación de resultados.

7.- MOVILIDAD GEOGRAFICA.

La existencia de variaciones en la morbilidad hospitalaria, la aparición de nuevas patologías y terapias y la modificación constante de la atención sanitaria hospitalaria exigen que en el Sistema existan los mecanismos correctores suficientes que con agilidad y flexibilidad permitan adecuar la oferta a una demanda variable.

Ello supondría una garantía de eficacia del Sistema, así como de estabilidad del empleo para sus profesionales. El elemento imprescindible es la adecuación permanente de las plantillas médicas a la demanda del área, introduciendo y regulándose la movilidad geográfica como elemento de racionalidad del Sistema y de garantía de los usuarios y profesionales.

Será preciso pues, negociar y desarrollar las herramientas normativas adecuadas que permitan extender estos criterios a los profesionales del Sistema Nacional de Salud, incluyendo criterios de voluntariedad incentivada en caso de no llegarse a acuerdos.

8.- LAS DIVISIONES HOSPITALARIAS.

Hay que contemplar sin dramatismos el problema de la existencia de tres divisiones en los hospitales (médica, enfermería y gestión) profundizando en el concepto de estructura matricial.

Es necesario introducir elementos de coordinación entre los distintos colectivos profesionales y específicamente entre médicos y personal de enfermería, tanto a nivel de las Direcciones Médica y de Enfermería como a nivel de Jefes de Servicio y Supervisiones.

Es inaceptable el funcionamiento independiente de ambas divisiones, siendo necesario regular, normativamente, las relaciones entre estos colectivos profesionales, introduciendo la relación funcional entre ambas divisiones, así como la adscripción funcional del personal de enfermería y el resto del personal asistencial, al Servicio, manteniendo la dependencia orgánica de la supervisión de

enfermería. La aplicación de una estructura matricial sería el único elemento que podría garantizar la interdependencia orgánica y la coordinación funcional entre ellos.

9.-COORDINACION PRIMARIA-ESPECIALIZADA. CONTINUIDAD ASISTENCIAL

No es posible mantener la actual estructura organizativa donde parece que coexisten, a veces no pacíficamente, dos sistemas Sanitarios diferentes.

La ordenación de la relación entre los dos niveles asistenciales es, tanto para el usuario como para los profesionales, uno de los principales problemas con el que nos encontramos y exige un esfuerzo considerable de coordinación entre ambos.

Para ello es necesario definir de una forma clara el papel que debe desempeñar cada nivel en el marco del Área Sanitaria, así como, las responsabilidades que competen a cada actor del Sistema Sanitario.

El mayor contacto entre los especialistas de los dos niveles a través de una mayor información sanitaria de los pacientes y de otras actuaciones reportará, sin lugar a dudas, una serie de ventajas al dotar de continuidad a la asistencia sanitaria, logrando una mejora de la calidad en los servicios prestados que a su vez producirá una disminución en la utilización de pruebas diagnósticas permitiendo crear las condiciones necesarias para dar una respuesta adecuada a las exigencias de apoyo especializado que requiere la red de Atención Primaria.

La Atención Primaria ha de tener presente su función de filtro tanto en la actividad de consultas externas como en las urgencias.

Para la resolución del problema de las listas de espera de pequeña cirugía que origina un alto porcentaje de reclamaciones e insatisfacción de los ciudadanos, debería aumentarse el número de Unidades de Cirugía Sin Ingreso.

Para asegurar las relaciones entre la atención primaria y la especializada, apostamos por el modelo de Gestión de Procesos que incluye:

- Implantación de sistemas integrados de información
- Implantación de la Historia Clínica Única
- Desplazamientos bidireccionales de los médicos con actividades y protocolos conjuntos
- Programa mostrador
- Creación de relaciones económicas entre ambos niveles (facturación de servicios) una vez sentadas las bases de la coordinación
- Para asegurar la continuidad asistencial deberían incluirse los servicios socio-sanitarios
- Integración funcional de todos los especialistas de un Área Sanitaria en el Servicio Jerarquizado bajo la figura del Jefe del Servicio.

Para conseguir todos los puntos anteriores se hace necesario generalizar la Gerencia única del Área Sanitaria

10.- RED HOSPITALARIA DE UTILIZACIÓN PÚBLICA.

Se ha de mejorar la utilización de los recursos hospitalarios existentes, en la red pública y que pertenecen a otras administraciones: diputaciones, municipios, ejército, etc.

Es necesario un mecanismo racionalizador con criterios de rentabilidad y de complementariedad de las redes públicas (especialmente Comunidades Autónomas y Diputaciones Provinciales) que van evolucionando de una forma balbuceante sin definir realmente su cometido y su función dentro del Sistema Nacional de Salud.

En desarrollo de la Ley General de Sanidad se deben integrar todas las estructuras comunitarias ó infracomunitarias en los Servicios de Salud. Por ello es preciso marcar las necesidades de complementariedad así como la política de concertos y que ésta vaya orientada a cubrir las prioridades del SNS: cirugía ambulatoria, hospitalización a domicilio, listas de espera, etc.

A corto plazo parecería aconsejable desarrollar y publicar la normativa que regule la acreditación de los centros y de los servicios para la concertación dentro del SNS buscando con ello la homologación de los recursos estructurales y la garantía de los usuarios de la Seguridad Social.

Asimismo, entendemos debería replantearse el sistema de financiación actual, dirigiéndose progresivamente hacia el concierto por procesos, orientados hacia aquellas patologías que presentan tiempos de demora elevados.

11.- PROTOCOLOS ASISTENCIALES Y GUÍAS CLÍNICAS.

Parece aconsejable la elaboración de protocolos realizados por Colegios y Sociedades Científicas. Estos protocolos deben delimitar básicamente el contenido de cada acto médico, la frecuentación de consultas necesarias para atender un proceso y el control de calidad aplicable en base a los resultados obtenidos en relación con los esperados.

La aplicación de protocolos es conveniente desde las tres perspectivas:

- Utilización adecuada de recursos
- Garantía de calidad
- Buena praxis

12.- ACREDITACIÓN DE CENTROS Y SERVICIOS .

La aplicación de políticas de acreditación, es uno de los elementos de mayor interés dentro de las áreas de garantía de calidad hacia los usuarios y de la del reconocimiento profesional.

La acreditación, basada en elementos estructurales y en indicadores y estándares conocidos y aceptados dentro del sector profesional debe afectar a los Centros y Servicios en su conjunto.

