

LIBRO BLANCO DE LA SANIDAD DE MADRID

*Construyendo la alternativa sanitaria para la Comunidad de
Madrid. La sanidad solidaria, eficiente y de calidad que
legaremos a la siguiente generación*

**José Manuel Freire, José Ramón Repullo
Luis Ángel Oteo, Manuel Oñorbe**
EDITORES

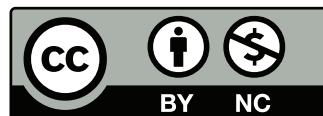
1ª edición: febrero de 2011

©2011: José Manuel Freire, José Ramón Repullo,
Luis Ángel Oteo, Manuel Oñorbe

<http://librosanidadmadrid.es/>

Maquetado en L^AT_EX por MFM, portada por EOE
(contribución altruista al Libro Blanco)

Versión PDF/a4



Este libro, incluido su diseño de cubierta, se distribuye bajo Licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial 3.0 Unported.

Índice general

Índice general	I
Introducción	V
1. Buen Gobierno de la sanidad en Madrid	1
1.1. Introducción	1
1.2. Los retos y problemas de la Sanidad Pública en la Comunidad de Madrid . .	3
1.3. El Buen Gobierno: principios y valores. Su contribución a revitalizar la Sanidad Pública en Madrid	7
1.4. El Buen Gobierno corporativo del Servicio Madrileño de Salud	13
1.5. El Buen Gobierno de seis áreas críticas para la sanidad pública de Madrid . .	25
2. Madrid, comunidad saludable	37
2.1. Reconstruir la Salud Pública en los dos escenarios: gubernamental y de atención sanitaria	37
2.2. Políticas públicas para la protección y promoción de la salud y la calidad de vida	43
3. Ciudadanía sanitaria	47
3.1. Introducción	47
3.2. Buen Gobierno y una gran Alianza por la Calidad: claves para situar al paciente en el corazón del sistema sanitario	48
3.3. Revitalizando los derechos y deberes de los ciudadanos en la sanidad: siete puntos clave	50
3.4. Libertad de elección real e informada en la sanidad pública de Madrid	52
3.5. Participación de ciudadanos y pacientes en la sanidad pública de Madrid . .	54
3.6. Prevención de errores y accidentes y ayuda a los pacientes que los han sufrido	58
3.7. Favorecer el voluntariado, las donaciones y legados a centros y servicios de la sanidad madrileña	59
3.8. Medicina y sanidad privada: no menos derechos que en la sanidad pública .	60
3.9. Otras recomendaciones para mejorar la experiencia de los pacientes en la sanidad pública de Madrid	61
4. Rediseñando el SERMAS	63
4.1. Introducción	63
4.2. Nuevo SERMAS: servicio público, integrado en red, descentralizado y emprendedor	66
4.3. Un SERMAS territorialmente ordenado	69
4.4. Un SERMAS basado en la atención primaria	77
4.5. Hospital Público de Madrid	84
4.6. La Salud Mental como reto de desarrollo e integración inter-sectorial	99
4.7. Construir un SERMAS sostenible, sobre la base del uso racional del medicamento y la tecnología	104

5. Compromiso por la sostenibilidad	113
5.1. El Estado del Bienestar y los Sistemas Económicos y Sociales	113
5.2. El Sector y la Industria Innovadora de la Salud	114
5.3. El Sistema Sanitario Público Español: Crisis Económica y Reformismo	115
5.4. Construyendo entre todos las Bases del Acuerdo Social por la Sanidad Pública de la Comunidad de Madrid	119
5.5. El Pacto Social Vinculante entre Profesiones Sanitarias y Pacientes	122
5.6. El Pacto de los Agentes Económicos y Sociales para la Sostenibilidad del Sistema	130
5.7. El Compromiso de las Corporaciones Locales con la Salud de los Ciudadanos	135
5.8. El Acuerdo Social por la Sanidad Pública de la Comunidad de Madrid	140
A. Nota de los Editores	145
B. Recomendaciones Principales	147
R.1. Buen Gobierno de la sanidad de Madrid	147
R.2. Madrid comunidad saludable	149
R.3. Ciudadanía Sanitaria	150
R.4. Rediseñando el Servicio Madrileño de Salud	153
R.5. El compromiso de todos por la sostenibilidad	156
C. Decálogo	159

Prólogo

Tomás Gomez

Secretario General del PSM-PSOE y candidato a la Presidencia de la Comunidad de Madrid en las Elecciones de Mayo de 2011

Cuando me han pedido que escribiera un prólogo para este libro que disecciona la realidad de la Sanidad madrileña y diagnostica las mejores soluciones, las viables, para atender una de las principales demandas de los ciudadanos, la esencia de lo que venimos llamando el Estado del Bienestar, he sentido la tentación de reducir el texto a una sola frase: están ustedes ante un trabajo de imprescindible lectura.

No puedo, sin embargo, desaprovechar esta oportunidad para hacer política. Porque reivindico la dignidad y la necesidad de que haya quienes a través de la política democrática luchan para convertir las ideas — algunas veces digo “sueños” — en realidades con la buena gestión de los recursos públicos. Como político, he prestado la mayor atención a los problemas de la sanidad madrileña. He denunciado sus carencias y, sobre todo, he lamentado la inexistencia hasta ahora de un proyecto global, camuflado por actuaciones improvisadas, con resultados efectistas.

Durante muchos meses he recogido las quejas de miles de madrileños, tanto usuarios como profesionales de la sanidad, exigiendo un cambio. No quieren ser ciudadanos de segunda división a los que se arroja, como en el campo de la educación, hacia el espejismo de la atención privada.

Como político defensor del modelo socialdemócrata, y de los valores éticos y de igualdad, tengo muy claros los conceptos fundamentales que deben ser defendidos porque han demostrado su eficacia en producir satisfacción colectiva y avanzar en el camino de la equidad. Pero, como político, conozco también la necesidad de trabajar en equipo y recibir el mayor número de aportaciones de profesionales en cada una de las materias a gestionar desde las responsabilidades de gobierno.

Por eso, desde hace casi dos años, he estado en contacto permanente con el grupo de especialistas que han elaborado el Libro Blanco de la Sanidad de Madrid tras un laborioso proceso de encuentros abiertos y consultas en la red a centenares de profesionales de los distintos ámbitos de la sanidad. Mi gratitud, hoy, por el entusiasmo con el que han respondido a mi demanda, demostrando la posibilidad de practicar un civismo activo que debe impregnar el tejido social con iniciativas enriquecedoras de un pulso democrático que no se agota en una cita electoral.

No tengo ninguna duda sobre el rigor y la experiencia que se acumulan en estas páginas. Ni sobre la ilusión y la ambición latente en que se conviertan en la guía de Buen Gobierno para Madrid. Deseo que este libro suponga una obligada referencia para cualquier debate sobre el modelo sanitario alejado de la superficialidad y el sectarismo ideológico. Precisamente, en plena sintonía con las consideraciones de este documento, puedo garantizar, de nuevo en mi condición de político, que haremos desaparecer cualquier sospecha sobre que la adscripción o proximidad a unas siglas impere sobre la cualificación profesional y el mérito demostrable a la hora de asumir responsabilidades de gestión, a todos los niveles.

Disfrutamos de un gran capital humano al servicio de la Sanidad Pública. Un colectivo

envidiable al que debemos estimular y devolver confianza. Ellos debieran ser los lectores prioritarios de este Libro Blanco. Porque muchos de ellos son sus autores, aunque hasta hoy no conozcan el conjunto de sus aportaciones.

La sanidad pública de Madrid tiene un gran potencial científico, técnico y humano, que en los pasados años se ha deteriorado por el mal gobierno, el oportunismo y la incompetencia. Pero estamos a tiempo de cambiar las cosas; a tiempo de parar la fragmentación; de recomponer la organización territorial; de introducir racionalidad técnica y sacar interés de lucro; de hacer descentralización de la buena: transparente, responsable, con órganos colegiados de gobierno, con rendición de cuentas; de incorporar a los clínicos a la gestión en éstas mismas claves de autonomía y ética de servicio público; de tender puentes entre lo sanitario y lo social; de buscar la equidad del sistema acercando los servicios a los más excluidos y necesitados.

Estamos a tiempo, también, de aplicar las buenas lecciones de los sistemas sanitarios de aquellos países y regiones donde lo público funciona: resituando a la atención primaria como eje del sistema y apoyándola para que sea el agente personalizado, confiable y estable de los pacientes; reorganizando la red hospitalaria de agudos, de crónicos y de alta especialidad para mejorar la eficiencia y la calidad; aprendiendo a crear organizaciones sanitarias integradas y a trabajar adecuadamente con los enfermos crónicos, pluripatológicos y frágiles.

Y, sobre, todo, estamos a tiempo de volver a encontrarnos con todos los agentes sanitarios y sociales para que el diálogo y la reflexión compartida permita cimentar un nuevo contrato social que aporte fortaleza y estabilidad al servicio público de salud de Madrid: éste es un patrimonio de todos, y a todos nosotros corresponde asegurar su sostenibilidad.

Apoyo sin reserva alguna dos retos: el primero, que la calidad del Sistema Público de Salud de Madrid se mantenga en un nivel de excelencia que garantice el uso por todas las clases sociales; en palabras más claras: no aceptaré que la sanidad pública se descapitalice y acabe siendo una "sanidad para pobres", ya que todos sabemos que ésta acabaría siendo una "pobre sanidad"; y el segundo es el reto de que leguemos a la siguiente generación una sanidad pública mejor que la que nosotros recibimos de nuestros mayores: a esto, y no a otra cosa, yo llamo sostenibilidad.

Y vuelvo al principio: es un libro de imprescindible lectura. Desde luego para quienes vamos a defender sus ideas reformistas y regeneradoras sobre la sanidad de Madrid, con la convicción de ponerlas al servicio de una Comunidad que espera y exige limpieza y eficacia en la gestión.

Para que Madrid vuelva a ser una *Comunidad*, articulada, cívica y decente, necesitamos restaurar los principios de justicia, igualdad y solidaridad. Éstos son precisamente los grandes referentes que deberán de regir la acción política. Y este es mi compromiso.

Madrid, 31 de enero de 2011

Introducción

No son pocas las razones para hacer este Libro Blanco

Este Libro Blanco es el resultado del esfuerzo de muchas personas; quizás la razón más importante es la dolorosa conciencia de que la situación sanitaria de Madrid es intolerable. Madrid no puede seguir con el actual proceso de deterioro y confrontación en su Sistema Público de Salud. Madrid es una de las Comunidades Autónomas peor gobernadas en lo sanitario; el radicalismo ideológico la aparta de otras experiencias de gobierno de centro-derecha; el sectarismo partidario reduce la libertad para expresar y trabajar problemas y consolida modelos cortesanos y clientelares en el ámbito directivo y profesional; y la incompetencia creciente en políticas sectoriales lleva a la Comunidad de Madrid a un estilo de gobierno de ignorancia atrevida donde no se rectifican los errores sino que se profundizan y agrandan.

Para mucha gente de distintas ideologías y sensibilidades, esto es simplemente inaceptable. La sanidad es un tema demasiado importante para los ciudadanos, como para exigir y exigirnos un gran esfuerzo de construcción de propuestas que permitan recuperar la senda de la racionalidad y del consenso básico entre todos los agentes políticos, sociales y ciudadanos.

Por eso, los que queremos a la sanidad pública, y creemos que es posiblemente el servicio de bienestar más importante para crear sociedades justas y decentes, hemos dado un paso al frente, y hemos decidido hacer algo. En este punto ha habido una feliz coincidencia con la iniciativa de Tomás Gómez, el Secretario General del Partido Socialista de Madrid, de buscar un puente hacia el ámbito técnico y profesional del sector sanitario para explorar alternativas de cambio. Este encuentro se materializó en una encomienda para hacer un Libro Blanco. El encargo de estudios y propuestas para basar las políticas en la mejor evidencia y criterios disponibles, revela una actitud de respeto al conocimiento y la experiencia técnica; y en éste caso es particularmente meritoria, porque está siendo cada vez más inusual en nuestro medio.

La construcción de alternativas tiene también algunos peligros. La irracionalidad técnica y la pasión privatizadora del ejecutivo autonómico permiten hacer una crítica excesivamente fácil, y con poco esfuerzo. Deslizarse por la impugnación de toda medida impopular es una tentación tan irresistible como precaria, pues hipoteca el futuro al sólo posicionarse negativamente, y no emplear el tiempo y la energía necesaria para articular un discurso y una estrategia alternativa.

No se trata de elaborar un documento político o un programa de gobierno; se trata de buscar un consenso estratégico para definir los senderos y trayectorias de transformación que debemos desarrollar. Algunos sencillos, otros más complejos, y en algún caso potencialmente conflictivos.

En el fondo de este proyecto subyace una transacción enormemente valiosa: la función política otorga un voto de confianza a la función técnica y profesional; el Libro Blanco pretende ser una respuesta a éste depósito de confianza, marcando, a través de una reflexión profunda y actualizada, una serie de líneas de transformación hacia una nueva cultura donde los servicios públicos además de fomentar la equidad sean socialmente eficientes. En otras palabras, es un nuevo contrato social que se apunta, en el cual la Sanidad Pública de Madrid se compromete a protagonizar esta transformación, si recibe la financiación, las

herramientas organizativas, la autonomía y la confianza política necesarias.

La autoría de este Libro Blanco

Cuando al final del estreno de una obra de teatro el público pide que salga el autor, significa que el resultado es mucho más positivo que si exigen que salga el responsable de la obra. En este caso, los responsables somos los cuatro editores del informe; a nosotros se nos deben atribuir los errores, problemas y desacuerdos fundamentales; porque a lo largo de este año de elaboración hemos dado forma al ingente material de documentos, aportaciones y críticas facilitado por muchísimas personas, y hemos tenido que moldear esta arcilla originaria para conformar un texto internamente consistente, técnicamente robusto, y con factibilidad operativa para trasladarse a procesos de gobierno y gestión.

Al final de esta introducción figura una lista de agradecimientos a las personas que han contribuido de manera más señalada y relevante a rellenar el gran depósito de ideas del cual surge este Libro. Ellos, y muchos otros más que nos es imposible de reseñar, son los auténticos autores de esta obra; los que firmamos como editores no podríamos haber trabajado sin las aportaciones, ideas y críticas que ellos nos hicieron; gracias a todos, gracias de verdad.

Su estructura y contenidos

Este Libro Blanco tiene cinco bloques temáticos:

El primero se refiere al **Buen Gobierno**, tema central porque en el *diagnóstico* de los males que aquejan a nuestro sistema público de salud, es precisamente el desgobierno y el alejamiento en la defensa del interés general una de los factores causales más relevantes; pero también, porque en el *tratamiento* una buena dosis de políticas de gobernanza o Buen Gobierno nos introducen en un nuevo marco organizativo más avanzado para afrontar los problemas del sector combinando mayor calidad democrática con mayor descentralización y más capacidad de decisión responsable local para conseguir eficiencia social.

El segundo plantea el compromiso de hacer de Madrid una **Comunidad Saludable**: no sólo persigue rehacer la senda de una política destructiva hacia las organizaciones y programas de Salud Pública, sino que busca dar un salto cualitativo y reorganizar las funciones de autoridad sanitaria para generar un marco intersectorial desde el cual se puedan realizar “políticas públicas de salud”, así como revitalizar el tejido científico, técnico y profesional de la salud pública a través de un nuevo encaje organizativo y funcional.

El tercer bloque busca dibujar un nuevo ámbito de **Ciudadanía Sanitaria** para la población de la Comunidad de Madrid: las personas deben ser investidas de derechos y responsabilidades; ambas devuelven protagonismo a los ciudadanos, y fomentan sociedades más maduras y decentes. También permiten formalizar el contrato social implícito con ciudadanos y pacientes, y guiar las transformaciones del servicio público de salud, para que precisamente sea la mejora del servicio la que guíe las prioridades y los esfuerzos.

El cuarto bloque establece las líneas de trabajo para **Rediseñar el SERMAS**; El Servicio Madrileño de Salud (SERMAS) debe cambiar radicalmente en su configuración organizativa, para ser una agencia capaz de gobernar de forma ágil y descentralizada una compleja red de centros y servicios; debe restaurar las Áreas de Salud, e incluso buscar modelos avanzados de descentralización y Buen Gobierno para que los ciudadanos de un territorio asuman mayor protagonismo y capacidad de decisión y control; debe poner la Atención Primaria en el centro de la organización clínica y socio-sanitaria, para velar por una buena medicina integrada y orientada a los problemas sanitarios y de cuidados de los pacientes, especialmente los crónicos y frágiles; debe construir una auténtica Red Hospitalaria Integrada de Servicio Público, introduciendo el profesionalismo y la gestión clínica; también revitalizar e integrar la Salud Mental en su doble dimensión sanitaria y social y convertir el SERMAS en un gestor inteligente de la tecnología y la innovación para garantizar la eficiencia y sostenibilidad futura.

El quinto bloque, formula la necesidad de **Un Compromiso de Todos por la Sostenibilidad**: los cambios que se plantean no son fáciles, y la lógica dominante de instituciones y agentes políticos y sociales es renuente a sacrificios o cesiones; pero el marco económico, financiero y fiscal exige un cambio profundo y sin demoras en la conciencia y la actitud de todos: revitalizar el pacto o contrato político y social con los agentes que hoy determinan los cambios en la sanidad, es un objetivo fundamental para estimular la generosidad y la capacidad de llegar a acuerdos, en beneficio de nuestros conciudadanos y de los pacientes.

El Libro Blanco destaca una serie de **Recomendaciones** que simplemente buscan fijar ideas clave que tienen más fácil traducción operativa, y mayor proyección hacia la acción de gobierno.

Normalización, Reformismo y Regeneracionismo

Nos hemos dado cuenta progresivamente que el Libro Blanco ha desarrollado tres esferas de transformación de la sanidad.

La primera es de simple *normalización*: salir de la pesadilla de desgobierno para despertarnos otra vez en la cotidianidad de un servicio público de salud como los demás, con sus problemas y sus dificultades habituales. Pero desandar lo andado es difícil en la sanidad, porque las nuevas sendas marcan una dependencia de difícil retorno.

La segunda esfera ha sido *reformista*; dado que la bicicleta no puede pararse sin peligro de caer, la Sanidad Pública de Madrid debe ensayar un perfil de avance decidido hacia la nueva gestión pública; debemos reencontrarnos con los procesos más avanzados de reforma y transformación virtuosa de los Sistemas Sanitarios Públicos, y confluir con ellos para conseguir cambios que realmente impacten en la salud de la población.

Y la tercera esfera se ha ido incorporando como necesidad instrumental: el *regeneracionismo* es un componente de calidad democrática que se precisa para hacer posibles los cambios y para garantizar la sostenibilidad del Estado de Bienestar, y en particular de la sanidad pública. Si el reformismo en las políticas busca que el espacio público promueva el bienestar, la equidad y la eficiencia social, el regeneracionismo actúa a partir de la ética pública y el Buen Gobierno modificar las reglas de juego de cara a construir sociedades decentes, movilizándolo para ello la parte honesta de nuestra sociedad.

Por lo tanto, este Libro Blanco ha tenido que integrar necesariamente estas tres orientaciones: para la normalización ha tenido que buscar reformas profundas; y para sostener éstas ha precisado propuestas regeneracionistas en el modo de gobernar el sistema público de salud.

Del pensamiento a la acción

Este Libro Blanco intenta basarse en la mejor evidencia posible; buscar traer las mejores ideas; ha pretendido ser un texto nacido del mundo del conocimiento; pero no es un texto académico; está orientado a la acción; apela al compromiso de todos, y tensa todos los análisis para encontrar líneas de cambio y transformación de la realidad sanitaria.

Pero este texto tampoco es un programa político, aunque apele a la acción; su lenguaje es esencialmente técnico y profesional, más preocupado por la consistencia interna del modelo de gobierno y gestión de la sanidad, que por el atractivo electoral de las propuestas o el marketing publicitario de los mensajes.

Esta curiosa e inestable intersección entre lo técnico y lo político es el territorio donde se ha desenvuelto este Libro Blanco; inestable y vulnerable, obviamente; para compensar lo primero ha sido suficiente nuestra vocación y compromiso con el cambio; para lo segundo sólo cabe pedir comprensión e indulgencia a los lectores por los fallos y omisiones que pueda haber en el texto. En efecto; los sistemas sanitarios modernos son estructuras tan extensas y complejas que por grande que sea un tratado, muchos ámbitos, aspectos o enfoques quedarán necesariamente desatendidos; en este caso más aún, porque el Libro Blanco de la Sanidad de Madrid es el resultado del trabajo vocacional de mucha gente, incluidos

los cuatro editores; muchos amigos que han hecho un trabajo muy importante sin más retribución que la satisfacción de cumplir con un deber moral; realizado en horas sacadas fuera de la jornada habitual; y con la sensación de estar trabajando en el vacío, o al menos con un gran silencio de la sociedad madrileña aún adormecida.

Pero finalmente todo empieza a moverse; este Libro Blanco que hoy tienen los lectores en su mano, es un fruto tangible de los nuevos tiempos de ya están asomando; por eso estamos profundamente satisfechos y esperanzados; y con la sensación de haber cumplido con nuestra obligación de sanitarios comprometidos con la salud y el bienestar de nuestros conciudadanos. A los ciudadanos y pacientes de hoy, y de las generaciones futuras; a ellos, precisamente les dedicamos este Libro Blanco de la Sanidad de Madrid.

Agradecemos a todos los miembros del grupo redactor, a los que han participado en los foros y reuniones convocadas en colegios profesionales y asociaciones, a los que han enviado sus aportaciones o críticas a través de la web y a los que han hecho llegar sus opiniones y reflexiones por otros medios su valiosa ayuda. Y esto solo ha de ser el comienzo.

**José Manuel Freire Campo, José Ramón Repullo Labrador,
Luis Ángel Oteo Ochoa y Manuel Oñorbe de Torre**

Editores

Hacemos una mención especial en nuestro agradecimiento a algunos de los profesionales que han colaborado con textos, documentos, aportaciones, sugerencias y críticas en la redacción de alguno de los capítulos de este libro blanco: Marta Aguilera, Asunción Prieto, Ángel Fernández, Joaquín Ortuño, Justo García Yébenes, Frutos del Nogal, Juan José Cañas, Antonio Iñesta, Alberto Fernández Liria, Manuel Desviats, Pedro Cuadrado, José Martín Martín, Jesús Caramés, Antonio Elviro Arroyo, José Luis Rodríguez Agulló, Guillermo Sierra Arredondo, Celia Martínez de Argenta, Juan José Geroás, Juan Hernández Yáñez, José M^a Antequera Vinagre, José Ramón Mora, Jorge Martínez Reverte, y a muchos otros que nos han ayudado pero cuyo nombre no incluimos aquí.

Capítulo 1

Buen Gobierno de la sanidad en Madrid

El Buen Gobierno: la clave para renovar la sanidad pública de Madrid

1.1. Introducción

La sanidad pública de Madrid es un tema de la máxima importancia. Lo es para cada ciudadano individualmente, porque nos va mucho en que responda bien cuando nosotros, amigos y familiares la necesitemos (y pocas cosas hay más seguras: algún día, todos la necesitaremos). Es importante para la sociedad en su conjunto por ser fundamental para la cohesión social y el bienestar general, por su peso económico (más de 9.000 millones de euros, más de 60.000 empleos directos), así como por su contribución a la economía de la región, a su capital científico, humano y tecnológico. En definitiva, nuestra sociedad y nuestra vida sería impensable hoy sin un sistema sanitario público que responda. Y el problema es que en los últimos años, los gobiernos del PP-Aguirre han creado en la sanidad pública de Madrid una situación que pone en peligro en nuestra Comunidad los logros del Sistema Nacional de Salud (SNS) español. Ello ha hecho sonar las alarmas de multitud de ciudadanos activos e informados, de asociaciones ciudadanas y de los sanitarios comprometidos con su profesión. Es esta situación de deterioro, y la necesidad de cambio, la que motiva la reflexión de este Libro Blanco sobre los problemas actuales de la sanidad de la Madrid y las alternativas para revitalizarla, mejorando su calidad y eficiencia.

El desarrollo de la Constitución de 1978 ha descentralizado en cada una de las diecisiete Comunidades Autónomas (CCAA) españolas la gestión de los servicios públicos que más directamente nos afectan: sanidad, educación, servicios sociales. Desde 2002, en la práctica, estos servicios son competencia real de todas las CCAA; de hecho, constituyen sin duda su más importante responsabilidad y obligación. Prueba de ello es que presupuesto combinado de estos tres grandes servicios públicos representa más del 80% del presupuesto medio de las CCAA en 2010, y nada menos que el 85% en Madrid. Desgraciadamente la población todavía no tiene tan interiorizado como sería necesario que la principal responsabilidad de los políticos que gobiernan las CCAA es la buena gestión de estos servicios públicos básicos; todavía la situación de la educación, la sanidad o los servicios sociales en cada Comunidad no constituye la materia central del examen electoral para dar o negar la confianza en las elecciones autonómicas. Y sin embargo, así debiera ser, porque todas las CCAA tienen los mismo instrumentos y sin embargo, mientras la sanidad es satisfactoria para 83% de los ciudadanos de Asturias, tan sólo lo es para el 56% de los de Madrid, según datos del CIS.

Hay pues gobiernos autonómicos que lo hacen mejor que otros en sanidad, y el gobierno PP-Aguirre en Madrid lo está haciendo tan mal que preocupa a mucha gente, y es uno de las principales causas de su desprestigio. El mal funcionamiento de la sanidad

madrileña es muy evidente y lo iremos viendo a lo largo de este Libro Blanco, más por contraste con las propuestas que avanzamos, que por repetir y enumerar lo que todo el mundo sabe y sufre: ambulancias que no llegan, desmantelamiento de la salud pública, destrucción con el Área Única de la organización racional y equitativa de los recursos sanitarios por territorios, privatización de hospitales, encarnizamiento contra el derecho a morir dignamente, oscurantismo y falta de transparencia en las listas de espera, desmoralización de los profesionales, etc., etc. A lo largo de este Libro Blanco ofreceremos alternativas y recomendaciones para cambiar todo esto y dar un gran avance a la sanidad pública de Madrid. Pero los cambios que proponemos solo serán duraderos si tienen en cuenta el por qué del deterioro actual y apuntan a la raíz del mismo, echando así las bases para un futuro mejor -de calidad, eficiencia y equidad- en la sanidad madrileña, gobierne quien gobierne.

El por qué, las causas del deterioro de la sanidad con los gobiernos PP-Aguirre son múltiples, están entremezcladas y se potencian entre sí: la corrupción, puesta en evidencia con la trama Gürtel, no ha respetado ningún sector y evidencia la utilización generalizada de lo público para intereses personales; la falta de transparencia, especialmente evidente en las concesiones al sector privado, pero también en los nombramientos y en las listas de espera; la ocupación partidista de cargos de responsabilidad, sin importar competencia y experiencia; la improvisación en la toma de decisiones; la colusión de intereses entre lo público y lo privado, etc. Estas y otras muchas son las causas del deterioro de la sanidad en Madrid durante los últimos años. El largo listado de su enumeración se podría resumir con una sola palabra: desgobierno, mal gobierno.

Profundizar en la raíz de este desgobierno que nos llevaría a una conclusión corta, pero de gran calado: falta de ética pública y de ética política; en definitiva: pérdida de los valores que dan calidad a la democracia y hacen posible el gobierno y gestión de lo público al servicio del interés común. Por ello, la base de la alternativa que este Libro Blanco presenta es lo contrario de lo que han venido haciendo los gobiernos PP-Aguirre: los valores, principios e ideas del Buen Gobierno. El argumento central es que si los problemas actuales de la sanidad pública en Madrid derivan de la pérdida de los valores de ética pública y política y de servicio público, estos valores han de estar en la base de todas las propuestas y recomendaciones de cambio. Por ello, las propuestas de Buen Gobierno constituyen el mejor antídoto contra el deterioro experimentado por la sanidad durante los años de gobierno del PP-Aguirre, y una inyección muy necesaria de moral y confianza regeneracionista para los profesionales sanitarios de Madrid.

Los valores del Buen Gobierno responden a una lógica profundamente democrática, con un gran respaldo doctrinal, y en nuestro país, afortunadamente, también legal. Tienen la fuerza normativa de lo que por principios se debe hacer, pero también todo el respaldo que a los principios le dan leyes, aunque éstas no siempre se cumplan. Además, la práctica de los países con un sector público más desarrollado y ejemplar (los Países Nórdicos, por ejemplo) ha comprobado empíricamente la efectividad de los principios del Buen Gobierno para lograr que todos los servicios públicos funcionen con un alto nivel de eficiencia, calidad y equidad. Por ello, hacer del Buen Gobierno la base de nuestra propuesta de mejora de la sanidad madrileña es toda una garantía de escoger el buen camino para lograr alcanzar todo lo que los ciudadanos tienen derecho a esperar de su sanidad pública.

Este capítulo inicial del Libro Blanco está dedicado al Buen Gobierno de la sanidad pública de Madrid, a explicar su necesidad, los principios a los que responde, y en qué se debieran concretar sus propuestas para mejorar la sanidad pública de Madrid, tratándolas en dos grandes bloques temáticos. En primer lugar, abordando el Buen Gobierno corporativo del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS), cómo organizar sus órganos de gobierno y gestión para que la sanidad de Madrid responda con más eficiencia, calidad y equidad a su misión. En segundo lugar, aplicando los principios de Buen Gobierno a cinco temas estratégicos, de una gran importancia para el buen funcionamiento de la sanidad pública de Madrid que han estado o abandonados o mal gestionados por los gobiernos del PP-Aguirre: (1) la planificación sanitaria, (2) la financiación y gestión económica, (3) el uso racional del medicamento (que en la Comunidad de Madrid representa más del 26 % del gasto sanitario total), (4) la investigación y gestión del conocimiento (un activo estratégico

tanto para el presente como sobre todo para el futuro de la sanidad), (5) las tecnologías de la información que tienen un papel determinante en la sanidad moderna, y por último, (6) el compromiso que la sanidad pública de la Comunidad de Madrid ha de tener con el conjunto del Sistema Nacional de Salud del que forma parte.

1.2. Los retos y problemas de la Sanidad Pública en la Comunidad de Madrid

La sanidad pública de la Comunidad de Madrid es parte del Sistema Nacional de Salud (SNS), uno de los principales logros de nuestra sociedad, sin duda el mejor servicio público que tenemos los españoles, y un tesoro colectivo que tenemos la obligación de transmitir a la siguiente generación, con mayores niveles de calidad, eficiencia y solidaridad que lo hemos recibido. El buen funcionamiento general del SNS y el éxito colectivo que supone para nuestra sociedad no debe en modo alguno hacernos caer en la autocomplacencia, porque sus problemas e insuficiencias son también una evidencia que muchos profesionales, pacientes y sus familias comprueban diariamente. La sanidad pública española, junto con sus importantes características positivas (cobertura práctica universal, financiación pública, servicios basados en la Atención Primaria, acceso razonablemente equitativo a todos los avances de la medicina moderna, etc.), tiene problemas muy propios. Problemas que en la Comunidad de Madrid los podemos agrupar en tres grandes grupos: (1) comunes a los sistemas sanitarios de todos los países desarrollados, (2) específicos del conjunto SNS español y, finalmente (3) problemas propios del des-gobierno de la sanidad de Madrid por los gobiernos PP-Aguirre y su subordinación de los intereses públicos al interés privado (político y-o económico). Estos tres grupos de problemas, lejos de ser conjuntos aislados, por su naturaleza se interconectan y potencian mutuamente, agravados en Madrid por el sesgo neoliberal y anti-servicios públicos del gobierno de la Comunidad en los últimos años.

La sanidad de los países desarrollados comparte características, retos y problemas que son comunes, en mayor o menor medida, a todos ellos: aumento de las enfermedades crónicas y el envejecimiento de la población, evaluación e incorporación de nuevas tecnologías, efectividad y calidad de los servicios, dilemas éticos, control de costes y sostenibilidad, etc. Estos problemas siempre los tendremos con nosotros porque son consustanciales a la medicina moderna y a los sistemas sanitarios públicos; forman parte del debate permanente de valores, objetivos sociales e instrumentos para lograrlos de todas las sociedades democráticas.

Otros problemas son muy específicos del sistema sanitario español, algunos son estructurales (ligados a su desarrollo histórico), otros derivan de su cultura interna y del marco político y administrativo en el que se desenvuelve su organización y gestión. Se trata de problemas que terminan afectando negativamente a los pacientes y al trabajo de los profesionales, deslegitimando y erosionando apoyo social de la sanidad pública. Hay dos bloques de problemas especialmente relevantes, tanto por condición de problemas de base como por ser especialmente críticos en la sanidad de la Comunidad de Madrid: (a) la dualización de la cobertura sanitaria y, (b) los problemas de organización y gestión.

