

COMISIÓN DE RECONSTRUCCIÓN SOCIAL Y ECONÓMICA DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMPARECENCIA DE LA ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL

02/06/2020

SERAFÍN ROMERO AGÜIT

PRESIDENTE DEL CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS DE ESPAÑA

OMC



ORGANIZACIÓN
MÉDICA COLEGIAL
DE ESPAÑA

CONSEJO GENERAL
DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS



CIENT AÑOS COMPROMETIDOS CON
LA SOCIEDAD Y LOS MÉDICOS

INTRODUCCIÓN

Buenas tardes Sr. presidente. Buenas tardes, señoras y señores miembros de la Comisión para la Reconstrucción Social y Económica del Congreso de los Diputados.

Permítanme que mis primeras palabras, en nombre de la profesión médica, sean de condolencia y afecto a todas las víctimas de la pandemia por coronavirus y a sus familiares, y muy especialmente un recuerdo a los profesionales sanitarios fallecidos, a nuestros **59 médicos** que siempre estarán en nuestra memoria, a los que aún se debaten entre la vida y la muerte, a los que intentan superar las complicaciones y a los que siguen en primera en línea asistencial. Para ellos dignidad y respeto.

Nos encontramos ante una situación de gran **complejidad**, que genera gran **incertidumbre** y sobre la cual tenemos aún mucha **ignorancia**. Nos enfrentamos a un virus que tiene gran facilidad de expansión y una alta capacidad de producir infecciones graves. Y tiene un armamento genético que ocasiona una catástrofe terrible. No sabemos de su variabilidad, ni cuánto puede persistir en los próximos meses. Ni cuales son los mecanismos por lo que se produce un rápido empeoramiento brusco del paciente. No sabemos cuál es el tratamiento adecuado. Ni cual es la vacuna, si la tendremos y en qué tiempo.

Pero no quiero ocultar que es el futuro el que más retos supone desde el punto de vista organizativo, y donde más se precisa la contribución experta, comprometida y creativa de la profesión médica; porque el regreso a la normalidad va a ser presumiblemente un camino complejo, con altibajos, con idas y venidas; y porque esa normalidad va a ser diferente, necesariamente, de lo que antes existía.

Tenemos que apostar por una nueva oleada reformista que facilite cambios institucionales y organizativos... para atreverse a cambiar lo que todos sabíamos que debería haber cambiado; y también para prepararnos para futuras amenazas, porque ya somos dolorosamente conscientes de nuestra vulnerabilidad ante pandemias en un mundo globalizado, que no habían sido ni consideradas ni atendidas convenientemente.

No les voy a hablar hoy de un **Pacto de Estado por la Sanidad**, un pacto de Estado por nuestro Sistema Nacional de Salud, aunque nos reafirmemos en la necesidad clara del mismo, al igual que los ciudadanos, que no solo lo piden, sino que lo sienten como suyo. Hoy les quiero trasladar que tienen una **deuda moral con la Sanidad y con los sanitarios**. Nuestra intervención en esta Comisión de Reconstrucción pretende trasladar el papel de palanca que debe ejercer la profesión médica para interferir y sortear la excesiva interferencia política. Nuestra aportación ira encaminada a la exposición de un conjunto de reformas selectivas que desencadenen dinámicas de mejoras aún más amplias y que se sustenten en amplios consensos. La Sanidad, lo sanitario, no puede seguir tratándose como un gasto, la sanidad y lo sanitario es una inversión y abogamos por la capacidad de generar grandes acuerdos, desde un núcleo central que apueste por un modelo sanitario público y sostenible.

Debemos preguntarnos, deben preguntarse, si estamos dispuestos a asumir diagnósticos y propuestas externas, poner nombre a un informe que estudie las propuestas (como sucedió con el *Informe Abril*, que luego no se tuvo en cuenta) y acordar quién participa en él.

La retórica política de estos años sólo ha servido para adormecer la demanda creciente de reformas, dirigiendo la atención a “los sueños” de lo que el SNS es o debería ser, en vez de asumir decisiones (y costes) y empezar a introducir cambios. Están las hemerotecas llenas de diagnósticos y tratamientos y encontrarán un gran vacío en el espacio destinado a la puesta en marcha de estos. No debemos salir de esta crisis de salud pública para volver a encontrarnos con la misma realidad que dejamos en marzo. Un sistema nacional de salud sin recursos económicos suficientes para seguir manteniendo los criterios que nos hicieron ser referentes, unos estándares de resultados de alto nivel, a pesar de lo anterior, que no se engañen, son consecuencias del trabajo y el esfuerzo de los miles de profesionales sanitarios, los mismos que han sido capaz de doblegar una amenaza como nunca podíamos imaginar, la vuelta a unas listas de espera que van a suponer otro reto asistencial, la precariedad en el empleo y la falta de políticas de recursos humanos en salud, las bajas y deterioradas retribuciones, y un personal abatido, indignado y cansado tanto física como emocionalmente. Toca recordar a Ramón y Cajal cuando nos decía “Las ideas no duran mucho. Hay que hacer algo con ellas”.

No sólo ha habido falta de voluntad política a lo largo de estos años; hay pánico de los responsables políticos y gestores para enfrentar conflictos y reacciones en la opinión pública y las redes sociales. Subyace una expropiación de competencias a las Autoridades Sanitarias por parte de las económicas y de función pública: ministros y Consejeros de Sanidad dan la cara, pero casi todo acaba dependiendo de otros que no aparecen en el escenario. A veces nos preguntamos si es más oportuno dirigirnos a Hacienda o a Economía que a nuestro propio Ministerio de Sanidad. Necesitamos un discurso sanitario desde lo político, una apuesta política por lo sanitario, un modelo explicativo que ilusione y que estimule el compromiso y la participación real de la profesión médica.

En este escenario, no puede obviarse que los profesionales sanitarios constituyen la piedra angular del sistema nacional de salud. Sin su compromiso, esfuerzo, competencias y vocación sería impensable que España tuviera una sanidad como la que tenemos y sin lugar a duda, el abordaje de esta pandemia hubiera desembocado en una tragedia aún mayor.

Es una apuesta difícil... porque remamos contracorriente; porque a veces se nos pide que sigamos siendo islotes de virtud; porque incluso se abusa de nuestro compromiso con el paciente para pedirnos una austeridad autoinfligida; porque se nos piden sacrificio apelando a nuestra vocación, mientras otros escapan de las estrecheces con menos valor añadido social, y con una mucho más liviana dedicación a su quehacer, en comparación con las agotadoras y comprometidas jornadas que la gran mayoría de los médicos han de cubrir cada día.

No estamos contentos con la situación actual; la profesión médica se siente maltratada y exige a los responsables políticos e institucionales que repongan la desinversión, que incrementen el músculo profesional, y que aporten retribuciones y calidad de empleo para que podamos seguir centrados en nuestra tarea, mejorando la medicina y el Sistema Nacional de Salud.

Hace algo más de tres meses y en este mismo escenario escenificábamos la renovación del contrato social de la profesión médica ante la presidenta del Congreso y un recién nombrado Ministro de Sanidad. Lo hacíamos con la leyenda “comprometidos con la sociedad y con el médico” en un año de centenario del CGCOM.

Y sentábamos nuestro histórico compromiso con la sociedad afirmando nuestros posicionamientos como organización de representación profesional en el:

- a) Apoyo institucional al SNS y a nuestro modelo sanitario, asumiendo un papel de tutela activo de los derechos sustantivos de ciudadanía a la protección de la salud contemplados en la Constitución Española.
- b) Apoyo al proceso de universalización de la asistencia sanitaria pública, en el contexto de una sanidad pública de calidad, accesible, de equidad y solidaria.
- c) Apoyo a las políticas sanitarias e iniciativas para mejorar la eficiencia y solvencia financiera del SNS promovidas por el Ministerio de Sanidad y las Comunidades Autónomas.
- d) Apoyo a las políticas de salud pública, y particularmente a los sistemas de alerta y crisis sanitarias.
- e) Apoyo a las políticas profesionales de especialización y transferencia del conocimiento, así como al desarrollo de la ciencia biomédica.
- f) Disponibilidad y confianza para apoyar los procesos de modernización y revitalización del SNS, al entender que la profesión médica es determinante para consolidar los avances sanitarios y su legitimación social. El interés general y el bien común desde la misión de servicio público, están en el ADN del Consejo General de Colegios de Médicos de España.