13.- CORRESPONSABILIDAD PRESUPUESTARIA.

Partiendo de que debe existir un Presupuesto real de acuerdo con la población a atender y a la Cartera de Servicios autorizada, es evidente que cualquier Organización o empresa de Servicios utiliza recursos (siempre limitados) que organizados de la manera adecuada y por profesionales cualificados, generan resultados acordes con los objetivos marcados.

Toda organización está basada en la obtención de beneficios y utiliza para alcanzar esos resultados la herramienta de la eficiencia.

Por eso consideramos imprescindible introducir, desarrollar y potenciar en la cultura hospitalaria, la sensibilización y el compromiso en la gestión de los recursos que se les adscriben o que utilizan (humanos, materiales, económicos, organizativos, etc.) porque ese elemento competitivo, es el que puede permitir garantizar el futuro del Sistema y su viabilidad.

Apostamos por la participación y corresponsabilidad de los médicos en la gestión del sistema sanitario, aplicando para ello, en sus Servicios y Unidades, criterios de gestión clínica de la cual existen experiencias suficientemente contrastadas

B.- GESTIÓN DE RECURSOS

14.- EL CIUDADANO EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.

Podemos decir que el Sistema Sanitario Público es una de las mayores aportaciones al Estado de Bienestar y uno de los avances sociales a los que el ciudadano es más reacio a renunciar debido a la necesidad sentida del derecho a la protección a la salud, aunque manifieste cierta inconformidad con su funcionamiento.

El ciudadano medio padece a diario las grandes disfunciones estructurales del Sistema, las deficiencias organizativas hospitalarias y el bajo rendimiento de las costosas instalaciones y de su tecnología.

El Sistema tiene que regular sus mecanismos normativos para que permitan, de una forma ágil y flexible, exigir las responsabilidades precisas al nivel adecuado, para que se pueda eliminar la realidad de los bajos rendimientos hospitalarios con la existencia de listas de espera.

Es posible que los hospitales hayan estado mucho tiempo viviendo su propio pulso y por ello algo aislados de la realidad externa. Es posible que el sistema hospitalario haya olvidado, entre el día a día, el ayer y el mañana. Pero es necesario recuperar la figura del paciente, del ciudadano como esencia y sentido absoluto del Sistema y como centro y guía de las actuaciones de directivos y profesionales.

15.- PLANTILLAS MEDICAS.

Los sistemas de gestión tienen la obligación de ser transparentes en su funcionamiento y eficaces en sus resultados. Si el 70% del gasto hospitalario (del que el 34% corresponde a los facultativos) que se incluye en el Capítulo I es retribución del personal, es evidente que es el área de personal hacia donde se deben orientar los esfuerzos de planificación, gestión y evaluación, concretándose políticas de selección y coberturas de plazas de una forma ágil y adecuada, orientadas hacia la consecución por parte del trabajador de la estabilidad del empleo y por parte de la empresa a la reutilización correcta de posibles excedentes temporales, lo que también exigiría a la Dirección una mejor planificación de sus necesidades de recursos humanos.

En este orden es necesario realizar estudios de productividad de las plantillas actuales teniendo en cuenta las diferentes funciones que deben desarrollar en el Hospital (asistencial, docente e Investigadora) al efecto del cálculo de rendimiento.

La planificación de las plantillas necesarias debe realizarse en función de la población a atender, los tiempos de demora pactados y la calidad de la asistencia.

16.- PLANIFICACION DEL NIVEL DE CUIDADOS.

Una de las más claras deficiencias del Sistema, es la casi total inexistencia de Centros y camas de cuidados mínimos, así como de sistemas alternativos a la hospitalización clásica.

Una consecuencia grave de ello es la mala utilización de las camas de agudos, la ineficiencia general del Sistema y la generación de listas de espera para procesos clínicos hospitalarios.

Deberá impulsarse la adecuación y transformación de las camas de crónicos, residencias asistidas, red de servicios sociales y centros balnearios en una red complementaria, y se debería abordar con urgencia una mayor coordinación a los efectos entre los Ministerios de Sanidad y Asuntos Sociales.

Debe desarrollarse la atención geriátrica, coordinando los niveles asistenciales:

- Hospitales de agudos
- Hospital de Día
- Atención domiciliaria
- Atención Primaria
- Servicios Sociales.

17.- DESARROLLO DE SISTEMAS DE INFORMACION PARA LA GESTION.

Deben mejorarse los indicadores básicos que estudien los resultados y el rendimiento por centros, servicios y unidades asistenciales. Todo centro hospitalario deberá tener un cuadro de mandos ágil y veraz que recoja la información adecuada orientada hacia la gestión:

- Población y demanda hospitalaria
- Recursos estructurales (humanos, materiales, etc.)
- Actividad por unidades asistenciales
- Productividad media
- Rendimientos (humanos, materiales, etc.)
- Costes productivos
- Evolución gasto / ingresos
- Objetivos asistenciales negociados y firmados
- Indicadores y estándares de evaluación de resultados

El Plan de Informatización adecuado para la gestión recogerá:

- Actividad Asistencial
- Rendimientos hospitalarios
- Coste/proceso
- Análisis coste/efectividad
- Grado de cumplimiento de objetivos
- Debe ser prioritario dotar a los facultativos de la formación y de las herramientas informáticas adecuadas para mejorar la toma de decisiones clínicas e incorporar a los Servicios y Unidades los recursos técnicos y humanos necesarios para liberarlos del trabajo burocrático.

La información deberá ser ágil y útil para la acción, veraz y fiable y por supuesto del cuadro de mandos y de la cuenta de explotación del hospital tendrán conocimiento los órganos de participación del centro.

18.- CAUCES DE COMUNICACION INTERNOS Y EXTERNOS.

Los directivos deben informar periódicamente y personalmente de la evolución que lleva el hospital y de la aportación de los profesionales y de los Servicios en el grado de cumplimiento de los objetivos.

Así mismo, deben establecer planes de comunicación internos y externos e incentivar la participación en los órganos de representación del hospital.

19.- AUTONOMIA DE GESTION.

Toda gestión eficaz y toda empresa con resultados se basa en dos principios: el de autoridad (centralización del mando) y el de eficacia (descentralización de las decisiones).

La responsabilidad y la autoridad deben ir íntimamente ligadas y tener carácter proporcional, debiendo tomarse las decisiones en el nivel más bajo posible

para así ser más rápidas y eficaces, garantizándose debidamente la coherencia con los objetivos de la Institución.