1.2.1. El lastre de una sanidad dualizada, especialmente en Madrid

Uno de los temas que más deslegitima al SNS español es su dualización que divide sanitariamente a los españoles en dos grupos muy desiguales: de un lado la inmensa mayoría de la población cubierta por el SNS y, de otro lado, los grupos que tienen un subsistema sanitario diferente, también de financiación pública: son los colectivos que pertenecen a sistemas especiales de Seguridad Social de los funcionarios de la administración del Estado (MUFACE, MUGEJU, ISFAS) y miembros de profesiones colegiadas (abogacía y arquitectura) con mutuas sustitutorias de la Seguridad Social. Estos grupos son atendidos mayoritariamente por la sanidad privada, en conjunto suman unos tres millones personas en toda

España, pero son especialmente numerosos en Madrid por ser sede del gobierno central; a ellos se suman los miles de ciudadanos de renta alta que contratan seguros médicos privados por diferentes motivos: en total más de un 25 % de la población de Madrid viene a tener una cobertura sanitaria diferente o adicional a la del SNS común que utilizamos la inmensa mayoría de los madrileños. El deterioro de la sanidad pública en Madrid en los últimos años ha contribuido no poco a esta situación, pues la sanidad pública sólo si es percibida como buena será utilizada por las clases medias más exigentes que se pueden permitirse otras alternativas; y viceversa: su utilización por estos grupos sociales contribuye a mejorar su calidad, tanto por su mayor nivel de exigencia como por su influencia social y política para lograr recursos y apoyar las reformas necesarias.

En los servicios públicos equidad y calidad están estrechamente relacionados y son interdependientes: un servicio para pobres termina siendo un pobre servicio, y al revés: si todos los grupos sociales utilizan un servicio público se genera una constante presión política y social para que éste mantenga niveles dignos de calidad y recursos. Por ello, un objetivo de gran trascendencia estratégica que desde el Libro Blanco recomendamos vivamente es dar una gran prioridad a que la sanidad pública de Madrid tenga un nivel tal que sea capaz de atender y servir por igual a todos los sectores sociales, como sucede en los países más avanzados. Es preciso revertir el deterioro de la sanidad pública heredado de los gobiernos del PP-Aguirre, mejorándola de tal forma que sea la primera elección natural de los funcionarios estatales cuyo sistema les permite elegir, y que haga innecesaria otra alternativa para las clases medias que se la pudieran permitir.

1.2.2. Problemas de organización y gestión

El Sistema Nacional de Salud español cuenta con activos positivos que comparte con los mejores servicios sanitarios públicos integrados del mundo, entre ellos los que destacan: estar basado en una buena Atención Primaria, su organización territorial y poblacional por Áreas de Salud (que en Madrid deberán ser restauradas), una excelente base de capital humano y profesional en todas las profesiones sanitarias y una dinámica y experiencia valiosa en gestión general, y calidad-efectividad de la práctica médica. Estos rasgos tan positivos, sin embargo, se ven lastrados por problemas de gobierno, organización y gestión, que están además notablemente agudizados en Madrid tras dos legislaturas de desgobierno sanitario.

La raíz de los problemas de organización, gobierno y gestión del SNS se encuentra en el marco organizativo general en el que se mueve la sanidad pública, que dista mucho de ser el más adecuado para los servicios sanitarios modernos. La organización y gestión del SNS español tiene cinco características generales que son especialmente negativas para su Buen Gobierno:

- **Burocratización por su integración indiferenciada en la administración pública común.** En España la inmensa mayoría de los centros sanitarios públicos y su personal están en la práctica integrados indiferenciadamente dentro de la administración pública común, antes gestionada por el Gobierno Central ahora de las CCAA; siendo los procedimientos propios de la administración pública española muy mejorables para sus propias tareas, cabe pensar lo inadecuados que resultan para gestionar con agilidad y eficacia la complejidad de los servicios sanitarios modernos;
- **Escasa autonomía tanto de los Servicios Autonómicos de Salud como de sus centros.** La gestión eficiente y el buen funcionamiento de los servicios sanitarios precisa un amplio margen de autonomía, tanto a nivel de cada centro e institución (hospitales, Áreas de Salud) como a nivel corporativo, para el conjunto del Servicio Autonómico de Salud; en la actualidad a ambos niveles se carece de la autonomía necesaria para responder con agilidad y eficacia en aspectos tan esenciales como personal o gestión económica;
- **Ausencia (o irrelevancia) de órganos colegiados de gobierno.** Los hospitales e instituciones sanitarias públicas españolas de modelo tradicional son las únicas en Europa

que carecen de un órgano colegiado de gobierno -Consejo de Administración, Junta de Gobierno, Patronato- ante el que rinda cuentas el gestor ejecutivo; por su parte los centros nuevos, con “nuevas formas de gestión” y forma jurídica de Fundaciones o Empresas Públicas, tienen órganos colegiados (Patronatos, Consejos de Administración), pero éstos son meramente nominales. La ausencia (o irrelevancia) de un Consejo o Junta que asuma la autoridad superior de las organizaciones sanitarias públicas limita radicalmente sus posibilidades de autonomía y dificulta la profesionalización y estabilidad de los gestores, dos aspectos imprescindibles para su buen funcionamiento;

- **Desprofesionalización y ocupación partidaria de todos los cargos de responsabilidad.** Todos los puestos de gestión en la sanidad pública son de facto de nombramiento político discrecional: desde el Director General del Servicio Autonómico de Salud, a todos los Gerentes de Hospital, Atención Primaria, y otras organizaciones. Es especialmente grave que últimamente esta dinámica llegando en Madrid incluso a los médicos Jefes de Servicio, como ha dejado patente los casos de los hospitales de Leganés y del Ramón y Cajal. Además, al reproducirse los nombramientos discrecionales de directivos hacia abajo en cascada, afectan a toda la estructura de gestión (dirección médica, de gestión, de enfermería, pudiendo llegar hasta las supervisoras de planta), causando inestabilidad y pérdida de autoridad, con consecuencias muy negativas para los centros sanitarios públicos;
- **Baja cultura de transparencia y rendición de cuentas.** La información pública transparente es una condición crítica de Buen Gobierno, pero la cultura de transparencia democrática y de rendición de cuentas sigue estando escasamente desarrollada en nuestro país, incluida la sanidad pública. Esto es especialmente evidente Madrid, como muestran los retrasos y carencias de las Memorias anuales de sus centros e instituciones y la pobreza informativa de sus portales de Internet

Estas y otras características negativas generales de la sanidad pública española exigen políticas sanitarias reformistas y regeneracionistas, basadas en los valores e ideas del Buen Gobierno. La tensión entre un marco general obsoleto y las necesidades y dinámica de unos servicios sanitarios, cada día más complejos y que están en la vanguardia tecnológica de la medicina moderna, exige emprender reformas de fondo, que en modo alguno pueden limitarse únicamente a nuevas formas de gestión diferenciadas para los centros nuevos, si no que deben incluir al conjunto del sistema sanitario público y a todos sus centros.

Para ello se cuenta con importantes activos, sin duda, el más importante de ellos es que, a pesar de un contexto nada favorable, el SNS ha sido capaz de generar una importante cultura de buena gestión, que no tiene comparación posible en ningún otro sector público español. El éxito de estos esfuerzos se ha visto muy amortiguado por un marco organizativo general inadecuado a la especificidad de la sanidad moderna, pero supone una excelente base de partida para un futuro en el que este marco pueda ser reformado.

1.2.3. Madrid: una sanidad con desgobernada con desconfianza en lo público

La política sanitaria de la Comunidad de Madrid de los últimos años ha agravado todas las patologías que puedan aquejar al modelo general de gestión de la sanidad pública español. Además, ha introducido un estilo propio de desgoberno que se ha traducido en la improvisación de todo tipo de medidas, el abandono de la planificación, la falta de transparencia en las decisiones, cambios erráticos de políticas, sectarismo partidario con interferencias continuas en la gestión y la práctica clínica (Hospital de Leganés), intereses privados que se imponen a los públicos, secuestro de información, falta de transparencia, etc. La gestión sanitaria de los últimos gobiernos de la Comunidad de Madrid se ha caracterizado fundamentalmente por: (1) abandono de la planificación sanitaria, (2) inmovilismo reformador respecto a los centros ya existentes, limitándose la gestión a la ocupación

partidaria de los cargos de responsabilidad, (2) gestión temeraria en la fórmula elegida (PFI-PPP) para la financiación y gestión de los nuevos hospitales y (3) importar a Madrid la fórmula más radicalmente privatizadora de la sanidad pública, el conocido como “modelo Alzira”, para los últimos hospitales nuevos. Los gobiernos del PP-Aguirre han tratado de compensar su escaso interés por mejorar con reformas la sanidad pública de Madrid, y la escandalosa falta de experiencia sanitaria de sus responsables, con un gran despliegue publicitario cuya estrella ha sido la construcción exprés de nuevos hospitales (ocho en la primera legislatura, cuatro planificados para la segunda), siguiendo como único criterio de planificación la intuición la Presidenta sobre su impacto político-mediático, sin análisis previo de necesidades sanitarias, y sin previsión alguna sobre los profesionales necesarios para su funcionamiento o como afectarían al funcionamiento y carga de trabajo de los grandes hospitales ya existentes. El desinterés del gobierno del PP-Aguirre por abordar reformas que mejoren la gestión y los servicios del conjunto de la sanidad, junto con su desconfianza hacia la gestión pública, le ha llevado a dejar a su inercia el grueso de la sanidad pública de Madrid, sin el menor intento de mejorar su gestión. En contraposición a esta pasividad resignada, en los hospitales nuevos aplica, sin molestarse lo más mínimo en explicar qué razonamientos le llevan a ello, dos nuevas fórmulas diferentes, ambas improvisadas y temerarias: hospitales bicéfalos (público-privados) para los primeros hospitales nuevos, y para los últimos la fórmula valenciana de privatización pura y dura del llamado “modelo Alzira”.

Los hospitales bicéfalos son un invento propio del gobierno PP-Aguirre, están gestionados por dos empresas condenadas a entenderse: una pública responsable de la parte puramente asistencial, y otra privada que lleva todo lo demás (esterilización, mantenimiento, limpieza, servicios administrativos, y un largo etcétera) y es la empresa que asumió la construcción del hospital con la fórmula de financiación privada (PFI-PPP). Dejando a un lado aquí el sobre coste adicional y la gran hipoteca que para las generaciones futuras supone la fórmula de financiación elegida (su cuantía total es imposible calcular por falta de información), hay que destacar lo inédito y arriesgado de gestionar un hospital a través de dos empresas, con los conflictos de todo tipo que ello puede conllevar a lo largo de la vida de un contrato de nada menos que treinta años (!).

Sin explicación alguna de por qué la fórmula de hospitales bicéfalos, que sirvió los primeros hospitales nuevos no sirven ya para los últimos, el gobierno de la Comunidad de Madrid ha importado para éstos el conocido como “modelo Alzira”, una fórmula que por su carácter netamente privatizador y su falta de transparencia solo existía hasta ahora en la Comunidad Valenciana -cuya gestión pública es más conocida por las crónicas judiciales que por sus bondades-. Este sistema supone la entrega de la atención sanitaria pública de la población de todo un territorio a una empresa privada con ánimo de lucro, en régimen de monopolio, a través la fórmula jurídica de concesión administrativa. Los problemas que presenta este modelo son múltiples, tanto teóricos (regulación, asimetría de la información, costes de transacción, monitorización, etc.), como prácticos (dificultad para obviar el oportunismo, conflictos de interés, control por parte del sector público, etc.); todos ellos suficientemente documentados en Valencia donde la opacidad y falta de transparencia de este modelo es algo más que un escándalo. Un ejemplo de los conflictos de interés a los que puede dar lugar introducción de oportunidades comerciales en sanidad pública es la sospecha de que, detrás del inusitado interés del gobierno PP-Aguirre en la creación del Área Única y en la posibilidad de elección de especialistas en cualquier centro de la Comunidad, podrían estar las compañías concesionarias tratando de expandir su mercado más allá de los límites del Área de Salud que les ha sido inicialmente concesionada. Por ello, es exigible la revisión a fondo los contratos de concesión administrativa existentes, en primer lugar para cumplir con la obligación pública de transparencia y rendición de cuentas, pero también para garantizar el interés sanitario general de la población y el buen uso de los recursos públicos.

Por otro lado, estas dos formas de gestión diferentes para los hospitales nuevos, junto con las ya existentes (centros tradicionales, empresas públicas, fundaciones, centros concertados) han convertido a la sanidad pública de Madrid en un parque temático de for-

mulas de gestión, carentes de evaluación alguna y de dirección y coordinación corporativa común. Si bien desde una perspectiva de interés público nada habría que objetar a la adopción de formulas de tipo empresa pública y fundación para gestionar servicios públicos, su introducción, tal como ha sido realizada, no constituye solución alguna para los problemas de gobierno y gestión del conjunto del sistema sanitario público: (a) por limitarse exclusivamente a los centros nuevos, y no ser posible su generalización al conjunto del sistema sanitario, y (b) por su mal diseño y regulación que dan un carácter meramente formal e instrumental a sus Consejos de Administración-Patronatos y mantienen el carácter político de los gestores, y finalmente, (c) por la ausencia de evaluación alguna que permita aprender de estas experiencias.

Lo reseñado arriba en modo corresponde refleja toda la realidad del desgobierno sanitario de la Comunidad de Madrid, únicamente una visión parcial y sucinta de algunos aspectos relevantes de la organización y gestión sanitaria de los gobiernos del PP-Aguirre en los últimos años. Es claro que la gran desorganización que muestra este panorama, en el que se mezclan intereses económicos, sectarismo partidario e ideológico, descapitalización técnica, y desorientación servicios, etc., requieren cambios y reformas en profundidad, con una aproximación no solo reformista si no regeneracionista que aliente el profesionalismo, que haga bandera de la transparencia, en definitiva que cure con Buen Gobierno los males ocasionados por el desgobierno.

1.3. El Buen Gobierno: principios y valores. Su contribución a revitalizar la Sanidad Pública en Madrid

1.3.1. Sobre el concepto de Buen Gobierno

La expresión Buen Gobierno en el sector público implica, en esencia, políticas y toma de decisiones que sirvan al interés público. Con la definición de Buen Gobierno sucede un poco como con la definición de salud; de la misma forma que entendemos qué es la salud desde nuestra experiencia de la enfermedad, el Buen Gobierno adquiere significado y valor ante sus contrarios: el mal gobierno y el desgobierno, cuya realidad es desgraciadamente bien conocida. Por ello, en ambos casos existe la tentación de definir estos conceptos en base a la ausencia de sus contrarios, enfermedad-incapacidad-dolor en el caso de salud, y corrupción, arbitrariedad, fraude, dictadura, incompetencia, despilfarro (y un largo etcétera) en el caso del Buen Gobierno.

Pero al igual que la salud según la OMS es mucho más que la mera ausencia de enfermedad o dolor, el Buen Gobierno va mucho más allá de la ausencia de corrupción, mala gestión, nepotismo, etc.: el Buen Gobierno implica, por supuesto, “buenos” resultados -lo que no sería poco-, pero no es sólo eso: exige que el proceso de toma de decisiones responda a valores éticos y a principios, y que, además, se ajuste a requisitos de participación democrática, transparencia, rendición de cuentas, respeto a las leyes, etc.

La esencia de la idea de Buen Gobierno son los valores éticos: de ética personal-cívica y de ética política, en definitiva, en virtudes cívicas. Por ello la expresión “Buen Gobierno” aplicada a la sanidad pública de la Comunidad de Madrid, no sólo contiene las claves más importantes para su reforma: tiene también un gran potencial para devolver la confianza en la política a ciudadanos y profesionales, mostrando cómo hacerlo mejor para que las cosas mejoren.

Las ideas y conceptos del Buen Gobierno están de actualidad en todos los ámbitos: en el mundo de las finanzas (a cuya ausencia se atribuye la crisis actual), en la empresa, en las políticas de desarrollo, en el sector público etc. El “Buen Gobierno”, aplicado al sector público, tiene como temas centrales la ética democrática y sus valores de transparencia, rendición de cuentas (accountability), y los objetivos de buscar el interés público con una gestión eficiente y profesional. Por ello el Buen Gobierno es en sí mismo un objetivo, porque responde a valores normativos que indican lo que es obligado, pero también porque es un

instrumento de efectividad comprobada en la práctica para lograr eficiencia y calidad en la gestión de lo público.

Valores de ética pública democrática y de servicio público en la sanidad

El Buen Gobierno se basa en la ética pública que establece un patrón moral de carácter general (universal) que define lo que está bien y mal desde la perspectiva de la colectividad, y que obliga a todos los individuos miembros de una sociedad, no únicamente a los responsables políticos y funcionarios. Esta ética se expresa en nuestra sociedad y en todas las sociedades democráticas avanzadas por el corpus moral de las Constituciones que incluyen explícitamente la dignidad de la persona, las libertades y los derechos fundamentales.

Los principios de la ética pública, según M. Villoria, son: (1) Respeto a los derechos humanos (ética pública), (2) El servicio al interés general, (3) Respeto al estado de derecho e imparcialidad en la aplicación de las normas, (4) Eficiencia y uso correcto de los bienes públicos, (5) Participación democrática y atención a las demandas de la ciudadanía, (6) La transparencia en la actuación pública, y (7) La plena rendición de cuentas. Estos principios obligan a todos los ciudadanos, pero los responsables políticos y gestores públicos tienen una especial obligación de ejemplaridad en relación con los bienes y valores que la ética pública protege y expresa. De los principios de la ética pública deriva la ética política, que no es sino ética pública aplicada al gobierno y a la gestión de lo público, de la Administración y de todos sus servicios. Para ello, define principios y reglas que son de obligado cumplimiento para todos los políticos y también para todos los empleados públicos, y aquellos que proveen servicios públicos, cualquiera que sea su estatus laboral o relación con el gobierno, de modo que para ellos, la ética política podría considerarse también ética profesional.

El concepto de Buen Gobierno es el resultado de concretar y hacer operativos los principios de la ética pública, política y profesional, en instituciones, instrumentos y procedimientos, de modo que estos respondan con efectividad, tanto a los requerimientos normativos de los principios, como a la evidencia empírica de su contribución a evitar el mal gobierno y lograr uno "bueno".

Recientemente el Consejo de Europa ha aprobado sus Recomendaciones para el Buen Gobierno de los Sistemas de Salud. En ellas se afirma que una buena gobernanza influye positivamente todas las funciones del sistema sanitario, mejorando su desempeño y, en última instancia, los resultados de salud; el esquema conceptual de los valores en el que se basan estas Recomendaciones incluyen los siguientes componentes: (a) Valores fundamentales: derechos humanos, estado de derecho y democracia; (b) Principios del sector salud: universalidad, equidad y solidaridad; (c) Objetivos finales: transparencia, responsabilidad, acceso, participación, eficacia, calidad y seguridad. Estas Recomendaciones se concretan en los seis puntos siguientes, referente en el que se inspiran las propuestas de Buen Gobierno sanitario de este Libro Blanco:

1. Leyes y reglamentos para el Buen Gobierno de un sistema de salud basado en los valores y principios fundamentales;
2. Promover códigos de conducta para la buena gestión del un sistema de salud;
3. Seguimiento y evaluación del Buen Gobierno del sistemas de salud;
4. Gestión de los conflictos de interés en los sistemas de salud;
5. Un sistema de Buen Gobierno contra el fraude y la corrupción;
6. Preparación de los profesionales relacionados con la salud para el Buen Gobierno: formación en el Buen Gobierno de los sistemas de salud basado en valores para profesionales sanitarios, administradores, gerentes y políticos.

1.3.2. Valores de ética pública democrática y de servicio público en la sanidad: sus implicaciones

Los principios de ética política y las Recomendaciones del Consejo de Europa para el Buen Gobierno de los Sistemas de Salud, aplicados a la sanidad pública de Madrid, implican tener como referentes para ésta:

- En primer lugar, los valores de cultura democrática y de servicio público, que incluyen: respeto a la ley y a las reglas, búsqueda del interés público, transparencia y rendición de cuentas, eficiencia, equidad, igualdad de trato y oportunidades, participación ciudadana y búsqueda del consenso, regulación de los conflictos de interés, etc.
- En segundo lugar, los valores y principios propios de la sanidad pública que son componentes esenciales de su Buen Gobierno. Entre ellos: universalidad y equidad en el acceso basado en la necesidad médica (y reduciendo al mínimo esperas y retrasos); efectividad, calidad y seguridad; eficiencia y sostenibilidad; centralidad del paciente (atendiendo sus necesidades, preferencias y valores); libertad de elección y autonomía profesional para los sanitarios.

Estos valores y principios tienen implicaciones muy directas en el gobierno y organización de lo público, y piden organizar y gestionar la sanidad con aquellas las fórmulas e instrumentos que mejor los pueden garantizar; para ello, es obligado analizar y tener en cuenta, tanto la experiencia propia, como la de otros sistemas de salud, basando las propuestas de reforma en la evidencia empírica de lo que funciona en términos de efectividad, eficiencia y equidad.

Avanzar en esta dirección implica abrir para la sanidad de Madrid una línea de innovación en la forma de hacer política sanitaria en sintonía con las aspiraciones de ciudadanos y profesionales y con la cultura democrática de los países más avanzados. En la sanidad madrileña, ello implica un cambio radical respecto a la situación actual, un programa de reformas profundas que debieran incluir, entre otras medidas:

- Cambios organizativos, que garanticen mejor rendición de cuentas y más transparencia y participación democrática, a través de nuevos órganos colegiados de gobierno, gestores seleccionados con criterios profesionales (acabando con la privatización partidista de lo público que considera los puestos de responsabilidad como botín electoral);
- Transparencia en todos procedimiento y decisiones, junto una transparencia informativa que haga pública “por defecto” toda información no personal;
- Cauces de participación real para profesionales y ciudadanos, con elaboración participativa y transparente de las políticas (basándolas en informes técnicos abiertos la consulta, al escrutinio y a las aportaciones);
- Políticas y decisiones basadas en la evidencia contrastable de su efectividad, interés público, eficiencia, etc.

Un corolario de la aplicación de esta filosofía del Buen Gobierno a la sanidad madrileña exige acabar con la actual politización de la gestión sanitaria del día a día; implica también la obligación de sacarla de la dialéctica partidaria gobierno-oposición, abriéndola a una amplia participación ciudadana y profesional. Ello será más factible a través de la creación de unos órganos colegiados de gobierno, bien diseñados y con reglas de funcionamiento adecuadas, que -como demuestra la experiencia de otros países- son perfectamente compatibles con la responsabilidad que corresponde al Gobierno de la Comunidad y con su obligación de rendir cuentas a la Asamblea. Este diseño del gobierno de los centros e instituciones de la sanidad es la única fórmula de eficacia probada para proteger los servicios sanitarios de la dura cultura adversarial y de confrontación que impregna la vida política

y que tienen una repercusión tan negativa en la estabilidad organizativa, en la percepción ciudadana, y a la postre, en la calidad y buen hacer de la sanidad pública en nuestro medio.

Finalmente, no cabe minusvalorar el impacto positivo que ello tendría en los profesionales sanitarios: los valores de ética pública conectan muy directamente y potencian los valores y la ética profesional médica y sanitaria, sin la cual no es concebible una buena sanidad. Igualmente, tampoco sería menor su repercusión positiva en la ciudadanía y en los pacientes, a los que tanta angustia causa ver la sanidad, de la que dependen, convertida en campo de batalla político-partidista.

1.3.3. La experiencia de Buen Gobierno de los países más ejemplares en servicios sanitarios públicos integrados, similares al nuestro

Los principios y valores del Buen Gobierno son una guía imprescindible para abordar la reconstrucción y revitalización de la sanidad pública de Madrid, pero también es obligado aprender de la experiencia propia y ajena, especialmente de aquellos servicios sanitarios que, siendo muy similares al SNS español, son considerados referentes de calidad, eficiencia y servicio público excelente. La experiencia de estos países, fundamentalmente el Reino Unido y los Países Nórdicos, es de gran valor para reflexionar sobre los cambios estratégicos que son precisos en nuestro sistema sanitario público para evitar muchos de sus problemas más específicos (burocratización, secuestro partidario, inestabilidad y politización de los gestores, ausencia de órganos de gobierno y control, de rendición de cuentas, etc.). Entre las características relevantes del gobierno y gestión de estos sistemas, cabe destacar las siguientes:

- Separación y diferenciación entre las organizaciones del sistema sanitario público y la administración pública general, con todo lo que ello implica;
- Existencia de consenso político y social sobre el carácter no no-partidario de la gestión sanitaria pública, en un contexto general en el que toda la administración pública por ley ha de ser políticamente neutral, estable y profesional;
- Generalización de los órganos colegiados de gobierno (Consejos de Administración) a todos los niveles de la sanidad pública (Hospitales, equivalente a Áreas de Salud, etc.); estos Consejos tienen la máxima autoridad y son un cauce de participación democrática y control social y cívico de los servicios públicos;
- Gestores profesionales, seleccionados por su capacidad y experiencia, los cuales responden ante los Consejos y carecen de carácter alguno de nombramiento político;
- Gran autonomía de gobierno y gestión, tanto a nivel central (de los Servicios de Salud respecto a la Administración general), como local (de los Hospital, Áreas, etc., dentro del respectivo Servicio de Salud), ello implica entre otras cosas que los centros emplean a su propio personal;
- Existencia de una cultura política democrática, basada en normas y códigos de conducta, que obligan a un alto nivel de transparencia y a la rendición de cuentas; esta exigencia se extiende a la obligación de justificación, explicación y debate de las decisiones políticas, y a que éstas vayan precedidas de informes (libros blancos) sometidos a conocimiento y discusión pública de ciudadanos y expertos.

Este listado contrasta vivamente con el marco organizativo en el que se desenvuelve nuestra sanidad pública, pero es indudable que responde mejor a principios de transparencia y rendición de cuentas del Buen Gobierno, y que tiene el aval de los hechos en lograr un alto nivel de calidad, de eficiencia y también de equidad (en estos países la sanidad pública es un derecho cívico igual para todos y utilizada efectivamente por todos los grupos sociales). Un ejemplo interesante de contraste entre la cultura política del gobierno de la Comunidad de Madrid y la de estos países es la dificultad de acceder aquí a la información

mientras que es normal poder consultar en Internet las Actas del Consejo de Administración de cualquier hospitales británico; otro ejemplo de este contraste es el ocultismo y falta de transparencia con la que aquí se han realizado los proyectos de hospitales construidos por el sistema PFI-PPP (financiación privada) y la obligación legal en el Reino Unido de comparar esta alternativa con el sistema tradicional. Por todo ello, las propuestas del Libro Blanco para el Buen Gobierno de la sanidad pública de la Comunidad de Madrid se inspiren no solo en los valores y principios generales si no también en la experiencia de los sistemas de salud que funcionan mejor, de España y de otros países.

1.3.4. Cinco ejes estratégicos para el Buen Gobierno de la Sanidad de Madrid, cinco capítulos del Libro Blanco

Los cinco grandes ejes estratégicos que vertebran las propuestas de Libro Blanco para reconstruir y fortalecer la sanidad pública de Madrid son:

1. Hacer de los valores y principios del Buen Gobierno el referente y guía de toda la política sanitaria en Madrid, orientando con ellos y con la mejor experiencia de otros sistema sanitarios su gobierno corporativo y el abordaje de los grandes temas;
2. Situar a pacientes y ciudadanos en el centro de la sanidad pública, planificando, gobernando y gestionando ésta para responder a sus necesidades, demandas y preferencias con la mayor calidad, eficiencia y equidad;
3. Rediseñar la organización y funcionamiento del SERMAS y de sus instituciones y centros de acuerdo con los valores y principios del Buen Gobierno, implantando nuevos órganos colegiados de gobierno y gestión a todos los niveles de la sanidad de Madrid;
4. Revitalizar la Salud Pública, impulsar la prevención, la protección y la promoción de la salud, haciendo de la buena salud y de la calidad de vida ligada a ella, una de las grandes prioridades de toda la política pública de Madrid, incluyendo en ella el medio ambiente, la lucha contra las desigualdades socioeconómicas en salud y la coordinación de los servicios sanitarios y sociales;
5. Buscar un nuevo contrato social para una sanidad pública de calidad y eficiente, con los profesionales, agentes económicos y sociales, y con los pacientes y ciudadanos, tomando como punto de encuentro los valores de la sanidad pública y del Buen Gobierno, para consensuar como reglas de juego democrático la transparencia, rendición de cuenta y buena gestión, gobierne quien gobierne.

Cada uno de estos cinco ejes estratégicos es desarrollado en detalle en un capítulo específico del Libro Blanco. Su selección como los grandes puntos en torno a los cuales se organiza nuestra reflexión y recomendaciones para mejorar la sanidad de Madrid expresa claramente cuáles son los problemas actuales y por dónde pensamos se debe avanzar en su solución. Por otro lado, la formulación de estos ejes estratégicos constituye un enunciado claro de los objetivos que debiera marcarse la sanidad de Madrid, así como de los instrumentos para lograrlos.

1.3.5. Decálogo para el Buen Gobierno de la Sanidad Pública de Madrid

Los valores explicitados arriba, y las mejores experiencias de otros países y sectores en el Buen Gobierno de todo tipo de organizaciones, pero muy especialmente en el de los sistemas sanitarios públicos integrados, ofrecen una base sólida para asumir estas diez líneas de actuación que son diez compromisos clave para el Buen Gobierno de la sanidad de Madrid:

1. **Una sanidad de-para-con los ciudadanos y pacientes, que son sus destinatarios y jueces.** La sanidad pública de Madrid estará pensada, gobernada y gestionada para responder a las necesidades, demandas y preferencias de los ciudadanos y pacientes; ellos son los dueños, destinatarios y los jueces de unos servicios esenciales para el bienestar individual y colectivo, y piedra angular de la justicia y cohesión social;
2. **Consejos de Administración-Gobierno en todas las organizaciones de la sanidad.** Para posibilitar la autonomía de gestión, garantizar la transparencia, la rendición de cuentas, ampliar la participación democrática, y así contribuir a la eficiencia, eficacia y calidad, en los servicios, se implantarán estructuras colegiadas de gobierno (Consejos de Administración-Gobierno) a todos los niveles del sistema sanitario; estos órganos serán la máxima autoridad de sus centros o instituciones y ante ellos responderán los gestores ejecutivos;
3. **Profesionalización de la gestión y de los cargos de responsabilidad.** Para hacer más eficaz, profesional y estable la función directiva, el nombramiento de todos los cargos ejecutivos, de alta dirección, de responsabilidad clínica o gestora, será realizado por procedimientos reglados de selección en los que exista concurrencia pública e intervención de los órganos colegiados de gobierno y de asesoramiento profesional correspondientes;
4. **Autonomía y capacidad gestora para que el Servicio de Salud de Madrid y sus organizaciones puedan responder a su misión.** El esquema actual organizativo y de gobierno del conjunto de la sanidad pública de Madrid será objeto de una profunda revisión, para retomar la planificación sanitaria, organizar Áreas de Salud, y dotar al Servicio Madrileño de Salud (SERMAS) de toda la capacidad y autonomía que sea precisa para prestar con la mayor calidad y eficiencia sus servicios, así como para desarrollar experiencias piloto que permitan ensayar y evaluar reformas, dar autoridad a los centros para incentivar y premiar la excelencia profesional y la dedicación extraordinaria, así como sancionar los incumplimientos;
5. **Transparencia democrática y rigor técnico en las decisiones.** Para una toma de decisiones más transparente e informada, reforzar la democracia, la participación (social, cívica, política y de expertos), y mejorar la calidad de las leyes y decisiones de política pública, todas las decisiones de importancia deberán contar con libros blancos e informes públicos en los que se analicen los problemas, alternativas y políticas que se proponen, de forma que la lógica de éstas pueda ser conocida, y recibir críticas y aportaciones de todos los ámbitos de la sociedad;
6. **Información pública para la rendición de cuentas y la participación.** Para favorecer la transparencia, la rendición de cuentas y la participación social, política y cívica, toda la información generada por la actividad pública que no desvele datos personales será “por defecto” de dominio público, asumiendo la carga de la prueba el órgano que limite su acceso público;
7. **Ética y ejemplaridad a todos los niveles: Códigos de Conducta y “Buenas Prácticas” donde no llega la norma.** Para potenciar la transparencia, rendición de cuentas, la ética y ejemplaridad en el desempeño de las funciones dentro de la sanidad, se fomentará la existencia de reglas y códigos de conducta específicos para todos los miembros de los órganos colegiados de gobierno y gestores ejecutivos del sistema sanitario, y para los profesionales y profesiones sanitarias con responsabilidades especiales en el sistema;
8. **Participación y asesoramiento profesional a todos los niveles; fomento del compromiso de médicos y enfermeras con el sistema sanitario público.** La sanidad es un servicio prestado por profesionales y la participación e implicación de éstos es esencial para su buen funcionamiento, por lo que, se potenciarán o se crearán estructuras

efectivas de participación de los médicos, enfermeras y otros profesionales en la elaboración de políticas sanitarias y en la toma de decisiones, y se buscará activamente con todas las profesiones la revitalización de las organizaciones colegiales sanitarias respondiendo a las necesidades y retos de la medicina del siglo XXI;

9. **Coordinación servicios sociales-sanidad para atender bien a los que más lo necesitan.** La sanidad está muy relacionada con la atención a la dependencia, a los enfermos crónicos, y la atención social a los pacientes con enfermedades mentales, ancianos, y otros dependientes: el Buen Gobierno de la sanidad exige un esfuerzo paralelo en los servicios sociales, por lo que existirán mecanismos eficaces de coordinación entre sanidad y servicios sociales, a todos los niveles de responsabilidad;
10. **La salud pública objetivo y prioridad de la acción del gobierno y de todas sus políticas públicas.** La salud es la razón de ser del sistema sanitario, pero depende críticamente de todas las políticas públicas, por ello se fortalecerá y revitalizará la Salud Pública de Madrid en todas sus dimensiones y estructuras, llevando sus acciones más allá del sector sanitario, haciendo de la prevención, la protección y promoción de la salud parte importante de la política pública y de las prioridades del gobierno de la Comunidad, buscando para ello el compromiso de ayuntamientos y de todas las organizaciones sociales.