Por todo ello, el CGCOM, en representación de la profesión médica de nuestro país, se siente legitimado como un interlocutor principal para contribuir a reforzar y transferir el legado sanitario recogido de las generaciones que nos precedieron, constitutivo de un gran pacto de solidaridad entre todos los agentes sociales.

PROPUESTAS DE LÍNEAS PARA LA RECONSTRUCCIÓN SOCIAL Y ECONOMICA DESDE LA PROFESIÓN MÉDICA

Índice

Estrategias de transición y preparación para amenazas de salud pública.

Redefinir-reformar el Sistema Nacional de Salud.

- a. Órgano de Co-gobernanza del SNS, con su arquitectura multinivel y de ámbito decisional ejecutivo.
- b. Nueva Arquitectura Estratégica del SNS. Creación orgánica y funcional a nivel operativo de un Sistema multi-Agencias, cogobernado y cogestionado, con el conjunto de las CC.AA.
- c. Política farmacéutica y tecnológica.
- d. Gobierno Clínico
- e. Gestión de la tecnología
- f. Investigación.

Financiación. Viabilidad. Sostenibilidad.

Recursos humanos en salud. Profesión Médica.

- a) El Médico
- b) Recursos humanos en salud
- c) Baremo de daños sanitarios

Primer nivel asistencial.

- a. Atención Primaria
- b. Sociosanitario. Residencias de Mayores
- c. Salud Pública.

Encaje del sistema privado de salud.

PROPUESTAS DEL CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS DE ESPAÑA A LA COMISIÓN PARA LA RECONSTRUCCIÓN SOCIAL Y ECONÓMICA DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

- ✓ Apostar por una **nueva oleada reformista** que facilite cambios institucionales y organizativos y también para prepararnos ante futuras amenazas.
- ✓ Abogamos por la capacidad de **generar grandes acuerdos**, desde un núcleo central que apueste por un modelo sanitario público y sostenible, con las bases de equidad, igualdad, calidad y solidaridad.
- ✓ Pedir un **acuerdo político al máximo nivel que facilite las reformas necesarias en nuestro Sistema Nacional de Salud mediante un acuerdo Sanitario y Social, de al menos diez años**, para gestionar la crisis sin descapitalizar los servicios sanitarios públicos y la medicina.
- ✓ Recomendar que el Congreso de los Diputados, a propuesta de la Comisión de Reconstrucción, tras escuchar a todos los actores del sistema sanitario, designe una **Comisión** para sintetizar los principales problemas de organización y funcionamiento del SNS, proponiendo un conjunto articulado de medidas de mejoras específicas.

Estrategias de transición y preparación para amenazas de salud pública.

- ✓ Consideramos esencial potenciar en esta fase de evolución de la pandemia y con el fin de minimizar el alcance de los brotes, que inevitablemente irán apareciendo, los siguientes parámetros:

Control de la transmisión
Rastreo e identificación de casos y sus contactos
Capacidad diagnóstica suficiente
Aislamiento de positivos
Capacidad asistencial suficiente
Control de focos
Medidas de protección

- ✓ España debe asegurar una **reserva estratégica de material de protección** a personal sanitario y ciudadanos, así como de **equipamientos médicos** con la finalidad de poder incrementar unidades de cuidados intensivos y otros materiales para situaciones epidémicas.

Redefinir-reformar el Sistema Nacional de Salud.

1. Órgano de Co-gobernanza del SNS, con su arquitectura multinivel y de ámbito decisional ejecutivo.

- ✓ Consideramos la necesidad de mantener el liderazgo del Ministerio de Sanidad, en el seno del Consejo Interterritorial de Salud, sobre la pandemia de la Covid-19. Será oportuno aprobar con carácter de urgencias una **Estrategia Nacional contra el virus SARS-Cov-19.**
- ✓ **Potenciar el papel del Ministerio de Sanidad bajo una nueva denominación de Ministerio de Sanidad, Salud Pública y Política Social.**
- ✓ Potenciar el carácter ejecutivo de las decisiones del **Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud**, como órgano clave para el impulso de medidas y actuaciones de salud para los ciudadanos y para el fomento de la cooperación entre las comunidades autónomas y el Gobierno de España.

2. Nueva Arquitectura Estratégica del SNS. Creación orgánica y funcional a nivel operativo de un Sistema multi-Agencias, cogobernado y cogestionado, con el conjunto de las CC.AA.

- **Escenarios de salud pública y políticas de salud.**
- **Evaluación sanitaria** (estructura, procesos-organizativos, tecnológicos y servicios operativos, y resultados de salud).
- **Sistema de información sanitaria**, ordenado, estandarizado e integrado para el conjunto del SNS con implicación de los clínicos en el diseño y desarrollo para que sean usables, interoperables y fiables.
- **Estructura de capitalización compartida** (inversiones macro en infraestructuras, instalaciones, tecnologías, TICs y nuevos desarrollos innovadores cofinanciados (UE, Estado Central y CC.AA.).
- **Modernización, reformas y dinámicas de cambio compartidas** (marco de previsión económica y social, análisis de riesgos, desarrollo de políticas sanitarias transversales inter-CC.AA.).
- **Garantías públicas** sustentadas en derechos subjetivos Constitucionales (cohesión social, derechos sustantivos de ciudadanía, políticas de solidaridad intergeneracionales, buenas prácticas públicas).

- **Humanización** en todas las políticas sanitarias, **buen gobierno** y cultura moral en todos los ámbitos de decisión, para el fortalecimiento de la misión del SNS.
- Desarrollo de la **política científica biomédica y de la innovación** (incardinada orgánica y funcionalmente con el Instituto de Salud Carlos III y las CC.AA.).
- **Cooperación internacional en las políticas sanitarias y de salud.**
- Desarrollo de la **política farmacéutica** nacional en cooperación (codecisión) con otros departamentos ministeriales y las CC.AA.
- **Cartera de prestaciones y servicios sanitarios**, con garantías públicas sustentadas en derechos sustantivos de ciudadanía de base, para el conjunto del SNS.

3. Gobierno clínico

- ✓ Reivindicamos, tras lo observado en esta pandemia, el **valor del clínico generalista** para coordinar equipos interdisciplinarios. Necesitamos una figura de un profesional de la medicina más polivalente, capaz de atender y/o apoyar en especialidades que no son la suya. En ese sentido debería existir una figura formativa, de capacitación específica, de carácter voluntario, eminentemente práctica, que permita obtener las competencias necesarias para prestar esa ayuda que se ha demostrado tan necesaria.
- ✓ Cuando la asistencia se ha presentado más compleja e incierta, la ruptura de los equipos estancos, las brechas competenciales, la falta de coordinación y el hospital centrismo han demostrado que pueden ser revertido hacia un nuevo horizonte asistencial. Y lo que parecía imposible se ha logrado cuando se ha confiado por necesidad en la flexibilidad y en la **autogestión**.
- ✓ Es hora de **fortalecer la confianza** en los profesionales sanitarios, en su compromiso y en su capacidad de autogestionarse. Desde el profesionalismo y la asunción de responsabilidades. Es hora de **despolitizar la gestión de lo sanitario**.
- ✓ Potenciar la **formación médica y continuada y la acreditación de la misma en un entorno internacional, libre de conflictos de interés, así como las competencias en materias transversales** del médico, que deben priorizarse en los proyectos de desarrollo profesional. En su desarrollo debe jugar un papel esencial la profesión médica a través de sus procesos de validación periódica de la colegiación y de recertificación de las competencias.

4. Política farmacéutica y tecnológica.

- ✓ Es necesario seguir garantizando el **acceso** de todos los ciudadanos a los medicamentos esenciales, y muy especialmente a las innovaciones terapéuticas que intente vencer al SARS-Cov-19 y a una vacuna que ponga fin a este

problema de salud. Además, tenemos que hacerlo con una visión solidaria y cooperante en un mundo global.

- ✓ En cuanto a la innovación farmacéutica y de la tecnología: impulsar el desarrollo de los recursos propios y la puesta en marcha de experiencias como las llevadas a cabo en el ámbito de las terapias avanzadas que pueden servir de referencia y que se pueden explorar para otro tipo de tratamientos. Se deberá contar con empresas o plataformas públicas que permitan gestionar la autorización y, en su caso, comercialización de medicamentos y otros productos sanitarios. Se debe fijar el marco de relación con la industria farmacéutica innovadora y con la de tecnología sanitaria que permita la mejor incorporación de los fármacos y tecnología que aporten valor.
- ✓ Abogamos por un **ejercicio transparente** tanto en lo que respecta a la fijación de precios y a la financiación de medicamentos y tecnología sanitaria, así como en la financiación pública de los mismos.