Es necesario realizar cambios normativos y leyes que permitan una verdadera delegación de competencias entre niveles centrales y los Gerentes, para que con posterioridad se posibilite la delegación de estos a los Jefes de Servicio y Unidad y resto de los responsables del Hospital, lo que posibilitará la incentivación de la buena gestión y mejora de la eficiencia de los diferentes servicios y unidades.

La autonomía de los gerentes y de su equipo debe ser máxima, para poder pedirles responsabilidades por los resultados. Pero esta autonomía de los directivos debe acompañarse del mismo nivel de autonomía y responsabilidades de los Jefes de Servicio y Unidad y del resto del personal facultativo.

La delegación es la principal herramienta que se utiliza en las empresas excelentes, que necesariamente debe acompañarse de la capacidad y de la formación que permita asumirla.

20.- PLANIFICACIÓN PRESUPUESTARIA.

Es necesario transformar los criterios financiadores de los hospitales, rechazando el gasto histórico, como elemento base para la elaboración de los presupuestos.

Los Centros deben ser financiados basándose en la actividad productiva. El hospital debe resolver procesos asistenciales y la financiación tiene que basarse en los costes/proceso. Para ello es imprescindible cambiar el actual sistema de financiación por UPAS hacia otro basado en la financiación de procesos introduciendo la contabilidad analítica como elemento racional de imputación de costes que puede servir como elemento referencial en la modificación de la política retributiva y en el desarrollo de la carrera profesional.

La buena gestión en el área económico-financiera debe repercutir en los diferentes Servicios y Unidades. Para ello debe comenzarse por una presupuestación real, en función de la actividad a realizar, que incluya a inmigrantes y turistas, y la incentivación a las buenas prácticas profesionales. Una parte del presupuesto debe estar condicionado al tipo de enfermo que se atiende (Case Mix), no en base a la estructura como hasta ahora.

Se ha de hacer participar a las unidades asistenciales en la gestión presupuestaria.

Un tema inherente a la gestión económica es el de la Intervención.

Proponemos la Intervención a posteriori habilitando un procedimiento de limitaciones y responsabilidades.

Es inaceptable que el Sistema financie los déficits presupuestarios achacables a la incapacidad de algunos gestores para cumplir el presupuesto acordado. Ello ocasiona demora en los pagos a los proveedores, altos costes financieros, encarecen los precios posteriores de compra y más ineficiencia. Es inaceptable que se haya premiado la ineficiencia de algunos gestores y de sus hospitales y que se haya penalizado a los Centros que se han ajustado a su presupuesto. Sería necesario premiar a los hospitales que desarrollen una política financiera y presupuestaria adecuada.

21. POLITICAS DE INNOVACION TECNOLOGICA.

La introducción de Políticas de innovación tecnológica debe estar basada en criterios de rentabilidad social.

Toda nueva incorporación tecnológica debe estar avalada por estudios previos de coste–efectividad.

Es de absoluta necesidad la potenciación de las agencias de evaluación tecnológica de carácter nacional en el seno de la Comisión Interterritorial y con la participación de los órganos representativos de los profesionales (Colegios Médicos y Sociedades Científicas).

22.- LA PARTICIPACIÓN DE LOS USUARIOS.

Los órganos de dirección de los hospitales y las decisiones directivas han de ser controladas por los mecanismos democráticos que se regulen, en los que necesariamente estén recogidos: las auditorías internas del Sistema Público, los profesionales a través de sus organizaciones representativas y los usuarios a través de sus representantes legales.

Necesariamente los hospitales generarán un informe mensual y trimestral de la evolución de sus actividades orientado hacia la garantía de calidad y atención integral de los usuarios así como a la aplicación de la carta de derechos y deberes.

Habrá que regular la Comisión de Bienestar como órgano de participación ciudadana y la Comisión de Atención al Paciente, como órgano representativo de la opinión de los ciudadanos y de los usuarios del hospital, como elementos que garanticen que los servicios clínicos estén orientados prioritariamente a cubrir las necesidades de los ciudadanos, desarrollándose una composición y unas funciones que hagan a estas Comisiones lo más operativas posible, haciendo el seguimiento de los objetivos institucionales, calidad y encuestas de satisfacción y actuaciones encaminadas a hacer más integral la atención al cliente.

C.- SELECCION DE PERSONAL

23.- EVENTUALIDAD LABORAL.

Uno de los grandes problemas con los que se enfrenta actualmente el Sistema Nacional de Salud es la precariedad en el empleo de su personal estatutario. Los altos porcentajes de contratos con vinculación temporal no son compatibles con un modelo eficiente de gestión de recursos humanos en el ámbito público, ocasionan problemas en el mantenimiento de la continuidad asistencial y generan incertidumbre entre los profesionales.

En la Ley de Estatuto Marco, que cada vez se hace mas necesaria y cuya publicación parece próxima, se hace necesario establecer una serie de mecanismos que hagan posible que el acceso de los profesionales a los puestos de trabajo de la sanidad gestionada de forma pública, se realice mediante una vinculación de empleo estable como personal estatutario fijo en el Sistema Nacional de Salud, debiéndose cumplir los siguientes objetivos:

- Selección de personal estatutario fijo mediante convocatorias periódicas, bienales, que garanticen los principios constitucionales de igualdad, mérito, capacidad y publicidad.
- Convocatorias periódicas de traslados o procedimientos de movilidad voluntaria, en los diferentes Servicios de Salud, desvinculadas de las convocatorias de selección de personal fijo
- Reducción de las altas cifras de interinidad
- Establecer un tiempo máximo de duración para los nombramientos eventuales, incluyendo los de atención continuada, a partir del cual deberían considerarse de carácter estructural y no contingente
- Incluir y desarrollar la modalidad de contratación a tiempo parcial
- Reducir la temporalidad del personal a un porcentaje no superior al 3% de la plantilla

24.- CONTRATACIONES .

Pese a que sea aconsejable respetar e impulsar la autonomía de gestión de los Centros, se hace conveniente marcar unos criterios generales en la política de contrataciones dentro de los Sistemas Regionales de Salud.

Las contrataciones, parece aconsejable, sean hechas desde las Gerencias de los Centros de forma descentralizada en función de los objetivos del Servicio, y siempre dentro de las limitaciones presupuestarias.

Estas se harán con la máxima agilidad, y transparencia, previa definición del perfil del puesto de trabajo.