En los apartados siguientes se desarrolla con mayor detalle los puntos más relevantes de este Decálogo: aquellos que afectan más directamente al componente crítico más deteriorado de la actual sanidad pública de Madrid: su sistema de gobierno corporativo. Este desarrollo apunta los aspectos más importantes de los cambios que son precisos sin entrar al nivel de detalle que precisaría su implementación práctica. Esta elaboración corresponde a una etapa posterior y debe ser realizada por iniciativa del gobierno de la Comunidad con grupos de expertos, como ya están haciendo algunas Comunidades Autónomas.

1.4. El Buen Gobierno corporativo del Servicio Madrileño de Salud

El concepto de gobierno corporativo en el sector público se refiere al conjunto de procesos y estructuras con los que se gestiona, controla y rinde cuentas en una organización pública. En una perspectiva más amplia, que sitúe a esta organización pública en relación con otros actores, por gobierno corporativo entenderíamos la gestión agencial de la organización, la estructura y funcionamiento de sus órganos de gobierno, así como los valores, comportamientos y relaciones entre la organización y las personas y entidades con intereses en ella (stakeholders). El Buen Gobierno de lo público, y de un modo especial, el Buen Gobierno de los servicios públicos, constituye uno de los retos más importantes, complejos y apasionantes de las sociedades modernas. El desafío que supone este reto en sanidad no admite comparación con ningún otro sector; además, en los sistemas sanitarios públicos integrados (con financiación y provisión públicas, como el nuestro), tiene características muy especiales, que dependen del marco político y administrativo, y de la cultura y tradiciones del entorno.

Nuestras propuestas para el Buen Gobierno corporativo de la sanidad pública de Madrid tienen como referente los objetivos y valores del Sistema Nacional de Salud, y el Decálogo expuesto arriba. Las buenas prácticas de gobierno, organización y funcionamiento de los servicios sanitarios públicos que proponemos, derivan tanto de los principios y valores generales de la idea de Buen Gobierno de los servicios públicos, como de la mejor experiencia de los países con sistemas sanitarios integrados públicos de funcionamiento más ejemplar (Países Nórdicos, Reino Unido, Nueva Zelanda).

En el Buen Gobierno corporativo del SERMAS es preciso distinguir dos grandes niveles:

- El marco general (nivel “macro”), aquel en el que se desenvuelve el conjunto de la sanidad pública de Madrid, su entorno político, legal y social, y de un modo más

específico los órganos de dirección superior política (Consejería de Sanidad, Dirección General del SERMAS, en cuanto organización central corporativa del mismo).

- El marco más concreto de las diferentes organizaciones que componen el SERMAS (nivel “meso”), como son: las Áreas de Salud, los hospitales, la Atención Primaria y otras organizaciones diferenciadas.

1.4.1. Marco general de buenas prácticas de gobierno para la sanidad pública de Madrid

El Buen Gobierno a nivel del conjunto de la sanidad pública de Madrid (a nivel “macro”) se refiere al entorno político, legal y social en el que ésta se desenvuelve y afecta de un modo más directo tanto a la Consejería de Sanidad como a la Dirección del SERMAS, pero contiene principios válidos para el conjunto de la sanidad. Las recomendaciones para el Buen Gobierno corporativo a este nivel incluyen:

- Desarrollar iniciativas para lograr el consenso profesional, social y político necesario para que la Comunidad de Madrid, a todos sus niveles, disponga de una administración sanitaria eficiente, políticamente neutral, profesionalizada y estable, que las condiciones que hacen posible un sector público de calidad;
- Promover por todos los medios posibles un marco normativo-legal y una cultura política democrática basada en la ética pública, transparencia y rendición de cuentas, en el que, entre otras medidas: *a)* Se cumplan las normas y se sancione su incumplimiento; *b)* Se regulen los conflictos de interés de todo el personal; *c)* Se establezcan medidas para prevenir y sancionar el fraude y cualquier forma de corrupción; *d)* Se obligue con total transparencia a todas las organizaciones a poner a disposición del público la información disponible y, *e)* Se obligue a justificar y rendir cuentas de las decisiones con informes, abiertos a consulta pública;
- Dotar al SERMAS de toda la autonomía de funcionamiento que sea necesaria para el cumplimiento de su misión, tanto en aspectos económicos como de personal, de modo que el SERMAS, tenga su propia dinámica de funcionamiento diferenciada de la Administración general de la Comunidad Autónoma, pues la especificidad y complejidad de los servicios sanitarios modernos aconseja que éstos tengan un marco organizativo propio, similar al de una empresa pública;
- Promover el debate profesional, social, y político que permita encontrar fórmulas, para: *1)* prevenir en la sanidad pública conflictos que puedan afectar negativamente a los pacientes, creando instancias de arbitraje y conciliación en interés de los pacientes y carácter de servicio público especial que tiene la sanidad, *2)* acordar fórmulas de negociación laboral y profesional en las que los responsables políticos de la sanidad puedan objetivar y proteger el interés público de ciudadanos y pacientes frente a sus propias debilidades e intereses políticos.

1.4.2. El Buen Gobierno de las organizaciones de la sanidad pública de Madrid

Por su parte todas las organizaciones que forman el SERMAS (Áreas de Salud, Hospitales, Atención Primaria y otras organizaciones diferenciadas) requieren que su Buen Gobierno corporativo incorpore buenas prácticas específicas de organización, gestión y funcionamiento cuyos elementos más importantes son:

- Contar como autoridad máxima de la organización con un Consejo de Administración-Gobierno ante el cual responde el director gerente;
- Gestión profesional, desempeñada por gestores seleccionados con transparencia por su experiencia y capacidad para el desempeño de sus funciones;

- Órganos de asesoramiento y participación profesional activamente implicados con la buena marcha de la organización;
- Todo un conjunto de normas explícitas de funcionamiento que incorporen buenas prácticas de organización y de gestión, así como de gobierno clínico, con especial referencia al buen servicio a los pacientes.

Estas características son esenciales para el Buen Gobierno de todas las organizaciones del SERMAS por su contribución a la efectividad, eficiencia y calidad de los servicios, pero también por su contribución al desarrollo y consolidación de valores de servicio público y profesionalidad en la sanidad pública. Por su importancia e interés cuentan con un desarrollo propio en este capítulo.

1.4.3. El papel crítico de unos Consejos de Administración-Gobierno bien diseñados para el Buen Gobierno de la sanidad pública

Son muchas las razones que justifican la existencia de órganos colegiados de gobierno (Consejos de Administración-Gobierno) en el SERMAS, no siendo la menor el hecho de ser ésta la forma por la que son gobernadas todas las organizaciones complejas. Uno de los argumentos de más peso para re-establecer Consejos de Administración-Gobierno en las organizaciones sanitarias públicas de nuestro país es su contribución potencial a la eficiencia y calidad de los servicios, dando estabilidad, legitimación y profesionalidad a la gestión, y haciendo posible el alto nivel de autonomía que precisan las organizaciones sanitarias modernas. Éstas precisan agilidad y autonomía en su funcionamiento, pero no sería prudente dotar de más autonomía a centros y organizaciones sanitarias sin las posibilidades de mejor control que aporta la existencia de unos buenos Consejos de Administración-Gobierno ante los cuales tenga que dar cuenta el gestor ejecutivo.

Toda propuesta de cambio surge del reconocimiento de los problemas existentes en el estado actual de las cosas y-o del deseo de alcanzar objetivos cuya consecución precisa dichos cambios. En el diagnóstico de los problemas de organización y gestión que tiene la sanidad pública es difícil aislar el factor “gobierno” de las organizaciones sanitarias de otras variables internas y del entorno. Sin embargo, existen sólidos argumentos para afirmar que la ausencia de órganos colegiados de gobierno, con atribuciones similares a las de un consejo de administración, ante el cual responda el gerente y que tenga algún papel en el nombramiento y cese del mismo, tiene mucho que ver con algunos de los problemas actuales de organización y gestión de la sanidad pública en nuestro país, entre ellos:

- la politización partidaria de la figura actual de los directores gerentes, que repercute negativamente en su legitimación y en la estabilidad de la organización;
- el déficit de capacidad de gestión y de autoridad que se manifiesta en no pocos aspectos del tejido organizativo de la sanidad pública, un problema no menor que frecuentemente es pasado por alto;
- la precarización de los cuadros directivos profesionales, especialmente obvio, por ejemplo, en la cadena de gestión de la enfermería, columna vertebral de la organización hospitalaria, cuyos puestos de responsabilidad son en la actualidad discrecionales e inestables (de ida y vuelta).

La puesta en marcha de unos buenos Consejos de Administración-Gobierno en cada una de las organizaciones sanitarias públicas aportaría grandes ventajas potenciales para el SERMAS, pues de ellos cabría esperar:

- La instauración de un referente claro de autoridad, legitimada social, profesional y políticamente; el carácter colectivo y no unipersonal de los Consejos y por su estabilidad y mayor horizonte temporal al margen de ciclos electorales, contribuiría a ofrecer garantías de buen funcionamiento y de cumplimiento de la misión de las organizaciones sanitarias;

- Mayor capacidad ejecutiva de los gestores y directivos, reforzados en su legitimidad profesional gestora, por haber sido seleccionados de modo abierto, en base a sus capacidades y meritos profesionales, por estar desprovistos de connotaciones políticas partidarias y por estar respaldados por la autoridad del Consejo; esta mayor capacidad de gestión redundaría en un mayor y mejor control de todos los aspectos de la gestión de las organizaciones sanitarias, incluidos algunos actualmente no bien atendidos (absentismo, incumplimientos, bajo rendimiento, estándares de calidad, etc.);
- Una más completa y mejor rendición de cuentas por parte de los gestores que tendrían que responder periódicamente ante un órgano colegiado, compuesto por varias personas y no únicamente ante el eslabón superior en la cadena de mando, como sucede en la actualidad; ello, a su vez, redundaría en una mayor transparencia en todos los aspectos de la gestión;
- Posibilitar un alto grado de autonomía para los centros y organizaciones sin riesgo de descontrol y discrecionalidad; la existencia de un Consejo hace posible un tipo de control más eficaz por parte del mismo, que permite dotar con garantías a las organizaciones sanitarias del alto nivel de autonomía que necesitan para el mejor desempeño de su misión;
- Mayor profesionalización y estabilidad de todos cuadros directivos y mandos intermedios que tan vitales son para el buen desempeño de las organizaciones sanitarias en áreas como: enfermería, gestión económica, gestión de personal, suministros, hostelería, mantenimiento, informática, etc.

Es importante insistir aquí en la gran diferencia existente entre los Consejos de Administración-Gobierno que planteamos en este Libro Blanco como “buenos”, y los que actualmente existen en la Comunidad de Madrid en los hospitales públicos de reciente creación. Los Consejos de Administración-Gobierno que proponemos poco o nada tienen que ver con los actualmente existentes: (1) en primer lugar, son diferentes por los principios y valores a los que responden y la filosofía organizativa y de gestión de lo público que ello implica (transparencia, rendición de cuentas, etc.); (2) en segundo lugar, son muy diferentes en su composición: en los Consejos existentes en la actualidad predominan los altos cargos que por su escasa dedicación a los mismos hacen de los Consejos unos órganos de gobierno meramente nominales; (3) en tercer lugar, son diferentes en sus funciones y en su funcionamiento: la gestión de los nuevos hospitales de Madrid con Consejos de Administración tiene, en la práctica, características muy similares a la de los hospitales tradicionales, pero incorporando lo peor de ambos mundos: discrecionalidad pseudo-empresarial de una fórmula de gobierno mal diseñada, gerentes de nombramiento discrecional político y la microgestión desde arriba, típica de los hospitales tradicionales.

1.4.4. Características de los Consejos de Administración-Gobierno que planteamos

La filosofía de los Consejos que planteamos en el Libro Blanco para el gobierno de todas las organizaciones que componen el SERMAS (Áreas Sanitarias, Hospitales, organizaciones especializadas) es bien diferente a la actualmente existen en la Comunidad de Madrid en los hospitales que tienen órganos de gobierno colegiado o patronatos. Los Consejos que planteamos, son auténticos órganos colegiados de gobierno de sus organizaciones, y se corresponden con los Consejos (Boards) que existen en la sanidad pública de los países que mejor la gestionan. Su función de auténtico Consejo de Administración, implica para sus miembros un compromiso de dedicación razonable de tiempo al mismo.

Estos Consejos responden a una concepción profundamente democrática de la gestión de los servicios públicos, que cuenta con sólido respaldo de la experiencia de otros sistemas sanitarios, para garantizar que la sanidad pública pueda cumplir su misión sanitaria y social con la mayor eficiencia y calidad. En esta visión, el Consejero de Sanidad, responsable

ante la Asamblea y la Presidencia de la sanidad pública, para desempeñar su responsabilidad con mayores garantías, en lugar de gestionar los servicios sanitarios a través de la cadena de mando político directo que existe en la actualidad, la sustituye por una red de órganos colegiados de gobierno. En ello, el Consejo de Administración del SERMAS (que él preside) delega parcialmente su autoridad y funciones, para que gobiernen las organizaciones de la sanidad pública de Madrid, gestionándolas a través de gestores profesionales. Con este esquema, se vuelve a dotar a los hospitales y otras organizaciones del SERMAS de las estructuras de gobierno que existen en todas las organizaciones públicas o privadas de un cierto volumen y nivel de complejidad, acabando con la anomalía escandalosa de unos grandes hospitales públicos sin órgano colegiado de gobierno y con gestores de nombramiento político.

Para que éstos nuevos Consejos cumplan adecuadamente su papel es fundamental que en su composición, regulación, funciones y funcionamiento incorporen y respondan, tanto a los principios generales del Buen Gobierno de lo público, como a las características que son comunes a las mejores experiencias y prácticas de gobierno corporativo de los sistemas sanitarios que sirven de referencia por su buen desempeño.

La reforma de los órganos de gobierno y de gestión de la sanidad pública de Madrid requerirá cambios normativos y organizativos, pero el aspecto más crucial para el éxito de esta reforma es lograr un importante consenso social entorno a los valores de ética y servicio público a los que responde, en torno a la lógica que la inspira, así como sobre las características principales del nuevo modelo de gobierno y gestión. Por ello en este apartado del Libro Blanco presentamos sucintamente alguna de las características que deberían tener los nuevos órganos colegiados de gobierno de la sanidad pública de Madrid. No pretendemos con ello definir un modelo acabado de estructura de gobierno, si no únicamente concretar las características más importantes de los nuevos Consejos, sobre las que habría que basar todo el paquete de medidas, legales, organizativas y de funcionamiento que serán necesarias para hacer operativa la reforma. Estas características son:

- Los Consejos de Administración-Gobierno serán la autoridad máxima de sus organizaciones, pero su autoridad solo podrá ser ejercida a través del Director gerente, que es el único órgano dependiente del Consejo con poder ejecutivo sobre la organización sanitaria;
- Las competencias y responsabilidades de los Consejos serán similares a las que, en general, corresponden a Patronatos y Consejos de Administración de otras organizaciones; ello significa que, dentro del marco corporativo común del SERMAS, sus organizaciones (Área de Salud, Hospitales, Atención Primaria, etc.) podrán tener el margen de autonomía necesario para el cumplimiento de su misión con eficiencia y agilidad;
- El mandato y el compromiso de los miembros de los Consejos estará establecido en la normativa y en los reglamentos. Incluirá velar por el cumplimiento de la misión de su organización (proteger los intereses de ciudadanos y pacientes en relación al servicio sanitario público), cumpliendo y haciendo cumplir la legislación vigente, el presupuesto, la política y objetivos sanitarios de la Consejería de Sanidad, así como las directrices corporativas de los órganos de gobierno y gestión del SERMAS;
- La Presidencia de los Consejos no tendrá carácter ejecutivo pues el responsable ejecutivo de la organización sanitaria será únicamente su Director gerente, quedando la gestión totalmente fuera de la responsabilidad del Consejo y de sus miembros.

1.4.5. Composición de los Consejos de Administración-Gobierno

Un punto especialmente crítico para la legitimidad y efectividad de este tipo de Consejos es un adecuado diseño del mismo, que comprende: (1) su composición (número de miembros, perfil y razón de ser de su presencia en el consejo), (2) los procedimientos para nominar (proponer) y nombrar a sus miembros, requisitos, deberes y obligaciones, (3)

funciones del Consejo y sus reglas de funcionamiento, incluida hacia dentro de la organización propia, su relación con el director gerente de la misma y, hacia arriba, con la dirección corporativa del SERMAS.

En estos temas no existe una evidencia internacional o nacional sólida que apunte hacia las ventajas inequívocas de un modelo determinado de composición de este tipo de Consejos. Por ejemplo, hay países donde los miembros de estos Consejos son elegidos –en todo o en parte– por elección directa de la población a la que estas organizaciones sanitarias sirven (Suecia, Nueva Zelanda, Escocia...), mientras que otros (NHS de Inglaterra) son nombrados discrecionalmente por la autoridad sanitaria.

Sin embargo, el análisis que hemos realizado sobre órganos colegiados de gobierno en los sistemas sanitarios públicos similares de otros países, aunque muestra una notable variedad de modelos, aporta ideas valiosas y permite concluir que hay algunas características comunes que son esenciales para la efectividad de éstos órganos de gobierno, entre ellas destacan: publicidad y transparencia en el funcionamiento, procedimientos claros de rendición de cuentas, apertura a la participación social, neutralidad política partidaria, normas precisas para garantizar comportamientos íntegros y así contar con la confianza de la sociedad y de los profesionales. Como no podría ser de otro modo, estas características forman parte esencial de nuestras recomendaciones para los Consejos de Administración-Gobierno que proponemos.

Ante la diversidad de planteamientos encontrada en otros países y la ausencia de referentes inequívocos, tras no pocos debates y dudas hemos optado por proponer para los Consejos de Administración-Gobierno de las organizaciones de la sanidad pública de Madrid, una composición-tipo en la deberían distinguirse tres tipos de miembros:

1. Representantes de la Dirección corporativa del SERMAS, que normalmente vendrían de sus servicios centrales; su función en el Consejo sería llevar al mismo la visión y líneas estratégicas corporativas de la sanidad pública de Madrid, sus normas e indicaciones, tanto las comunes para toda la Comunidad (referente a cumplimiento presupuestario-gestión económica, gobierno clínico, política de personal), como las concretas y específicas para cada institución u organización;
2. Representantes de los intereses sanitarios de la población local a la que sirve la institución u organización (Área de Salud, Hospital, Atención Primaria); parece conveniente que esta representación sea realizada a través de los Ayuntamientos por los concejales, en cuanto que representantes directamente elegidos por la población;
3. Miembros a título individual: serían personas nombradas por el Consejo de Administración del SERMAS por su contribución personal al Buen Gobierno de una organización sanitaria, dada su experiencia, formación, trayectoria profesional y voluntad-compromiso de servir a la sociedad ejerciendo el voluntariado cívico en un Consejo de la sanidad pública madrileña.

Esta propuesta tipo, dentro de la que caben no pocas opciones diferentes para la composición de los Consejos, es la que –excluida la elección directa por los ciudadanos, como existe en otros países– responde mejor las condiciones y circunstancias de la sanidad pública en la Comunidad de Madrid.

1.4.6. Características de los miembros a título personal de los Consejos de Administración-Gobierno

La correcta elección de estos miembros es un test crucial para el éxito de este modelo de composición de los Consejos. Para ello es esencial transparencia y publicidad, abriendo públicamente la posibilidad de proponer candidatos (nominación abierta), y realizando por parte del Consejo de Administración de SERMAS (que preside el Consejero de Sanidad) los nombramientos con criterios objetivables y equilibrados, evitando conflictos de

interés y sesgos de todo tipo. Es importante que esta selección contribuya a que el Consejo tenga una diversidad enriquecedora de experiencias y capacidades, e incluso una cierta “representatividad” social. Para ello, una opción muy positiva para reclutar candidatos a los Consejos es realizar un llamamiento público, solicitando nominaciones por parte de organizaciones sociales, profesionales, vecinales y de personas individuales, sin que ello otorgue representación alguna a las personas propuestas. En la evaluación de candidatos, además de tener en cuenta una buena combinación de conocimientos, experiencia profesional y trayectoria cívico-social ejemplar y relevante para las funciones a desempeñar en los Consejos, sería conveniente buscar personas que, además:

- tengan conocimiento y vinculación con la población local a la que sirve la organización sanitaria para conectar mejor con sus necesidades y preferencias;
- puedan aportar al Consejo diferentes sensibilidades sociales y un pluralidad de valores que refleje los de la sociedad, pues sería un gran fracaso de esta idea que estos nombramientos pudieran ser percibidos como partidistas o sesgados por nada que no sea la capacidad de contribuir al Buen Gobierno de la organización;
- permitan dotar a todos los Consejos de al menos un miembro que sea profesional sanitario de reconocido prestigio y trayectoria profesional de servicio público, con la limitación de que no podrá trabajar en o para la organización de cuyo Consejo sea miembro.

Es importante insistir en el carácter de voluntariado cívico que tiene la función de los miembros a título personal de los Consejos, porque ello enfatiza también que la contribución que se espera de los mismos al Buen Gobierno de las organizaciones de la sanidad pública no es meramente gestora, si no que tiene también un importante componente de cambio cultural: pretende contribuir a rodear a la sanidad pública madrileña de una corriente de afecto social, “desgubernamentalizándola” y haciéndola más cercana y propia de la sociedad a la que sirve, al implicar a ésta más directamente en su gobierno y gestión. Además, la consideración de servicio público y voluntariado cívico que significaría ser miembro de un Consejo de una organización de la sanidad pública madrileña, permitirá aprovechar para esta importante función social la experiencia, conocimientos y disponibilidad de tiempo del creciente número de personas jubiladas en plenitud de capacidades y con una valiosa experiencia.

1.4.7. Papel de los servicios centrales del Servicio Madrileño de Salud en la nueva estructura de gobierno de sus organizaciones

Este planteamiento de los órganos de gobierno y gestión de las organizaciones de la sanidad pública de Madrid, implica un gran cambio organizativo pero sobre todo cultural, por todo lo que supone de novedoso en la gestión pública no solo en Madrid, si no en el conjunto de SNS español. Se trata de un gran reto de gestión del cambio, con dimensiones políticas, profesionales, sociales y sanitarias; un reto que solo será factible si se convierte en un objetivo prioritario de la política de servicios públicos del gobierno de Madrid (no solo de la Consejería de Sanidad), y si para ello cuenta con todo el apoyo y el liderazgo de la Presidencia de la Comunidad. Además de esta condición política esencial, la implementación de estas reformas hace necesario concretar detalles clave del nuevo modelo de gobierno, poniendo en marcha instrumentos eficaces para su correcto funcionamiento. Algunos de estos detalles son de gran importancia para completar la definición y el carácter de los Consejos que proponemos, como por ejemplo, la protección de la independencia de criterio de todos los miembros de los Consejos para defender el interés de la sanidad pública; esta protección debiera contar con la garantía que supone el que nombramientos y ceses estén sujetos a un procedimiento formal y transparente.

Otro aspecto de gran importancia para el buen funcionamiento del nuevo modelo de gobierno las organizaciones del SERMAS es la reorganización de los servicios centrales de

éste, para adaptarlos a la mayor autonomía de su red de organizaciones y al papel que en la misma asumen los nuevos Consejos. De un lado, ello implica reorganizar sobre una nueva base el seguimiento de los contratos de gestión y del desempeño de las organizaciones de toda la red sanitaria. Pero sobre todo implica reorientar una parte importante de los servicios centrales hacia el apoyo técnico de los representantes corporativos del SERMAS en los Consejos de todas sus organizaciones sanitarias para realizar un buen seguimiento del desempeño de estas organizaciones. Además, los servicios centrales corporativos son esenciales tanto para la puesta en marcha del nuevo esquema de gobierno y gestión, como para su buen funcionamiento. Algunas de las tareas críticas para todo ello son:

- La elaboración del conjunto de normas de la nueva forma de gobierno y gestión y de sus órganos respectivos: los Consejos y gerentes profesionales; normas que deberían incluir todos los aspectos relevantes, como por ejemplo: perfil y características de los consejeros a título personal; procedimientos para su nombramiento y cese; perfil y papel del Presidente del Consejo; Código de Conducta, regulación de todo tipo de conflictos de interés, incompatibilidades, etc.; transparencia y acceso público a las actas de los Consejos, reuniones abiertas, competencias y funciones; reglamento de los Consejos, etc.;
- Fijar las reglas para la puesta en marcha escalonada y por organizaciones piloto del nuevo esquema de gobierno de las organizaciones sanitarias, evaluando las experiencias y fijando calendarios de su extensión a todo el SERMAS;
- Realizar la gestión de apoyo corporativo central a los Consejos y a sus miembros; el apoyo a los Consejos y a sus miembros -especialmente los externos- debiera incluir una formación específica inicial obligatoria para todos los nuevos miembros, preparándoles para su responsabilidad, así como garantizarles el acceso a los medios necesarios para el correcto desempeño de su función en los Consejos;
- Realizar el seguimiento y evaluación del desempeño de las organizaciones sanitarias, que debiera tener carácter periódico y hacerse público con total transparencia. Ello, implica también la coordinación de la red de organizaciones sanitarias, entre otros aspectos, con normas corporativas comunes a todo el SERMAS, de un modo especial sobre rendición de cuentas y estandarización de la información que permita disponer de indicadores comunes sobre actividad, rendimientos, productividad, calidad, costes, etc., haciendo que la disponibilidad de datos posibilite el análisis comparado del desempeño de las organizaciones sanitarias del SERMAS;
- Garantizar el mandato de transparencia y difusión pública de toda la actividad de la sanidad pública de Madrid, incluyendo la de los Consejos a través de intranet e internet, haciendo públicos todos los datos relevantes de los mismos y de su actividad y decisiones, incluyendo toda la información disponible de carácter no personal (órdenes del día, actas aprobadas, documentación de las reuniones, etc.

1.4.8. Gestores profesionales para una gestión profesional

Como ha quedado claro arriba los nuevos Consejos de Administración-Gobierno de las organizaciones que forman la red sanitaria pública de Madrid son la autoridad máxima de las mismas pero sólo pueden ejercer ésta a través del Director gerente que rinde cuentas ante ellos y que de ellos recibe instrucciones. Así pues, el papel del Director Gerente esencialmente no cambiaría en la nueva estructura de gobierno: seguiría siendo el responsable operativo y ejecutivo máximo de la organización. Lo que sí cambia en la nueva estructura es que, en lugar de responder únicamente hacia arriba ante el Director General del SERMAS en la línea de mando político, con la nueva estructura deberá hacerlo ante su Consejo.

Si bien los nuevos Consejos son el pilar más importante y novedoso del Buen Gobierno corporativo de la sanidad pública, su eficacia precisa de gestores profesionales competentes. La profesionalización de la función gestora es el otro componente esencial del modelo

de gobierno que proponemos en el Libro Blanco. Requiere que la sanidad pública de Madrid se dote, a todos sus niveles y especializaciones, de gerentes y directivos seleccionados exclusivamente por su trayectoria profesional y su capacidad para el puesto, sin connotación alguna de nombramiento político discrecional. Con ello, el horizonte temporal de gerentes y directivos se desvincularía de los ciclos políticos, garantizando mayor estabilidad y continuidad en la gestión de las organizaciones sanitarias, contribuyendo de este modo notablemente a mejorar su eficacia gestora, su legitimidad y autoridad en las organizaciones sanitarias públicas.

Esta revisión en profundidad de la práctica actual exige disponer de normas claras que regulen la figura de los nuevos gerentes profesionales en todos sus detalles clave: convocatoria pública, sistema de selección, nombramiento, descripción del puesto de gestión, condiciones de empleo y cese, normas y códigos de conducta, conflictos de interés, evaluación, así como el papel de los Consejos en su nombramiento y cese, etc. Porque para que la autoridad de los Consejos sobre los gerentes sea real, aquellos deben tener un papel relevante en el proceso de selección y nombramiento de gerentes, así como la posibilidad de cesarlos, o al menos proponer su cese.

Los planteamientos de transparencia y profesionalización de la gestión de este apartado se refieren más directamente a los Directores gerentes, como responsables ejecutivos máximos de las organizaciones ante los Consejos de Administración-Gobierno, pero han de ser válidos y aplicables a la selección de todo tipo de responsables y directivos de la sanidad pública de Madrid: desde los médicos jefes de unidades clínicas, hasta los directivos y cuadros profesionales de cualquier área o actividad. En todos los casos su selección debe responder a criterios objetivables de experiencia, conocimientos, profesionalidad y adecuación al el cargo, con concurrencia pública y el asesoramiento profesional técnico que corresponda, incluyendo la sanción final de los Consejos en los casos en que así se determine por la relevancia del cargo en la organización.

1.4.9. Asesoramiento y participación de los profesionales: esencial para el Buen Gobierno de la sanidad

Una de las características más importantes de los servicios sanitarios es que son servicios personales profesionales, cuyo centro es la relación de servicio profesional-paciente: toda la compleja estructura y organización sanitaria tiene como razón de ser última facilitar y crear las condiciones más favorables para hacer posible el encuentro clínico-paciente, así como para crear las condiciones en las que esta relación clínico-paciente sea efectiva (logre los resultados buscados) con un alto nivel de eficiencia, de calidad y de satisfacción para pacientes y profesionales.

El carácter profesional de los servicios sanitarios, especialmente en el caso de la medicina, deriva del conocimiento científico y tecnológico, altamente especializado, que solo poseen sus profesionales. Esta base científico-técnica de los servicios sanitarios pide que todas las decisiones de índole política o gestora que afecten a los mismos estén debidamente informadas por el conocimiento y asesoramiento profesional experto correspondiente. De este modo, la pregunta no es si debe haber o no estructuras de asesoramiento y participación profesional, si no cuáles deben ser, cómo organizarlas y qué reglas de funcionamiento deben tener para que contribuyan a la eficiencia y calidad de la sanidad pública, propiciando buenas prácticas y contribuyendo a la identificación de los profesionales con el sistema en el que trabajan.

La naturaleza de la actividad clínica pide que sus profesionales se sientan identificados con el sistema sanitario en el cual ejercen su profesión; por ello existe un amplio consenso en la conveniencia de la participación profesional en todas las decisiones que afectan al ejercicio de la medicina a través de instancias representativas que expresen el consenso profesional sobre los temas de interés. Este asesoramiento científico-técnico es la forma más específica e importante de participación de los profesionales en el sistema sanitario.

El asesoramiento profesional-científico en sanidad tiene al menos dos circunstancias bien diferenciadas que requieren mecanismos y organizaciones diferentes de asesora-

to:

- De un lado, cuando se busca una opinión científico-médica, imparcial y objetiva sobre temas de carácter altamente técnico. En estos casos se precisan Comités Científicos formados ad hoc para tratar el tema en cuestión. Las normas de Buen Gobierno exigen que estos comités, como sucede a nivel de la Comisión de la UE y en los EEUU (ley FACA) estén sujetos a reglas de formación, transparencia, conflicto de intereses, etc. Sería conveniente regular este tipo de asesoramiento técnico y poder contar en la sanidad pública de Madrid con Comités Científicos de este tipo cuando sea necesario.
- De otro lado, el asesoramiento de instancias profesionales estables que deben formar parte de toda organización e institución sanitaria para ofrecer asesoramiento permanente y participar de este modo en la toma de decisiones. Este es el asesoramiento más relacionado con el gobierno corporativo sanitario al que nos referimos a continuación.