5. Gestión de la tecnología

- ✓ Puesta en marcha de un plan específico que permita la **renovación de la infraestructura tecnológica**, teniendo muy en cuenta lo que aporta más valor a los pacientes, a través de la creación de un Registro Centralizado del equipamiento en tecnología de nuestro SNS, tanto público como privado, como única forma eficaz para planificar ordenadamente su puesta al día según necesidades.
- ✓ Estimular la **producción nacional de bienes de equipo y de tecnología**. Una de las enseñanzas más dolorosas de esta crisis provocada por el SARS-COV2 ha sido la comprobación impotente de nuestra dependencia en aspectos básicos de bienes de equipo y tecnología común, que se han demostrado esenciales.
- ✓ **Desarrollo de la Telemedicina** en el Sistema Nacional de Salud, con un marco normativo bien regulado, que pueda evitar conflictos éticos y deontológicos en la relación médico-paciente, una relación, que como todos ustedes saben estamos promoviendo como Patrimonio Inmaterial Cultural de la Humanidad.
- ✓ **Historia clínica electrónica compartida** entre niveles asistenciales e interoperable en todos los sistemas autonómicos de salud, al menos en pruebas diagnósticas e informes más relevantes.
- ✓ Las aplicaciones que se implementen deberán ser compatibles para un **repositorio nacional/europeo** de datos de salud del paciente, con las condiciones de seguridad exigibles por la legislación actual (marco de interoperabilidad de la salud electrónica o e-salud).

6. Investigación.

- ✓ Definir una **Estrategia específica y aumentar los recursos** para I+D y, si no los hubiera, al menos que se ofrezcan en un formato utilizable por los investigadores (una gran parte de lo que se presupuesta no se ejecuta). Se necesita una regulación en materia de recursos humanos que permita flexibilidad en los contratos y facilite las incorporaciones necesarias (y remuneraciones dignas). Que permita asimismo compatibilizar tareas asistenciales e investigadoras. (la carrera del investigador médico). Que los baremos no discriminen la investigación frente a la asistencia. Que las métricas clásicas de gestión, por las que tanto apego sienten gerentes y servicios centrales hagan hueco a la I+D....

Financiación. Viabilidad. Sostenibilidad.

- ✓ Definir o redefinir un **nuevo modelo de financiación** estable, suficiente, respetuoso con el principio de estabilidad presupuestaria y consolidación fiscal y que sea coherente con los principios de cohesión territorial, igualdad y equidad en el acceso a las prestaciones sanitarias de acuerdo con una cápita adecuada.
- ✓ **Incrementar los recursos destinados al Sistema Nacional de Salud**, alcanzando una inversión en servicios públicos propia de otros Estados de la zona euro. Esto supondrá pasar del actual 6% del PIB en sanidad a un 7% del PIB. Inyectar con carácter de urgencia un montante económico para afrontar los gastos derivados de la pandemia, los derivados para mantener el sistema sanitario en estado de alerta y los destinados a la puesta al día de la actividad asistencial demorada. Esta inyección económica debe priorizarse especialmente en consolidar el empleo sanitario y que tenga carácter finalista.
- ✓ Sería muy conveniente el garantizar en el Boletín Oficial del Estado la solvencia de nuestro sistema nacional de salud. Se hace necesario definir con claridad los criterios organizativos y financieros básicos para asegurar que la población tenga garantizada la protección de la salud y la atención sanitaria.

Recursos humanos en salud. Profesión Médica.

- ✓ Afrontar la **planificación** de las necesidades de recursos humanos en salud. **Consolidar el empleo médico de calidad.**
- ✓ **Recuperar los derechos retributivos** perdidos como consecuencia de las medidas puestas en marcha en la crisis económico-financiera. Una mejora retributiva acorde con la competencia, dedicación y responsabilidad del ejercicio de la profesión médica.

- ✓ **Plan Integral de Recursos Humanos en Sanidad**, con participación real del Foro de la profesión médica en el Foro de las Profesiones Sanitarias.

Desarrollo del Registro de profesionales del SNS.

Plan de formación médica que sustente el continuo formativo: grado, formación especializada, desarrollo profesional continuo, carrera profesional y acreditación recertificación de competencias.

Plan de evaluación continuada y reconocida del ejercicio profesional del médico.

Gestión Clínica. Inversión en capital humano y reformas que creen calidad en la práctica clínica y abran modelos de organización que se aprovechen de potenciar el Gobierno Clínico. La relación y vinculación jurídica del médico con el SNS, ha de suponer que el médico ocupe un papel fundamental en la gestión y gobernanza del SNS, para avanzar en la eficiencia, seguridad y calidad de la asistencia sanitaria, para ello es obligado el desarrollo de la gestión clínica desde sus diferentes vertientes que debe estar en línea con lo que ya preveía la LOPS.

- ✓ Renovar ese necesario contrato social de la profesión médica a través de un **gran acuerdo Ministerio de Sanidad y Foro de la Profesión Médica**.
- ✓ Reconocimiento de la contingencia profesional de la infección por el SARS-Cov-19.
- ✓ **La profesión médica debe ser reconocida como profesión de riesgo.**
- ✓ Estamos muy preocupados como profesión médica ante un escenario de judicialización de la práctica médica en esta pandemia, y no quisiéramos pasar de los aplausos a la presunción generalizada de culpabilidad y a la pena de “banquillo”.
- ✓ Es fundamental facilitar los sistemas de resolución extrajudicial de conflictos ante la situación actual de crisis y profundizar en el lado humano de las relaciones buscando soluciones alternativas en base al dialogo y a la negociación.
- ✓ Y es fundamental la Aprobación del Baremo de Daños Sanitarios.

Primer nivel asistencial. Atención Primaria. Residencia de Mayores. Salud pública
--

- ✓ La postergada agenda de mejoras de la AP debe avanzar y consolidarse, tanto en recursos humanos como de financiación (plantillas orgánicas, reforzamiento de puestos estructurales, sistemas justos de substitución interna, etc., así como de los modelos de autonomía de gestión, fomento de la figura y función

directiva del Equipo, de su desarrollo y carrera profesional, y de otras mejoras en organización, actividades y dotaciones).

- ✓ En el proceso de desescalada y en este nivel de atención sanitaria se deben:
 - Priorizar la seguridad de personal y pacientes.
 - Rediseñar la accesibilidad al Centro de Salud.
 - Cambios de organización y roles profesionales.
 - Desempeño de funciones de vigilancia epidemiológica.
 - Reducción de cargas burocráticas.
- ✓ Definir el papel de los especialistas en Geriatría y Gerontología y su situación en el SNS.
- ✓ **Reforzar la coordinación entre los sistemas Social y Sanitario.** Esta medida es imprescindible para mejorar la calidad conjunta de los servicios que prestan ambos sistemas en personas con limitaciones en su autonomía y para poder gestionar de manera satisfactoria futuras pandemias y emergencias sanitarias.
- ✓ Esta coordinación puede ser más o menos intensa en función de la visión del modelo de cuidados, entendido en sentido general, que los representantes de la ciudadanía incluyan en sus programas, pero, al menos, debería contar con estos aspectos fundamentales:
 - Planificación conjunta de los cuidados de larga duración.
 - Desarrollo de un sistema de información integrado en lo referente a la prestación de servicios a personas con un determinado perfil de salud y autonomía.
 - Creación de infraestructuras de coordinación entre los servicios sanitarios y los servicios sociales en su parte de promoción de la autonomía y atención a la dependencia.
 - Implicación de los servicios sanitarios públicos en la atención sanitaria y seguimiento directos en las residencias de mayores.
- ✓ **Desarrollar y potenciar la Ley de Salud Pública de 2011.** Desarrollar y extender la especialidad de Medicina Preventiva y Salud Pública.
- ✓ Invertir en capital humano, aumentando el número de plazas de formación médica especializada, el aumento de plantillas en los servicios de salud y su desarrollo profesional.

Encaje del sistema privado de salud.

- ✓ Coexistiendo con el sistema público de salud, la provisión privada ha jugado y juega un rol sustitutivo y/o complementario a lo largo de su existencia en todas las comunidades autónomas y con volúmenes de actividad bastante estables.

La colaboración del sector privado con el público es muy transversal y se extiende a todas las comunidades, por encima del signo político de los gobiernos. Es obligado destacar el importante papel que ha tenido la sanidad privada en el abordaje de la pandemia por COVID-19.