Las distintas modalidades de contrataciones vigentes en ningún caso deben provocar el detrimento de la calidad asistencial con contratos “en precario” (los “contratos basura”), que además atentan gravemente a la dignidad profesional de los facultativos.

D.- POLITICA RETRIBUTIVA

25.- NUEVO MODELO RETRIBUTIVO.

Entendido cualquier modelo retributivo como un instrumento de gestión para determinadas políticas de personal, y analizando su aplicación en estos últimos años, se identifican una serie de rasgos esenciales:

- Disociación y refractariedad entre herramienta (sistema retributivo) y política incentivadora de personal
- Ausencia de vinculación entre retribución, dedicación, producto, eficacia, responsabilidad y experiencia
- Rigidez retributiva, con tendencia a la salarización de los diferentes componentes retributivos, igualando y consolidando, en lugar de diferenciar e incentivar

Proponemos la modificación del actual sistema retributivo que debería recogerse en el Estatuto Marco del Sistema Nacional de Salud con las siguientes características:

- Alejamiento de la actual estructura retributiva funcional
- Diseño de un nuevo modelo retributivo que no debe seguir el patrón general de otros estamentos
- Retribución básica fija y común a todos los Servicios de Salud, del Nivel de Carrera Profesional (lo que se es) que se tiene, que podría establecerse en torno a un 70 % del total
- Retribución variable (lo que se hace) alrededor del 30%
- Inclusión del concepto de “atención continuada” que desincentive las guardias y garantice que no se van a utilizar como un complemento de un salario marcadamente insuficiente
- Debe incluirse en la retribución del puesto de trabajo, el nivel de dificultad técnica y de responsabilidad.

26.- NUEVO COMPLEMENTO ESPECIFICO.

Es muy importante cambiar el actual concepto de Complemento Específico, ligado a la exclusividad, y unirlo a otros conceptos como:

- Especial dedicación
- Especial dificultad técnica
- Responsabilidad y peligrosidad

Sería importante instrumentalizar las fórmulas normativas adecuadas que permitiesen la modificación de partidas presupuestarias entre diferentes Capítulos y artículos para conseguir la incentivación necesaria a los Centros y a los profesionales y el reconocimiento de los resultados satisfactorios cuando se logren.

E.- GUARDIAS MEDICAS

27.- ATENCION CONTINUADA.

El actual sistema de cobertura de la asistencia médica urgente en los hospitales no es eficiente, pues utiliza un número elevado y desproporcionado de profesionales de la plantilla del hospital, con el consiguiente detrimento de recursos humanos para la actividad programada y el cansancio lógico de los profesionales. Ello está condicionado en el sistema retributivo actual, al suponer alrededor del 30% de los ingresos del personal facultativo.

Es preciso transformar dicha situación, reduciendo el número de efectivos profesionales de guardia, adaptando dicha cobertura a la realidad de la demanda, con sistemas mixtos de guardia, introduciendo modificaciones en el sistema retributivo, que compensen las pérdidas económicas consecuentes.

En ningún caso la atención continuada puede significar un complemento salarial imprescindible consecuencia de una remuneración insuficiente.

Es necesario racionalizar la atención de urgencias con un nuevo equilibrio entre Primaria y Hospitalaria, mediante un óptimo sistema de coordinación (centros de coordinación, SAMUR, 061, etc..), teniendo en cuenta las peculiaridades de cada Área Sanitaria (geográficas, multiplicidad de servicios de una misma especialidad, etc..).

Respecto a la organización de la propia sistemática de la Atención Continuada en el Hospital contemplamos cuatro niveles de realización, reflejados en cuatro retribuciones diferentes:

- Nivel A: Realización de guardias de presencia física en el Centro
- Nivel B: Realización de guardias mixtas, con presencia física limitada y localización el resto de la guardia
- Nivel C: Localización del profesional (guardia localizada), sin que precise estar en el propio Centro Asistencial, y desplazamiento al mismo si la situación lo requiere
- Nivel D: No realización de guardias de ningún tipo. La adscripción de un profesional a este nivel será a petición propia.

En cualquier caso deberá aplicarse urgentemente la normativa contenida en las Directivas correspondientes de la UE y refrendada por la Sentencia del Tribunal de Luxemburgo.

F.-DESARROLLO PROFESIONAL.

28.- FORMACION CONTINUADA.

La formación continuada es no sólo una obligación ética y moral (capítulo II del Código Deontológico de la OMC: "es obligación del médico procurar la mayor eficacia en su trabajo y obtener el rendimiento óptimo de los medios que la sociedad pone a su disposición"), sino también un derecho que se debe asegurar a todos los médicos garantizándoles la oportunidad de participar en actividades de formación. El sistema de remuneración de los especialistas debe contener elementos de financiación que incluyan su participación en estas actividades (Directiva de la UE, 1994) y los Servicios Nacionales de Salud tienen la obligación de ocuparse de la

formación continua de sus profesionales, porque su objetivo principal es la calidad de la atención sanitaria que se ofrezca al usuario y sin una buena formación no hay calidad.

Uno de los elementos que garantiza la consecución de los objetivos de las organizaciones es la capacitación de los profesionales. Un epígrafe presupuestario importante en todas las empresas es la formación y suele haber una relación directa entre presupuesto de formación y resultados (formación significa ahorro).

El montante medio de la formación suele estar en torno al 1-2% del presupuesto de gastos. En el SNS esta cantidad, es sensiblemente menor. Por ello es deseable aumentar los recursos económicos destinados a la formación continuada, así como que estos fondos vayan prioritariamente a la formación relacionada con el puesto habitual de trabajo, introducción de nuevas técnicas, estancias en otros centros hospitalarios y que busquen objetivos concretos de desarrollo progresivo de las capacidades profesionales con un criterio fundamentalmente de aplicabilidad a las tareas asistenciales.

Se debería poner en marcha un sistema de regulación de la formación continuada, de adscripción voluntaria, con unos criterios previamente definidos, que incluyeran un mínimo de horas/año dentro del tiempo estipulado de trabajo, a coste cero para el médico, con repercusión directa en la Carrera Profesional y que los especialistas tendrían el derecho de hacer y la Administración la obligación de facilitar los medios para que se hagan.

Teniendo en cuenta que se ha concedido recientemente la Encomienda de Acreditación de la Formación Continuada a la Organización Médica Colegial, que es la organización representativa de los médicos, de colegiación obligatoria como garantía para el ciudadano y a la que sus propios estatutos aprobados por Ley atribuyen la competencia de la Formación Continuada, sería deseable la participación de la OMC en las tareas de formación continuada de los médicos especialistas. Además, como organización profesional, es a ella a la que se atribuye esta competencia en los países de nuestro entorno.