La importancia de contar con un buen asesoramiento clínico y científico-médico de los profesionales de la sanidad pública exige reforzar, y en su caso crear, instrumentos y órganos de consulta, transparentes y legitimados, a todos los niveles de la sanidad de Madrid, desde la Consejería y los servicios centrales corporativos del SERMAS, a todas sus organizaciones, formando parte de su estructura y contribuyendo con sus informes y asesoramiento a la toma de todas sus decisiones.

La naturaleza, composición y funciones de los órganos de asesoramiento y participación profesional ha de ser forzosamente diferente a nivel central de la Consejería y Dirección del SERMAS y en las organizaciones de éste:

- A nivel central (Consejería de Sanidad y Dirección General corporativa del SERMAS), las organizaciones colegiales de las profesiones sanitarias son los interlocutores naturales de consulta y asesoramiento profesional, junto con las Sociedades Científicas; además, consideramos conveniente que la Administración sanitaria se dote a este nivel central de una estructura formal de asesoramiento profesional estable, Comisiones Asesoras Técnicas (CATs), que le permitan aprovechar el gran capital de conocimientos y experiencias de los profesionales sanitarios de Madrid;
- A nivel de las organizaciones del SERMAS (Áreas de Salud, Atención Primaria, Hospitales, etc.) el buen funcionamiento de sus órganos de asesoramiento y participación profesional es especialmente importante, por ser el escalón en contacto más directo con los pacientes y por el impacto directo que la opinión profesional debe tener en su funcionamiento. Además, es en este ámbito donde se visualiza mejor el valor de la opinión de los profesionales, contribuyendo a implicarlos y motivarlos al comprobar que opinión es tenida en cuenta. Por ello, el papel de los órganos colegiados profesionales, Juntas Facultativas (Técnico-Asistenciales o Clínicas), y el de las Comisiones de Calidad, etc., ha de ser revitalizado para fortalecer su contribución a la calidad de los servicios, a la participación de los profesionales y a la buena marcha general de la organización sanitaria.

La calidad del asesoramiento profesional, así como identificación e implicación de los profesionales sanitarios con la sanidad pública, está muy directamente relacionada con la percepción del impacto y valor de su opinión profesional tiene en la toma de decisiones. Una de las quejas que más contribuyen a la desmoralización profesional es la sensación de muchos profesionales de que no se cuenta con ellos; no será fácil vencer la gran desconfianza y escepticismo actualmente existente sobre las posibilidades de que esto cambie, y debe cambiar radicalmente para generar otro clima profesional en la sanidad pública de Madrid. Por ello, para que los órganos de asesoramiento profesional cumplan mejor sus objetivos de informar la toma de decisiones e implicar a los profesionales con la sanidad pública, venciendo su desconfianza inicial, recomendamos:

- Hacer públicos sus informes y actas, entendiendo que ello puede tener una contribución decisiva a hacer más efectiva, por más visible y transparente, la contribución del asesoramiento profesional a las organizaciones sanitarias;
- Incluir rutinariamente en el Orden del Día de los Consejos de Administración-Gobierno la consideración de las recomendaciones e informes emitidos por los órganos profesionales de asesoramiento de la organización;
- Tener en cuenta como mérito profesional la participación del personal médico, de enfermería, farmacia, etc., en todos los órganos e instancias de consulta y asesoramiento;

1.4.10. Instrumentos para el Buen Gobierno: sistemas de Buenas Prácticas, Códigos de Conducta, regulación de Conflictos de Interés, prevención y detección de fraude y corrupción

El capital más valioso de un servicio público es la confianza que en él tengan a ciudadanos y profesionales. Como en cualquier otro ámbito, la confianza en sanidad no se da, se inspira. Y los factores clave para inspirarla son los valores de profesionalidad y de servicio público de sus profesionales, y su capacidad para resolver los problemas, en definitiva: hacer bien las cosas, en lo clínico-médico y en lo organizativo. Cada experiencia de ciudadanos y pacientes con los servicios sanitarios (atención médica, contacto telefónico, visita a un familiar ingresado, petición de cita, internet, etc.) cuenta para generar confianza o para perderla; al igual que cuenta la percepción social a través de los medios de comunicación, y la opinión de familiares y amigos; también tiene su influencia la publicidad, como bien sabe el gobierno actual de Madrid que tanto esfuerzo dedica a ella. En cualquier caso, la percepción positiva, o no, del personal sanitario (que conoce la sanidad por dentro) es uno de los factores más decisivos para su imagen pública: si sus profesionales valoran y confían en la sanidad en la que trabajan, también lo harán los ciudadanos. Por ello es un reto especialmente importante superar la desmoralización profesional existente en la actualidad, su desconfianza y escepticismo ante las reformas, sin duda porque hasta ahora han venido de arriba-abajo, y sin otro aval que un *PowerPoint* ocasional.

Para ganar la confianza del personal sanitario y de la sociedad en las reformas del Buen Gobierno es precioso que éstas vayan más allá de los cambios organizativos, a la raíz de los problemas y cuenten con aquellos instrumentos que han demostrado en la práctica su eficacia, tanto para hacer que las organizaciones sanitarias públicas sean modélicas, como para prevenir fallos y situaciones negativas, que puedan minar la confianza de la sociedad y la moral interna de su personal. Sin estos instrumentos operativos es difícil la credibilidad del discurso del Buen Gobierno y que éste tenga impacto real; es preciso evitar las propuestas del Buen Gobierno de la sanidad pública de Madrid sean vistas como meramente retóricas o limitadas a cambios en el organigrama y en el gobierno corporativo. Estos cambios tienen una gran importancia, pero solo serán realmente efectivos si se acompañan de la cultura de valores éticos a los que responden y si traen consigo nuevos instrumentos y métodos operativos para evitar errores y accidentes, prevenir y sancionar incumplimientos, hacer norma de la transparencia y de la rendición de cuentas, explicitar y actuar ante los conflictos de interés (reales, potenciales o percibidos), prevenir y detectar fraudes y corrupción, etc.

Además: no es razonable esperar resultados diferentes haciendo las mismas cosas o esperar que las cosas mejores únicamente como consecuencia de los cambios en la estructuras de gobierno. Por ello, es preciso impulsar el cambio cultural que requiere el Buen Gobierno apoyándolo con reformas que incluyan instrumentos operativo para el buen funcionamiento de los servicios sanitarios y de toda la organización. Y para ello, una vez más, la experiencia de los servicios sanitarios públicos más ejemplares nos puede servir de guía para avanzar. En la revisión de las normas de funcionamiento de estos servicios de salud (Países Nórdicos, Reino Unido, Canadá, Nueva Zelanda), hemos comprobado que disponen de una regulación extraordinariamente detallada de todos aspectos del funcionamiento sus organizaciones y servicios: tanto a nivel central, como de los centros y de las organizaciones equivalente a nuestras Áreas de Salud; una regulación que está permanentemente

actualizada, con participación de los profesionales, y que está además accesible a cualquier ciudadano por internet.

Teniendo en cuenta éstas y otras experiencias, para contribuir al buen funcionamiento de la sanidad pública de Madrid y fortalecer la confianza pública y profesional en la misma, recomendamos poner en marcha entre otros, los siguientes instrumentos operativos:

1. Sistemas normalizados de Buenas Prácticas y la compilación sistemática de Normas y Procedimientos (Policies and Procedures) y de Procedimientos Operativos Estandarizados (POS-Standard Operating Procedures), que ayuden a lograr un alto nivel de calidad en todos los procedimientos;
2. Normativa sobre Conflictos de Interés, aplicable a todo el personal y todo tipo de conflictos de interés que puedan afectar a la sanidad pública de Madrid (inspirando su contenido las normas en vigor en los servicios de salud de Canadá), para aportar la transparencia necesaria en un tema de tanta relevancia en el sector salud;
3. Códigos de Conducta en todos los ámbitos del SERMAS, por su contribución al mejor desempeño de los numerosos aspectos de actividad, tanto profesional como general, que no están contemplados específicamente en las leyes y normas, pero que tienen gran importancia para garantizar conductas éticas y cultura de integridad;
4. Creación de de una Unidad de Prevención y Detección del Fraude y la Corrupción, así como de directrices específicas en este campo, siguiendo el ejemplo del Servicio Nacional de Salud británico y las recomendaciones del Consejo de Europa, pero también como reacción necesaria a los casos de corrupción que ha sufrido la Comunidad de Madrid con el actual gobierno:
5. Introducción de cursos y material de formación para todo el personal que entre a prestar servicios en la sanidad pública de Madrid para conocer sus valores y cultura de servicio, sus reglas y procedimientos, así como sus obligaciones y derechos, especialmente hacia los ciudadanos y pacientes.

1.4.11. Un nuevo estatus organizativo para Servicio Madrileño de Salud y sus instituciones y centros

El gran reto para mejorar la sanidad pública de Madrid es diseñar sus instituciones de modo que funcionen con eficacia. Con notables excepciones, la sanidad pública española y en gran medida la madrileña están incardinadas dentro de la administración pública común mucho más indiferenciadamente de que lo que sería deseable; por ello, una condición para mejorar es asumir que la especificidad de los servicios sanitarios públicos requiere fórmulas organizativas y de gobierno diferenciadas, con su propia personalidad jurídica y todo el margen de autonomía necesario para sus fines, tal como sucede en los países sanitariamente más ejemplares y como han hecho hace años el Servicio Vasco de Salud-OSAKIDETZA, y más recientemente el Instituto Catalán de Salud (ICS). El Servicio Madrileño de Salud debiera seguir ese camino con todas las consecuencias de autonomía corporativa para el mismo en su gobierno y gestión, contando con sistemas propios de funcionamiento, diferenciados de la Administración general de la Comunidad.

Este planteamiento, además de sus ventajas intrínsecas, permitiría integrar todo el variado conjunto de fórmulas de gestión existentes actualmente en Madrid bajo un único marco corporativo, a modo de holding, acabando con la fragmentación organizativa actual de la sanidad madrileña, así como con la paradoja de que partes del SERMAS (sus hospitales empresa-pública o fundación) tengan más autonomía y capacidad de actuar que la cabeza corporativa de la que dependen. En este esquema, como ya hemos señalado, las organizaciones del SERMAS (Áreas de Salud, Hospitales, Atención Primaria y otras) tendrían sus propios órganos de gobierno, haciendo posible, dentro del marco corporativo común, toda la autonomía y capacidad de gestión que necesiten. El Capítulo 4 está dedicado a desarrollar nuestra visión y propuestas para rediseñar y reordenar el SERMAS, sus servicios

y organizaciones, incorporando las ideas sobre su Buen Gobierno corporativo expuestas aquí.

1.4.12. Reflexión final sobre el Buen Gobierno corporativo de la sanidad pública de Madrid

Hasta ahora en la sanidad pública madrileña se han ensayado (improvisado más bien) diferentes fórmulas de gestión, algunas claramente temerarias; sigue sin embargo inédita la puesta en marcha de aquellas fórmulas de Buen Gobierno que son las que dan resultado donde los servicios sanitarios públicos funcionan mejor. La aplicación de los valores y principios del Buen Gobierno a la sanidad pública de Madrid será la gran aportación y el gran cambio de las propuestas del Libro Blanco. No obstante, ni éstas ni ninguna otra propuesta son una panacea: únicamente está comprobado que contribuirían a mejorar mucho las cosas, lo cual no es poco. Son propuestas que tienen una gran capacidad para hacer que organizaciones complejas como las sanitarias funcionen razonablemente bien, y también para adaptarse a los cambios, impulsándolos cuando son necesarios. Por todo ello, es razonable asumir que la sanidad pública madrileña que resultaría de aplicar el Decálogo de Buen Gobierno que proponemos en este Libro Blanco será mucho mejor que lo que ahora tenemos.

El éxito de las políticas sanitarias depende críticamente, entre otros elementos, de su capacidad para lograr un amplio apoyo en sectores claves de la sociedad y políticos, de los profesionales sanitarios y agentes sociales. En definitiva, de reclutar una masa crítica de ciudadanos, profesionales y organizaciones implicadas e identificadas con los valores y objetivos de las reformas. Para lograrlo es preciso un nuevo estilo de hacer política, mejor y de más calidad: más basado en valores, más abierto a la consulta, más riguroso, más apoyado en la evidencia de lo que funciona, más transparente y, en definitiva, más ejemplar, democrático y pegado a las necesidades e intereses de la población. El Buen Gobierno de la sanidad y, en general de lo público, sólo es posible con buena política, pero ésta, a su vez, consiste fundamentalmente en Buen Gobierno.

1.5. El Buen Gobierno de seis áreas críticas para la sanidad pública de Madrid

1.5.1. Reconstruir y fortalecer el capital técnico y planificador de la Sanidad Pública de Madrid

El Buen Gobierno de la sanidad implica conocer y prever las necesidades de salud y de servicios sanitarios de la población, analizar los cambios demográficos y tecnológicos para adecuar a ellos la atención, evitando con ello la improvisación, costos innecesarios y servicios ineficientes. Durante los últimos años la Comunidad de Madrid ha tenido una situación especialmente preocupante por el desmantelamiento intencionado del capital técnico planificador existente en la Administración autonómica, por la ausencia total de cualquier tipo de planificación de los recursos sanitarios, las continuas improvisaciones de medidas con gran potencial de generar situaciones de caos organizativo, como la llamada Área Única, o sobrecostes que hipotecan el futuro como el modelo económico de los nuevos hospitales. Paradójicamente lo único que da la impresión de estar planificado es precisamente la ausencia de planificación. El seguimiento de las decisiones que han ido tomando el gobierno de la Comunidad y la Consejería de Sanidad demuestra que la improvisación y la búsqueda de la rentabilidad política a corto plazo son la norma a la hora de tomar decisiones que se suponen estratégicas; un buen ejemplo es el diseño y ubicación de los nuevos hospitales que responde más a criterios político-clientelares y financieros que a criterios sanitarios.

Un buen sistema de información sanitaria es imprescindible para conocer la efectividad de los servicios, su desempeño, calidad y eficiencia. Pues bien, con los gobiernos del PP-

Aguirre resulta imposible conocer de manera oficial datos sobre lo que está sucediendo en el sistema sanitario. Uno de los causantes de esta situación ha sido la fragmentación y privatización de la red sanitaria, porque las empresas, públicas o privadas, que lo gestionan no dan información alguna sobre su actividad si obviamos la pura y simple propaganda. Pero también la red pública no publica de manera regular, y con el detalle exigible, los recursos utilizados y disponibles y los resultados de su actividad (Ej.: las Memorias anuales se publican tarde y pareciera que más por el trámite que para informar a la sociedad). De esta manera, una información que debería ser patrimonio de todos los ciudadanos que la sufragan, está siendo sistemáticamente secuestrada por los responsables actuales de la administración sanitaria madrileña.

Esta ausencia de información transparente se da también en la toma de decisiones sobre todos los aspectos del funcionamiento del sistema sanitario madrileño. Por trascendentes que sean para el futuro, las decisiones se toman sin ningún tipo de consulta a la sociedad y ni a los profesionales, con criterios desconocidos y según los escasos datos disponibles, ajenos a los requisitos técnicos más elementales, y sin evidencia de su interés público o de su coste-efectividad.

El sistema de información sanitaria que debe tener la Comunidad de Madrid ha de servir para:

- Evaluar el desempeño del sistema sanitario, conociendo el grado de cumplimiento de sus objetivos de equidad, calidad y eficiencia en la provisión de los servicios, así como la evolución del estado de salud de la población a lo largo del tiempo;
- Responder a las necesidades de información de la Administración general de la Comunidad Autónoma, de los órganos gobierno y gestión de la sanidad, así como de ciudadanos, profesionales y expertos;
- Responder a las necesidades de información derivadas de los compromisos con el Sistema Nacional de Salud, ajustándose a los contenidos definidos, a los criterios de normalización y a los acuerdos sobre periodicidad de los datos (dejando Madrid de ser la Comunidad Autónoma incumplidora).
- Ofrecer los indicadores clave del sistema sanitario, de forma tal que permitan orientar las políticas sanitarias y el debate social, político y profesional sobre las mismas;
- Conocer en qué medida la sanidad madrileña responde a las necesidades de salud de la población, el nivel de acceso a las prestaciones, el grado de satisfacción de los ciudadanos y la magnitud y evolución de las desigualdades socioeconómicas en salud;
- Mostar el resultado de las intervenciones y actividades de los servicios sanitarios, sirviendo para evaluar la efectividad de las mismas, su nivel de eficiencia y cumplimiento de objetivos.

La planificación es una de las claves de los buenos sistemas sanitarios públicos porque éstos pretenden garantizar la atención sanitaria de toda la población y el acceso equitativo a la misma. Ello necesariamente precisa de una red de servicios sanitarios territorializada, con una distribución adecuada (equitativa y eficiente) de los recursos, según las necesidades sanitarias de la población. Contrariamente a todo lo que se ha venido haciendo durante los últimos años en la Comunidad de Madrid, la planificación territorial de los recursos debe hacerse con transparencia, y con criterios objetivos; para ello es imprescindible contar con la participación y el compromiso activo de los ciudadanos y de sus representantes locales (ayuntamientos) así como con la contribución técnica de los profesionales y expertos.

La falta de transparencia en decisiones de gran calado sanitario y económico, y que hipotecan el futuro, ha sido una de las características principales y más negativa de la actuación de los gobiernos del PP-Aguirre en la Comunidad de Madrid. El SERMAS se está fragmentando en múltiples parcelas entregadas al sector privado, con absoluta falta

de transparencia o justificación del por qué de estas decisiones, y sin adecuados mecanismos de control y seguimiento. Está quedando en manos privadas la provisión de cada vez más servicios sanitarios, en muchos casos, como sucede con los laboratorios o las citaciones, pagando a las empresas la prestación de servicios que ya se vienen prestando satisfactoriamente con recursos propios, con lo que ello supone de despilfarro e ineficiencia.

El Buen Gobierno de la sanidad pública de Madrid requiere restaurar su capital técnico de planificación y evaluación de servicios, dotando al conjunto de la sanidad de Madrid de un sistema de información que refleje su realidad y que esté disponible para todos los ciudadanos, profesionales y expertos con la inmediatez que permiten las tecnologías actuales. Avanzar en todo ello, implica, entre otras medidas:

- Reconstruir en la sanidad de Madrid los servicios de planificación con toda la capacidad técnica precisa para el desempeño de sus importantes funciones tanto de planificación poblacional y territorial de los servicios de salud como seguimiento y evaluación de los mismos;
- Fortalecer el sistema de información sanitaria en la Comunidad de Madrid, poniendo de forma transparente y en tiempo real a disposición de los ciudadanos, profesionales y expertos, vía internet, todos los datos, indicadores e información, de manera que sea posible su utilización para estudios, evaluación comparada y análisis;
- Establecer mecanismos claros y obligatorios para justificar argumentalmente la toma de decisiones en temas de trascendencia para la sanidad, a través de libros blancos e informes ad hoc, abriendo un proceso de consulta pública sobre los mismos;
- Reorganizar territorial y poblacionalmente los recursos del SERMAS en base a Áreas de Salud, según se detalla en el Capítulo 4;
- Cumplir fielmente con la obligación de remitir la información de la sanidad de Madrid al Sistema Nacional de Salud, ajustándose en tiempo y forma a los requisitos comunes para todas las Comunidades Autónomas y favoreciendo la comparación del desempeño de la sanidad madrileña dentro del SNS con el de otras Comunidades Autónomas.

1.5.2. El Buen Gobierno en la financiación y gestión económica de la Sanidad de Madrid

El Buen Gobierno en la financiación y gestión económica es condición necesaria para garantizar la sostenibilidad del modelo sanitario público. Los pilares de un modelo viable se asientan tanto en una adecuada política de financiación como en una gestión eficiente del gasto; pero no puede olvidarse que cualquier actuación dirigida a mejorar una u otra debe estar sometida a una restricción básica: no disminuir (y, si es posible, aumentar) la equidad, la calidad y la efectividad de la asistencia prestada. Sin estas cualidades la sanidad pública carece de legitimidad, y sin legitimidad social tampoco puede concebirse un modelo sostenible.

En financiación el margen de maniobra de la Comunidad de Madrid es limitado, pero no inexistente. El modelo de financiación autonómica marca los términos de las acciones posibles a partir del principio de corresponsabilidad fiscal, disponiendo las Comunidades Autónomas de mecanismos de recaudación adicional mediante el uso de la capacidad normativa en distintos tributos. Por otra parte, las Comunidades son soberanas para decidir cómo distribuir el total de recursos disponibles entre sus políticas de gasto, reflejando así cuáles son prioridades. En la Comunidad de Madrid la baja prioridad otorgada a la sanidad por los gobiernos del PP-Aguirre se pone de manifiesto al observar que el presupuesto por persona protegida en el año 2009 se cifraba en 1.182 euros, muy por debajo de la media nacional (1.320 euros). Tan sólo la Comunidad Valenciana registraba una cantidad menor que la de Madrid. Esta misma tendencia se registra en años anteriores, y puede constatararse tanto con datos de presupuesto como con datos de gasto liquidado.

Por otro lado, más allá de cuánto se gaste en la sanidad pública, es necesario que los recursos se empleen eficientemente y evaluar los resultados. Aunque una de las recomendaciones clásicas para racionalizar el gasto sanitario consiste en potenciar la prevención y la promoción de la salud, en la Comunidad de Madrid el peso que suponen los gastos en salud pública sobre el total ha disminuido del 1,8 % al 1,4 % entre 2002 y 2006. Las actuaciones del gobierno del PP-Aguirre en este ámbito han ido más allá de la reducción del gasto, suprimiendo la propia estructura de la salud pública, como se verá en el Capítulo 2, Madrid Comunidad Saludable.

Financiación y gestión privada: mucho más cara y con peores resultados

En los últimos años, una de las señas de identidad de la gestión sanitaria del PP en la Comunidad de Madrid ha sido la introducción de fórmulas de colaboración con el sector privado en dos formatos controvertidos para los hospitales nuevos: los llamados modelos PFI-PPP (Iniciativa de Financiación Privada-Partenariado Público Privado) y las concesiones administrativas que transfiere al sector privado toda la gestión de los servicios de los hospitales, tanto clínicos como no asistenciales. Estos modelos se han extendido sin que hasta el momento se haya demostrado que suponen una mejora de la gestión y-o una rebaja de los costes. De hecho, la experiencia de otros países apunta a que el coste de los servicios hospitalarios es mayor con estas fórmulas, y que la calidad y la flexibilidad de adaptación a cambios (en la demanda, tecnológicos, etc.) son menores.

Todo parece indicar que el pretendido traslado de riesgos financieros al sector privado que en teoría permiten estas fórmulas no se produce en la práctica, pues las administraciones públicas tienden a aplicar la regla del rescate cuando las empresas con las que contratan presentan problemas económicos. La evidencia empírica disponible parece señalar que las organizaciones públicas obtienen mejores resultados contables, y también mejores resultados sanitarios.

Es obvio que el buen funcionamiento de los modelos citados sólo es posible si se establecen los sistemas de incentivos, de evaluación y de control pertinentes. El objetivo empresarial es la maximización del beneficio, no la mejora de la salud, y sin mecanismos de recompensa o sanción que hagan compatible los indicadores sanitarios con la rentabilidad económica no cabe esperar que el sector privado se comporte de un modo "sanitariamente responsable". Por otra parte, el hospital no es más que un eslabón de la cadena que constituye el proceso asistencial a los pacientes, y que ha de estar debidamente coordinada, lo cual resulta más difícil cuando cada tipo de atención depende de un proveedor distinto. Además, nada impide introducir en fórmulas más eficientes de funcionamiento dentro de los centros públicos que no vayan acompañados por una pérdida de control de la actividad sanitaria por parte del sector público.

Los citados modelos de gestión tienen un atractivo político indudable, puesto que permiten vender al electorado inversiones en infraestructura muy visibles (hospitales nuevos) sin que los costes financieros se dejen notar a corto plazo ("compre hoy, pague mañana"). De este modo resulta fácil enmascarar unos gastos que tendrán que afrontar gobiernos sucesivos (y, en todo caso, los ciudadanos). Por otra parte, la falta de transparencia en la información vinculada al funcionamiento de estos modelos conduce a la sospecha de que sus resultados no son los pregonados por el gobierno madrileño. Por ello es necesario promover sistemas de información que permitan la evaluación de estas experiencias de forma sistemática e independiente.

Por lo tanto, la extensión de este tipo de mecanismos de gestión en la CAM puede calificarse, cuanto menos, de imprudente, puesto que no está basada en una evaluación rigurosa de experiencias previas. La progresiva sustitución de hospitales gestionados al modo tradicional por nuevos centros cuyos resultados de gestión se desconocen debería quedar en suspenso hasta que no se tuviera certeza de cuáles son sus repercusiones no sólo financieras, sino también clínicas, de impacto en la equidad y en los indicadores de salud.

La eficiencia requiere Buen Gobierno: económico y clínico

El Buen Gobierno en la gestión sanitaria pública ha de ser, por definición, eficiente, pero como se apuntaba al comienzo del capítulo, no ha de perder de vista que el objetivo final de la sanidad pública es dar respuesta, con equidad, a las necesidades de salud de los ciudadanos. La situación de grave crisis económica y fiscal en la que nos encontramos hace especialmente necesario un compromiso radical con un alto nivel de eficiencia en la gestión sanitaria. La eficiencia en sanidad solo puede lograrse ofreciendo servicios efectivos y de calidad, porque una intervención quirúrgica o una radiografía no indicadas o mal realizadas jamás podrán ser eficientes. Por ello, la necesidad inexcusable de ajustarse a los recursos disponibles ha de ser convertida también una oportunidad para mejorar la gestión económica y la eficiencia de todas las actividades, pero de un modo especial la efectividad y calidad de los servicios clínicos y su utilización de los recursos. En sanidad pública es siempre una obligación ética el uso racional de todos los recursos disponibles, y lo es más, si cabe, en situaciones de crisis; en ellas, la urgencia de realizar ganancias rápidas de eficiencia puede requerir un gran esfuerzo de pedagogía política y sanitaria; este esfuerzo será mucho más creíble y riguroso si cuenta con el plus de legitimidad social y profesional que da un gobierno ético, transparente y profundamente comprometido con la sanidad pública, en el que la sociedad y los clínicos tengan voz y presencia.

El sector sanitario está en continuo cambio por las innovaciones diagnósticas y terapéuticas que se producen cada día, aportando nuevas posibilidades en el tratamiento y diagnóstico de las enfermedades. Pero hay que preguntarse si valen lo que cuestan. En este sentido, es imprescindible que las decisiones, presentes y futuras, sobre las tecnologías sanitarias y prestaciones que se financian públicamente (más allá de las que garantiza la cartera de servicios común del SNS) estén basadas en criterios razonables de coste-efectividad. La experiencia reciente indica que no siempre se ha cumplido esta regla básica. Por otro lado, hay un acuerdo general en la necesidad de revisar la efectividad de muchas de las prácticas clínicas, como demuestra los mil millones de dólares que la administración Obama ha dedicado a este tema. La sostenibilidad de los sistemas sanitarios modernos depende en no poca medida de la calidad de la práctica médica y del Buen Gobierno clínico.

1.5.3. Medicamentos: uso racional de un componente esencial de la Sanidad Pública

La atención farmacéutica es un elemento esencial de los servicios sanitarios, tanto en los tratamientos como en la prevención (vacunas). Además, los medicamentos representan un porcentaje elevado de los recursos destinados a la salud, constituyen un sector puntero en la I+D+I de los países desarrollados, una industria que da empleo a unos 40.000 trabajadores en España, y cuenta con un sistema de distribución de unas 21.166 farmacias, de ellas 2.805 en la Comunidad de Madrid (datos de dic. 2009). El peso económico de los medicamentos en el conjunto de la sanidad pública española es muy importante: 19.8% del gasto sanitario público total de 2008 (OCDE, 2010); sin embargo su peso es todavía mayor en Madrid, donde representó el 26.8% del presupuesto final de la sanidad pública madrileña, siendo el gasto farmacéutico de hospitales el 32.4% del total (Memoria SERMAS 2007-2008). El incremento del gasto farmacéutico es también un aspecto de gran importancia: en la Comunidad de Madrid: ha sido de 8.66% de 2006 a 2007 y de 8.92% de 2007 a 2008, sumando 1,898.0 millones de euros en 2008. Estos datos dan al Buen Gobierno de la prestación farmacéutica un papel importante en la sostenibilidad económica de la sanidad pública y son particularmente relevantes en un contexto crisis fiscal y económica, y ante la evidencia de que existe, dentro de las competencias y capacidades de la administración autonómica, un notable margen para incrementar el uso racional de los medicamentos, mejorando la efectividad, la calidad y eficiencia de esta prestación esencial.

Por todo ello, es imprescindible incluir dentro del Buen Gobierno de la sanidad de Madrid estrategias que utilicen a fondo todo el potencial existente para incrementar el uso racional del medicamento, las buenas prácticas de prescripción y la concienciación de pro-

fesionales sanitarios y ciudadanos de la importancia de utilizar correctamente los medicamentos. Para ello será imprescindible poner en marcha en Madrid una política farmacéutica que tenga como objetivos lograr resultados en términos de salud, implicando en ellos médicos y pacientes, porque ninguna política farmacéutica puede tener éxito sin contar con los decisores efectivos de la elección terapéutica, los prescriptores. El objetivo de maximizar el incremento social de la salud con el uso terapéuticamente racional y económicamente eficiente de los medicamentos en la sanidad pública de Madrid requiere, entre otras medidas de ámbito autonómico, las cinco líneas de trabajo siguientes:

- Monitorización de la evolución de los patrones de consumo (cantidades) y de sus alternativas y efectos (calidades) remitiendo esta información a los médicos prescriptores;
- Diseño de un marco integral para los médicos que incorpore pautas de prescripción consensuadas profesionalmente según el estado del conocimiento, participación efectiva en las decisiones de política farmacéutica, y una gestión incentivos para los prescriptores, transparente y acorde con los objetivos del sistema sanitario;
- Optimizar las políticas de compras, mejorando la gestión de la prescripción y de la distribución;
- Buscar la implicación activa de los pacientes en el uso racional de los medicamentos;
- Dotar adecuadamente al sistema de salud recursos profesionales para una buena atención farmacéutica (Farmacéuticos de Atención Primaria), así como incrementar la implicación profesional de los farmacéuticos de las oficinas de farmacia con los objetivos del uso racional de medicamentos.

1.5.4. Investigación en salud: clave para el progreso, la calidad y el Buen Gobierno clínico

La investigación en el sector salud constituye un instrumento imprescindible para una atención médica de calidad y mejorar la efectividad y calidad de los servicios. La investigación en salud abarca un amplio campo que incluye investigación básica, clínica, en servicios sanitarios, en salud pública; todos ellos son igualmente importantes pero, en particular, está demostrado que la integración de la investigación con la práctica clínica favorece una mayor calidad de los servicios y una mejor y más rápida implantación de los avances científicos, así como una atención más ética y eficiente a los pacientes.

El progreso científico en biomedicina, la aparición de nuevas enfermedades y los problemas sanitarios relacionados con la mayor esperanza y calidad de vida, hacen de la investigación sanitaria un área tecnológica en alza en todo el mundo, en la que se prevé un fuerte crecimiento en los próximos años. España está teniendo importantes avances en este campo en los últimos 15 años pues la biomedicina supone un 23.73 % de nuestra producción científica y la medicina clínica un 28.92 %, con una presencia muy destacada de la Comunidad de Madrid en este campo. Por todo ello, la investigación en salud ha de tener una gran prioridad en la sanidad de la Comunidad Autónoma, que debe impulsarla en todos sus campos (básica, clínica, de servicios sanitarios, salud pública), coordinando esfuerzos con la universidad, con centros especializados, reconociendo y fomentando su desarrollo compatible de la práctica clínica, tanto en sus hospitales y centros de Atención Primaria, como en Salud Pública.