- ✓ Es necesario por diferentes motivos el establecer canales de comunicación que eviten la duplicidad de pruebas diagnósticas y terapéuticas con sus consecuencias derivadas de posibles iatrogenias y especialmente relevante la duplicidad de costes. La irrupción, con el consenso profesional de la receta médica privada electrónica debe ser una oportunidad de colaboración necesaria para avanzar en una historia única del medicamento del ciudadano.
- ✓ Se hace obligado el fomentar y desarrollar toda la normativa relativa a la autorización de centros, sanitarios y sociosanitarios, en función de criterios objetivos y reclamar transparencia y publicidad de datos sanitarios.

**DESARROLLO DE LAS PROPUESTAS DEL
CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS
OFICIALES DE MÉDICOS DE ESPAÑA A LA
COMISIÓN DE RECONSTRUCCIÓN DEL
CONGRESO DE LOS DIPUTADOS**



1. ESTRATEGIAS DE TRANSICIÓN Y PREPARACIÓN PARA AMENAZAS DE SALUD PÚBLICA.

El presente nos genera a todos una gran preocupación por la angustiosa situación producida por la saturación de los recursos asistenciales, la desprotección de los sanitarios y cuidadores, la falta de medios diagnósticos y humanos para la vigilancia y el control epidemiológico, y el propio daño económico y social del confinamiento. Los médicos, y el resto del personal sanitario, están pagando un alto e injusto tributo a la falta de previsión de nuestras autoridades sanitarias, y esto nos obliga a permanecer atentos y activos para que se corrijan los principales problemas del escenario actual.

Nos encontramos en pleno proceso de transición o “desescalada” y tenemos que reforzar nuestras capacidades previas que han sido totalmente desbordadas y avanzar en consolidar la escasa transmisión del virus.

Este proceso necesita que esté basado en un gran consenso, que sume al necesario conocimiento experto, el compromiso por guardar las normas que emanen de los criterios. Para ello se necesita de un escenario de confianza y de transparencia y una coordinación y seguimiento de la hoja de ruta marcada por la OMS y la Comisión Europea.

Como órgano de representación de la profesión médica a nivel internacional, hemos instado a los Gobiernos, tanto desde la Asociación Médica Mundial, como de la CONFEMEL (Confederación de Ordenes Medicas Latino iberoamericana y del Caribe), así como de las ordenes médicas europeas sobre la esencial protección de los profesionales sanitarios y de la importancia de testar a tiempo a los mismos para poder implementar un aislamiento precoz y un control de contactos que limitaran la difusión del virus y mejoraran su control. Y asistimos en muchos países a una estigmatización de estos, como fuente de contagio, con amenazas y agresiones que nos llevó a iniciar una campaña de concienciación a través de nuestros recursos de comunicación. Nuestro papel en el ámbito internacional debe velar por que las medidas en esta esencial fase se desarrollen de forma global, acercando todos los recursos sanitarios a los ciudadanos y velando por el acceso justo a la solución terapéutica y vacunal. Garantizando el rigor de los ensayos clínicos y terapéuticos en concordancia con la Declaración de Helsinki de la AMM. Muy importante como país y a través de nuestra representación profesional será el papel de solidaridad y cooperación con aquellos países con más dificultad.

Desde el CGCOM hemos puesto en marcha una comisión asesora Covid-19 con una estructura está pensada para garantizar un intercambio dinámico de ideas, que facilite posicionamientos ante las preguntas que esta crisis de salud pública plantea, y, sobre todo, planteará en un futuro y se convierta en una herramienta de ayuda para que la

profesión médica lance los mensajes apropiados, basados en la evidencia (cuando la haya) y en el criterio experto, de forma que el profesionalismo médico y sanitario pase a ser una parte fundamental de la solución para reorientar el Sistema Nacional de Salud hacia el interés general. Y también para que esa nueva normalidad sea socialmente eficiente, equitativa y ética, incorporando a la Salud Pública, la Atención Primaria y el sector Sociosanitario como componentes básicos del conjunto funcional del sistema.

Tres documentos han salido a la luz pública hasta la fecha: informe sobre test diagnósticos en Covid-19, informe de posicionamiento sobre utilización de mascarillas en personal sanitario y ciudadanos en general e informe sobre posicionamiento del papel de la atención primaria en el proceso de desescalada.

Propuestas:

Consideramos esencial potenciar en esta fase de evolución de la pandemia y con el fin de minimizar el alcance de los brotes, que inevitablemente irán apareciendo, los siguientes parámetros:

- Control de la transmisión.
- Rastreo e identificación de casos y sus contactos.
- Capacidad diagnóstica suficiente.
- Aislamiento de positivos.
- Capacidad asistencial suficiente.
- Control de focos.
- Medidas de protección.

España debe asegurar una reserva estratégica de material de protección a personal sanitario y ciudadanos, así como de equipamientos médicos con la finalidad de poder incrementar unidades de cuidados intensivos y otros materiales para situaciones epidémicas.

Consideramos la necesidad de mantener el liderazgo del Ministerio de Sanidad, en el seno del Consejo Interterritorial de Salud, sobre la pandemia de la Covid-19. Será oportuno aprobar con carácter de urgencias una Estrategia Nacional contra el virus SARS-Cov-19.

2. REDEFINIR-REFORMAR EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.

La profesión médica en general y el CGCOM en particular ha venido defendiendo la necesidad de un gran acuerdo para consolidar y garantizar la viabilidad de nuestro SNS bajo los siguientes criterios:

- A. Evitar que la Sanidad sea objeto de confrontación partidista, revitalizando los consensos políticos, profesionales y sociales fundamentales de modo que todos defendamos al SNS como un pilar esencial del estado de bienestar.
- B. Garantizar una asistencia sanitaria pública, de calidad, accesible, de equidad y solidaria, financiada mediante impuestos.

Un nuevo escenario de reconstrucción para el SNS requiere de la participación generosa y desprendida de otros intereses, sin menoscabar su legitimidad, donde tengan presencia o cabida todas las sensibilidades políticas, económicas, sociales y profesionales, que tendrán la misión de vertebrar un modelo sanitario público en concordancia con el Estado de las Autonomías, integrado y solidario, adaptado a una nueva realidad transformada en nuestro país.

Propuesta general:

Pedir un acuerdo político al máximo nivel que facilite las reformas necesarias en nuestro Sistema Nacional de Salud mediante un acuerdo Sanitario y Social, de al menos diez años, para gestionar la crisis sin descapitalizar los servicios sanitarios públicos y la medicina.

Recomendar que el Congreso de los Diputados, a propuesta de la Comisión de Reconstrucción, tras escuchar a todos los actores del sistema sanitario, designe una Comisión para sintetizar los principales problemas de organización y funcionamiento del SNS, proponiendo un conjunto articulado de medidas de mejoras específicas.

1. **Órgano de Co-gobernanza del SNS, con su arquitectura multinivel y de ámbito decisonal ejecutivo.**

Potenciar el papel del Ministerio de Sanidad: El Ministerio de Sanidad tiene encomendada las funciones de **coordinación** del Sistema Nacional de Salud, de potenciar la **cohesión** y de velar por la **equidad** en el acceso y la **calidad** de las prestaciones ofrecidas al conjunto de los ciudadanos. Esencialmente en las funciones de Salud Pública.

Potenciar el carácter ejecutivo de las decisiones del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, como órgano clave para el impulso de medidas y actuaciones de salud para los ciudadanos y para el fomento de la cooperación entre las comunidades autónomas y el Gobierno de España.

2. Nueva Arquitectura Estratégica del SNS. Creación orgánica y funcional a nivel operativo de un Sistema multi-Agencias, cogobernado y cogestionado, con el conjunto de las CC.AA.

La dependencia orgánica y funcional de las Agencias, así como sus competencias y funciones a desarrollar, quedarían residenciadas en un nuevo Organigrama Ministerial de Sanidad. Este rediseño para el conjunto del Sistema se concibe con una visión más transversal de las políticas sanitarias, basadas en la cooperación y participación institucional de las CC.AA., y que hemos venido denominando una nueva cultura institucional de cohesión sanitaria, profesional y social.