29.- CARRERA PROFESIONAL.

Es necesario diferenciar la Carrera Profesional de lo que es Promoción Interna.

La Carrera Profesional garantizaría la libre circulación de los facultativos en todo el sistema Nacional de Salud.

La Carrera Profesional se considera como el derecho del facultativo a progresar, de forma individualizada, a niveles superiores, previamente definidos, como reconocimiento al desarrollo profesional en conocimientos, experiencia, responsabilidad y mayor adecuación de la actitud, capacidad y cualidades personales.

La Carrera Profesional es un instrumento primordial de reconocimiento y motivación de los facultativos, y su establecimiento debería tener como objetivo fundamental la implantación de una nueva cultura de profesionalidad, que contribuiría decisivamente a estimular a los facultativos, a incentivarlos en su formación técnico- científica y a aumentar su implicación en el sistema sanitario, haciendo posible una mayor eficiencia y una mejor calidad en la atención prestada en los pacientes.

La Carrera Profesional debería implicar a los profesionales en la participación activa y protagonista de la garantía y mejora continua del sistema sanitario, en el que la aplicación del contenido de lo aprendido a través de la formación continuada favoreciera la mejor prestación del servicio y de la organización.

Es decir, la naturaleza de la Carrera Profesional podríamos resumirla como un material preparado para el progreso individual, que pone todo su acento en el incremento de conocimientos y habilidades y actitudes en el ejercicio diario de la profesión que los permita crecer como profesionales, haciendo uso de un talante cooperativo y un espíritu de equipo.

Toda Carrera Profesional que se precie debe explicitar unos niveles, rendimientos profesionales y grados de implicación para poder otorgar individualmente un reconocimiento objetivo a la trayectoria del profesional.

La progresión a un nivel superior de la Carrera Profesional requerirá un tiempo de permanencia en el nivel anterior, así como la evaluación favorable de los méritos que se establezcan con especial mención a la Formación Continuada.

El acceso a la Carrera Profesional debería producirse en el momento de la entrada en el servicio de salud, tras haber obtenido el título de médico especialista. Podría plantearse la posibilidad de iniciar de alguna forma la Carrera Profesional a la entrada a la formación especializada MIR.

El carácter voluntario u obligatorio tendría que ser pactado con los propios profesionales, pero una vez incorporado al servicio el reconocimiento individualizado sobre la base de una evaluación objetiva y reglada, debería conllevar la percepción de unos complementos retributivos y de otra índole.

También debería quedar explícito el mantenimiento en el nivel alcanzado.

Por todo lo anteriormente expuesto, la Carrera Profesional debería ser una realidad a corto plazo, ya que conllevaría mejoras al individuo, a la sociedad, al sistema sanitario y en último término al protagonista principal que es el paciente.

La metodología de la "Gestión por Competencias" ampliamente utilizada en la Gestión de Recursos Humanos de empresas a nivel mundial, podría ser utilizada para el diseño de una carrera profesional con las características referidas.

La Carrera Profesional contemplaría tres vertientes diferenciadas (Ver Gráfico):

A) CARRERA PROFESIONAL

Abarcaría una serie de niveles o categorías, a los que se llegaría por el ejercicio de la profesión.

Se tendría acceso a ellas "por ser médico", en el amplio sentido e la palabra, atendiendo a los méritos contraídos, especialmente en el terreno asistencial, investigador y docente.

Esta sección sería el tronco común y una vía de acceso, para las otras dos secciones.

B) GESTION CLINICA:

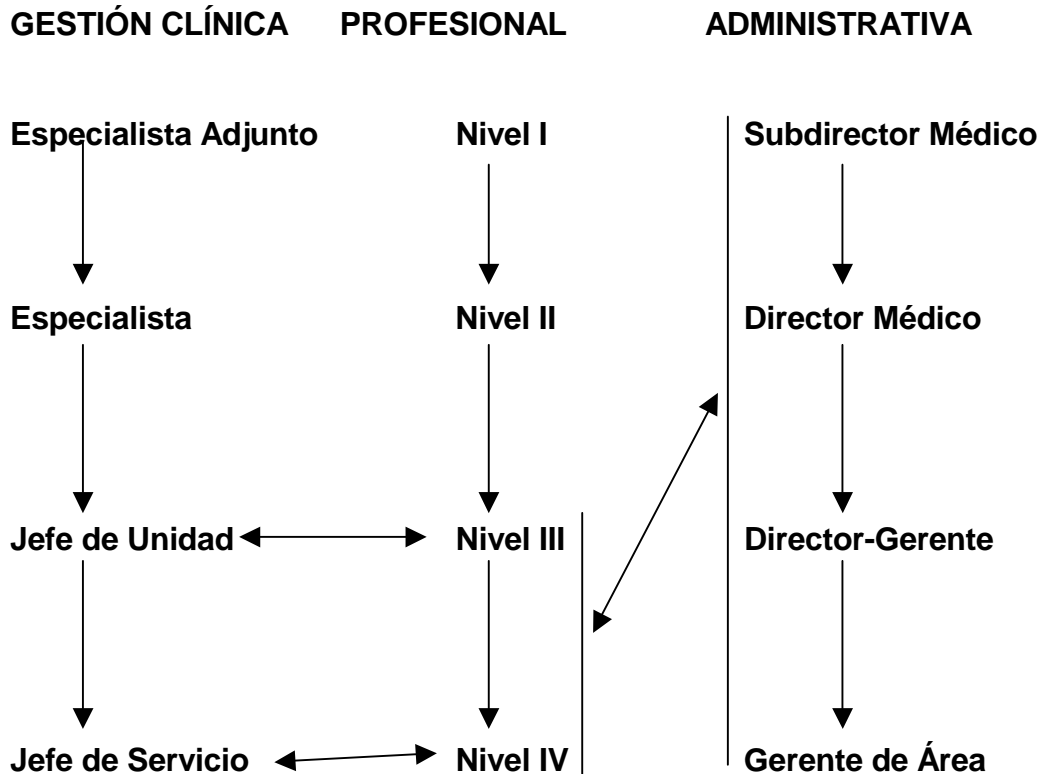
Comprendería unos niveles con actividad asistencial predominante a la que se añadiría responsabilidades de gestión.