La Comunidad de Madrid debe tener como objetivo fortalecer la investigación en salud en todos sus niveles. Con especial atención a la investigación que transfiera las ideas innovadoras a la práctica clínica, a través de evaluación de los resultados de la investigación mediante meta análisis, guías clínicas, revisiones Cochrane, y evaluaciones de las tecnologías sanitarias basadas en los principios de la medicina basada en la evidencia (MBE). Igualmente ha de promover la investigación interdisciplinar entre los diversos campos de la biomedicina; y entre la medicina, la ingeniería, las ciencias físicas y matemáticas, las

humanidades y las ciencias sociales. Para ello ha de incrementar su participación en Investigación, Desarrollo e Innovación en Salud dentro del Plan Nacional de I+D+i, en la Acción Estratégica (AE) específica en Salud, y en las sinergias que ésta promueve Biotecnología. En términos prácticos, avanzar en todo ello implica, entre otras cosas:

- Incrementar la presencia de investigadores básicos en los hospitales, en coordinación con las universidades de la Comunidad;
- Favorecer que un mayor número de clínicos realicen investigación para trasladar el conocimiento a los pacientes y para generar hipótesis desde la práctica asistencial;
- Medidas específicas para formar médicos y especialistas sanitarios en investigación (post-MIR en I+D+i), así como para proveer de formación en medicina y disciplinas clínicas a los científicos;
- Introducir personal técnico de apoyo en gestión de la investigación en salud, para optimizar el trabajo del personal investigador, así como unidades horizontales de apoyo a la investigación en las instituciones sanitarias;
- Impulsar las sinergias en investigación entre centros asistenciales, de investigación y universidades, así como con el sector privado, buscando incrementar la captación de fondos de los programas nacionales y europeos;
- Incrementar la coordinación entre los proyectos e instrumentos impulsados por el gobierno central y los promovidos desde la Comunidad de Madrid en I+D+i en salud;
- Revisión de las normas reguladoras de la investigación en salud, impulsando códigos de buenas prácticas que aumenten la transparencia, las garantías de conductas éticas y prevengan conflictos de interés en relación con la investigación.

La Comunidad de Madrid ha colaborar lealmente y a fondo con la Administración central, utilizando todos los instrumentos que ésta ha desarrollado en los últimos años para impulso y coordinación de la investigación en salud. Entre ellos destacan:

- La acreditación de Institutos de Investigación Sanitaria, como centros singulares de investigación de excelencia, nucleados en torno a hospitales universitarios que incorporan tanto la ciencia básica de las universidades y organismos públicos de investigación, como la capacidad de transferencia de conocimiento a la práctica clínica de la Atención Primaria. Por ello recomendamos estudiar la reforma de los hospitales universitarios y docentes, evaluando su potencial como Institutos de Investigación Sanitaria y así establecer focos de excelencia singular en investigación en salud;
- Favorecer infraestructuras de investigación cooperativa para establecer sinergias entre grupos a través de modelos organizativos innovadores (CIBER, CAIBER, RETICS) que permiten una mayor flexibilidad y operatividad;
- Aprovechar las oportunidades de la Red de Biobancos del SNS y la Red de Innovación en Tecnologías Médicas y Sanitarias, como infraestructuras estratégicas de apoyo a la investigación en salud.

Un requisito adicional importante para avanzar en la investigación y la evaluación es potenciar en la sanidad de Madrid una cultura profesional y organizativa emprendedora, que favorezca la investigación y la innovación (tecnológica, organizativa y de servicios). En definitiva, un entorno en el que surjan líderes clínicos con una visión asistencial, docente e investigadora, que puedan también asumir responsabilidades de gestión en sistema sanitario de Madrid, en sus hospitales y en la Atención Primaria. El cambio de cultura que ello requiere en la sanidad de Madrid se verá muy favorecido por las ideas y propuesta de Buen Gobierno para la misma; y por considerar compatibles y complementarias la asistencia, la investigación, la docencia y la gestión, valorando la visión conjunta y coordinada de estos ámbitos como clave importante de una atención sanitaria de vanguardia, de mayor calidad y también más eficiente.

1.5.5. El Buen Gobierno de las tecnologías de la información y las comunicaciones

Existe un consenso generalizado sobre los beneficios del uso adecuado de las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (TIC) en sanidad. Beneficios para los pacientes, los profesionales y los responsables de la gestión. Las aplicaciones de las TIC en la sanidad se conoce como Sanidad electrónica (Sanidad-e, *eHealth*), y está demostrado que bien utilizadas, pueden ayudar tanto a mejorar la calidad como a controlar los gastos, razón por la que muchos gobiernos están realizando importantes inversiones en Sanidad-e en los últimos años. Los resultados, al igual que las inversiones realizadas por cada gobierno, han sido muy diversos, pero se han conseguido resultados sorprendentes allí donde los gobiernos han desarrollado estrategias claras con un fuerte apoyo político, han integrado la sanidad electrónica en su política sanitaria, han sabido escuchar a todos los interesados -ciudadanos, pacientes, profesionales y empresas del sector-, y han sido capaces de establecer canales transparentes y estables de comunicación y participación. Desgraciadamente, no ha sido así en la Comunidad de Madrid.

El gobierno del PP-Aguirre ha realizado en este campo una estrategia de escaparate y propaganda centrada en enmascarar con un barniz de TIC las dos grandes decisiones políticas de sus gobiernos: los nuevos hospitales y el Área Única. Ambas políticas se han vendido como grandes avances de las TIC sanitaria cuando la realidad es que llevan más de cuatro años para implantar la nueva Historia Clínica Digital en Atención Primaria (AP-MADRID) sin conseguirlo todavía en septiembre de 2010 (cuando se escribe esto), después de ganarse la oposición de todos los médicos de Atención Primaria. En el ámbito hospitalario, los sistemas de información de los nuevos hospitales siguen sin estar integrados con el resto de centros. Y lo que es peor: se publicita a la población la libre elección sin decirle que aún no se dispone de una Historia Clínica Electrónica única en la Comunidad de Madrid, herramienta imprescindible para ser atendido por cualquier profesional en cualquier centro, lo que claramente imposibilitará el pleno ejercicio de tal derecho.

Desarrollo de la Sanidad Electrónica (Sanidad-e) al servicio de la sanidad pública de Madrid

No obstante, revertir la situación es posible. Todavía podemos conseguir que la Sanidad-e aporte grandes beneficios a la sanidad pública de Madrid: atención sanitaria de más calidad, más seguridad para los pacientes, así como modernizar el conjunto del sistema, aumentando su eficiencia. Con la Salud-e podemos lograr unos servicios sanitarios más y mejor adaptados a las necesidades individuales de cada paciente, con instrumentos de gran utilidad para los médicos, enfermeras y demás profesionales sanitarios. Pero para todo ello es necesario que exista un gobierno en la Comunidad que esté dispuesto a asumir un fuerte liderazgo político en esta materia, que entienda la Sanidad-e como parte de una política sanitaria global, transparentemente al servicio de las necesidades sanitarias, y abierta al apoyo y la participación de los profesionales, ciudadanos y expertos. En estas condiciones, las actuaciones que debieran emprenderse en la sanidad pública de Madrid en relación con las TIC y la Salud-e, incluyen:

- **Desarrollar una Estrategia Regional de Sanidad-e centrada en los pacientes e integrada en toda la política sanitaria de la Comunidad de Madrid.** La elaboración de esta estrategia debería: 1) ser un proceso participativo y abierto a ciudadanos, profesionales y empresas del sector; 2) contar con mecanismos estables de comunicación, seguimiento y evaluación, y 3) incluir objetivos concretos y medibles, con calendarios claros y con mención específica a los beneficios que de su puesta en marcha se derivarán para los pacientes, los profesionales y para el conjunto del sistema sanitario.
- **Utilizar las TIC para introducir los cambios organizativos necesarios en la mejora de los servicios sanitarios.** Hasta hace poco los Sistemas de Información Sanitaria (SIS) estaban centrados en la gestión administrativa y económica y escasamente en

la atención sanitaria propiamente dicha, o en la gestión clínica. En los últimos años se ha producido un cambio crucial en los SIS, hacia el eje clínico-asistencial, dando un mayor protagonismo a los clínicos, con un importante impulso de los sistemas de gestión clínica. Estos cambios han permitido el desarrollo de nuevas herramientas como son la Historia Clínica Electrónica y la Receta Electrónica (herramientas que han tenido un desarrollo e implantación deficitaria, incompleta y tormentosa en Madrid).

- **Consolidar y profundizar la orientación hacia la clínica de los SIS**, para posibilitar el acceso a la información clínica, en el momento y lugar que se necesite, asegurando la interoperabilidad de los sistemas, tanto por los profesionales como por los propios pacientes. Estos cambios tendrán un gran impacto en la organización sanitaria y permitirán mejorar los procesos asistenciales, agilizándolos, y facilitando el trabajo de los clínicos.
- **Posibilitar la continuidad, integración y coordinación asistencial.** El perfil más frecuente del paciente actual ya no es el del paciente agudo puntual; el paciente actual más típico es el enfermo crónico, de una o varias patologías que precisan cuidados y tratamientos continuos toda su vida; su atención ya no se circunscribe al hospital o centro de salud, sino que incluye el propio domicilio, centros no sanitarios, diferentes localidades, e incluso en el “espacio virtual”. Las TIC nos abren novedosos canales de comunicación que nos permitirán ofrecer al paciente un modelo asistencial más adaptado a sus necesidades, que garantice en todo momento la continuidad de la atención, y que le permita participar mucho más directamente en su proceso asistencial mediante formas innovadoras de atención que no siempre requieran consulta cara a cara, pero que resuelvan problemas al paciente.
- **Transparencia: acceso y disponibilidad pública de toda la información sanitaria pública.** Durante los últimos años los gobiernos del PP-Aguirre se ha caracterizado por mantener un “apagón informativo” férreo que ha producido una drástica disminución de la información sanitaria disponible, hasta el punto de no ser públicas incluso las grandes cifras del sector. La información de la que dispone el gobierno autonómico, que es generada con fondos públicos, es escamoteada tanto a ciudadanos como a estudiosos y en ocasiones es sustituida por mera propaganda. Una sociedad democrática exige un gobierno abierto, transparente, que ponga a disposición del público toda su información.

El ejemplo de la Administración Obama y más recientemente del nuevo gobierno británico es un referente de buenas prácticas en lo que debe ser un “gobierno abierto” que recomendamos vivamente aplicar a la sanidad pública de Madrid. Las TIC ofrecen todas las potencialidades para poner a disposición de los ciudadanos toda la información pública en el momento que esté disponible, y crear espacios de “gobierno abierto”, permitiendo al ciudadano su participación directa y su implicación en las principales decisiones de política sanitaria.

1.5.6. Madrid, comunidad comprometida con el Sistema Nacional de Salud

El diseño descentralizado del SNS en las Comunidades Autónomas (CCAA) hace de la coordinación entre los Servicios Autonómicos de Salud una necesidad ineludible. La Comunidad de Madrid gestiona la asistencia sanitaria de la Seguridad Social desde el 1 de enero de 2002, y tiene las competencias de Salud Pública desde la aprobación de la Constitución en 1978. Ello quiere decir que el Gobierno de la Comunidad es el responsable directo de toda la sanidad madrileña, aunque ello en modo alguno significa que la Comunidad de Madrid sea una isla sanitaria, aislada del resto de la sanidad española, pues su sistemas sanitarios forma, junto con la del resto de las CCAA del Sistema Nacional de Salud.

La Comunidad Autónoma de Madrid es una Comunidad rica y solidaria. Es rica porque su PIB per cápita alcanza, e incluso supera en algunos puntos, la media de la Unión Europea. Es solidaria porque buena parte de esta riqueza es compartida con naturalidad -sin lamento alguno de injusticia fiscal- con otras CCAA menos desarrolladas (una solidaridad que puede cuantificarse en torno al 10 % de la riqueza que se genera en la Comunidad). Una parte importante de esta solidaridad económica de la Comunidad de Madrid con otras CCAA tiene como destino la financiación del SNS. Además, Madrid atiende con orgullo a muchos pacientes que acuden desde cualquier punto de España para recibir atención sanitaria en nuestros grandes hospitales que son referencia por la alta cualificación de sus profesionales y por su desarrollo tecnológico.

Lamentablemente en los últimos años los gobiernos del PP-Aguirre en la Comunidad de Madrid han estado más interesados en ejercer de contrapoder del gobierno central que en cumplir sus obligaciones hacia el conjunto del SNS español. El ejemplo más escandaloso ha sido el desmarque de Madrid en la información sobre listas de espera, midiéndolas con un criterio diferente al consensuado por todas las demás CCAA en Consejo Interterritorial del SNS. Esto no debiera volver a suceder nunca, por cuanto impide disponer de la información homogénea que los ciudadanos merecen y porque, además, pone en cuestión la ciudadanía común sanitaria de todos los españoles que representa el SNS y su Consejo Interterritorial.

El gran peso cuantitativo y cualitativo (científico-médico y tecnológico) de la medicina de Madrid en el conjunto del SNS español hace que el gobierno de la Comunidad deba tener un papel activo dentro del mismo, favoreciendo la coordinación y la solidaridad dentro del conjunto del sistema sanitario español, contribuyendo a su fortalecimiento siendo referente de Buen Gobierno, de excelencia y calidad en los servicios, de satisfacción de la población, y de eficiencia e innovación. Para ello, una de las primeras medidas es predicar con el ejemplo, contribuyendo en tiempo y forma adecuada a los compromisos de todas las CCAA con el Sistema de Información del SNS, aceptando sus criterios, de forma que el desempeño comparativo de los Servicios Autonómicos de Salud de todas las CCAA puedan ser conocidos por los ciudadanos y profesionales.

En esta misma línea de colaboración activa con todos los Servicios Autonómicos de Salud y con el fortalecimiento de la coordinación y colaboración dentro del SNS, la sanidad pública de la Comunidad de Madrid debe tener un comportamiento ejemplar en:

- Compartir toda su información, conocimiento organizativo y experiencia en todos los campos con los Servicios de Salud de otras CCAA;
- Abrir los sistemas informáticos de la sanidad de Madrid a la interoperabilidad con el conjunto del SNS;
- Impulsar sistemas cooperativos de todo tipo que contribuyan a economías de escala, disminución de costes, evaluación de tecnologías sanitarias y, en general, mejora de la calidad y eficiencia del conjunto del sistema sanitario;
- Participar activamente en proyectos compartidos, foros de intercambio de experiencias, en investigación, formación, servicios clínicos de referencia (pero también de otros ámbitos)
- Aprovechar de diversidad de experiencias que ofrecen los Servicios Autonómicos de Salud para aprender de sus casos exitosos, así como de sus errores;
- Defender dentro del Consejo Interterritorial el compromiso inexcusable de ofrecer a la ciudadanía información comparable sobre el desempeño de todos los Servicios Autonómicos de Salud que permita la rendición de cuentas y el control social del sistema sanitario público español por parte de ciudadanos, representantes políticos y profesionales.

Además, el gobierno de la Comunidad de Madrid ha de jugar un papel institucional activo dentro del Consejo Interterritorial -y en todos los ámbitos de coordinación inter-autonómica- para favorecer la mayor vertebración y coordinación del conjunto SNS; ello

implica impulsar el acuerdo entre todas las CCAA, pero también la construcción a nivel central de estructuras que permitan hacer efectiva la coordinación sanitaria a nivel nacional, dotándola de recursos y mecanismos de intervención adecuados, tanto de carácter económico, como sobre todo de información comparada sobre calidad, efectividad y eficiencia de los servicios sanitarios de todas las CCAA.

El proceso de descentralización de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social (INSA-LUD) ha sido largo pues ha durado desde 1981 a 2002 y no ha respondido a un esquema planificado desde el principio y tanto en sus tiempos como en sus contenidos e instituciones centrales de coordinación del sistema. Estas carencias han tenido que ser abordadas sobre la marcha, a posteriori, con las dificultades que ello implica. La complejidad de esta situación que afecta a la naturaleza del SNS la podríamos resumir en tres puntos:

1. El derecho a la cobertura sanitaria pública no tiene un tratamiento claro y unívoco en la Constitución española, sino que a ella hacen referencia dos títulos diferentes, el de "Sanidad e Higiene" (que se refería originalmente a la "Salud Pública"), y el de "Seguridad Social", en el que se encontraba incluida la asistencia sanitaria de más del 80 % de la población cuando se aprobó la Constitución. Una y otras materias han seguido caminos y ritmos independientes para su descentralización, lo que ha conducido a una diversidad administrativa y asistencial generadora de disfunciones.
2. Un proceso de descentralización sin un modelo final definido. La Ley General de Sanidad de 1986, no estableció un diseño acabado del sistema sanitario español en condiciones de descentralización completa, aspecto que tampoco subsanó la Ley de Cohesión y Calidad de 2003. Aunque es la Constitución la que garantiza la solidaridad entre nacionalidades y regiones, el artículo 138 atribuye esta función al Estado en su acepción restringida. Cabría, quizá, superar esta discordancia entendiendo que lo que el Estado, en sentido estricto, ha de garantizar no es la solidaridad en cuanto "principio", sino su "realización efectiva", y que la tarea que la Constitución encomienda a las instituciones centrales del Estado es la de fomentar los comportamientos solidarios de las Comunidades Autónomas y combatir los que no lo sean.
3. El Consejo Interterritorial del SNS: un órgano de coordinación insuficiente. Este Consejo, cuyos acuerdos no son obligatorios y solo se toman si existe unanimidad, no es eficiente en el abordaje de las cuestiones centrales del SNS, y su misma dinámica pone de manifiesto la perentoriedad y el reto de mejorar la cohesión del sistema sanitario español. Actualmente, al plantearse la búsqueda de soluciones, cualquier fórmula de coordinación propuesta, sea de carácter general o parcial, tiene que partir de la realidad de diecisiete Servicios Autonómicos de Salud diferentes, sin otra dependencia jerárquica que no sea la de sus propias autoridades autonómicas.

El desarrollo armónico y coordinado del SNS español que debiéramos legar a las generaciones futuras exige trabajar desde todas las Comunidades Autónomas en la elaboración de un Acuerdo en forma de Ley, compartido por Gobierno Central y CCAA que ofrezca una salida racional, equitativa y solidaria a estas situaciones. Es difícil, pero se trata de una tarea central para quienes entendemos que el Sistema Nacional de Salud es uno de los patrimonios más valiosos que compartimos todos los españoles. Dos vías a explorar para ello son:

- La creación de una Agencia del Sistema Nacional de Salud, que podría estar parcialmente inspirada el Consejo Nacional de Salud y Bienestar existente en Suecia, un país también con la sanidad pública descentralizada, y
- La utilización del Senado como espacio de concertación permanente entre el Gobierno de España y las Comunidades Autónomas, dando forma parlamentaria, a los acuerdos alcanzados en el Consejo Interterritorial de Salud.

Avanzar en esta línea de coordinación y fortalecimiento del SNS español debe ser una prioridad política del gobierno de la Comunidad de Madrid. La crisis económica actual, ha

puesto en evidencia el papel clave de cohesión y estabilidad social del Estado de Bienestar y su contribución al crecimiento económico, por lo que debiera servir de oportunidad para fortalecer el SNS. Un elemento importante de ello es desarrollar a fondo la coordinación entre los Servicios de Salud Autonómicos, pues diecisiete Servicios Autonómicos de Salud no equivalen a un Sistema Nacional de Salud. Se trata garantizar mejor su sostenibilidad, aumentar su equidad contribuyendo a la cohesión social y haciendo de una buena sanidad pública uno de los pilares del desarrollo social y económico de España.

Capítulo 2

Madrid, comunidad saludable

2.1. Reconstruir la Salud Pública en los dos escenarios: gubernamental y de atención sanitaria

2.1.1. La Salud Pública

Salud Pública es sinónimo de Sanidad colectiva, la salud pública es el área que estudia y atiende a la salud y la enfermedad y los factores que la determinan desde un punto de vista colectivo. Es por ello que la salud pública hay que verla como patrimonio de todos los ciudadanos y por ello mismo es un área de progreso, solidaria y en la que todos por igual somos sujetos de su atención o deberíamos serlo y ese es su objetivo. Es un área en la que el negocio no existe o es escaso y por eso mismo es la primera perjudicada cuando gobiernan los que creen que cada individuo ha de buscarse sus propias soluciones sin esperar nada del grupo.

En el abordaje de lo qué es la salud pública en el marco de la Administración Sanitaria, hay que abarcar también la aplicación de medidas que necesitan de fuerza de la autoridad pública, es decir, de la acción política.

2.1.2. La Salud Pública en la Comunidad de Madrid

En los últimos años la salud pública en la Comunidad de Madrid no ha sido objeto de atención preferente en las acciones de política sanitaria en la misma, más bien al contrario ha sido marginada cuando no maltratada y podría ser que incomprendida en sus fines y objetivos o al revés bien comprendida en esos fines y objetivos y por lo mismo marginada y maltratada. Los servicios de salud pública de la Comunidad de Madrid fueron un referente para toda España hasta principios de la década de los noventa, referentes en cuanto a organización territorial, referentes en cuanto a dotación de recursos y referentes en cuanto a la cualificación de los profesionales.

Hoy los servicios de salud pública han sufrido un profundo deterioro y no sólo han perdido su papel ejemplar en el buen hacer, han conseguido ser referencia pero en otros aspectos. Madrid ha sido el principal actor discordante de la cohesión de salud pública: recordemos algunos de los temas en que ha "liderado" la disidencia de la Salud Pública, Sistemas de información sanitaria con los datos de listas de espera como el paradigma de lo que no debieran ser nunca los sistemas de información sanitaria y no es el único ejemplo en lo que se refiere a los sistemas de información y vigilancia epidemiológica, el calendario de vacunaciones de la población infantil con la introducción unilateral por parte de Madrid y única Comunidad Autónoma que lo hizo de la vacuna del neumococo justificada entonces por estudios epidemiológicos y que por primera vez rompió gravemente el consenso en el calendario de vacunas aunque se dijese que otros lo habían hecho antes, algo que era verdad pero para temas menores y sin pasar por encima de los demás autonomías, oposición a la Ley de prevención del tabaquismo, oposición claramente ideológica, asociada a

los intereses de la patronal y con el claro objetivo de meter ruido y generar desconfianza, cosa que consiguieron, y además presentándose como los abanderados de la libertad.

La desaparición en el comienzo de la actual legislatura de la Salud Pública como estructura orgánica en la Consejería de Sanidad de Madrid, que habrá que recuperar, es un síntoma más del deterioro habido.

Señalar también que el despliegue territorial por áreas de salud de la organización de la salud pública ha sido uno de los factores que desde la asunción de transferencias en la materia supuso un avance respecto a otros territorios y una organización eficaz, eficiente y cercana a los ciudadanos. Este despliegue territorial también está amenazado por los planteamientos de desarrollo del área única sanitaria aunque la propia marginación en la que se halla la salud pública puede que facilite el mantenimiento de su actual estructura territorial (aunque se disfrace con cambio de nombres).

Con la desaparición de la Dirección General de Salud Pública (DGSP) de la Comunidad de Madrid, sus competencias y recursos se repartieron entre tres subdirecciones generales, dependientes de viceconsejerías distintas. Algo tan drástico solo se había producido en España en Extremadura y se rectificó rápidamente y en cambio casi todas las Comunidades que están haciendo sus propias leyes de desarrollo de la salud pública están potenciando la salud pública y a sus profesionales y aumentando el rango de sus estructuras: Comunidad Valenciana, Cataluña y Andalucía son ejemplos significativos no siendo del mismo color político lo que todavía cuestiona más la marginación claramente política que ha tenido la salud pública de Madrid.

2.1.3. Prevención de la enfermedad y Promoción de la salud

Hablar de salud pública es hablar de Prevención de la enfermedad y de Promoción de la salud. Las actividades de prevención y promoción también han disminuido considerablemente estos últimos años de gobierno del partido popular en Madrid. Se ha tergiversado el mensaje de salud y bienestar, de salud y de calidad de vida y de salud y felicidad que representa el vivir con el menor contacto con los factores de riesgo de enfermar de las sociedades occidentales. Se ha intentado transmitir que fumar, beber alcohol, el sedentarismo, el stress, la contaminación de las aguas y del medio ambiente de nuestras ciudades, la alimentación desequilibrada que provoca obesidad, etc. eran consecuencias inevitables de nuestro desarrollo y del ejercicio de la libertad. Y desde luego no es así y hay que defender que los estilos de vida y el deterioro de nuestro medio nos lo imponen desde fuera y que además su consecuencia es el deterioro de nuestra salud y por tanto de nuestro bienestar, de nuestra calidad de vida y de nuestra felicidad.

El mensaje tenemos que cambiarlo, hay que saber transmitir a la gente que si uno deja de fumar no es para vivir más años, sino para vivir mejor ahora mismo, si uno come en pequeña cantidad comida sana y no ingiere grasa animal, no es para adelgazar, sino para respetar el propio cuerpo y encontrarse bien. Si en lugar de apoltronarse ante el televisor, uno se mueve, es para sentirse flexible y no irse limitando con el paso del tiempo

Las grandes compañías que han antepuesto su beneficio a cualquier otra cosa y que dominan los mercados de la alimentación y bebidas, de los alcoholes, del tabaco, etc. han logrado hacernos creer que es nuestra libertad la que está en juego, que quien prohíbe determinadas comidas o aditivos peligrosos o no permite que se respire aire contaminado que produce cáncer son talibanes que agreden a nuestra libertad; es preciso cambiar este mensaje y para ello tenemos que lograr hacer llegar a la ciudadanía que determinados riesgos pueden ser asumidos por el individuo si tiene suficientes conocimientos y capacidad de juicio para hacerlo, pero es labor de la administración sanitaria proporcionar la información para que las personas tomen sus decisiones (siempre en igualdad de oportunidades con los miles de millones que gastan las multinacionales asociando además determinados consumos al triunfo en la vida y a la sexualidad) y otros riesgos son impuestos y el individuo solo no puede evitar que le produzcan enfermedades o contribuyan a las mismas; estos riesgos impuestos hay que evitarlos o minimizarlos y es la Administración la que ha de tomar las medidas para ello. Ejemplos de lo dicho hay muchos, el humo del tabaco que respiramos

en un local cerrado si somos camareros del mismo es un riesgo impuesto, la contaminación del aire o de las aguas, las sustancias peligrosas en alimentos, etc. son ejemplos de riesgos impuestos. El acto de fumar o comer determinados alimentos de los cuales conocemos sus bondades o peligros, el no hacer ejercicio, etc. son decisiones asumidas (aunque como hemos dicho antes entre comillas) pero en cualquier caso es así.

Dicho esto, señalar que los servicios de salud pública habrán de preocuparse en el área de la Promoción de la Salud en trabajar con los ciudadanos sobre los principales factores prevenibles de enfermar y de morir en la Comunidad de Madrid y es por ello que habrán de priorizarse las actuaciones y programas sobre el fomento de una alimentación saludable con especial dedicación a infancia y escuela, la promoción del ejercicio físico con instalaciones y facilidades para practicarlo y la lucha contra el tabaquismo como el primero de los factores prevenibles mencionados.

2.1.4. La Promoción de la salud y la Educación sanitaria

En cuanto a la Promoción de la salud y la educación sanitaria de la población se está mezclando gravemente propaganda con educación y promoción en todo nuestro Sistema de Salud pero es la Comunidad de Madrid donde lo que llaman promoción de la salud tiene importantes presupuestos que se controlan desde las áreas de gobierno y empresas especializadas ajenas a los profesionales del sector. Es en la Comunidad de Madrid donde lo que llaman promoción es propaganda utilizando la salud que vende muy bien. Cuantas encuestas se están haciendo, cuantos menús escolares o campañas de alimentación o de otras materias con incidencia ínfima real por su magnitud o por su diseño en las poblaciones, cuantas inauguraciones, ruedas de prensa sobre datos de utilización y funcionamiento del sistema asistencial, sobre hábitos de los ciudadanos, etc. cuyo único objetivo es que los políticos salgan en los medios. Es preciso que todas las campañas de promoción de salud se evalúen pasado un tiempo necesario después de presentadas, que se den cuentas de todas los planes y promesas que se dicen en las ruedas de prensa y que la salud pública no se utilice como propaganda y si en cambio se oriente a su verdadera función de lograr aumentar el nivel de salud y de bienestar de los ciudadanos.

2.1.5. La Protección de la salud, sanidad ambiental y sanidad alimentaria

La Protección de la salud, sanidad ambiental y sanidad alimentaria son dos áreas especiales y específicas de la salud pública que se abordan verticalmente en general en las estructuras de salud pública por sus características. En ellas participan todas las disciplinas horizontales como la Promoción, la Prevención y la Epidemiología.

Su situación en la Comunidad de Madrid comparte los mismos defectos que el resto de la salud pública de la Región y han de sufrir similares cambios y reestructuraciones, aunque, hay que señalar, que no han sido machacadas en similar medida que otras áreas del Sistema de Salud madrileño por ser actividades en buena parte de tipo inspector que se han ido mantenido gracias a las labores protocolizadas y rutinarias efectuadas por los profesionales técnicos de salud pública de la comunidad.

Sanidad Ambiental

La Sanidad Ambiental va adquiriendo una importancia cada vez mayor con el desarrollo de las sociedades y según la presión sobre el medio se va acumulando. La identificación de los factores ambientales, físicos, químicos o biológicos, peligrosos para la salud y su prevención es el objetivo de la sanidad ambiental. Pero no solamente hay que pensar y trabajar la sanidad ambiental desde el punto de vista negativo, más bien al contrario, un medio ambiente saludable y sostenible es un factor productor de bienestar y salud.

Las intervenciones en materia de salud ambiental se dirigen a la vigilancia y control de los agentes físicos, químicos y biológicos presentes en los distintos elementos del medio y

en los lugares de convivencia humana y cualquier situación ambiental que pueda afectar a la salud.

Estas intervenciones, en lo que a servicios y funciones en la Comunidad de Madrid se refiere, pueden concretarse en los siguientes puntos mínimos necesarios para un programa de sanidad ambiental de la región:

- Desarrollo de los servicios y actividades que permitan el control y la protección de la población ante los riesgos causados por factores y procesos ambientales dañinos para la salud individual y colectiva.
- Vigilancia de determinantes ambientales con efecto en Salud a través de la implementación de sistemas de información.
- Garantizar las acciones relacionadas con la seguridad química de especial impacto en la Salud y en el desarrollo económico, a través del control del etiquetado de los productos químicos y un especial énfasis en la comunicación de los riesgos a la población.
- Potenciar la evaluación de impacto en salud a través del desarrollo de procedimientos, métodos y herramientas que permita conocer los efectos sobre la salud de los nuevos programas que se desarrollan en la acción del gobierno.

Sanidad Alimentaria

Este término, más amplio que el que se viene usando de seguridad alimentaria, abarca más temas dado que trabaja con la promoción de la salud y la epidemiología en una concepción de la alimentación como fuente de salud y bienestar y no únicamente con la seguridad como concepto de protección, necesita también determinadas intervenciones en Madrid y que pueden concretarse en los siguientes puntos:

- Velar por la inocuidad alimentaria en todos los eslabones de la cadena alimentaria, a través de la vigilancia y el control.
- Implantar sistemas de autocontrol en las empresas e industrias, instalaciones y servicios basados en el método de Análisis de peligros y puntos de control crítico y se llevará a cabo su supervisión mediante Auditorias.
- Promover un nivel de seguridad alimentaria a través de la promoción, evaluación, gestión y comunicación de los riesgos para la Salud de la población.
- Cooperación y descentralización de las actividades de control que viene realizando la Comunidad de Madrid, en los establecimientos e industrias alimentarias, a través de acuerdos con las Entidades Locales, que favorezcan la integración de las actividades que realizan ambas Instituciones en el control de los operadores alimentarios.

En general toda la inspección alimentaria y ambiental dependiente de la Salud Pública ha de ser objeto de un profundo estudio (incluyendo las actividades de las administraciones locales) para poder poner en marcha una reestructuración de los servicios acordes con los tiempos y desarrollo actual y en el que la responsabilidad corporativa, el autocontrol y la delegación de funciones de la inspección pero no la autoridad sanitaria permitan un abordaje más acorde con la realidad sanitaria y empresarial de la comunidad de Madrid.

Señalar por último, aunque ya se ha ido apuntado anteriormente que la Protección de la Salud hoy ha de ir más allá de las actuaciones de inspección y control en Sanidad Ambiental y Sanidad Alimentaria y ha de jugar un papel activo en trabajar con los determinantes de salud de estas dos áreas desde una perspectiva positiva y de promoción de la salud con propuestas de espacios verdes y de ocio en las ciudades, de áreas de actividad física públicas y tuteladas o de propuestas de alimentación saludable. La transparencia en las actuaciones de inspección con acceso libre de la población a la información sobre las mismas es otro de los aspectos a abordar.