- **Escenarios de salud pública y políticas de salud.**
- **Evaluación sanitaria** (estructura, procesos-organizativos, tecnológicos y servicios operativos, y resultados de salud).
- **Sistema de información sanitaria**, ordenado, estandarizado e integrado para el conjunto del SNS con implicación de los clínicos en el diseño y desarrollo para que sean usables, interoperables y fiables.
- **Estructura de capitalización compartida** (inversiones macro en infraestructuras, instalaciones, tecnologías, TICs y nuevos desarrollos innovadores cofinanciados (UE, Estado Central y CC.AA.).
- **Modernización, reformas y dinámicas de cambio compartidas** (marco de previsión económica y social, análisis de riesgos, desarrollo de políticas sanitarias transversales inter-CC.AA.).
- **Garantías públicas** sustentadas en derechos subjetivos Constitucionales (cohesión social, derechos sustantivos de ciudadanía, políticas de solidaridad intergeneracionales, buenas prácticas públicas).
- **Humanización** en todas las políticas sanitarias, **buen gobierno** y cultura moral en todos los ámbitos de decisión, para el fortalecimiento de la misión del SNS.
- Desarrollo de la **política científica biomédica y de la innovación** (incardinada orgánica y funcionalmente con el Instituto de Salud Carlos III y las CC.AA.).
- **Cooperación internacional en las políticas sanitarias y de salud.**
- Desarrollo de la **política farmacéutica** nacional en cooperación (codecisión) con otros departamentos ministeriales y las CC.AA.
- **Cartera de prestaciones y servicios sanitarios**, con garantías públicas sustentadas en derechos sustantivos de ciudadanía de base, para el conjunto del SNS.
- Arquitectura y desarrollo de **políticas profesionales**, desde una perspectiva multidisciplinaria e interprofesional, basadas en una cultura

de valores que sustenta la legitimidad del denominado nuevo profesionalismo.

3. Gobierno Clínico:

La falta de un plan específico ha obligado a respuestas improvisadas, pero valiosas; la innovación obligada por las circunstancias y por el alto compromiso de los profesionales con la necesidad asistencial, ha desbordado las reticencias, inercias y barreras procedimentales habituales, permitiendo cambiar en días la organización de los centros, las líneas de servicio, la distribución de recursos y la utilización de métodos de atención y tecnologías; en particular, la conexión telefónica con los pacientes y los actos médicos de ajuste de tratamientos con la receta electrónica, son un ejemplo de reconducción de la demanda que ha tenido un alto valor (reducción de la frecuentación y de posibilidades de contagio), y puede tenerlo para la postcrisis. El **Gobierno Clínico** ha sido capaz de adaptar en tiempo récord las estructuras sanitarias para poder afrontar la avalancha asistencial y ha podido controlar una situación como nunca habíamos conocido.

Reivindicamos **valor del clínico generalista** para coordinar equipos interdisciplinarios. Necesitamos una figura de un profesional de la medicina más polivalente, capaz de atender y/o apoyar en especialidades que no son la suya.

En ese sentido debería existir una figura formativa, de capacitación específica, de carácter voluntario, eminentemente práctica, que permita obtener las competencias necesarias para prestar esa ayuda que se ha demostrado tan necesaria.

Cuando la asistencia se ha presentado compleja e incierta, la ruptura de los equipos estancos, las brechas competenciales, la falta de coordinación y el hospital centrismo han demostrado que pueden ser revertido hacia un nuevo horizonte asistencial. Y lo que parecía imposible se ha logrado cuando se ha confiado por necesidad en la flexibilidad y en la autogestión.

Es hora de fortalecer la confianza en los profesionales sanitarios, en su compromiso y en su capacidad de autogestión. Desde el profesionalismo y la asunción de responsabilidades. Es hora de despolitizar la gestión de lo sanitario.

Potenciar la formación y competencias en materias transversales del médico deben priorizarse en los proyectos de desarrollo profesional y de validación periódica- recertificación de la profesión médica. En su desarrollo debe jugar un papel esencial la profesión médica a través de sus procesos de validación periódica de la colegiación y de recertificación de las competencias.

4. **Política farmacéutica y tecnológica.** Es necesario seguir garantizando el acceso a los medicamentos esenciales, y muy especialmente a las innovaciones terapéuticas que intente vencer al SARS-Cov-19 y a una vacuna que ponga fin a este problema de salud. Además, tenemos que hacerlo con visión solidaria y cooperante en un mundo global. Todo esto tiene que seguir coexistiendo en un espacio de innovación ante los nuevos retos terapéuticos y de aplicación de la genómica, etc. que nos obliga a establecer políticas que permitan hacer compatibles la innovación con el coste.

Desarrollar los recursos propios y la puesta en marcha de experiencias como las llevadas a cabo en el ámbito de las terapias avanzadas que pueden servir de referencia y que se pueden explorar para otro tipo de tratamientos. Se deberá contar con empresas o plataformas públicas que permitan gestionar la autorización y, en su caso, comercialización de medicamentos y otros productos sanitarios.

Abogamos por un ejercicio transparente tanto en lo que respecta a la fijación de precios y a la financiación de medicamentos y tecnología sanitaria, así como en la financiación pública de los mismos.

5. **Gestión de la tecnología**

La pandemia de COVID-19 ha llevado a una situación de emergencia y estado de alarma que ha provocado variaciones en la asistencia médica. La limitación de la libertad de la circulación de las personas, así como de parte de la actividad sanitaria, que ha supuesto la suspensión de casi toda la actividad asistencial de carácter no urgente de los centros, servicios y establecimientos sanitarios, ha determinado y generalizado la utilización del trabajo a distancia –y, por tanto, de la telemedicina– para continuar con el seguimiento de aquellos pacientes cuya situación permite esta modalidad.

Igualmente, las grandes transformaciones sociales junto a la revolución de la era digital, las innovaciones biotecnológicas disruptivas, la computación cognitiva, la inteligencia artificial y el ritmo acelerado de las ciencias biomédicas, la genómica, etc. están impactando de forma preeminente y sostenida en la Profesión Médica.

La tecnología informática y de telecomunicaciones ha creado un mundo virtual paralelo, que beneficia exponencialmente la difusión y trasmisión de información; el reto sigue siendo la integración de esta información en decisiones sabias, proporcionadas y armónicas en el mundo real, que permitan que nuestros pacientes, particularmente los más frágiles, tengan mejoras significativas de su cantidad y calidad de vida.

Propuestas:

Puesta en marcha de un plan específico que permita la renovación de la infraestructura tecnológica, teniendo muy en cuenta lo que aporta más valor a los pacientes, a través de la creación de un Registro Centralizado del equipamiento en tecnología de nuestro SNS, tanto público como privado, como única forma eficaz para planificar ordenadamente su puesta al día según necesidades.

Estimular la producción nacional de bienes de equipo y de tecnología. Una de las enseñanzas más dolorosas de esta crisis provocada por el SARS-COV2 ha sido la comprobación impotente de nuestra dependencia en aspectos básicos de bienes de equipo y tecnología común, que se han demostrado esenciales.

Desarrollo de la Telemedicina en el Sistema Nacional de Salud, con un marco normativo bien regulado, que pueda evitar conflictos éticos y deontológicos en la nueva relación médico-paciente

Historia clínica electrónica compartida entre niveles asistenciales e interoperable en todos los sistemas autonómicos de salud, al menos en pruebas diagnósticas e informes más relevantes.

Las aplicaciones que se implementen deberán ser compatibles para un repositorio nacional/europeo de datos de salud del paciente, con las condiciones de seguridad exigibles por la legislación actual (marco de interoperabilidad de la salud electrónica o e-salud)

Orientación a la promoción y prevención en salud en las patologías más prevalentes y con alto coste para el sistema (tabaquismo, la obesidad, etc.), con una corresponsabilidad del paciente para el manejo de su patología.

Implantación de programas de cribado sistemáticos u organizados para patologías tumorales, metabólicas (retinopatía diabética).

intercambio de experiencias y buenas prácticas entre los sistemas autonómicos, el SNS y los sistemas europeos, especialmente en términos de TELETRABAJO, evitando desplazamientos físicos innecesarios, que encarecen los costes, y no son respetuosos con el medio ambiente

6. Investigación.

La innovación en biomedicina vive un momento especial, con el avance en la medicina de precisión a través de los tratamientos biológicos y las nuevas terapias génicas y celulares. Esto tiene grandes consecuencias no sólo en materia de salud, sino también económicas y sociales. España ha hecho las cosas bien en estos años y se ha convertido en referencia internacional, en particular en investigación clínica. Un ejemplo para destacar es el Plan de abordaje de las terapias avanzadas en el SNS: medicamentos CAR-T del Ministerio de Sanidad. Introducir la idea de la investigación científica en las instituciones sanitarias.