El acceso a estos puestos, sería posible una vez obtenido un determinado nivel en la Carrera Profesional, además de poseer los conocimientos que se exijan, en gestión sanitaria.

C) CARRERA ADMINISTRATIVA:

Comprendería niveles con actividad administrativa, para desempeñar los cuales sería absolutamente imprescindible el demostrar estar en posesión de los conocimientos necesarios, según el nivel a desempeñar, en gestión, tratamiento de recursos humanos, etc.

Debería contemplarse la posibilidad de que el Subdirector Médico y el Director Médico conserven actividad asistencial, como ocurre en la mayoría de los países de nuestro entorno, con lo que se conseguiría mayor facilidad en encontrar médicos competentes y con experiencia para este puesto en el mismo hospital en el que desempeñan su actividad.



30.- PROMOCION INTERNA.

La promoción interna es un mecanismo de gestión en materia de política de personal que intenta producir un estímulo profesional así como desarrollar un sistema interno de capacitación para la asunción profesional de una mayor responsabilidad dentro del organigrama de la empresa.

Todo proceso de promoción interna, debería contar con el informe de la Junta Asistencial a propuesta razonada del Jefe de la Unidad correspondiente.

Además debe establecerse una promoción interna entre estamentos de manera que exista una valoración de los méritos adquiridos en otras categorías profesionales dentro del sistema.

31.- RELACIONES CON LA UNIVERSIDAD.

Es necesario recordar que la situación de los Hospitales Universitarios, requiere un tratamiento especial y cuidadoso, con el acuerdo entre los Ministerios de Sanidad y Consumo y de Educación y Ciencia.

Por otra parte, para conseguir el máximo aprovechamiento de los recursos de que se dispone, consideramos de justicia reconocer al colectivo docente con plaza vinculada, la plena responsabilidad en el desempeño de su plaza asistencial, así como el tiempo que a ella dedican, con la repercusión correspondiente en sus honorarios.

No se puede olvidar tampoco al colectivo de médicos asistenciales, que desempeñan labores docentes como Profesores Asociados u Honoríficos, sin

perspectivas de progreso en la carrera docente. Sería necesario llegar a acuerdos entre ambos Ministerios, que recogieran un horario adecuado para que cumplan la misión que se les ha asignado, con un complemento de su sueldo, por razones docentes, que sea justo.

Sería conveniente utilizar los recursos asistenciales del Sistema Nacional de Salud para mejorar la formación práctico-teórica del pregrado, regulando los mecanismos de acreditación tanto de Centros como de profesorado, así como la financiación adecuada para su desarrollo.

De igual manera, es necesario rentabilizar mejor el potencial conjunto para la investigación y el desarrollo del tercer ciclo académico.

De acuerdo con todo lo anterior debería tenerse en consideración las siguientes premisas:

FORMACIÓN

- La creación de la Universidad de Ciencias de la Salud.
Facultades afines: Medicina, Farmacia, Veterinaria, Odontología
Escuelas de Diplomados: D.U.E., Fisioterapia, Terapia Ocupacional

1. Formación pregraduada

- Acceso a los estudios de Medicina
 - La elección del futuro “buen médico”
 - Sólo las notas de Selectividad y Bachillerato?
 - Calificaciones + examen específico?
- Establecer las necesidades reales de médicos en España
 - Las recomendaciones de la Conferencia de Decanos
- Planes de Estudio
 - Revisión basada en la experiencia de los últimos años
 - Orientación hacia la realidad social del ejercicio de la Medicina:
 - ✓ Medicina Preventiva – Gestión – Ética
 - Concepto de la profesión en la Sociedad
 - La política sanitaria: deben establecerla quienes conocen los objetivos
 - Adaptación a las nuevas orientaciones de la Comunidad Europea
 - Qué enseñar? (por supuesto, conocimientos y habilidades)
 - Actitudes: “humanismo pensante” – Permanente competencia individual
 - La Lógica analítica
 - La realidad sanitaria
 - El método científico
 - El espíritu crítico: análisis de datos
- La Medicina Clínica se debe enseñar en los Hospitales:
 - Utilización de todos los recursos: Ambulatorios, Consultorios
 - La acreditación del Hospital Universitario
 - El coste de la enseñanza pregraduada: presupuestos específico

2. Formación postgraduada

- La formación MIR: reconocer que ha sido el principal impulso del nivel actual del ejercicio profesional en España
- El examen MIR
 - Sólo se exigen conocimientos
 - Riesgo de estudiar sólo para este examen

- Necesidad de desarrollo de la Troncalidad en las pruebas
- Establecer las necesidades a medio plazo en cada Especialidad
 - Asegurar el futuro profesional
 - Las áreas de Capacitación específicas
 - La acreditación docente de los Hospitales: Auditorías de calidad
- Desarrollo del MIR:
 - Horas de dedicación
 - Error de considerarlos como “mano de obra barata”
 - Su misión fundamental es la Formación
 - Evaluación al final de la Residencia
 - El Board Europeo (UEMS)

3. Formación Continuada

- Acreditación de actividades:
 - Efectividad del Consejo Interterritorial
 - Relaciones de la OMC con Sociedades Científicas y Facultades de Medicina:
 - ✓ El SEAFORMED
 - ✓ OMC-Formación
- Obligatoriedad. Control
 - La Recertificación?
- Derecho de los médicos a que se les facilite
- Reconocimiento en la Carrera Profesional

4. Investigación

- Integración recíproca investigaciones básica – clínica
- Los estudios de Tercer Ciclo: singularidad en Medicina
 - Necesidad de disposiciones específicas en la L.O.U
- Recursos económicos: Política científica. Las Redes Nacionales
- Formación y estabilidad de los investigadores
- Líneas prioritarias hospitalarias coordinadas
 - Las Fundaciones e Institutos
- Reconocimiento de la labor investigadora en el currículum

ACUERDOS MINISTERIOS SANIDAD Y CONSUMO-EDUCACIÓN Y CIENCIA

- Convenios entre Universidades y Hospitales vinculados
 - Especificaciones de su articulado
 - Las Comisiones Mixtas: Eficacia
 -

1. Profesorado Numerario Vinculado

- Estructuración de la plantilla docente-asistencial
- Correspondencia cargos docente y asistencial
- L.O.U.: difícil aplicación en Medicina Clínica
 - El error de la Habilitación por Áreas de Conocimiento
- La participación de las Especialidades en la enseñanza
- Las retribuciones por la labor asistencial de los docentes
 - Su consideración como médicos del Hospital
 -