Salud laboral y Protección de la Salud

El trabajo ha sido uno de los condicionantes clásicos del binomio salud-enfermedad desde siempre aunque con importancia muy diferente según las características del mismo. Aunque ha cambiado profundamente la concepción de la salud laboral, la misma se sigue enmarcando en el área de Protección de la Salud como disciplina vertical que también se apoya en la Epidemiología, la Prevención y la Promoción de la Salud.

Que el trabajo no ha de ser un factor de enfermedad es algo ya reconocido por todos aunque en tiempos de crisis vuelve a tener extrema importancia pues los ciudadanos tienen su prioridad en el puesto de trabajo. Es en estos momentos cuando más debe vigilar y actuar la salud pública. Como en toda el área de Protección de la salud también aquí hay un enfoque de vigilancia y control y un enfoque positivo de Promoción de salud. En cualquier caso la salud laboral es un tema pendiente en la mayor parte del Sistema Nacional de Salud de España que necesita propuestas claras que ordenen el mundo de las mutuas y aseguradores y de los servicios de salud de las empresas.

En la salud pública de la Comunidad de Madrid la salud laboral no tiene apenas relevancia y estructura por lo que su labor tiene escasa incidencia sobre el problema.

Consideramos necesario como primera propuesta y a la espera de que de una vez se aborde todo el asunto a nivel estatal, la creación de una potente Unidad central de vigilancia de la salud laboral y de unidades satélites de nivel territorial periférico para la vigilancia de las condiciones de trabajo y ambientales y para vigilar la salud de los trabajadores, individual y colectivamente con el objetivo de detectar precozmente los factores de riesgo y deterioro que puedan afectar a la salud de los mismos.

2.1.6. Alertas y alarmas sanitarias

La visibilidad de la salud pública para los ciudadanos y también para los gobernantes se da fundamentalmente cuando surgen problemas de alertas sanitarias que adquieren determinada magnitud, en muchos casos solo mediática y se convierten en crisis. Lo que no quiere decir que sean realmente un problema de salud pública pero han pasado a ser un problema.

El manejo de las mismas es siempre complicado y los políticos ante el temor a equivocarse se lanzan a adoptar medidas de todo tipo en muchos casos sin justificación científica y que pueden ser aprovechadas políticamente, industrialmente y corporativamente. Muchos ejemplos se pueden poner de todo esto, la gripe A el más reciente, unos años antes la gripe aviaria, vacas locas, meningitis, etc.

Estas crisis pueden ser de ámbito regional pero si ello es así, suelen ser de menor entidad salvo excepciones normalmente vinculadas a las aguas de bebida, contaminación ambiental local o alguna patología infecciosa tipo meningitis o legionella.

En la actualidad las crisis sanitarias tienen un alcance muy global, afectando a muchos países, continentes o incluso el planeta entero, todo ello facilitado por las comunicaciones, la economía globalizada, el turismo, etc. que hacen que las crisis que antes eran locales ahora se extiendan rápidamente más allá de esos límites locales.

La importancia sanitaria, política y mediática que adquieren las crisis ha llevado a que se vaya articulando en casi todas las administraciones, pero sobre todo en las autonómicas responsables de la salud pública por haber sido transferida su competencia, unidades y servicios para el manejo de esta crisis, protocolos de actividades, personal de guardia, etc.

Aun cuando es imprescindible que la Administración General del Estado articule las medidas de coordinación y control de crisis sanitarias para todo el Estado y la Ley de Salud Pública estatal puede ser una buena oportunidad para hacerlo, una comunidad autónoma como la Comunidad de Madrid también ha de establecer los mecanismos y las reglas de abordaje de crisis de salud pública en su territorio.

En la futura Ley de Salud Pública de la Comunidad de Madrid se dedicará un capítulo de la misma a la ordenación de actuaciones a nivel normativo y estructural sobre este tema.

Por último señalar que la utilización de las crisis políticamente ha sido casi una constante en los últimos tiempos; hay que buscar el compromiso para que esto no sea así en el futuro y trabajar en niveles no mediáticos con todos los responsables del abordaje de crisis más allá de la necesidad de control de malas actuaciones que se puedan producir. La propuesta efectuada en otro punto de este documento de que la Autoridad Sanitaria responsable de Salud Pública sea un profesional cualificado nombrado por la Asamblea de Madrid puede ayudar mucho a este planteamiento de no politizar problemas de salud pública que alarman a los ciudadanos.

2.1.7. Sistemas de vigilancia e información en Salud Pública

Aunque tradicionalmente se han separado los Sistemas de Información Sanitaria de los Sistemas de Información en Salud Pública y de la Vigilancia Epidemiológica, en estos comienzos del siglo XXI estos temas hay que revisarlos debido a que la recogida de la información, tratamiento y circulación de la misma ha tenido una profunda transformación instrumental y conceptual, también a la implantación paulatina de las TIC y al desarrollo de nuevos instrumentos como la historia clínica digital y las tarjetas sanitarias inteligentes, así como la recogida automática de datos y factores coadyuvantes del binomio salud-enfermedad.

Todo ello hace preciso un nuevo planteamiento que se apoye en que los sistemas de información sanitaria son únicos y parte de esa información se utiliza en salud pública para su quehacer diario y para la elaboración de trabajos para la planificación, diagnóstico de situación y evaluación; la Vigilancia Epidemiológica también ha de cambiar y modernizar sus métodos y habrá de efectuarse a partir de la integración de los criterios de vigilancia en los sistemas de información asistenciales y sanitarios no asistenciales.

Aunque se dispongan de excelentes sistemas de recogida de información, la clave para que esa información pueda ser utilizada en las evaluaciones de servicios y procedimientos, en los diagnósticos de situación y detección de segmentos de población sin acceso en igualdad de condiciones al sistema Sanitario y en la Planificación Sanitaria es la transparencia de la información, transparencia interna y externa.

Al hablar de transparencia interna nos referimos a la circulación de la información dentro del propio Sistema de Salud algo absolutamente necesario para que el servicio a la población se preste en condiciones óptimas. Esto es en estos momentos uno de los problemas del Sistema de Información en Madrid en el que se ha primado el hardware y la consultoría externa de las empresas del sector olvidando la parte conceptual y general que delimite el objetivo que se busca con los Sistemas de Información.

La transparencia externa es la que necesitan los ciudadanos usuarios del Sistema Sanitario. Cada vez más se consolida el derecho de toda la población al acceso a sus datos y a la protección de los mismos frente a terceros.

Circulación eficaz de la información con objetivos claros y transparencia de la información para los ciudadanos es una recomendación principal y también un compromiso.

2.1.8. La participación herramienta de la Salud Pública

La salud pública como sanidad colectiva que es, tiene absoluta necesidad para cumplir sus objetivos de trabajar con la población. Solamente con la participación e implicación de la ciudadanía la Promoción de la Salud y la Prevención de la enfermedad, colectivas, serán una realidad individual. Más allá de la demagogia participativa, en la salud pública las asociaciones de pacientes, de afectados, de autoayuda, de solidaridad, de vecinos, sindicatos, sociedades científicas, partidos políticos, etc. siempre han sido los colaboradores más eficaces de la salud pública. Y actualmente esto se ha ido perdiendo por la propia dinámica social en la que el individualismo domina y porque el gobierno de la Comunidad de Madrid ha hecho todo lo posible por desmembrar el movimiento asociativo y por ello, los apoyos, subvenciones, etc. han ido disminuyendo y en algunos casos recientes hasta desapareciendo incluso cuando el dinero venía de fuera para estos menesteres.

A partir de esta necesidad de la participación de la población en las acciones de salud pública, hay que señalar que ésta ha de hacerse efectiva en un sentido bidireccional o lo que es lo mismo, los ciudadanos tienen derechos y deberes en su participación en el Sistema de Salud pública. Los ciudadanos tienen derecho a conocer y disponer de la información precisa en materia de salud pública y a ser informados en el caso de que haya riesgos específicos para la salud. Incorporar la transparencia a la salud pública será la primera forma de participación.

En el caso de la salud pública la transparencia, la información veraz a los ciudadanos y a la participación de los mismos en el gobierno de la salud pública no es un ejercicio de democracia, que también, es algo necesario para poder trabajar; la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad necesitan obligatoriamente la complicidad de los ciudadanos y ello solo será posible cuando ellos mismos sean corresponsables de programas y actividades.

2.2. Políticas públicas para la protección y promoción de la salud y la calidad de vida

2.2.1. Salud en todas las políticas

Que la salud está condicionada por todas las acciones de los seres humanos se sabe desde siempre aunque haya sido en las últimas décadas cuando estos conocimientos más o menos empíricos han ido demostrándose científicamente. El entorno social y económico, la educación, las desigualdades sociales, el acceso al trabajo, los servicios de nuestras ciudades o barrios, el aire que respiramos, el agua que bebemos, los alimentos que comemos, etc. todo ello determina nuestra salud. Es por lo que, en una política progresista el cuidado de la salud de la población ha de impregnarlo todo, cualquier acción de gobierno del tipo que sea ha de pasar por el filtro de si la misma preserva la salud de los ciudadanos y no la agrede y ello ha de ser la prioridad y hay que hacer el esfuerzo de transmitirlo correctamente a la población. El desarrollo de la idea de "salud en todas las políticas" ha de hacerse llegar a los ciudadanos y a los responsables políticos y ha de ser uno de los condicionantes de esas otras políticas, pero y esto es importante sin buscar protagonismos y enfrentamientos estériles.

Prácticamente todas las acciones de gobierno, a cualquier nivel, todas las intervenciones públicas o privadas tienen en mayor o menor grado repercusiones sobre la salud.

Cualquier Ley o actuación del futuro Gobierno de la Comunidad de Madrid habrá de tener presente si la misma beneficia o perjudica la salud de los administrados (impacto en salud), pero siempre habrá de tener una justificación y estudios realistas y hacerse con la suficiente ponderación y buen criterio que evite que sea tomada como algo a superar. Leyes, planes, proyectos y programas deben de ser sometidos a una valoración previa con la finalidad de seleccionar aquellas actuaciones que puedan tener alguna relación con la salud de las personas y las afectadas serán sometidas a estudio para valorar los posibles efectos directos o indirectos sobre la salud y señalar los cambios y actuaciones precisos para eliminar esos efectos o reducirlos hasta límites razonables.

2.2.2. Estructura de la Salud Pública en la Comunidad de Madrid y marco normativo

La situación actual de la salud pública en la Comunidad de Madrid está tan deteriorada en sus aspectos organizativos (lo cual redundaría lógicamente en sus funciones de servicio a los ciudadanos) que es necesario plantearse lo primero de todo recuperar y ordenar las funciones y servicios y sus estructuras, y motivar a los profesionales. A partir de la realización de estas tareas se podrá acometer una nueva normativa que regule y potencie la Salud Pública de Madrid tal como están haciendo la mayoría de las Comunidades Autónomas de uno u otro signo político.

La Ley de Salud Pública de la Comunidad de Madrid que se abordará tendrá como eje la consideración de la salud como elemento fundamental en todas las políticas del Gobierno de Madrid y habrá de normar la reordenación territorial de las actividades de salud pública conforme al desarrollo social, económico y demográfico de la Región y la potenciación de los profesionales de la Salud Pública de la Comunidad acercando sus derechos a los de sus compañeros del sistema asistencial.

A pesar de las pasadas experiencias no muy positivas en la separación de la dimensión política de la salud pública de la dimensión técnica y ejecutiva de la provisión de servicios, la misma tiene que ser objeto de debate serio en la confección de la nueva legislación. Habrá que reflexionar en la posibilidad de hacer efectiva la separación técnica y política de la salud pública, estudiando las ventajas y los inconvenientes de que la futura estructura técnica de gestión de la salud pública de Madrid pueda depender del SERMAS aunque con autonomía de gestión y con una cartera de servicios claramente definida, mientras que la función de Autoridad dependa de una estructura de rango superior cuyo titular sería elegido por la Asamblea de Madrid a propuesta del Gobierno y que habrá de ser un profesional de alto prestigio y cualificación profesional que podrá contar con esa solvencia y el apoyo correspondiente en caso de crisis o similar. Será el que velará y garantizará la salud colectiva entendida como tal y responderá ante la Asamblea de Madrid.

También creemos conveniente el estudio para la elaboración de una propuesta de estructuración orgánica y funcional de todas las actividades que afectan a la seguridad alimentaria en el ámbito de la Comunidad de Madrid en la que se plantee la agrupación de las mismas con separación efectiva también de la gestión de la dimensión de autoridad sanitaria.

La futura Ley de Salud Pública de la Comunidad de Madrid, tendrá una intención clara de orientar hacia la prevención y promoción al sistema sanitario de Madrid contemplando la incardinación de la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud en la vida cotidiana, poniendo las bases de organización de los servicios de protección de la salud haciendo especial referencia a los temas de la vigilancia epidemiológica, los sistemas de información y las actuaciones sanitarias en las crisis y alarmas sanitarias. Temas señalados como la concepción de la Promoción de la Salud y los necesarios cambios en las áreas de la sanidad ambiental y de la sanidad alimentaria, así como todos los procedimientos de inspección y sanciones también serán puestos al día.

En resumen una Ley de Salud Pública para Madrid propiciará un necesario debate sobre la salud desde un punto de vista colectivo y progresista que tanta falta hace después de su casi desaparición, facilitará y potenciará la gestión de los servicios y estructuras madrileños de salud pública y posibilitará el marco para la aplicación de las medidas que necesitan de fuerza de la autoridad pública, es decir de la acción política.

2.2.3. La Sanidad Municipal en la Comunidad de Madrid

Los servicios sanitarios en el nivel local en la Comunidad de Madrid han estado, desde hace mucho tiempo, limitados casi exclusivamente a actividades de salud pública y muy escasamente han tenido alguna acción referida a asistencia sanitaria. Al analizar las acciones sanitarias de los ayuntamientos de la Comunidad de Madrid es imprescindible asimismo diferenciar la capital del resto de los municipios.

En lo que se refiere a los municipios excluyendo la capital, algunos Ayuntamientos han mantenido algunas actividades de salud pública vinculadas a subvenciones de la Comunidad y residuales también de programas y actividades de tiempo atrás en que los Municipios cubrieron huecos en determinados programas sanitarios difíciles de articular en los servicios del Sistema de Salud o claramente marginales.

El caso del Ayuntamiento de Madrid capital es diferente. Ha mantenido unas estructuras en el área de salud de gran magnitud que en unos casos efectivamente han cubierto huecos del sistema sanitario y en otros se han limitado a duplicar acciones y actividades para legitimar su dimensión y justificar su existencia sin que nadie se haya atrevido a abor-

dar el problema y acometer las reconversiones y adaptaciones precisas al actual Sistema Regional de Salud y al momento actual.

Consideramos necesario efectuar un estudio en profundidad de la realidad de la sanidad local en la Comunidad de Madrid diferenciando la situación entre los diversos municipios por ser claramente diferentes entre la capital y el resto de Ayuntamientos, aunque entre estos últimos hay también muy importantes contrastes.

Efectuado el análisis de la situación real de recursos y actividades existentes y debatido el discurso teórico que corresponde al nivel local en el ordenamiento del sistema de salud regional habrá que proponer un plan de actuación y de reordenación que creemos que es una asignatura pendiente y absolutamente necesario.

Capítulo 3

Ciudadanía sanitaria

Pacientes y ciudadanos en el corazón del sistema sanitario de Madrid: más voz y participación, atención personal de calidad, elección informada

3.1. Introducción

Uno de los objetivos centrales del Libro Blanco es lograr en Madrid una sanidad pública tal que sea efectivamente utilizada por todos los grupos sociales, respondiendo satisfactoriamente a las necesidades y expectativas de los diferentes sectores de nuestra sociedad, especialmente –porque supone un mayor reto– a aquellos mejor informados y con expectativas más exigentes para su atención médica. Los sistemas sanitarios públicos integrados, como el español, en los que tanto financiación como provisión son públicas, cubren razonablemente bien las necesidades sanitarias, pero no siempre responden satisfactoriamente a las demandas y preferencias razonables de la población y los pacientes. Este reto es más difícil cuanto más exigentes e informados son los ciudadanos y menos flexible y ágil es el sistema público. Sin embargo, en este tipo de sistemas sanitarios es especialmente crítico lograr un alto nivel de calidad y satisfacción de la población con los mismos, pues el riesgo más importante para su sostenibilidad no es financiero si no político: el de una posible desafección de las clases medias si no responde a sus expectativas.

Sin embargo, en un sistema sanitario público bien gobernado, este énfasis en lograr servicios que respondan a las demandas de las clases medias más exigentes, debe ser perfectamente compatible con dar respuesta igualmente satisfactoria a las necesidades sanitarias de los sectores más desfavorecidos de la sociedad, tanto por exigencias de equidad y justicia social, como por sólidas razones de salud pública y de eficiencia global del sistema sanitario. Por ello el Libro Blanco dedica un apartado a este tema, recomendando que la lucha contra las desigualdades socioeconómicas en salud sea uno de los temas centrales de la política pública (no solo sanitaria) de la Comunidad de Madrid, y que a ella se dedique –como lo hacen los países más avanzados– un programa específico bajo la tutela de una Comisión de la Asamblea.

La experiencia de los países nórdicos ha demostrado que los sistemas públicos integrados pueden ser los mejores del mundo en todas las dimensiones (calidad, eficiencia, equidad, satisfacción de la población, etc.). Es cierto, que en ellos no sólo la sanidad pública, si no todo el sector público, destaca por su calidad, eficiencia, agilidad y profesionalidad. Por ello, su ejemplo es uno de los referentes fundamentales de las propuestas del Libro Blanco. Afortunadamente la sanidad española se parece cada vez más a la nórdica, pero no cabe autocomplacencia alguna ante la experiencia negativa de pacientes y profesionales con sus no pocas insuficiencias. Insuficiencias cuyo reconocimiento llevan a proclamar en programas electorales y declaraciones públicas la “centralidad del paciente” en los servi-

cios sanitarios, sin que ello haya significado en la práctica grandes cambios, a pesar de los notables avances de todo tipo habidos en la cultura de servicio de nuestra sanidad pública.

El interés por responder satisfactoriamente a las preferencias de la población en relación con los servicios sanitarios ha impulsado en el SNS español medidas que han dado lugar a innegables mejoras en la calidad de la sanidad pública. Sin embargo, al mismo tiempo, la importancia de mostrar interés político por la satisfacción ciudadana con la sanidad ha llevado a algunos gobiernos a propuestas demagógicas, con un gran potencial para dañar tanto a los pacientes como al sistema sanitario. De ello, el gobierno del PP-Aguirre en la Comunidad de Madrid ofrece dos casos de libro: uno es la promesa electoral de un tiempo máximo de 30 días para todas las intervenciones quirúrgicas que ocasionó retrasos importantes de operaciones tan prioritarias con las de cáncer por cumplir el objetivo en intervenciones menores (alterando además el sistema de información de listas de espera). El otro caso es la utilización del atractivo de la “libre elección” (por más que sin instrumentos para que los pacientes puedan en la práctica ejercerla), con el fin último de implantar un Área Única que destroza la ordenación territorial sanitaria de la Madrid.

El Libro Blanco reconoce la dificultad real de *situar de verdad y con todas las consecuencias a los pacientes, sus familias y cuidadores, en el corazón del sistema sanitario público de Madrid* como proclama el primero de sus objetivos estratégicos para la sanidad de Madrid. No obstante, siendo la sanidad pública de-y-para los ciudadanos, ningún otro objetivo es más prioritario e irrenunciable que lograr que responda adecuadamente a lo que ellos necesitan y esperan tanto en calidad científico-médica como en calidez y trato personal. Nuestra propuestas para conseguirlo son ambiciosas, pero cuentan con instrumentos probados para que ciudadanos, pacientes y profesionales sean protagonistas y testigos del gran avance que el Libro Blanco propone, tanto en la atención y trato a los pacientes de la sanidad pública madrileña, como en la vinculación de la ciudadanía con el que es su servicio público más apreciado y querido.

Este capítulo desarrolla las reflexiones y propuestas del Libro Blanco sobre los objetivos deseables para situar a ciudadanos y pacientes en el centro del sistema, así como sobre los instrumentos para avanzar. Para ello organizamos el capítulo en ocho grandes apartados: (1) En primer lugar, presentando las dos perspectiva e instrumentos que proponemos para situar de verdad al paciente en el corazón del sistema sanitario: el Buen Gobierno y una gran Alianza por la Calidad; (2) En segundo lugar, proponiendo la revitalización de los derechos y deberes de los ciudadanos en la sanidad en siete puntos centrales; (3) En tercer lugar, desarrollando propuestas operativas y rigurosas para hacer posible, de verdad, la libre elección dentro de la sanidad pública de Madrid; (4) En cuarto lugar, impulsando la participación activa de ciudadanos y pacientes a en la sanidad pública de Madrid; (5) En quinto lugar, presentando propuestas para la prevención de errores y accidentes en la atención sanitaria, así como mecanismos de ayuda a los pacientes que los han sufrido; (6) En sexto lugar, proponiendo impulsar el voluntariado, las donaciones y legados a centros y servicios de la sanidad madrileña; (7) En séptimo lugar, dedicando un apartado a los derechos de los pacientes en la sanidad privada por ser su protección también responsabilidad de las autoridades sanitarias de la Comunidad de Madrid; (8) Finalmente, abordando un conjunto de puntos importantes para los pacientes y sus familias por su contribución a mejorar su experiencia en la sanidad pública de Madrid.

3.2. Buen Gobierno y una gran Alianza por la Calidad: claves para situar al paciente en el corazón del sistema sanitario

La atención sanitaria de calidad que demanda nuestra sociedad es el resultado del buen funcionamiento y coordinación de cada uno de los complejos componentes del sistema sanitario (telefonistas, limpieza, ambulancias, enfermería, médicos de familia, especialistas y un largo etcétera); todos ellos son un eslabón insustituible en la cadena de una buena aten-

ción sanitaria, que está basada en el factor humano y, finalmente, en una buena relación médico-paciente. De ahí la importancia de contar con un Buen Gobierno en la sanidad de la Comunidad de Madrid, que favorezca el desarrollo de los valores de la profesionalidad y de servicio público, la vocación de servicio y la empatía hacia el paciente, al tiempo que con ello estimula el cariño y respeto de la población hacia la sanidad pública y sus profesionales, haciendo del Servicio Madrileño de Salud una de las instituciones más queridas de la población.

Por otra parte, la búsqueda de la calidad en los servicios sanitarios tiene un gran potencial –sinérgico con el del Buen Gobierno– para situar al paciente y al ciudadano en el centro del sistema, ofreciéndole lo que más importa: una buena atención. Además, la combinación de Buen Gobierno y mejora continua de la calidad, tiene una gran capacidad para incrementar la eficiencia, conteniendo costes y permitiendo prestar más servicios con los mismos recursos, algo siempre obligado en el sector público, pero especialmente necesario en situaciones de crisis económica y fiscal como la actual.

Calidad, efectividad y eficiencia son inseparables en medicina y se refuerzan mutuamente. La mejora de ambas requiere una actitud permanente de evaluación y de búsqueda de oportunidades de mejora, especialmente en aquellas áreas y servicios en los que las innovaciones tengan mayor impacto en muertes evitables, mejor salud y calidad de vida, incremento de la seguridad, mejora del acceso, disminución de las desigualdades, etc. Ejemplos concretos de estas iniciativas son planes para prevenir errores, accidentes e infecciones hospitalarias; el replanteamiento de la atención a pacientes crónicos, en línea con las iniciativas del País Vasco y otros Servicios Autonómicos pioneros, el impulso a las buenas prácticas de prescripción, etc.

Para avanzar en esta línea, proponemos una gran *Alianza por la Calidad*, una iniciativa global y sistemática para adoptar en todo el sistema sanitario de Madrid la filosofía de mejora de la calidad en todas las áreas, centros, organizaciones, actividades y servicios de la sanidad madrileña. Esta gran *Alianza por la Calidad* debería ser liderada y coordinada al más alto nivel de la sanidad de la Comunidad, e incluir las tres dimensiones clave de la calidad en los servicios sanitarios: calidad profesional, calidad de servicio y calidad organizativa.

3.2.1. Calidad profesional

La excelencia y la generalización de las buenas prácticas clínicas y de cuidados, sería el elemento central de esta gran iniciativa global por la calidad en la sanidad pública de Madrid; para ello nada mejor que ponerla en manos de unas Comisiones de Asesoramiento Técnico (CATs) formadas por clínicos con autoridad profesional y compromiso con la innovación y la mejora de la práctica profesional en el sistema sanitario público, encargándoles entre otros cometidos:

- Elaborar y adoptar estándares de buenas prácticas clínicas y de cuidados, monitorizando y evaluando su implementación e impacto;
- Ligar esta iniciativa de calidad a un gran impulso de la investigación, tanto clínica como de servicios sanitarios;
- Impulsar la puesta en marcha, la consolidación y la utilización de registros clínicos (de tumores, prótesis, patologías, etc.) para evaluar la efectividad, resultados y eficiencia de la práctica clínica;
- Vincular a esta iniciativa la formación médica y de otras profesiones sanitarias, a todos los niveles de la misma;
- Hacer del compromiso y la implicación personal con la calidad de la práctica clínica y los cuidados, de su mejora y evaluación, un merito preferente para el progreso en la carrera profesional y en el acceso a puestos de responsabilidad;

3.2.2. Calidad de servicio

Su objetivo es lograr que la sanidad pública de Madrid sea un referente de trato personalizado, amable, respetuoso y profesional a ciudadanos y pacientes, cuidando absolutamente todos los detalles de un buen servicio. Detalles que son especialmente importantes tratándose de la salud y cuando uno está enfermo: información personalizada, confort, alimentación, ruidos, horarios, decoración, mantenimiento de mobiliario, atención a las necesidades especiales, citaciones, demoras, etc. Lograr la excelencia en el servicio y trato al paciente requiere situarlo explícitamente en la agenda de trabajo a todos los niveles de la organización sanitaria, y hacer de ello una medida del desempeño. Avanzar en esta dimensión debiera incluir, entre otras, las siguientes iniciativas:

- Promover que *la cultura de servicio* sea parte de la profesionalidad sanitaria e impregne su ética de servicio público, incorporando a la misma las buenas prácticas de la industria de servicios (turismo, hostelería, banca, telefonía) en la que España destaca internacionalmente;
- Contar para el conjunto de la sanidad de Madrid y para cada una de sus unidades con Guías de Buenas Prácticas de servicio, trato y atención al ciudadano y al paciente, haciendo que su conocimiento forme parte de la formación-orientación inicial de todos los nuevos profesionales y trabajadores que se incorporen a la sanidad madrileña;
- Involucrar activamente a sus destinatarios (ciudadanos y pacientes), en la mejor de la calidad del servicio y la evaluación de ésta, poniendo en marcha mecanismos eficaces de participación, individual y colectiva en la sanidad, aspecto que por su importancia tiene un desarrollo propio más abajo.

3.2.3. Calidad organizativa

La buena atención clínica al paciente en la primera línea –que es razón de ser del sistema sanitario– requiere una organización altamente eficaz aguas arriba. La atención al paciente es el fin, y la organización el instrumento. Por eso ella y todos sus procedimientos deben estar al servicio de los clínicos y de una buena atención al ciudadano, nunca al revés. Esta es una premisa fundamental de las propuestas del Libro Blanco para mejorar la sanidad en Madrid, y un argumento central de cada una de las propuestas de Buen Gobierno para el Servicio Madrileño de Salud, que incluyen reformas de gran calado en su organización, gobierno y gestión.

La gran iniciativa *Alianza por la Calidad* en la sanidad de Madrid que aquí proponemos no parte de cero. Afortunadamente existen, desde antes ya de la transferencia de INSALUD a la Comunidad de Madrid en 2002, muchas actividades valiosas de mejora de la calidad, que cuentan con especialistas altamente cualificados y dedicados profesionalmente a los temas de calidad. Incluso en los últimos años, a iniciativa local de profesionales y gestores, han tenido lugar iniciativas valiosas. El aprovechamiento de toda esta experiencia y del capital humano la ha hecho posible, será decisivo para el gran salto adelante en la calidad que debiera suponer la *Alianza por la Calidad* que proponemos.

3.3. Revitalizando los derechos y deberes de los ciudadanos en la sanidad: siete puntos clave

Hacer que el ciudadano y el paciente sean el centro y referente del sistema sanitario es, en gran medida, lograr que sus derechos respecto al mismo sean en la práctica, y de verdad, reales y efectivos. Para ello son necesarias leyes, pero de nada sirven sin un esfuerzo proactivo y constante por dar cumplimiento a su letra y a su espíritu. Un buen ejemplo de ello es la figura del “Defensor del Paciente” de la Comunidad de Madrid, creada por la Ley de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid (LOSCAM, CAPII) para velar por

los derechos de los pacientes. Su Memoria 2008 (última publicada a 1 agosto 2010) muestra una actividad no sólo muy escasa, si no perfectamente irrelevante en muchos casos, y una concepción burocrática de su papel que, junto con los errores de diseño de esta figura, la hacen marginal y prescindible.

La Ley General de Sanidad (LGS, Art.10), y posteriormente la Ley de Autonomía del Paciente (Ley 41/2002), y en la Comunidad de Madrid la LOSCAM (Tít. V), contienen todo lo que las leyes pueden establecer sobre los derechos y deberes de los ciudadanos y pacientes. Sin embargo, por sí mismas las leyes no son suficientes si falta voluntad política e iniciativas prácticas para darles cumplimiento, como está sucediendo en este campo con el gobierno PP-Aguirre en la sanidad de la Comunidad de Madrid.

Para que los derechos de los ciudadanos en relación a su salud sean reales, primero es necesario que sean conocidos por todos: población, pacientes y profesionales sanitarios. Para ello se requiere un esfuerzo constante de difusión y sería conveniente sintetizar el listado legal de derechos y deberes, y su necesariamente detallada casuística, en unos pocos puntos clave, fácilmente recordables; esta reformulación condensada de los derechos sanitarios de ciudadanos y pacientes formaría una *Carta de Derechos y Deberes*, que debería estar expuesta en todos los centros y consultas, de modo que esté continuamente presente en la cultura organizativa y en la mente de profesionales y ciudadanos.

Los puntos clave de esta *Carta de Derechos y Deberes Sanitarios de los Ciudadanos de la Comunidad de Madrid* que proponemos son un resumen de las disposiciones legales vigentes, resumidos en siete conceptos clave (adaptados la Carta Australiana de derechos en la asistencia médica):

Acceso el derecho de acceso la atención sanitaria tiene muchas dimensiones de interés para el paciente: en lugar de una "lista de espera" sine die, o de "agendas cerradas", citación concreta adaptable a las conveniencias del paciente, transparencia e información pública de los datos y criterios para priorizar el acceso a la atención médica, límites razonables a las demoras, acceso priorizado según necesidad médica, horarios convenientes, atención continuada, acceso personal a los profesionales a través de tecnologías de la información (correo electrónico, Internet, consulta telefónica), etc. El deber más importante por parte del paciente en relación a este derecho es acudir puntual a las citas, o avisar con tiempo cuando no sea posible, y utilizar con responsabilidad los servicios recomendados en cada caso;

Seguridad errar es humano y la sanidad ha de blindarse para evitarlo; para ello es preciso adoptar proactivamente estrategias y planes de seguridad del paciente a todos los niveles de la sanidad pública (y privada) de Madrid, implantando estándares de seguridad y vigilando su cumplimiento, y poniendo en marcha en todas las unidades Comisiones de Seguridad del paciente y de prevención de riesgos;

Respeto incluye trato amable, deferente y profesional, atendiendo a las preferencias del paciente y con consideración a su nivel educativo, a sus creencias, principios, identidad sexual, etc. El paciente por su parte está obligado a respetar y ser considerado con todo el personal sanitario, y por supuesto con los demás pacientes;

Información es el derecho del paciente a recibir información sobre la situación de su salud en forma comprensible, a obtener respuestas que le ayuden a tomar sus propias decisiones y a tener el control de todo lo de su salud; en la actualidad, este derecho debe incluir el acceso y disponibilidad por parte del paciente a su historia clínica electrónica;

Participación el punto central de este derecho es la participación del paciente en todas las decisiones que afectan directamente a su asistencia médica y cuidados; sin embargo, este derecho se proyecta más allá, en un concepto más amplio de participación ciudadana no sólo en la propia salud, si no en todo lo que afecta al sistema sanitario, propuestas se tratan en un apartado específico más adelante;

Privacidad-confidencialidad el derecho a la privacidad incluye desde detalles importantes de protección de la intimidad en los procedimientos médicos, habitaciones y servicios de urgencias, hasta las sofisticadas medidas que son precisas para garantizar la confidencialidad de los datos de la historia clínica electrónica;

Respuesta a reclamaciones es el derecho a recibir respuesta –en tiempo y forma adecuados– ante quejas, reclamaciones, denuncias y sugerencias; para que sea eficaz requiere un sistema de respuesta que tenga, en su diseño y organización, garantías institucionales de que las reclamaciones reciben formalmente consideración por parte de los responsables de los centros (incluidos los órganos de gobierno), como se plantea en otro apartado del Libro Blanco.