Para empezar, se necesitan más recursos para I+D y, si no los hubiera, al menos que se ofrezcan en un formato utilizable por los investigadores (una gran parte de lo que se presupuesta no se ejecuta). Se necesita una regulación en materia de recursos humanos que permita flexibilidad en los contratos y facilite las incorporaciones necesarias (y remuneraciones dignas). Que permita asimismo compatibilizar tareas asistenciales e investigadoras. (la carrera del investigador médico). Que los baremos no discriminen la investigación frente a la asistencia. Que las métricas clásicas de gestión, por las que tanto apego sienten gerentes y servicios centrales hagan hueco a la I+D....

Definir una Estrategia para su Desarrollo, donde todos los sectores implicados aporten su impulso en un objetivo común.

3. FINANCIACIÓN-VIABILIDAD-SOSTENIBILIDAD

El SNS es un elemento esencial de nuestro alto nivel de protección social y constituye la piedra angular de la economía social. Las restricciones que impuso la crisis económica y las que nos veremos abocados en esta “segunda pandemia de etiología económica”, unidas a unos cambios demográficos de carácter más estructural y a la naturaleza de las enfermedades que afectan a la población, acrecientan la necesidad de reformar y modernizar el sistema de financiación.

La viabilidad no solo depende de los recursos económicos adecuados, siendo estos esenciales. La clave está en disponer de un sistema sanitario solvente, que ofrezca servicios de calidad a la población en función de las necesidades, con rigurosa eficiencia en la gestión de los recursos. Para ello es necesario consolidar el convencimiento de que, en sanidad, el gasto es una inversión. La insuficiencia presupuestaria es causa directa de insolvencia en la gestión de los recursos humanos y este es uno de los aspectos básicos que deben priorizarse en la aprobación de reformas.

Rentabilizar la innovación o el desarrollo de herramientas más perfeccionadas para evaluar el rendimiento de los sistemas sanitarios se hacen imprescindibles. La mejora de la eficacia y de la eficiencia pueden lograrse con medidas muy diversas, como reducir las consultas a especialistas y las hospitalizaciones que no sean necesarias, reforzar la atención primaria, fomentar el uso de medicamentos genéricos y/o biosimilares, evaluar la rentabilidad de las tecnologías sanitarias como base para la toma de decisiones, etc.

Según datos de la AIReF recientes, en el escenario menos adverso el PIB caería un 8,9% en 2020, para crecer un 4,6% en 2021. En el escenario más adverso la caída de 2020 llegaría al 11,7% para recuperarse y crecer un 5,8% en 2021.

Mucho nos tememos, desde la profesión médica, que el efecto rebote de la economía para 2021 estará fuertemente condicionado a que en otoño (ni en el 2021) no rebrote con fuerza o ya se hayan identificado tratamientos efectivos.

No sabemos lo que pueden representar estas cifras y sus consecuencias para la salud, pero sí que la tasa de desempleo se disparará y observaremos cifras de población en riesgo de pobreza y exclusión social posiblemente inéditas.

Esto va a condicionar no solo los recursos disponibles para el sistema sanitario, sino que posiblemente presione al mismo por otras vías.

Propuestas

Definir o redefinir un nuevo modelo de financiación estable, suficiente, respetuoso con el principio de estabilidad presupuestaria y consolidación fiscal y que sea coherente con los principios de cohesión territorial, igualdad y equidad en el acceso a las prestaciones sanitarias de acuerdo con una cápita adecuada.

Incrementar los recursos destinados al Sistema Nacional de Salud, alcanzando una inversión en servicios públicos propia de otros Estados de la zona euro. Esto supondrá pasar del actual 6% del PIB en sanidad a un 7% del PIB. Inyectar con carácter de urgencia un montante económico para afrontar los gastos derivados de la pandemia, los derivados para mantener el sistema sanitario en estado de alerta y los destinados a la puesta al día de la actividad asistencial demorada. Esta inyección económica debe priorizarse especialmente en consolidar el empleo sanitario y que tenga carácter finalista.

Sería muy conveniente el garantizar en el Boletín Oficial del Estado la solvencia de nuestro sistema nacional de salud. Se hace necesario definir con claridad los criterios organizativos y financieros básicos para asegurar que la población tenga garantizada la protección de la salud y la atención sanitaria.

4. RECURSOS HUMANOS EN SALUD. PROFESIÓN MÉDICA

El médico.

Viene a nuestra memoria nuestro comunicado de 29 de febrero en donde exponíamos que “El nuevo coronavirus ha mostrado una alta capacidad de propagación en los centros sanitarios de otros países y por tanto una afectación de profesionales sanitarios, que pueden actuar a su vez como transmisores de la enfermedad, por lo que procede proteger especialmente a los que tienen la tarea de cuidar de todos”.

E instábamos a los médicos a:

“Cualquier médico o profesional sanitario que haya estado en contacto con un paciente en investigación o confirmado por infección por el nuevo coronavirus, deberá ser especialmente escrupuloso en la auto observación de los síntomas de infección respiratoria que pudieran aparecerle, solicitando en ese caso desde su domicilio la atención a través de su servicio regional de salud y servicios de salud pública, para descartar la Covid-19, y comunicándose asimismo con su Servicio de Prevención, para tramitar la contingencia profesional si fuera preciso”.

“Se desaconseja a los médicos la participación y la promoción de congresos, reuniones y eventos científicos, incluyendo sesiones clínicas con gran afluencia de profesionales, en aquellos centros donde se estén tratando o se puedan tratar pacientes con Covid-19, así como por parte de los profesionales que pudieran haber estado en contacto con el coronavirus, acudir a reuniones nacionales o internacionales”.

Estas advertencias fueron consideradas en algunos entornos como desproporcionadas. Hoy la realidad es que unos 52.000 profesionales sanitarios han sido afectados por la infección del virus SARS-Cov-19 y 55 médicos han fallecido hasta la fecha.

Múltiples mensajes desde el CGCOM han venido denunciando la situación de desprotección a la que hemos estado sometidos e igualmente hemos denunciado la escasez de pruebas diagnósticas que permitieran testar a tiempo a los infectados, especialmente a los asintomáticos y así evitar la cadena de transmisión de la enfermedad. Denunciar criterios de vuelta al trabajo sin garantías, ahuyentar conatos de estigmatización, y sentirnos impotente ante material distribuido y que no reunía las condiciones de seguridad han sido otras de nuestras acciones.

Reivindicar la contingencia profesional de la infección y promover que la profesión médica sea reconocida como profesión de riesgo han sido y son parte de nuestras

reivindicaciones a las que no vamos a ceder. Se la debemos a nuestros compañeros que ya no están y a los muchos que han dado todo lo mejor de nuestra profesión.

Pero quisiera destacar también el compromiso institucional del CGCOM para transmitir conocimiento, comunicación fiable y sentido de la responsabilidad profesional a todos los ciudadanos. Reconocer el esfuerzo, promover medidas higiénico-preventivas y abogar al compromiso de ciudadanía han sido parte de nuestros mensajes.

Propuesta:

Reconocimiento de la contingencia profesional de la infección por el SARS-Cov-19

La profesión médica sea reconocida como profesión de riesgo.

Recursos humanos en salud.

Los profesionales sanitarios son el pilar básico del SNS. La planificación y el desarrollo de los recursos humanos en salud son un elemento clave en la cohesión del Sistema Nacional de Salud y en la calidad de la atención. Hay que señalar el abandono crónico en políticas de recursos humanos en salud de nuestros SNS y la escasa o nula participación de las profesiones en estas políticas.

Las políticas de personal y de profesionales sanitarios exigen planificación, inteligencia, y espacios amplios de juego; la migración de jóvenes médicos al extranjero nos da la medida de hasta qué punto se nos quedan pequeños los territorios autonómicos para trazar la ruta de diseño de necesidades de personal para la próxima generación.

No parece éticamente consistente que la propia sostenibilidad financiera y social de nuestro Sistema Sanitario Público se lleve a afecto erosionando de forma tan severa los salarios de los profesionales de la salud, verdaderos protagonistas de las mejoras de la calidad en los servicios sanitarios en las últimas décadas y siendo el colectivo de mayor aprecio por los ciudadanos, circunstancia que consideramos no sólo injusta, sino insolidaria y socialmente inaceptable.

A esto se añade la mala calidad de empleo médico, tanto en el ejercicio público como en el ejercicio privado: con una temporalidad injusta y evitable que está precarizando las condiciones laborales y sociales de la profesión.