2. Profesorado No Numerario

- Dedicación a la docencia

- Las nuevas Categorías de la L.O.U.
- La Agencia Nacional Evaluadora
- Criterios de selección
- La compensación económica

3. La formación del Profesorado

- Iniciación en el periodo MIR
 - Se forman en la Especialidad y deben hacerlo también en la docencia
 - La labor Investigadora: las Tesis Doctorales

4. La Evaluación del Profesorado

- De su calidad docente
 - Formación Continuada en la enseñanza
- De su competencia en la Especialidad
- De su labor investigadora

G.- RESPONSABILIDAD CIVIL

32.-1) LA GESTIÓN DE LA RESPONSABILIDAD

La realización de una mala praxis (profesional o institucional) que produce un daño jurídicamente relevante, se ve inexorablemente seguida por dos tipos de análisis de naturaleza muy distinta:

- a) un **análisis positivo**, en virtud del cual se intenta explicar la mala praxis a la luz del estado científico, tecnológico y de medios u organización.
- b) un **análisis fundamentalmente normativo**, en cuyo marco se formulan una evaluación jurídico-moral y un juicio de imputación, de atribución a uno o más profesionales, o al centro, la causación de la mala praxis y del daño que se ha producido.

Este segundo aspecto es el que interesa al derecho pues crecientemente los peligros "se perciben como fruto de decisiones (u omisiones) humanas y entonces, son entendidos como riesgos que conllevan imputabilidad (se ha de encontrar al responsable individual de la acción y penalizarlo personal y económicamente, o bien ante la falta de individualización proceder a una imputación objetiva de responsabilidad al centro o a la administración).

En el ámbito de las organizaciones profesionales interesa principalmente la prevención de la mala praxis, y la autorregulación como mecanismos más eficaces para la disminución de estos eventos que la punitiva judicial. La corporación profesional debería entrar en los déficits profesionales por falta de conocimientos médico-técnicos, por falta de habilidades o por actitudes inadecuadas. Asimismo debiera colaborar en la detección y mejora de los déficits organizativos y de planificación institucionales.

Todo ello desde mecanismos de ayuda al profesional y a los centros para evitar caer en los efectos indeseables de las intervenciones puramente punitivas que únicamente comportan oscurantismo.

La cobertura posible a esta situación deviene:

- 1) de la contratación de una póliza de seguros de responsabilidad civil, obligatoria o voluntaria.

- 2) de una gestión del riesgo y de la incertidumbre, incidiendo en la aceptabilidad social de los riesgos (información, consentimiento informado), es decir, de una gestión de la expectativa.
- 3) de una normalización de los procesos de trabajo y de las habilidades tendente a la mejora de la seguridad de los pacientes. A estos efectos constituyen modelos de referencia los programas PAIME, CESIV, etc.

Sobre la contratación de una póliza de seguros de responsabilidad civil cabe decir que el mercado está enormemente restringido, con pocas compañías dispuestas a asegurar el riesgo médico-sanitario.

Es necesario buscar soluciones imaginativas que puedan conseguir disminuir la posición actual reacia al seguro de las compañías aseguradoras.

Muy probablemente el modelo catalán se percibe como patrón a seguir o cuanto menos exportable, alguno de sus elementos principales (sistema centralizado de defensa y de administración, pólizas multianuales, gestión diaria del riesgo y establecimiento de un sistema que aprovecha la experiencia en la tramitación de siniestros, su defensa y su casuística, para aminorar el riesgo).

Asimismo, todo ello debería ir acompañado de una influencia ante el poder legislativo (modelo francés) tendente a clarificar el sistema de responsabilidad en el sector sanitario, con especial acogida a los mecanismos referidos en los párrafos dos y tres anteriores. Esto es, gestión de la expectativa, normalización de los procesos de trabajo, tutela y control, mediante los colegios profesionales, de los handicaps que los profesionales puedan presentar, tipo de los ya mencionados PAIME, CESIV.

2) LOS SERVICIOS COLEGALES DE RESPONSABILIDAD PROFESIONAL

Los servicios colegiales de responsabilidad profesional han de tener presente que las pólizas de responsabilidad civil han de cubrir las indemnizaciones por infracciones de la praxis sancionadas judicialmente, y que ante las posibles reclamaciones de los pacientes por vía judicial (Contencioso administrativo y social, Civil o Penal) es conveniente que los colegios profesionales puedan gestionar las reclamaciones, estudiar sus características y las condiciones de su defensa y evaluar las posibles transacciones para evitar la vía judicial con el objeto de ahorrar tiempo, angustia y costes económicos.

Este modelo ha conseguido que en Cataluña las reclamaciones judiciales disminuyan en los últimos años, ya que en conjunto, un 80% de las reclamaciones son desestimadas, el 15% suelen estar resueltas por criterios transaccionales al margen de las denuncias por vía judicial, y sólo un 5% cursan la vía judicial (Civil o Penal).

Finalmente hay que resaltar que los colegios han de incidir en la prevención de los riesgos y que ello es una función colegial pura en la que han de intervenir las áreas de deontología, servicios jurídicos y área de responsabilidad profesional.

Para la política de corrección de errores hay que actuar en siete niveles:

1. Identificación, registro y análisis de las desviaciones
2. Potenciación del uso de guías clínicas y de protocolos
3. Optimizar la organización del trabajo
4. Mejorar la formación de expectativas
5. Valorar las motivaciones y condiciones de trabajo
6. Hacer participar a los usuarios en el sistema sanitario
7. Adecuar los procedimientos legales

Para la política de prevención hay que actuar a dos niveles:

1. Evitar los casos de efectos adversos previsibles mediante diversas estrategias:

- Intentar evitar el automatismo en los sistemas de trabajo y estandarizar los procedimientos
 - Tolerar el error y hacer autocrítica y su análisis
 - Establecimiento de la protección jurídica de los sistemas de estudio de los errores para facilitar que se comuniquen y que se analicen
 - Establecer mecanismos de trabajo que asuman que el error se producirá y que se esté preparado para evitar que perjudique al paciente
2. Enfatizar en la posibilidad de mejoras para la seguridad de los pacientes, mediante diversas estrategias:
- Establecer la posibilidad de que los pacientes puedan recibir indemnizaciones por daños, sin que sea necesario imputar directamente al profesional
 - Conseguir que los temas de “seguridad” sean temas estratégicos prioritarios para los gestores y que se deje de identificarlos como “problemas de médicos”