Derecho a una muerte digna y a cuidados paliativos

No queremos dejar sin mencionar explícitamente el derecho a una muerte digna y a cuidados paliativos. Está incluido implícitamente en los siete puntos de arriba, pero merece ser citado, tanto por su importancia –nos afecta a todos tarde o temprano, y cada año a los más de 40.000 madrileños que fallecen en la Comunidad–, como por haber sido negada sectariamente por el gobierno del PP-Aguirre en el tristemente famoso “caso Leganés”. La muerte es un hecho trascendente e irremediable y es profundamente humano abogar por los cuidados que permiten una muerte digna, sin dolor no deseado, en que se pueda, incluso, “morir serenamente” en paz con uno mismo y con los que le rodean.

Un buen sistema sanitario intenta retrasar la muerte y facilitar una muerte digna, negando el encarnizamiento terapéutico que prolonga la agonía, y permitiendo que el paciente y su familia puedan recibir cuidados de máxima calidad si deciden que la muerte tenga lugar en el propio domicilio del enfermo. La muerte sólo es un fracaso del sistema sanitario cuando lo es por error o accidente, pero sobre todo, cuando sucede sin control del dolor, insomnio, angustia, estreñimiento, edemas y otros síntomas que hacen difícil morir con dignidad, o tener una buena muerte. Por ello el sistema sanitario y sus profesionales tienen como noble labor la de procurar el alivio de los síntomas del paciente en su última etapa de enfermo terminal.

Recomendamos prestar a este tema una atención prioritaria para organizar la atención sanitaria de forma que la muerte del enfermo esté rodeada de cuidados de máxima calidad. Para que pueda tener lugar con todas las garantías en el propio domicilio, si así lo desea el paciente y su familia, implicando en ella a sus profesionales sanitarios “naturales” (médico de cabecera y enfermería comunitaria), y también a los servicios sociales, de forma que se dé respuesta adecuada a la sobrecarga física y emocional que supone la muerte digna a domicilio (si esa es la opción elegida).

En resumen. Revitalizar estos derechos y hacerlos más operativos aconseja: (1) reformularlos en una nueva *Carta de Derechos y Deberes Sanitarios de los Ciudadanos de la Comunidad de Madrid*, que tenga una amplia difusión, (2) evaluar el sistema de garantías actualmente existente para hacerlo más operativo y transparente y (3) incluir en esta evaluación global la reconsideración de la actual figura de Defensor del Paciente. Una revisión, con toda probabilidad, aconsejará su sustitución por una *Agencia de Ciudadanía Sanitaria*, diseñada con los principios de Buen Gobierno (selección profesional de sus miembros, autonomía, independencia, transparencia, rendición de cuentas, etc.), y pensada para proteger con eficacia los derechos sanitarios de los ciudadanos, contribuir a la mejora de la calidad de los servicios y ejercer de mediadora en reclamaciones y demandas.

3.4. Libertad de elección real e informada en la sanidad pública de Madrid

Poder elegir es bueno en sí mismo y es deseable también en la sanidad pública. Recomendamos ampliar al máximo la libertad de elección dentro de la sanidad de Madrid,

e incluso dentro del conjunto del sistema Nacional de Salud español, eliminando todos los obstáculos burocráticos para ello, y poniendo activamente los medios necesarios para hacerla real, el más importante de los cuales es una buena información al paciente y su familia. El gobierno del PP en la Comunidad de Madrid ha hecho bandera político-sanitaria de una “libre elección” (sic) fraudulenta que hace obligado tratar este tema con cierto detalle en este capítulo.

El atractivo social de elegir, pervertido como bandera partidaria por el gobierno del PP en Madrid, está siendo utilizado como pantalla para ocultar su desgobierno sanitario, y de publicidad institucional, en este caso especialmente engañosa. Para agitar políticamente la bandera de la *libre elección* el PP de Madrid ha aprobado toda una Ley (la Ley 9/2009). Es una ley perfectamente innecesaria por no añadir nada nuevo a la Ley General de Sanidad de 1986 y a los dos Reales Decretos sobre libertad de elección, en Atención Primaria (1993) y en Atención Especializada (1996), ni siquiera a la propia LOSCAM de Madrid de 2001 (Art. 27.9). El Decreto 51/2010 que en agosto de 2010 desarrolla esta Ley tampoco añade en la práctica nada sustantivo a las posibilidades reales de elección de ciudadanos y pacientes en la sanidad madrileña;

La libertad de elección, especialmente de Médico General-de Familia, es tema resuelto desde hace décadas en la sanidad española. Sin embargo, el gobierno del PP en Madrid redescubre su atractivo, y la utiliza como pretexto para acabar con la ordenación sanitaria de la Comunidad en Áreas de Salud, implantando su improvisada “Área Única”. A pesar de que es un hecho que las Áreas de Salud no suponen obstáculo alguno para elegir médico (de Atención Primaria o Especialista) en cualquier centro de la Comunidad de Madrid. Lo más grave de todo esto es que la manipulación política del tema elección está sirviendo como cortina de humo para una agenda, cada vez menos oculta, que favorece intereses privados, mercantilizando la sanidad pública (“*el dinero sigue al paciente*”), con el pretexto de hacer de la *libre elección* seña de identidad ideológico-sanitaria y bandera partidaria.

Nosotros recomendamos la más amplia posibilidad de elegir en la sanidad pública, pero poniendo para ello los medios organizativos y la información necesaria para hacerla real y operativa. La elección del médico de cabecera está relativamente bien resuelta desde hace años en todo el SNS español, aunque siempre es posible mejorarla, y también empeorarla como se ha hecho en Madrid. Sin embargo, evitando falsas promesas y demagogia, es preciso reconocer con honestidad, que organizar operativamente bien un marco general y amplio de libertad de elección de especialista en la sanidad pública tiene notables dificultades. Requiere un cuidadoso trabajo de información y organización que no se puede improvisar; es innegable que tanto las segundas opiniones y como la posibilidad generalizada de elegir el equipo o el especialista que realice determinados diagnósticos o tratamientos, plantean retos organizativos y de detalle que requieren una planificación cuidadosa, con la implicación muy directa de los especialistas y unidades clínicas involucradas.

Por otro lado, la condición fundamental para poder elegir es tener información. Esta información tiene tres componentes relacionados entre sí: (1) un buen Sistema general de Información Sanitaria de Madrid, de acceso público y transparente, como la revolución en el acceso a la información que propugnamos en el Libro Blanco; (2) disponibilidad sin restricciones por el paciente de su propia historia clínica, que recomendamos; y (3) y sin duda el más importante: la información personal a cada paciente, que le oriente con confianza sobre dónde, cuándo y por quién puede ser mejor atendido en su caso; esta información se obtiene del diálogo con el médico propio (de cabecera o especialista), o con un médico de confianza, conocedores del caso y de los datos de actividad, calidad y resultados de los diferentes centros y servicios. A este respecto es muy significativa la desaparición del texto final del Decreto 51/2010 sobre “*libre elección*” del artículo que existía en los borradores que obligaba a proporcionar a los pacientes la información necesaria para poder elegir en la sanidad de Madrid.

Por último, tres consideraciones relevantes sobre la libertad de elección dentro de la sanidad pública, en la perspectiva más amplia de autonomía y empoderamiento del paciente y de lo que a éste realmente le importa en relación con su atención médica.

- En primer lugar, es muy pobre y limitado un derecho a elegir que se limite al dónde y al quién de la atención y no incluya, o promueva al menos con igual énfasis, el *control* y la *decisión* del paciente sobre su atención médica y cuidados, es decir: el *qué* y el *cómo* de los mismos, que son tanto o más importantes que dónde y por quién se es atendido.
- En segundo lugar, el interés prioritario del paciente es recibir una buena atención médica: que ésta sea a tiempo, segura, efectiva, de calidad, y con un buen trato personal. Poder elegir el dónde y quién de la atención es solo un medio para ello –valioso sólo si se tiene la información adecuada–, pero en modo alguno es un fin en sí mismo, como tramposamente induce a creer la retórica vacía de la *libre elección*.
- En tercer lugar, la inmensa mayoría de los pacientes busca y obtiene la atención que necesita en sus centros y hospitales de referencia, que son los más cercanos a su domicilio. Por ello su primera elección informada sería, sin duda alguna, que éstos estén bien equipados y que funcionen correctamente. Porque, además, cuando más necesaria e importante es la atención médica –en situaciones de urgencia– somos atendidos en estos centros próximos, y de nada sirve en estas situaciones el discurso vacío de la libre elección. Por ello es importante la ordenación sanitaria con planificación equitativa y técnicamente eficiente de los recursos, que permite organizar la oferta de servicios. Las Áreas de Salud son un instrumento probado y excelente para garantizarlo y sin embargo han sido suprimidas en Madrid, con el pretexto de una “*libre elección*” retórica, que tal como está planteada no aporta nada nuevo. La organización sanitaria por Áreas de Salud en modo alguno tiene como objetivo ni obliga a encuadrar en ellas la demanda limitando la capacidad de elección de los pacientes. Las Áreas de Salud son fundamentalmente un instrumento para organizar la oferta de servicios con racionalidad y con equidad. Por ello recomendamos vivamente volver a este modelo de organización sanitaria: es la que ofrece más garantías reales de buena atención a los todos los ciudadanos de la Comunidad, en cualquier punto de su territorio.

3.5. Participación de ciudadanos y pacientes en la sanidad pública de Madrid

Como muestra la experiencia de los mejores sistemas públicos de salud, la participación de ciudadanos y pacientes en el sistema sanitario, implicándose en el mismo y sintiéndolo como propio, es una condición necesaria para su Buen Gobierno y funcionamiento. Esta participación de ciudadanos y pacientes en la sanidad pública tiene múltiples enfoques, dimensiones y niveles, pero una distinción de gran interés es diferenciar entre participación del paciente y participación ciudadana. La primera se refiere a las decisiones sobre la salud individual (*patient involvement*), mientras que la participación ciudadana (*public involvement*) se refiere a la participación en decisiones sobre políticas y servicios sanitarios.

La participación de ciudadanos y pacientes en la sanidad pública, además responder a derecho democrático y de su contribución a la mejora de los servicios, tiene el gran valor de contribuir a la identificación de la ciudadanía con su sistema sanitario, su mejora y sostenibilidad, tanto social como económica.

Un elemento central del Buen Gobierno y esencial para la participación de ciudadanos y de pacientes en los servicios sanitarios, es la disponibilidad y el acceso a información de calidad, como instrumento clave de empoderamiento. La información permite opinar y elegir con conocimiento de causa, sea como ciudadanos activos, interesados en la sanidad como asunto público, o individualmente como pacientes interesados en la propia salud y en las decisiones que la afectan.

Por ello la transparencia y acceso a toda la información en poder de la Administración sanitaria forman el núcleo central de las recomendaciones del Libro Blanco para el Buen Gobierno de la sanidad de Madrid. En concreto, recomendamos que la disponibilidad de

información con transparencia, implique, entre otras cosas poner a disposición de los ciudadanos, en Internet:

- (*Qué*) toda la información relevante disponible (datos e indicadores de recursos, presupuesto y gastos, actividad clínica, calidad, tiempos de espera, satisfacción de pacientes, quejas, etc.);
- (*De dónde*) desagregada para cada una de las Áreas de Salud, centros y unidades donde la información se genere, y agregada para el conjunto;
- (*Cómo*) glosada de forma abierta, accesible, comparable entre unidades/centros y en su evolución temporal, entendible y reutilizable por ellos;
- (*Cuándo*) con la mayor inmediatez.

Las tecnologías de la comunicación e información (TIC) hacen posible no solo acceso a todo tipo de información por parte de ciudadanos, pacientes y profesionales, si no también sistemas de comunicación de los pacientes con el sistema sanitario y sus profesionales, haciendo posible nuevas formas de atención sanitaria con grandes mejoras en el acceso y calidad de los servicios. Por ello, recomendamos utilizar a fondo en la sanidad pública de Madrid todas las posibilidades de las TIC y la *Salud-e* para:

- Hacer disponible y accesible a toda la información sobre el sistema sanitario de Madrid y el conjunto del SNS español sobre sus recursos, servicios, actividad, desplazamientos a otras Comunidades Autónomas, etc.;
- Crear un *portal de salud-Madrid* de acceso fiable a información sobre salud, enfermedades, tratamientos, medicamentos, consejos médicos, etc.; una información que debiera estar producida y/o validada por paneles de médicos y enfermeras de la sanidad pública de Madrid e interconectada a sistemas similares de otras Comunidades Autónomas y sistemas sanitarios; este portal debiera prestar atención diferenciada a grupos sociales con necesidades específicas, por ejemplo los jóvenes, mujeres, ancianos, patologías concretas, etc.;
- Facilitar la comunicación entre los ciudadanos y los pacientes con médicos y enfermeras de Atención Primaria, así como con los servicios administrativos (citaciones, etc.); entre estos instrumentos se debería considerar un servicio telefónico tipo "Salud-24h." "Salud Reponde", como los que funcionan satisfactoriamente en otros sistemas sanitarios;
- Elaborar una *Guía del Servicio Madrileño de Salud*. Para cada Área de Salud y dentro de ella, cada uno de sus Centros de Salud y hospitales, se debiera disponer de un portal de información con todos los datos de utilidad práctica relevante para los hogares sobre los servicios disponibles y cómo acceder a ellos: sus horarios, localización, teléfonos, nombres de los profesionales sanitarios, qué hacer en caso de urgencia, etc. Esta información debería estar también editada en papel, total o parcialmente, como "Guía del Servicio Madrileño de Salud" y ser distribuida a todos los hogares de cada Área de Salud. Los ejemplos del *NHS-Choice* británico y la Guía del Servicio Vasco de Salud son dos referentes interesantes para el desarrollo práctico de este tipo de información.

Participación ciudadana en la sanidad pública

El proceso político democrático por el que se elige y controla a los gobernantes es la principal forma institucional de la participación ciudadana en el gobierno de la sanidad pública. Esta forma de participación puede parecer un tanto lejana pero tendrá una mucha mayor efectividad e inmediatez con la puesta en marcha de las recomendaciones en

que hacemos en este Libro Blanco para el Buen Gobierno corporativo (organizativo y de funcionamiento) de la sanidad de Madrid,

Además, la participación de ciudadanos y pacientes en su sanidad pública se verá extraordinariamente reforzada, haciéndose más próxima y real, con las posibilidades que abren aspectos muy concretos de las recomendaciones del Libro Blanco. Entre ellas, destacamos:

- La presencia en los órganos de gobierno (los nuevos Consejos de Administración-Gobierno que proponemos) de todas las Área de Salud y hospitales, con representantes directos de la población, a través de los Ayuntamientos;
- La presencia en estos Consejos de personas vinculadas a la comunidad local a la que sirven los centros sanitarios del Área, nominadas para este servicio cívico por entidades ciudadanas, ONGs, etc.;
- La revolución que en la transparencia, en la disponibilidad y en el *acceso a la información* supondría la puesta en marcha de las recomendaciones del Libro Blanco, y su contribución a un mayor seguimiento del gobierno, gestión y desempeño de la sanidad pública por parte de la ciudadanía;
- Los mecanismos abiertos de toma de decisiones y elaboración de políticas que proponemos, que incluyen –como ya existe en los países más ejemplares– una *fase de consulta* pública en Internet;
- El impulso para generar un gran movimiento de voluntariado cívico en torno a la sanidad pública de Madrid y a sus centros y servicios; este voluntariado tiene una gran importancia por su contribución a la sostenibilidad de la sanidad pública, a que la población la sienta como propia, a la cohesión y solidaridad social y, no en último lugar, a rodear de afecto popular al personal sanitario;
- La colaboración, reconocimiento y apoyo institucional a las familias, que son los más importantes cuidadores de los enfermos, para que cuenten con todas las ayudas que precisan por parte tanto de la sanidad pública como de los servicios sociales;
- Normas que permitan un marco favorable para que el aprecio de ciudadanos y pacientes por su servicio de salud también se pueda expresar también en donaciones y legados a favor del Servicio Madrileño de Salud y de sus centros y unidades;
- Las mejoras en la calidad democrática de la política sanitaria que resultarán de puesta en marcha del conjunto de recomendaciones del Libro Blanco para el Buen Gobierno de la sanidad madrileña.

Además, el Servicio Madrileño de Salud, proactivamente, debería contar con instrumentos (encuestas, estudios, evaluaciones, etc.) que le permian conocer las necesidades, demandas y preferencias de los pacientes, cuidadores, familiares y ciudadanos en general. Un componente importante de ello es monitorizar el nivel de satisfacción de los pacientes y familiares con los servicios recibidos. Condición clave para la efectividad de estos instrumentos de conocimiento de la opinión de ciudadanos y pacientes es poner, con el mayor rigor técnico y transparencia, toda la información recabada a disposición de la sociedad, así como utilizarla internamente en las unidades y servicios para mejorar la calidad de su atención.

Recomendamos ir más allá de las encuestas de satisfacción y valorar la introducción en Servicio Madrileño de Salud de instrumentos que permitan conocer en términos de salud, los resultados de la atención sanitaria, aplicando –inicialmente como experiencia piloto– las nuevas metodologías sobre *Medidas de Resultados Reportadas por Pacientes (MRRP-PROM Patient-Reported Outcome Measures)* ya utilizadas en otros países.

Recibir en tiempo y forma una respuesta adecuada a las denuncias, quejas sugerencias y reclamaciones de pacientes y ciudadanos es un derecho básico, al tiempo que el escalón más elemental de participación. Hacer esto bien exige la existencia de un procedimiento,

institucionalizado y formal, que garantice una respuesta eficaz y rápida. Para conseguirlo –siguiendo el ejemplo de las antiguas Juntas de Gobierno de la Seguridad Social– recomendamos: (1) la inclusión de un punto permanente del Orden del Día de los nuevos Consejos de Administración-Gobierno de las Áreas de Salud y Hospitales sobre “Conocimiento y consideración de quejas de ciudadanos y pacientes”, (2) que cada Área e institución remita estos datos a la *Agencia de Ciudadanía Sanitaria* para su análisis agregado e inclusión en su Informe Anual, y (3) que, evitando cualquier posibilidad de identificación personal, cada Área de Salud e institución haga públicos en su página de Internet la estadística de denuncias, quejas y reclamaciones, y la respuesta a las mismas.

Los instrumentos de participación ciudadana para favorecer el Buen Gobierno de la sanidad pública de Madrid estarían incompletos sin crear y revitalizar cauces de participación específicos para la ciudadanía organizada en torno a Asociaciones de Vecinos, de Pacientes, Tercer Sector, etc., con el objetivo de institucionalizar, ordenar, facilitar y promover su participación en la sanidad pública de Madrid.

Participación del paciente

La participación del paciente en las decisiones que le afectan es uno de sus derechos básicos y como tal está recogido en toda la normativa sanitaria. Como ya hemos señalado, la información es el instrumento clave para el *empoderamiento de ciudadanos y pacientes*. Para ello, entre otras posibilidades, recomendamos;

- Favorecer en la sanidad pública una cultura organizativa y profesional de empatía y deferencia hacia el paciente, en la que éste y su familia tengan en todo momento la información personalizada que precisan para tomar sus propias decisiones y controlar todo lo que concierne a la atención a su salud, haciendo real el lema “ninguna decisión sobre mi sin mí”;
- Hacer posible el acceso y la libre utilización por el paciente de toda la información de su historia clínica digital, a través de una “carpeta personal” en el portal de internet del Servicio Madrileño de Salud, a la que todos podríamos acceder con la misma facilidad y seguridad con la que utilizamos en Internet nuestras cuentas en las cajas de ahorros y bancos. Este sistema debería incluir ayudas específicas para aquellos ciudadanos sin acceso a Internet o con dificultades para acceder y utilizar su historia clínica electrónica.

Una buena sanidad pública, centrada en la persona, deber procurar activamente la mayor autonomía del paciente, favoreciendo el autocuidado y la responsabilización del ciudadano con su propia salud. Avanzar en esta línea requiere una no pequeña reorientación del sistema sanitario, para que ciudadanos y pacientes cuenten con apoyo profesional y ayudas que ello precisa. Para ello recomendamos, entre otras iniciativas innovadoras de educación e información sanitarias a ciudadanos y pacientes:

- El desarrollo de material de información en salud y sobre la mejor utilización de los servicios sanitarios, buscando la colaboración activa de los especialistas del Servicio Madrileño de Salud;
- Utilizar las posibilidades de las redes sociales, la participación de asociaciones de pacientes y vecinos;
- Impulsar la formación de “pacientes expertos” y otros sistemas similares de ayuda y apoyo mutuo entre pacientes;
- Favorecer también el voluntariado cívico de los profesionales sanitarios enfermos para que, desde el conocimiento personal y profesional de su enfermedad, compartan su experiencia con otros pacientes y con sus propios colegas profesionales para hacer más humana la medicina y aliviar las incertidumbre y angustia que frecuentemente conlleva estar enfermo;

- Buscar de formas más personalizadas de atención, como serían nuevas posibilidades de contactar con el médico de familia o la enfermera de enlace a través del teléfono fijo y móvil, del correo electrónico, etc.

3.6. Prevención de errores y accidentes y ayuda a los pacientes que los han sufrido

Se considera errores y accidentes en sanidad cuando como resultado de un procedimiento médico-sanitario se ha causado un daño evitable a un paciente. Sea cual sea su causa, la persona afectada tiene derecho a una explicación sobre lo ocurrido y sus causas, apoyo de todo tipo para hacer frente a las consecuencias y, cuando sea el caso, a la indemnización (resarcimiento) que esté establecida como compensación por el daño sufrido. Además, tanto el paciente, como la sociedad, deben poder conocer qué medidas se tomarán para prevenir en el futuro errores o accidentes similares. Todo ello debería formar parte de los procedimientos reglados de garantías incondicionales establecidos en la sanidad pública de Madrid para hacer frente a los errores y accidentes sanitarios.

La importancia de prevenir los errores y accidentes que inevitablemente ocurren en medicina, aconseja valorar la conveniencia de crear una Agencia contra los Accidentes Sanitarios, la cual por ser de interés para toda la sanidad pública española y por economías de escala, debería ser propuesta por la Comunidad de Madrid para su creación por y para el conjunto del SNS. Por su parte, la Agencia de Ciudadanía Sanitaria de Madrid debería hacerse cargo de atender a ciudadanos y pacientes en todo lo relacionado con los errores o accidentes sanitarios. Ello implicaría, entre otras tareas, las siguientes:

- Ofrecer consejo y apoyo confidencial a las personas afectadas por accidentes y errores médicos, tanto del sector público como en el privado;
- Disponer de sistemas de acceso fácil a sus servicios por parte de los ciudadanos, ayudando especialmente a aquellos que tienen más dificultad para expresarse y hacer valer sus derechos, con un buen asesoramiento profesional, tanto clínico como legal;
- Disponer de expertos clínicos y legales para asesorar a los afectados;
- Desarrollar mecanismos de Mediación y Conciliación para facilitar a los afectados por errores y accidentes las compensaciones a las que tengan derecho con los menores costes posibles tanto de tiempo como emocionales;
- Ofrecer asesoramiento técnico y mediación para que los profesionales de la sanidad pública de Madrid, sus organizaciones científicas, profesionales y sindicales, conjuntamente con la Administración sanitaria puedan consensuar fórmulas de aseguramiento de responsabilidad civil profesional y sanitaria que protejan a los pacientes, al sistema de salud y a los propios profesionales con el menor coste y la cobertura más razonable.

La seguridad de los pacientes y la prevención de los accidentes y errores sanitarios es un tema que debiera tener una gran prioridad en la sanidad de Madrid. La sanidad es un sector de alto riesgo para este tipo de problemas como reconoce la Unión Europea, la OMS, el Consejo de Europa y los esfuerzos en este sentido de todos los sistemas de salud del mundo desarrollado. Por ello recomendamos que las autoridades sanitarias de Madrid desarrollen plenamente las recomendaciones europeas e internacionales sobre Seguridad de los Pacientes en relación a todo tipo de problemas de seguridad (infecciones, errores, accidentes, etc.). Ello requeriría entre otras medidas:

- La creación de un Grupo de Trabajo Permanente sobre Seguridad del Paciente en la Comunidad de Madrid encargado de diseñar y monitorizar la aplicación de una Estrategias para la Seguridad de los Pacientes, que abarque todos los ámbitos de la sanidad pública y privada de la Comunidad;

- Coordinar esfuerzos en esta materia con el conjunto del Sistema Nacional de Salud;
- Favorecer y proteger sistemas voluntarios y confidenciales de declaración de errores y accidentes, así como de denuncias confidenciales internas (*whistleblowing*) que permitan conocer los problemas y riesgos de seguridad, y prevenirlos y tratarlos.

3.7. Favorecer el voluntariado, las donaciones y legados a centros y servicios de la sanidad madrileña

Como sucede en los países con la mejor sanidad pública, los servicios del Estado de Bienestar sólo son buenos de verdad, donde la población se preocupa e implica en ellos, sintiéndolos como propios, y no como parte de un Estado impersonal y ajeno. Afortunadamente, como en otros países desarrollados, la atención sanitaria es ya (casi) en España un derecho cívico igual para todos, basado en valores de justicia social y solidaridad. Si bien la existencia de sanidad pública ha superado y hecho innecesaria la caridad social, la medicina y las enfermedades han sido tradicionalmente y siguen siendo, el destino preferido del altruismo y la generosidad de individuos y familias: sería muy deseable que el Servicio Madrileño de Salud fuera capaz de estimular y encauzar hacia los centros y servicios públicos de la medicina de Madrid, el caudal de generosidad y filantropía que sin duda existe en la sociedad madrileña. Ello, contribuiría mucho a reforzar el aprecio y afecto de la población por un servicio público que nos toca a todos en lo más personal varias veces en la vida, sirviendo además para mejorar su calidad y dotación.

Por ello, es conveniente que, más allá de la contribución fiscal con los impuestos obligatorios, y además de las diferentes formas de participación ya vistas, existan posibilidades de expresar individualmente apoyo y agradecimiento a la sanidad pública de Madrid. Para ello recomendamos:

- Abrir plenamente las puertas al voluntariado cívico y humanitario en el Servicio Madrileño de Salud, estimulando activamente el que los ciudadanos puedan contribuir al mismo con su tiempo y con todo tipo de donaciones: órganos y sangre para transfusiones, tiempo de acompañamiento y ayuda a pacientes, aportación de revistas y plantas para la salas de espera, etc.
- Reconocer con un gran apoyo activo desde el Servicio Madrileño de Salud el “voluntariado” más invisible e importante de todos: el de familias y hogares que cuidan a los enfermos de casa, especialmente ancianos, convalecientes, enfermos mentales, pacientes crónicos y terminales. Estas familias cuidadoras deben sentir el apoyo real de la sanidad pública, expresado en facilidad para contactar con los profesionales sanitarios de cabecera, para recabar su atención a domicilio, para contar con ayudas técnicas en forma de préstamo de equipos (camas articuladas, etc.) que les ayuden a cuidar mejor a sus familiares.
- Promover e impulsar *Asociaciones de Amigos* de cada Centro de Salud y Hospital local, animando a las Asociaciones de Vecinos y otras entidades sociales a volcarse en su apoyo a los centros sanitarios locales. Todo ello servirá para acercar cada centro y servicio de la sanidad pública de Madrid al corazón de la población a la que sirve, haciendo que sean sentidos como propios y generando un clima social de afecto hacia sus profesionales.
- Posibilitar y estimular que el caudal de aprecio e identificación de la población con su sanidad pública, así como el reconocimiento y agradecimiento por sus servicios, se pueda expresar también en donaciones y legados de todo tipo al Servicio Madrileños de Salud, y a cualquiera de sus centros y servicios. Para ello, entre otras medidas, recomendamos:
 1. éstas donaciones y legados reciban en la Comunidad la misma consideración fiscal que actualmente tienen las entidades benéficas reconocidas oficialmente, y

2. que puedan ser utilizadas localmente por las Áreas de Salud, Centros sanitarios y Unidades clínicas según la intención de los donantes, con la transparencia y rendición de cuentas propia del sector público.

3.8. Medicina y sanidad privada: no menos derechos que en la sanidad pública

La Comunidad de Madrid tiene en su territorio todas las competencias propias de la autoridad sanitaria. Éstas incluyen tanto la sanidad pública como todo tipo de actividad privada relacionada con la sanidad (centros médicos y consultas, consultas dentales, ópticas, centros de fisioterapia y rehabilitación, farmacias, etc.). Sus competencias en relación a todos estos servicios sanitarios incluyen: regulación, autorización previa, inspección, etc., con el objetivo de garantizar la salud pública, así como la seguridad y calidad de los servicios ofertados. Por otro lado, las competencias de la Comunidad en materia de consumo refuerzan, si cabe, la capacidad y la obligación del gobierno de la Comunidad de proteger los derechos, tanto sanitarios como de consumo, de la población en relación con los servicios sanitarios privados.

El gobierno del PP-Aguirre que alardea de liberalismo y no esconde su preferencia por la existencia de mercado y competencia en la provisión de servicios sanitarios, ha mostrado sin embargo un nulo interés por adaptar a la Comunidad de Madrid los ejemplos de transparencia, apertura de información, seguridad y garantías para ciudadanos y pacientes que ofrecen los países de referencia en estos aspectos, sea con financiación pública (el NHS de Inglaterra) o mixta (Estados Unidos). Sus actuaciones para garantizar calidad y seguridad en la medicina y sanidad privadas se ha limitado a una política de control meramente burocrático de estas actividades, descuidando por completo su obligación de garantizar de calidad y seguridad, así como los derechos de los consumidores en estos servicios.

Consideramos que ciudadanos y pacientes tienen en relación con su salud en todos los servicios de la sanidad privada, los mismos derechos de Seguridad, Respeto, Información, Decisión, Privacidad-confidencialidad, Respuesta a reclamaciones, que en la sanidad pública. Pensamos que sus garantías de calidad y seguridad debieran tener los mismos estándares existentes en los países y sistemas más exigentes y transparentes con la actividad sanitaria privada, como puede ser el caso de California (ver por ejemplo: <http://www.dhcs.ca.gov>, y <http://www.calhospitalcompare.org>). Inspirar la regulación de la sanidad privada de Madrid en las experiencias de los sistemas y países más avanzados, además de contribuir al bienestar de los ciudadanos de Madrid tiene el beneficio añadido de hacer competitivos en el mercado internacional los servicios de los centros sanitarios privados de Madrid. Por ello, recomendamos:

- Revisar la regulación existente en Madrid para los diversos sectores de la actividad sanitaria privada y en consulta con sus representantes, actualizar esta regulación con los mejores estándares internacionales, asegurando mecanismos de cumplimiento y monitorización de los mismos, basados en la transparencia y acceso público a la información; esta regulación deberá incluir, entre otros, aspectos la explicitación de conflictos de interés, la obligación de reportar la actividad clínica al sistema de información sanitaria de la Comunidad (CMBD, registro de tumores, prótesis, etc.);
- Elaborar, en consulta con los interesados (sanidad privada, ciudadanos, expertos, colegios y organizaciones profesionales) la adaptación a todas las actividades sanitarias privadas de la Comunidad de Madrid una adaptación de la Carta de Derechos y Deberes Sanitarios existente para la sanidad pública;
- Incluir explícitamente entre las funciones de la *Agencia de Ciudadanía Sanitaria*, la protección de los derechos de los usuarios de los servicios sanitarios privados ofertados en la Comunidad de Madrid, incluyendo en su Informe Anual su actividad en esta área, así como la gestión de las denuncias y quejas tramitadas;

- Incluir todas las actividades de la sanidad en los Términos de Referencia del Grupo de Trabajo Permanente sobre Seguridad del Paciente de la Comunidad de Madrid;
- Incluir en la regulación de actividad sanitaria privada la monitorización, por parte de la Autoridad Sanitaria de Madrid, de la seguridad, efectividad y veracidad científica de la industria para-médica de la Comunidad, protegiendo la población frente a la difusión carente de rigor científico de todo tipo de productos-milagro que puedan suponer un riesgo para la salud de la población.