Esta insuficiencia e inestabilidad del empleo destruye la motivación y arruina las vocaciones de miles de jóvenes; unos hacen la maleta y se nos van fuera; otros se refugian en pequeños universos locales donde intentan sobrevivir hasta ver si con los años el sistema sanitario les abre un hueco en donde articular un proyecto de vida personal o familiar.

Sin un desarrollo efectivo de políticas de recursos humanos en Sanidad que refuercen e instrumentalicen formas de reconocimiento, promoción y mejora de las condiciones de ejercicio profesional y laboral, no es posible pretender un sistema sanitario moderno,

eficaz y humanista. Estamos ante la oportunidad de consolidar el empleo sanitario en general y el médico en particular.

Propuestas:

Afrontar la planificación de las necesidades de recursos humanos en salud. Consolidar el empleo médico de calidad.

Recuperar los derechos retributivos perdidos como consecuencia de las medidas puestas en marcha en la crisis económico-financiera. Una mejora retributiva acorde con la competencia, dedicación y responsabilidad del ejercicio de la profesión médica.

Plan Integral de Recursos Humanos en Sanidad, con participación real de la profesión médica en Foro de las Profesiones Sanitarias.

- 1) Desarrollo del Registro de profesionales del SNS.
- 2) Plan de formación médica que sustente el continuo formativo: grado, formación especializada, desarrollo profesional continuo, carrera profesional y acreditación recertificación de competencias.
- 3) Plan de evaluación continuada y reconocida del ejercicio profesional del médico.
- 4) Gestión Clínica. Inversión en capital humano y reformas que creen calidad en la práctica clínica y abran modelos de organización que se aprovechen de potenciar el Gobierno Clínico. La relación y vinculación jurídica del médico con el SNS, ha de suponer que el médico ocupe un papel fundamental en la gestión y gobernanza del SNS, para avanzar en la eficiencia, seguridad y calidad de la asistencia sanitaria, para ello es obligado el desarrollo de la gestión clínica desde sus diferentes vertientes que debe estar en línea con lo que ya preveía la LOPS.
 - ✓ Trabajar en equipos multidisciplinares con el liderazgo clínico del médico, con autonomía en la gestión de los recursos, reportando la evaluación con indicadores consensuados.
 - ✓ Desburocratización del ejercicio profesional, para lo que se precisa incorporación de personal administrativo y auxiliar que permitan mayor eficiencia del acto médico. Para ello se necesitan recursos económicos, humanos y materiales.
 - ✓ Medidas de conciliación orientadas al desarrollo profesional de los médicos, incluyendo la flexibilidad horaria y el teletrabajo.

En este punto es esencial el papel que juega el CGCOM y el resto de las organizaciones profesionales asociadas en el Foro de la Profesión Médica. Reconocer el protagonismo directo en la gobernanza del sistema y en su planificación como órgano de asesoramiento obligado es parte esencial de nuestras propuestas.

Renovar ese necesario contrato social de la profesión médica a través de un gran acuerdo Ministerio de Sanidad y Foro de la Profesión Médica.

Medicina defensiva. Baremo de daños sanitarios

Estamos muy preocupados como profesión médica ante un escenario de judicialización de la práctica médica en esta pandemia, y no quisiéramos pasar de los aplausos a la presunción generalizada de culpabilidad.

Es fundamental facilitar los sistemas de resolución extrajudicial de conflictos en el futuro próximo de crisis generalizada. La recomendación en estos momentos es profundizar en lado humano de las relaciones y buscar soluciones alternativas y extrajudiciales para la resolución de estos conflictos.

La profesión médica viene demandando desde primeros de este siglo la necesidad de disponer de un baremo de daños sanitarios. La consecuencia derivada de no haberlo desarrollado genera o refuerza la cultura de la culpa, miedo, frustración y desconfianza, aumentando y extendiendo la incertidumbre de los médicos que se ven obligados a actuar protegiéndose en evitación de procesos adversos. Fomenta una costosa e indeseable medicina defensiva con los riesgos consiguientes para los pacientes y, en resumen, acaban perjudicando la seguridad de los pacientes, de los ciudadanos y la del propio SNS incrementando innecesariamente sus costes, además de hacerse cargo con sus presupuestos de imprevisibles indemnizaciones en perjuicio de la sostenibilidad del gasto asistencial.

Se hace obligado la aprobación inmediata del Baremo de Daños Sanitarios.

5. PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN. ATENCIÓN PRIMARIA. ESPACIOS SOCIOSANITARIOS. SALUD PÚBLICA.

ATENCIÓN PRIMARIA

La **Atención Primaria** está jugando un papel esencial en todo el proceso de abordaje de la actual pandemia. Mantener el protagonismo de esta y aprovechar sus características de extensión universal de la red de primaria, cercanía de sus profesionales, conocimiento de las personas y la comunidad, su capacidad de detección temprana, de control evolutivo y su potencia en transmitir confianza y seguridad a sus pacientes es determinante en el control y difusión de la infección. En el momento actual se han asignado a la AP responsabilidades protagonistas en la detección, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de nuevos casos, así como, en coordinación con recursos de salud pública, de los contactos. Parece evidente la necesidad de asignarle a muy corto plazo nuevos recursos humanos y tecnológicos para poder cumplir adecuadamente estos objetivos.

La **Atención Primaria** española necesita, ahora ya sí sin retrasos ni excusas, de un auténtico **plan de acción, inteligente y selectivo, pero inmediato, solvente y con compromisos de financiación explícitos** y conocidos. Aún estamos a tiempo; y merece la pena que un **SNS** que afronta problemas de fragmentación en la oferta y de complejidad en la demanda, se dote en su ADN de la Atención Primaria como elemento distintivo.

La postergada agenda de mejoras de la AP debe avanzar y consolidarse, tanto en recursos humanos como de financiación (plantillas orgánicas, reforzamiento de puestos estructurales, sistemas justos de sustitución interna, etc., así como de los modelos de autonomía de gestión, fomento de la figura y función directiva del Equipo, de su desarrollo y carrera profesional, y de otras mejoras en organización, actividades y dotaciones).

Propuestas: En la situación de respuesta a la pandemia, se requieren cinco líneas de mejora:

- 1- **Priorizar la seguridad de personal y pacientes**, con protección y autoprotección: limitando el aforo; organizando y gestionando las zonas de espera exteriores e interiores; las direcciones asistenciales deben garantizar suministros, potenciar la limpieza de los espacios y estancias y habilitar en su caso mamparas y protecciones; la gestión de las agendas y los flujos de pacientes es esencial para evitar masificación y contagios.

- 2- **Rediseñar la accesibilidad al Centro de Salud**, potenciando las Unidades Administrativas, reforzando su personal, aportando líneas telefónicas y teléfonos móviles, instalando aplicaciones, y posibilitando que lideren la gestión de flujos y la distribución de peticiones de asistencia. Los puntos de triaje en la entrada son esenciales; su diseño, composición, los criterios, y las circulaciones, deben ser definidos por el Equipo de forma participativa.
- 3- **Cambios de organización y roles profesionales**: se precisan nuevas dotaciones tecnológicas (aplicaciones, correo electrónico, mensajería instantánea) que incrementen la conectividad telemática de forma legalmente correcta y con seguridad. Las agendas deben gestionarse por los profesionales, espaciar las visitas, intercalar consultas telefónicas, y gestionar demoras según criterio clínico, con apoyo institucional y campañas de información a la ciudadanía.
- 4- **Desempeño de funciones de vigilancia epidemiológica**, contando con todos los medios diagnósticos sin restricciones, los sistemas de información y el control de casos y contactos; se priorizará la asignación al Centro de Salud del personal que refuerce esta función de rastreo, adecuadamente formados.
- 5- **Reducción de cargas burocráticas**, profundizando las experiencias de simplificación de las bajas laborales, de la gestión de la prescripción por receta electrónica, y de consultas electrónicas con el Hospital de referencia.

RESIDENCIA DE MAYORES

Uno de los ámbitos más afectados por la pandemia ha sido el de las residencias de mayores.

La mayor vulnerabilidad de esa población por su mayor edad media, la pluripatología y el entorno cerrado donde residen, necesariamente hace complejo el abordaje asistencial de los residentes.

El elevado número de fallecimientos, no sólo en nuestro país, ha obligado a los diversos Sistemas Sanitarios a revisar la actividad asistencial prestada en condiciones normales y la existencia de estrategias de intervención rápida con unos planes nacionales dirigidos a minimizar efectos en situaciones como la actual pandemia.