3) RECLAMACIONES JUDICIALES POR ERRORES MÉDICOS.

a) La reclamación de compensación por daños ocasionados por el empleador y los trabajadores en el ámbito de la relación laboral: La normativa laboral indica mediante qué cantidad de dinero debe compensarle al daño causado y ello con independencia de que ocurra culpa grave, o incluso dolo en el comportamiento del infractor.

b) Ante inexistencia de fijación de la indemnización en la normativa laboral, se puede acudir a los ámbitos normativos para cuantificar la indemnización como el baremo de daños de la Ley de Ordenación de Seguro Privado. En el ámbito laboral dos son los tipos de daño que pueden sufrir los pacientes: materiales y laborales. Los daños materiales son aquellos que repercuten en el patrimonio del perjudicado y son susceptibles de evaluación patrimonial; y los daños morales son aquellos que alcanzan a otras realidades extra patrimoniales, bien de naturaleza afectiva o social y también abarcan otras situaciones motivadoras de efectivos y trascendentales daños morales.

c) Los daños solicitados por la jurisprudencia penal se relacionan con el principio de que la persona que ha sido objeto de un perjuicio tiene derecho a la reparación del mismo, en el sentido de que debe recobrar la situación lo más próxima posible a aquella en la que se hallaría en el caso de que el daño no se hubiera producido.

Por ello, el sistema penal español se rige por el principio de la libre indemnización con soberanía del juzgador para declarar la procedencia de la indemnización, así como su cuantía, de acuerdo con el resultado de la prueba apreciada en conciencia. Existe la preeminencia de la Jurisdicción Penal, que se traduce en el valor prejudicial del fallo penal sobre la acción civil.

La exigencia de la responsabilidad penal lleva consigo la civil derivada del delito o falta de cometido, a menos que el perjudicado la renunciase o reservase para ejercitarla separadamente en la civil una vez finalizado el correspondiente proceso penal.

La jurisprudencia de la sala de lo Penal del Tribunal Supremo ha delimitado cinco principios generales:

1. La sentencia debe condenar a una determinación del daño, en la medida de lo posible, como si de una acción civil se tratara, ejercitada con independencia de la acción penal.

2. La estimación de la concreta cuantía objeto de la condena ha de ser razonada, motivándose en todos sus contornos jurídicos.
3. Las sentencias no pueden conceder más de lo pedido y en ningún caso la indemnización reconocida puede ser motivo de un enriquecimiento injusto para el perjudicado.
4. La indemnización comprende los perjuicios materiales y los morales, debiendo especificar tantas partidas cuantos sean los conceptos reparables.
5. La indemnización también comprende los intereses legales de la Ley de Enjuiciamiento Civil.

d) La jurisprudencia civil del Tribunal Supremo sobre daños materiales actúa bajo el principio de que la función de calcular los daños indemnizables es atribuida expresamente por la doctrina jurisprudencial a los órganos judiciales, quienes lo llevarán a cabo caso por caso, valorando las probanzas unidas a las actuaciones, sin que puedan hallarse sujetos a precisión normativa alguna.

e) La jurisprudencia de la sala de lo Contencioso Administrativo del Tribunal Supremo se basa en el principio de que “la indemnización se calculará con arreglo a los criterios de valoración establecidos en la legislación de expropiación forzosa, legislación fiscal y demás normas aplicables, ponderándose, en su caso, las valoraciones predominantes del mercado”.

H. INVESTIGACION, DESARROLLO E INNOVACION

33 - POLITICAS DE I+D+I

La asistencia médica de calidad se basa en el conocimiento y éste se obtiene a través de la investigación, instrumento que ayuda a mejorar la eficacia y la eficiencia de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos. La falta de conocimiento resulta muy cara a la sociedad en términos no sólo económicos, sino de bienestar físico, psíquico y social.

La inmensa mayoría de las investigaciones que se llevan a cabo en el Sistema Nacional de Salud se realizan de forma voluntaria, a base de entusiasmo, sin existir una planificación institucional ni un reconocimiento de una actividad que los profesionales añaden a sus obligaciones asistenciales. Los escasos profesionales que se dedican solo a la investigación ganan menos que los asistenciales por la falta de guardias y otros complementos.

La investigación que debe hacerse en el hospital va desde la básica, en el laboratorio de experimentación animal o en el de biología molecular, hasta la investigación en gestión, pasando por las diferentes facetas del ámbito clínico-epidemiológico.

Nadie duda de la importancia de la investigación básica y su capacidad de proporcionar hipótesis explicativas. La variabilidad de la práctica clínica y el alto grado de tecnificación obliga a basar las actuaciones en pruebas de efectividad y surgen la epidemiología clínica y la medicina basada en pruebas. Instrumentos como la lectura crítica de la literatura, la síntesis del conocimiento (revisiones), los meta análisis, las guías de práctica clínica, la difusión e implementación de los resultados, son capitales para la práctica clínica.

Los recursos para proveer atención sanitaria son necesariamente limitados y ello coloca al clínico ante el dilema ético de aplicar el principio de beneficencia y dar lo mejor para el paciente o el de justicia y aplicar una asistencia con la que se

consiga un óptimo social. Es, pues, obligado realizar estudios de eficiencia (coste-beneficio) inevitables a pesar de las reticencias de algunos clínicos.

Salvo contadas excepciones el SNS no dispone de profesionales dedicados plenamente a la investigación, ni la actividad investigadora está suficientemente reconocida.

El SNS debe dotarse de profesionales formados en actividad investigadora que se dediquen solo a ello y que impulsen la investigación, formando y asesorando a los clínicos, extendiendo la cultura investigadora y ayudando a la aplicación de los resultados y deberían crearse de forma obligatoria Unidades de Investigación, estructuras formadas por un equipo de personas y unos recursos físicos (laboratorios, unidades experimentales, etc.) destinados a la investigación con el objeto de crear un entorno científico que facilite a los profesionales dedicarse a investigar a la vez que hacen asistencia.

La gestión de la I+D+I es compleja y ha sido uno de los obstáculos para su desarrollo en los Hospitales. Las nuevas regulaciones han facilitado éste aspecto y en muchos centros se han creado Fundaciones para la Investigación, que se caracterizan por poseer cierta independencia, incluso jurídica del Hospital. Parte del presupuesto de la Fundación proviene del Hospital, pero también obtiene ingresos de porcentajes sobre proyectos financiados externamente, intereses generados por el capital o donaciones, premios u otro tipo de actividades dirigidas a obtener recursos.