En España se ha puesto en evidencia, de nuevo, una necesidad crónica y urgente de coordinación entre los ámbitos sanitario y social, así como la gran variabilidad de respuestas entre las Comunidades Autónomas. Son imprescindibles estudios que identifiquen y evalúen las mejores acciones intervenciones desarrolladas, evaluando críticamente los resultados de estas intervenciones, para implementar integrar las mejores prácticas en la asistencia habitual.

Creemos que es el punto estrategia clave a desarrollar a partir de ahora en todos los Servicios autonómicos de Salud: la coordinación constante adecuada para la asistencia sanitaria efectiva.

En este punto es clave la Atención Primaria. La situación endémica de escasez de personal sanitario en general en este nivel está en la base de la incompleta atención a esta población especialmente vulnerable.

En situación de emergencia es clave el seguimiento diario de la situación sanitaria desde AP; durante la actual pandemia se han organizado en algunas comunidades Unidades de Atención a Residencias desde este nivel, específicos para reforzar la atención.

El papel de los geriatras en esta pandemia también ha sido destacable y existen experiencias como la de Madrid, en la que han ejercido de especialistas consultores acudiendo o no a las residencias, en función de la disponibilidad, su papel se ha dirigido tanto a los clínicos de las residencias como a los de Atención Primaria. También en Castilla-La Mancha, con intervenciones directas en residencias afectadas. (ampliar: añadir más casos que los revisores del documento conozcan de primera mano).

Definir el papel de los especialistas en Geriatría y Gerontología y su situación en el SNS.

Reforzar la coordinación entre los sistemas Social y Sanitario. Esta medida es imprescindible para mejorar la calidad conjunta de los servicios que prestan ambos sistemas en personas con limitaciones en su autonomía y para poder gestionar de manera satisfactoria futuras pandemias y emergencias sanitarias.

Esta coordinación puede ser más o menos intensa en función de la visión del modelo de cuidados, entendido en sentido general, que los representantes de la ciudadanía incluyan en sus programas, pero, al menos, debería contar con tres aspectos fundamentales:

- Planificación conjunta de los cuidados de larga duración.
- Desarrollo de un sistema de información integrado en lo referente a la prestación de servicios a personas con un determinado perfil de salud y autonomía.
- Creación de infraestructuras de coordinación entre los servicios sanitarios y los servicios sociales en su parte de promoción de la autonomía y atención a la dependencia.

Implicación de los servicios sanitarios públicos en la atención sanitaria y seguimiento directos en las residencias de mayores.

SALUD PÚBLICA

Los dispositivos de salud pública, especializados en la salud de la colectividad, vigilan el estado de salud de la población y sus determinantes, advirtiendo de las potenciales ganancias en salud de diferentes políticas o intervenciones; responden a las amenazas sobre la salud de la población y a las crisis sanitarias; implantan acciones en las áreas de protección de la salud, mediante la prevención de los efectos negativos de diversos elementos del entorno tal como consideran la sanidad ambiental, la salud laboral, la seguridad alimentaria o la sanidad exterior; en el área de promoción de la salud, contribuyen a capacitar a la ciudadanía para adoptar de forma informada y libre aquellas decisiones que mejor sirvan a su salud y bienestar; y en el área de la prevención de la

enfermedad y de las lesiones, mediante vacunaciones y otras intervenciones poblacionales. Estas actuaciones requieren unas bases comunes de implantación en España que incluya garantías de máxima calidad, una cohesión humana que permita disponer de la mejor inteligencia de salud pública de nuestra sociedad allí donde sea necesaria y una organización que responda a los retos de la salud pública actual.

Evaluar el papel que la Red de Vigilancia en Salud Pública ha llevado en esta pandemia, que como saben incluye entre sus sistemas el de alerta precoz y respuesta rápida. Este sistema debe tener un funcionamiento continuo e ininterrumpido las veinticuatro horas del día. Procede impulsar, desarrollar y fortalecer el mismo. Corresponde al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, a través de la Comisión de Salud Pública, asegurar la cohesión y calidad en la gestión de los sistemas de vigilancia en salud pública.

Desarrollar y potenciar la Ley de Salud Pública de 2011. Desarrollar y extender la especialidad de Medicina Preventiva y Salud Pública.

Invertir en capital humano, aumentando el número de plazas de formación médica especializada, el aumento de plantillas en los servicios de salud y su desarrollo profesional.

6. ENCAJE DEL SISTEMA PRIVADO.

Coexistiendo con el sistema público de salud, la provisión privada ha jugado y juega un rol sustitutivo y/o complementario a lo largo de su existencia en todas las comunidades autónomas y con volúmenes de actividad bastante estables. La colaboración del sector privado con el público es muy transversal y se extiende a todas las comunidades, por encima del signo político de los gobiernos. Es obligado destacar el importante papel que ha tenido la sanidad privada en el abordaje de la pandemia por COVID-19.

En el ejercicio privado de la profesión médica se encuentran en la actualidad unos 70.000 médicos. Desde el punto de vista del doble aseguramiento, hay 8,7 millones de ciudadanos (el 18,5%) de la población que tiene un seguro privado a parte de la cobertura pública. El gasto sanitario privado supone el 30% del gasto sanitario total y el 2,6% del PIB.

Desde el punto de vista de la colaboración público-privada hay 1,8 millones de funcionarios y sus beneficiarios (el 84%) del total que elige sistemáticamente un seguro privado para su atención sanitaria. A parte hay conciertos y concesiones que suponen que el 0,7% del PIB del gasto sanitario y el 11% del gasto sanitario total estén gestionados por empresas privadas.

Propuestas:

Es necesario por diferentes motivos el establecer canales de comunicación que eviten la duplicidad de pruebas diagnósticas y terapéuticas con sus consecuencias derivadas de posibles iatrogenias y especialmente relevante la duplicidad de costes. La irrupción, con el consenso profesional de la receta médica privada electrónica debe ser una oportunidad de colaboración necesaria para avanzar en una historia única del medicamento del ciudadano.

Se hace obligado el fomentar y desarrollar toda la normativa relativa a la autorización de centros, sanitarios y sociosanitarios, en función de criterios objetivos y reclamar transparencia y publicidad de datos sanitarios.

La pandemia a la que nos enfrentamos ha puesto de relieve la importancia de aunar todos los recursos en salud. Es de destacar la gran labor que ha desempeñado el sector privado en el abordaje de la infección. Ha llegado la hora de revisar la Ley 15/1997, de habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud, en intensidad y con todos los agentes implicados.

LA ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL.

La principal responsabilidad de la **Organización Médica Colegial** está en proteger y tutelar las necesidades de salud de las personas y de la comunidad, garantizando la cualificación profesional en la práctica asistencial, desarrollando funciones esenciales que incluyen la participación social, la transparencia e integridad en sus actuaciones como principios de buen gobierno, el compromiso con la innovación, la colaboración y el trabajo en equipo, así como la comunicación con la sociedad.

De todos los atributos que definen la profesionalidad, tal vez el más universal es el deseo de proporcionar a los pacientes la mejor atención posible. Para los **Colegios de Médicos** ello exige un compromiso permanente con la innovación en el aprendizaje y la formación continuada, junto a la evaluación de estándares del desempeño en la práctica asistencial.

Quisiera destacar el papel de los Colegios de Médicos de España en el abordaje de esta pandemia. He podido comentar a lo largo de la exposición parte de la actividad desarrollada y hemos intentado exponer propuestas que necesariamente demandan respuestas urgentes.

Llevamos cien años demostrando en la práctica que los Colegios de Médicos y el CGCOM, son excelentes plataformas para hacer que la medicina sea más segura, de calidad y decente, y para que los sistemas sanitarios sean más efectivos y sostenibles. Y en eso vamos a seguir trabajando para que se aborden todos los temas pendientes, desde la lealtad con las instituciones, pero con la firme convicción en la defensa de la asistencia sanitaria, de los ciudadanos y de los médicos.

Sepan ustedes, que en cualquier circunstancia seguiremos honrando el compromiso con la ciencia y con los pacientes. Porque el **profesionalismo médico** actual es, posiblemente, uno de los pocos y últimos bastiones que tiene el enfermo grave, pobre, excluido y desamparado, para aspirar a un mínimo de salud, calidad de vida y dignidad humana. Y para ellos particularmente, pero para toda la sociedad en general, hemos de desarrollar una labor de abogacía permanente ante los poderes públicos. Para esto están los **Colegios de Médicos** hoy, en ese renovado y ampliado compromiso que integra, pero trasciende el venerable y tradicional Juramento Hipocrático.

Madrid 02/06/2020