3.9. Otras recomendaciones para mejorar la experiencia de los pacientes en la sanidad pública de Madrid

El desarrollo pleno de las recomendaciones explicitadas de este capítulo cuyo objetivo (conviene repetirlo) es: *“situar de verdad y con todas las consecuencias a los pacientes, sus familias y cuidadores, en el corazón del sistema sanitario público de Madrid”*, tiene implicaciones de gran alcance. De ellas se derivan muchas otras propuestas que responden a la idea de revitalizar la sanidad pública con una nueva cultura de servicio, buscando la satisfacción de los pacientes y sus familias y la excelencia en todas las dimensiones de la calidad. Para ello, recomendamos, de un modo específico:

Búsqueda de la excelencia y calidad en la cultura de servicio al paciente y su familia

- Gran énfasis en la atención personal, en el cuidado de todos los detalles que valoran los pacientes en los servicios sanitarios: limpieza, ausencia de ruido, evitar la masificación de salas de espera y visitas; facilitar atención telefónica, por correo electrónico y a través de la página Web; trato respetuoso y atento, etc.;
- Una sanidad flexible y con la máxima libertad de elegir (médico, enfermera, dentista para los niños y hospital), con la información precisa para ello (horarios, lista de espera, ubicación, indicadores de calidad de centros y servicios, etc.);
- En la Atención Primaria y Centros de Salud favorecer una relación más personal con los médicos, enfermeras y profesionales sanitarios, potenciando la figura del Médico de Familia como *“médico personal”*;
- Poner en marcha la *Enfermería Comunitaria y la figura de la Enfermera personal de Enlace*, un servicio de especial importancia para pacientes ancianos, crónicos, convalecientes, recién nacidos y sus madres, etc.
- Acceso operativo a una segunda opinión médica, especialmente en relación con el cáncer y otras situaciones similar gravedad;
- Dotar a todos los hogares de una Guía de la Sanidad Pública de Madrid –específica para cada Área de Salud, permanentemente actualizada;
- Desarrollo práctico, programado y permanentemente actualizado de lo que implican los Derechos de los Pacientes, a través de normativa, Guías de Buenas Prácticas, Códigos de Conducta, etc.;
- Tiempos máximos para las citaciones de tratamiento, especialistas y pruebas, que definidos de acuerdo con el criterios de necesidad médica (y no con promesas irresponsables como ha hecho el gobierno PP-Aguirre);
- Revisión y simplificación continua de todos los procedimientos administrativos y circuitos de servicio que afecten a los pacientes para que éstos estén a su servicio y no al revés;

- Refuerzo y búsqueda continua de aquellos servicios que aporten mejoras a la atención sanitaria y mayor comodidad a los pacientes, tales como: hospitalización de día, enfermería comunitario-domiciliaria, cirugía ambulatoria, atención telefónica y por correo electrónico, experiencias de consultas todo-en-el-día, etc.;

Un hospital para los pacientes

La sanidad bien gobernada de Madrid debiera lograr unos hospitales públicos en los que todos los detalles de funcionamiento estuvieran pensados para los pacientes y sus familias (sistema de citas, tiempos de espera, señalización, sistema de información, identificación de los profesionales, confort hostelero, etc.). Un aspecto de gran trascendencia es lograr que los hospitales públicos funcionen programada y regularmente en horario de mañana y tarde, como es lógico y como sucede en los sistemas sanitarios del resto de Europa. Igualmente es de gran importancia que los pacientes en los hospitales un “*médico de referencia*”, aunque durante su tratamiento sean atendidos por más de un doctor.

Atención especial a problemas que preocupan a los ciudadanos y pacientes y no siempre han recibido la atención que merecen

Cáncer. Tratamiento multidisciplinar del cáncer: incorporación de las buenas prácticas de otras Comunidades y países a la prevención, diagnóstico, tratamiento y atención al cáncer, con un circuito preferencial de diagnóstico para los pacientes en los que se sospeche un posible tumor.

Cuidados paliativos. Un sistema de cuidados paliativos que deberá llegar a todos los rincones de la Comunidad, incentivando la participación en el mismo del médico personal de cabecera y de la Enfermería Comunitaria.

Dolor. Si hay algo que la medicina moderna pueda aliviar es el dolor y un sistema sanitario sensible a las necesidades de los pacientes no puede dejar de atender adecuadamente este problema, que sin embargo para sigue siendo causa de sufrimiento evitable para muchos madrileños.

Salud Mental. El acceso y la calidad de los servicios de Salud Mental es uno de los criterios para juzgar el nivel de desarrollo humano de una sociedad; estos servicios deben recibir toda la prioridad que tienen para los pacientes y sus familias.

Salud bucodental. La salud bucodental ha sido tradicionalmente olvidada en la sanidad pública española; este atraso debe ser recuperado con una planificación y evaluación rigurosas de necesidades, recursos y actividades. Entre ellas, la puesta en marcha de un Programa de Atención Dental Infantil (PADI) como los que ya funcionan con éxito en el País Vasco, Navarra y otras Comunidades Autónomas, así como planes de atención a los pacientes con necesidades especiales.

Transporte sanitario. Miles de madrileños han sufrido lo indecible debido al desastre organizado por el gobierno del PP-Aguirre en las ambulancias de Madrid que ha causado esperas e incertidumbre intolerables. Una sanidad bien gobernada debe garantizar un adecuado servicio de transporte sanitario, eficiente, puntual y atento; ello debiera incluir la existencia de normas sobre tiempo máximos de espera, la monitorización de cumplimiento y la información puntual al paciente usuario sobre eventuales retrasos y circunstancias extraordinarias que los motiven.

Capítulo 4

Rediseñando el Servicio Madrileño de Salud

4.1. Introducción

4.1.1. Rediseñar sobre un paisaje desolador en la estructura y funcionamiento de los servicios sanitarios

La sanidad pública de la Comunidad de Madrid está desestructurada y fragmentada; las políticas de los últimos años han alterado tan profundamente su arquitectura organizativa, que las disfunciones no han podido ser compensadas por la inercia; en otras palabras, el capital de buena organización e implicación de los profesionales, que caracterizaba la sanidad de Madrid previamente a las transferencias, se ha agotado en este devenir irresponsable, y ante tantas muestras de amateurismo deletéreo en el gobierno autonómico de la sanidad.

El deterioro de sus servicios y los problemas de sostenibilidad financiera son ya el centro de principal preocupación de los técnicos y profesionales sanitarios; y también empieza a ser evidenciado claramente por los ciudadanos en su relación cotidiana con los servicios públicos de salud de Madrid.

Tres tipos de políticas, especialmente desde 2004, han generado esta situación:

- una desconfianza radical en la gestión pública de servicios sanitarios, que va mucho más allá de las tibias ideas de modernizar la gestión pública o dar mayor papel a la concertación con el sector privado;
- un oportunismo político que se lanza de forma irreflexiva a poner en marcha iniciativas sin el soporte técnico, organizativo o financiero preciso, y que se jacta de gobernar “sin complejos” como si esto fuera una muestra de gobernanza virtuosa;
- y finalmente, una substitución cada vez más conspicua del interés general por el interés particular partidario, que lleva a cambiar la visión de servicio público por una apropiación política de espacios técnicos, no sólo los gerenciales, sino también los de gestión clínica y de desarrollo profesional.

Estas políticas llevan a que los cambios que se van produciendo sean disruptivos y atolondrados; no hay líneas conductoras de las transformaciones, como no sean invocaciones retóricas a un presunto ethos liberal; no hay forma de debatir o argumentar, pues se huye del debate o se responde con marketing de consultora de alquiler. Las pocas veces que se ha aceptado un marco de participación (comisión de la Asamblea de Madrid -2008/2009-) se han desaprovechado las valiosas aportaciones con un simple desdén de autoritarismo autosuficiente.

Por eso hace falta rediseñar el Servicio Madrileño de Salud; el que heredaremos al final de esta legislatura no será capaz de mostrar ningún patrón que no sea la improvisación y el desorden:

- tendremos un *SERMAS* (Servicio Madrileño de Salud) que debería gobernar los procesos estratégicos, económicos y contractuales de la red sanitaria, y que en la práctica lo único que concentra y alimenta son burocracia y favoritismo político;
- heredaremos un *esquema territorial devastado*, pues la extinción de las áreas de salud (a favor de esa entelequia del área única) habrá dejado huérfanos de referentes a todas las relaciones entre centros, servicios y profesionales sanitarios, y en el peor de los casos, habrá abonado patrones de conducta adversariales e irresponsables entre los diversos agentes;
- no sabremos cómo se estructura realmente la *atención primaria*; sus lazos con dispositivos como fisioterapia, salud mental, odontología, urgencias, etc.; no sabremos tampoco el papel de los centros de especialidades periféricas (los “ambulatorios de especialidades”); ni la relación de la primaria con su hospital de referencia (porque igual ni existirá este concepto, borrado por eso que llaman libre elección);
- encontraremos un panorama de plena confusión en el papel de los *hospitales madrileños*; la mano invisible liberal habrá desordenado las relaciones entre ellos, sus modelos de apoyo y derivación terciaria, los esquemas de soporte a los pequeños hospitales nacidos en los últimos años, y la relación con los pocos recursos de media-larga estancia;
- e incluso algunos centros creados por concesión administrativa se mostrarán con *graves dificultades económicas* para prestar servicios residenciales y de soporte, una vez que los beneficios de la fase constructiva han sido realizados;
- y dentro de los hospitales, en vez de la moderna *gestión clínica*, habrá confusión y deterioro del capital ético de los servicios, impulsado por el clientelismo político (ese que define los puestos de jefaturas como de confianza o libre designación), la tolerancia a los conflictos de interés, y la deconstrucción de los elementos y figuras de autoridad técnica, legitimidad profesional y reputación moral en el mundo clínico;
- la *excelencia profesional* se habrá convertido en un discurso retórico o en un reclamo tecnocrático postmodernista (con música tipo ISO o EFQM) que oculta la indigencia técnica y el abandono de compromisos de cambio en la arquitectura organizativa de las especialidades, las unidades de gestión clínica y la alta especialización; y una excelencia huérfana también del hálito del profesionalismo y la autonomía profesional responsable;
- no habrá políticas claras para sectores complejos, que requieren la integración estructural de lo sanitario y lo social, como es el caso de la *salud mental*, cuyos sucesivos planes son cada vez más insoportablemente leves y más abiertamente desatendidos;
- las reiteradas evidencias de que los centros sanitarios de Madrid pueden *gestionar mancomunadamente* muchos procesos (técnicos, de compra, de servicios...) serán desatendidas ante un modelo hostil y adversarial en el que se pretende promover eficiencia de los hospitales a través de la competición; sólo tendrán cabida las grandes inversiones regionales centralizadas (con gastos millonarios y amistades peligrosas); la centralización que se propone para conseguir economías de escala, ante la debilidad de la gestión local, producirá con toda probabilidad disfuncionalidades graves;
- recibiremos un modelo agotado en el ámbito de la *atención continuada, las urgencias, emergencias, y el transporte sanitario*, con un servicio tan parcheado como insatisfactorio (para pacientes y profesionales), y con una deriva preocupante que combina un crecimiento de la demanda, con un decrecimiento del valor añadido clínico;

- y, finalmente, recibiremos un esquema regional debilitado y fragmentado para la *gestión del conocimiento y las políticas horizontales* que determinarán la sostenibilidad futura de la sanidad de Madrid: las políticas de uso racional del medicamento y la tecnología, la educación y formación continuada de los profesionales sanitarios, y la potenciación de modelos avanzados y colaborativos de investigación biomédica, clínica, de salud pública y de servicios sanitarios.

4.1.2. Rediseñar desde la devastación de los instrumentos organizativos y de gestión

En el ámbito más visible de las formas organizativas de los centros sanitarios, recibiremos el legado de un auténtico parque temático de formas de gestión:

- las clásicas administrativas, abandonadas a su suerte a pesar de que gestionan los grandes hospitales del SNS;
- las también clásicas de externalización vía conciertos como las de CAPIO-Fundación Jiménez Díaz, cuyo generoso transvase poblacional ha sobrecargado al propio hospital y añadido incertidumbre e inestabilidad a todo el sistema;
- y los nuevos hospitales, donde podemos hallar de todo: las fundaciones antiguas, las empresas públicas, la concesión de obra y la concesión administrativa (tipo Alzira antigua).

Esta sopa de letras no puede llamarse “modelo Madrid” por más entusiasmo que pongan los propagandistas de la Consejería, salvo que la enseña y divisa característica sea el mismo caos pluralista y la propia ausencia de definición de modelo. Y mal que les pese a los responsables de “marketing”, Madrid ha desaparecido prácticamente de todos los escenarios técnicos donde se analizan (y eventualmente premian) reformas e innovaciones organizativas.

Las políticas de personal han abundado en el desorden; no sólo no se ha avanzado en la integración de funcionarios, estatutarios y laborales de los centros públicos tradicionales; se han añadido nuevas situaciones sin una línea conductora clara, y con cada vez mayor opacidad y arbitrariedad en la gestión de procesos de transformación de recursos humanos.

Y el recurso fundamental para gestionar el cambio organizativo se ha ido evaporando: la función directiva en gerencias de primaria (en vía rápida de extinción), de hospitales, y de servicios centrales, ha sido apropiado y utilizado como botín: en vez de directivos responsables se ha buscado mandos fieles a la autoridad; nadie asume iniciativa; y ante jefes volubles cuya opinión depende de decisiones caprichosas de “más arriba”, nadie se atreve a asumir ningún riesgo, todo se pregunta, y siempre se está a la espera. El resultado es la parálisis y la destrucción de la legitimidad y la funcionalidad de los directivos de centros y servicios sanitarios públicos.

4.1.3. Líneas de reflexión y de alternativas

Por eso, reconstruir el Servicio Madrileño de Salud supone un formidable reto; no tendremos respuestas para todo, simplemente porque el desorden ha hecho impracticable un proceso incrementalista de mejoras. Tampoco será un proceso exento de tensiones y costes: pensemos que se han creado muchos intereses en estos años de políticas cambiantes e improvisadas.

Además, en la organización los servicios públicos sanitarios, hay una serie de cambios de perspectivas, difíciles de implementar pero necesarias para el avance en los desafíos de calidad, efectividad y sostenibilidad: estas perspectivas deben ser incorporadas al análisis.

- El criterio más actual de excelencia implica *conectar en red* una serie de componentes de alta calidad; la palabra clave es integración; un solo elemento, por excepcional que sea no configura una organización de calidad y excelencia. El principal error cometido

en las políticas de la Consejería de Sanidad ha sido la pérdida de densidad de red, la disgregación y fragmentación organizativa, técnica y moral del Servicio Madrileño de Salud.

- *Entre la jerarquía burocrática y los modelos de mercado* hay alternativas: las innovaciones organizativas en muchos países europeos nos muestran distintos equilibrios basados en modelos de gestión pública con un fuerte componente integrado, de profesionalismo, de autonomía y descentralización, de gestión contractual y de rendición de cuentas a través de mecanismos avanzados de Buen Gobierno. Reivindicamos esta línea de pensamiento, abierta a la innovación pero anclada en los valores de la buena gestión pública que se plantea rediseñar el Servicio Madrileño de Salud sobre la base de la integración y la competencia técnica, y no sobre la fragmentación y la pseudo competitividad empresarial.
- Y, finalmente, consideramos que la *atención primaria* tiene un papel central en el proceso de reorganización de la red, y en nuevos desafíos como la incorporación de recursos y procesos socio-sanitarios, que permitan articular respuestas centradas en las personas, y servicios apropiados para los pacientes crónicos, pluripatológicos y frágiles.

A partir del análisis crítico de la situación actual, y sobre estas nuevas perspectivas necesitamos reflexionar sobre los distintos ámbitos de organización y prestación de servicios sanitarios, evaluar la situación y alternativas, e intentar definir unas pocas líneas claras de reorganización de la sanidad pública de Madrid.

En los siguientes puntos se tratan estos aspectos mencionados, buscando una redacción sintética e internamente consistente, que incorpora las valiosas aportaciones que han realizado las personas que han aportado textos, ideas o críticas en este foro de debate.

Un comentario final para esta introducción: el Libro Blanco ha buscado ser coherente en todas sus partes, y por ello este bloque de “REDISEÑO DEL SERMAS” debe leerse con los otros capítulos del libro blanco: con las políticas de Buen Gobierno (que nos aportan un método no despótico para resolver problemas), con los elementos comunitarios y de salud pública (que nos permiten armonizar salud y bienestar y conseguir sostenibilidad), con los retos de ciudadanía sanitaria y con los consensos del contrato social (que buscan anticiparse y minimizar los conflictos de interés que todos los cambios inevitablemente suscitan).

4.2. Nuevo SERMAS: servicio público, integrado en red, descentralizado y emprendedor

El actual Servicio Madrileño de Salud (SERMAS), nacido de la “LOSCAM” (LEY 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid) y en funcionamiento desde el 1 de enero de 2002 con la transferencia del INSALUD a la Comunidad de Madrid, ha tenido un desarrollo complejo y turbulento, con un declive organizativo tan acusado en los últimos años que puede considerarse en la actualidad como un “sistema fallido”.

En efecto, su existencia legal e institucional es insoportablemente leve: se va limitando cada vez más a un mero receptáculo institucional de una pléyade de centros y servicios con un grado creciente de desarticulación, y a la gestión de procesos horizontales presupuestarios y de personal que están contruidos en la propia estructura regional. Su lógica unitaria no viene dada por procesos planificadores, gestores y contractuales transparentes, sino que se basa en un principio de discrecionalidad política impuesta desde arriba que lleva a estrategias clientelares y cortoplacistas, y a una descomunal desorientación de los cuadros gerenciales en su función directiva.

Se necesita recuperar el capital técnico, gestor y ético, para revitalizar el SERMAS sobre la base de un modelo capaz de albergar y reestructurar toda la diversidad de formas de

gestión, niveles asistenciales, y relaciones socio-sanitarias. En otras palabras, el todo (SERMAS) debe ser al menos tan competente como las partes (Centros Sanitarios) para poder gestionar las interacciones entre ellas.

Y esto no ocurre en el momento actual, pues la personificación jurídica y la capacidad competencial que tienen algunos centros sanitarios (uso del derecho privado en algunas funciones esenciales), desbordan de hecho la capacidad que tiene la propia Consejería de Sanidad y el SERMAS. En la medida en que los grandes tipos de modelos hospitalarios (privados puros, parcialmente privados, empresas públicas o fundaciones) pueden desarrollar la gestión económico-presupuestaria (su dinero se canaliza separadamente del resto de la red y pueden hacer frente a sus pagos), la gestión contractual más ágil de bienes y servicios, y la gestión de personal con mayores grados de autonomía (especialmente en el caso de personal laboral y de contrata), éstas capacidades contrastan con la incapacidad de los centros de modelo administrativo para desarrollar estas funciones; el resultado es una asimetría que supone para éstos más retraso en los pagos, menor ventaja en los precios, y menor agilidad en la contratación y retención de personal.

Recordemos que en condiciones de déficit presupuestario, las facturas de los hospitales administrados se acumulan en la mesa de hacienda (el verdadero pagador final) sin que sanidad tenga control de cuándo y cómo se afrontarán los pagos; por el contrario, los cánones y asignaciones mensuales de los centros empresariales, se van librando regularmente de acuerdo al esquema contractual establecido (facturación por doceavos, por ejemplo); la facilidad de unos, acaba inevitablemente pesando en la penuria de otros.

Por ello, cuando se comparan los modelos administrativo y empresarial, un aspecto es que los segundos (lanchas rápidas) tienden a desarrollar sus ventajas a costa de los primeros (transatlánticos); por eso, no se trata tanto de analizar ventajas de los modelos (que están de facto interconectados), sino de dar pasos para liberar a los centros administrativos de las normas innecesarias y absurdas que les anclan en un funcionamiento estructuralmente ineficiente.

Un segundo aspecto es la propia autonomía del SERMAS frente a otras estructuras de hacienda y función pública. Si bien es comprensible que la hacienda autonómica quiera centralizar ingresos y pagos, y que función pública desee normalizar el régimen de personal de todos los empleados públicos, el camino de la eficiencia sanitaria no va en esta dirección. Si el nuevo sistema de financiación autonómica ha establecido un mecanismo de cálculo de la necesidad sanitaria (que influye en la generación de ingresos), lo lógico sería trasladar al SERMAS la capacidad de gestionar este per-cápita con la suficiente autonomía y responsabilidad, dotándole, por lo tanto de competencias diferenciadas y singulares para hacerlo.

En el mismo sentido, cabe argumentar que los profesionales sanitarios (en particular médicos y enfermeras), son un tipo tan especial de empleados públicos, que requieren desarrollos estatutarios, retributivos y de gestión de personal, muy particulares; y ello, especialmente en una época donde el problema no es la sobre-abundancia (selección) sino la captación y fidelización de recursos humanos competentes.

En base a los dos argumentos anteriores (dominio competencial frente a los centros dependientes del SERMAS, y autonomía económica y de personal frente a la hacienda y función pública autonómica), deberíamos buscar una configuración del SERMAS como ente público con capacidad de utilización del derecho público y privado, similar a Osakidetza vasco (Ley 8/1997, de 26 de junio, de Ordenación sanitaria de Euskadi), o al Instituto Catalán de la Salud (LEY 8/2007, de 30 de julio, del Instituto Catalán de la Salud).

Esta opción, en la cual es la propia red de servicios públicos de salud la que emprende un cierto distanciamiento de los modelos administrativos tradicionales, tiene la ventaja fundamental de que aborda la innovación gestora de forma simétrica y armónica, evitando que unos pocos centros de nueva creación se aceleren en su fuga del derecho público, y arrojen entropía y costes al conjunto de la red sanitaria. Si es la red la que tiene y delega el marco competencial y la personificación jurídica, el camino para la nueva gestión pública en la sanidad se hace más equilibrado e integrador.

Lo sorprendente del asunto, es que este discurso no es particularmente novedoso en la Comunidad de Madrid; así la LOSCAM de 2001 en su artículo 59, establecía lo siguiente:

Artículo 59. Naturaleza

1. El Servicio Madrileño de Salud es un Ente de derecho público, de los previstos en el artículo 6 de la Ley 9/1990, de 8 de noviembre, Reguladora de la Hacienda de la Comunidad de Madrid, dotado de personalidad jurídica propia y plena capacidad de obrar para el cumplimiento de sus fines, adscrito a la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.

2. El Servicio Madrileño de Salud se sujetará con carácter general al derecho privado, y lo hará al derecho público en los casos que se establecen a continuación. Se rige por los preceptos de la presente Ley, sus disposiciones complementarias de desarrollo y el Ordenamiento Jurídico de aplicación.

3. El Servicio Madrileño de Salud se somete al Derecho Público en las siguientes materias: a) Relaciones del Servicio Madrileño de Salud con las Administraciones Públicas. b) Régimen Patrimonial. c) Régimen financiero, presupuestario y contable. d) Régimen de impugnación de actos y de responsabilidad. e) Relaciones con los ciudadanos en materia de asistencia sanitaria pública. f) Régimen de funcionarios o personal estatutario cuando la relación jurídica así lo exija.

4. El régimen de contratación del Servicio Madrileño de Salud se ajustará a las previsiones de la legislación de aplicación sobre contratos en este tipo de entidades. Los contratos de servicios sanitarios en régimen de concierto y el Contrato Sanitario se regirán por sus normas específicas.

Lo sorprendente de este texto legal es que no ha sido ni aplicado ni derogado; simplemente ignorado. La política autonómica, presidida por una tendencia hiper-centralizadora en lo administrativo, y otra fragmentadora y externalizadora en la gestión de los nuevos hospitales, simplemente obvió este importante recurso, y desaprovechó la posibilidad de haber construido el marco institucional de forma más coherente en lo sanitario y más articulada regionalmente en los aspectos de gestión de recursos.

Desde una perspectiva más general, la LOSCAM es un texto que ha sido superado en breve plazo por el propio desarrollo caótico y deslegitimador de los gobiernos sanitarios autonómicos; una nueva Ley del Servicio Público de Salud de la Comunidad de Madrid, podría ser un contenedor normativo más apropiado, no sólo para dibujar el esquema de gobierno institucional, sino para incorporar muchas innovaciones que se sugieren en este texto, y que afectan al *Buen Gobierno* y al rediseño de los servicios.

Una nueva agencia pública sanitaria creada por esta posible Ley configuraría una organización integrada para la red sanitaria, que estaría dotada de un amplio elenco de competencias para incardinar jurídicamente la diversidad de sus componentes; tendría mayor agilidad gerencial para la toma de decisiones, y posibilitaría mayor autonomía respecto a la hacienda autonómica para asumir de forma responsable la gestión económico-financiera; y, finalmente, asumiría con mayor especificidad los procesos gestores de recursos humanos y materiales para cumplir su misión de servicio al paciente.

Esta agencia sería particularmente útil para el complejo y conflictivo proceso de reorganizar territorialmente la sanidad de Madrid: hacer volver a nacer las áreas de salud, crear los esquemas regionales de apoyo en la red hospitalaria, estructurar la alta especialización, establecer la vinculación de la media-larga estancia y los dispositivos socio-sanitarios.

Además, como agencia con fuertes competencias de gestión y amplio despliegue territorial, podría asumir encomiendas de gestión para servicios socio-sanitarios, sociales, de dependencia, etc. que otras Consejerías o instituciones autonómicas pudieran solicitar en modelo de colaboración.

Sin embargo, no es necesario que haya una nueva Ley ni una agencia, para abordar la necesidad de reactivar el SERMAS, o de poner en marcha una nueva estructura territorial de la sanidad de Madrid. La propia LOSCAM, asumida en los aspectos que habilitan y facultan al nivel regional para funcionar con todos los mecanismos jurídicos del derecho público y privado, puede aportar el marco suficiente para esta labor de gobierno inicial de la sanidad de Madrid.

No obstante, para la revitalización competencial, habida cuenta el sopor institucional del que proviene, podría ser conveniente que en “Ley de Acompañamiento” se hiciera una particular atribución de autonomía presupuestaria, de personal y funcional, y se reforzara la capacidad de gobierno y planificación de estructuras sanitarias.

4.3. Un SERMAS territorialmente ordenado: Áreas de Salud para asegurar la planificación y asignación de recursos, la integración de servicios, y la gestión autónoma y responsable

La sanidad pública madrileña “recibe” la transferencia de INSALUD en enero de 2002, constituyéndose en este momento de hecho el Servicio Madrileño de Salud como estructura de gobierno y gestión. En los quince años anteriores, la Consejería de Sanidad y el INSALUD habían convivido y cooperado de forma razonablemente positiva, aunque había muchas expectativas de superar problemas organizativos inevitables por la dualidad política e institucional. Entre los aspectos colaborativos reseñables desde 1987, se encuentra la planificación territorial, que definieron en 1988 y actualizaron en 1996 un mapa de áreas de salud (atención especializada) y zonas básicas de salud (atención primaria) sobre el cual se fue construyendo un proceso de ordenación de centros y servicios.

El instrumento legal que prepara la transferencia, la llamada LOSCAM (Ley de Ordenación Sanitaria de 2001), mantiene una línea de continuidad en lo que a la planificación y ordenación territorial se refiere, aunque introduce elementos muy alambicados y confusos en los marcos institucionales de gestión, a la vez que es poco atrevido a la hora de respaldar procesos de integración efectiva de recursos sanitarios y personal de distintas procedencias y vinculaciones laborales.

De 2002 a las elecciones autonómicas de 2003 se produce una etapa corta, un tanto caótica pero estimulante, donde existía un consenso amplio y una voluntad de construir el SERMAS que los madrileños necesitaban. Las turbulencias políticas de 2003 suponen un cambio radical del entorno: el Partido Popular, con Esperanza Aguirre de candidata que sustituye a Gallardón, pierde las elecciones en Mayo, pero dos tráfugas del PSOE obligan a repetir las en Octubre, donde consigue la mayoría absoluta. En este período se producen sorpresivamente las promesas electorales de siete nuevos hospitales para Madrid (SS de los Reyes, Vallecas, Coslada, Arganda, Parla, Aranjuez y Valdemoro), que contrastan con las previsiones de no aumentar el parque de camas que había formulado la propia Consejería. En este punto, las promesas de infraestructuras pasan a ser una señal distintiva de la nueva política sanitaria; menos organización, más construcción. Esta argumentación no desacredita las necesidades de nuevos centros y servicios, sólo señala la precipitación de las promesas, y su desvinculación de un proceso técnico, en el cual existirían distintas formas de articular la planificación territorial y el plan de inversiones sanitarias.

Desde 2004 el SERMAS, sin casi haber disfrutado de un período de maduración institucional y sin haber alcanzado una densidad organizativa mínima, ha tenido un proceso de desorganización progresiva en la estructura de gestión territorial, acelerado tras la apertura apresurada de los nuevos hospitales.

Un primer problema que plantea el crecimiento explosivo (modelo big-bang) de la red hospitalaria, era el sistema elegido para gestionar la inversión; aunque popularmente se les denomina con las británicas siglas de “PFI” –iniciativa de financiación privada-, las españolas y mucho más las madrileñas, son versiones improvisadas, atolondradas y escasamente elaboradas en el plano técnico, pensadas para lanzar nuevas inversiones bajo el paraguas de concesiones de obra y administrativa. Estas concesiones, permiten evitar la inversión y trasladar el coste a un canon que se paga desde la apertura, y por un período de 30 años. La vía concesional ha resultado ser un sistema rápido pero caro de hacer obras, que implica una sobrecarga financiera para las legislaturas siguientes (hasta el punto de plantear un déficit democrático inter-generacional por sortear el control parlamentario e

imponer a gobiernos y generaciones futuras costes no bien legitimados desde el punto de vista político).

Además, se optó por entregar a la concesionaria la parte no asistencial del centro: la externalización de lo no clínico a la empresa concesionaria crea una dualidad gerencial, con múltiples problemas de conflictos contractuales; si además con las prisas no quedó bien establecido el sistema, o fueron mal calculadas las cantidades, podemos encontrarnos (como parece ser el caso) con un problema crónico de conflictos y con crecientes costes de transacción.

Pero, en términos de planificación, lo realmente preocupante es que los hospitales nuevos cayeron “en paracaídas” sobre el territorio, sin una articulación poblacional o territorial pensada previamente; además, plantearon unas necesidades de dotación de personal sanitario que no estaban planificadas ni bien financiadas, y que supusieron una demanda adicional de profesionales en un momento en el cual la oferta era escasa a nivel nacional.

La campaña electoral de 2007 mantiene el mismo método de la promesa de nuevos hospitales (Torrejón, Móstoles, Collado Villalba y Carabanchel), e introduciendo la idea de libre elección de hospital como elemento que jugará un papel clave en resolver el desajuste centros-territorios, por la vía del abandono de las responsabilidades de ordenación territorial (es lo que finalmente establece la Ley 6/2009 de libre elección-área única).

Junto al desdibujamiento progresivo de las áreas de salud, la atención primaria va perdiendo su misión de elemento ordenador del sistema y los procesos; pasa a ser contemplada desde la mera perspectiva de inversión (obras y tecnologías), o dotación de personal; las promesas de campaña (“el plan de mejora” que debería cubrir los años 2006 a 2009) acaban siendo desatendidas, y naufragan ante los problemas financieros y organizativos acumulados (2008) y más aún, ante el avance de la crisis económica y presupuestaria durante 2009.

El modelo de gestión de esta legislatura ha sido la “huida hacia delante”; las últimas trazas de racionalidad territorial que pretendía introducir la Consejería de Lamela (incluida una nueva zonificación de 16 áreas de salud que se saca en 2006 a información pública) quedaron borradas con la entrada de Güemes en junio de 2007.

La puesta en funcionamiento real de los hospitales nuevos lleva inevitablemente a desvestir unos hospitales para vestir a otros; este proceso de reasignación de efectivos se hace de forma poco transparente y clientelar, lo que abona una creciente desafección de los profesionales y más tardíamente, de los sindicatos médicos. En la huida hacia delante, y usando el estilo de “gobernar sin complejos”, se empieza a asumir que los puestos de gestión clínica (no sólo la dirección médica, sino las jefaturas de servicio y de sección) son de nombramiento discrecional y libérrimo, y por lo tanto pueden entrar en el juego de prebendas clientelares sin rendir cuentas a nadie.

Otros elementos estructurales y funcionales colaboran también en desestructurar la sanidad madrileña a partir de 2007; la crisis económica de la Fundación Jiménez Díaz, que llevó en la legislatura anterior a la tercera operación de salvamento, lleva a concederle un territorio y población cada vez mayor, superando probablemente las capacidades funcionales del centro, que en los últimos años ha pasado a expandirse para gestionar con su personal dos ambulatorios de especialidades (esta atrevida cesión de establecimientos públicos a la gestión privada, pendiente de recurso judicial, añade un plus de inseguridad jurídica).

Junto a lo anterior, la promesa de control de la lista de espera quirúrgica en menos de 30 días que hizo en campaña Esperanza Aguirre, lleva a distorsionar las prioridades, a alterar y maquillar los indicadores, hasta el punto de que la Comunidad de Madrid fue apartada del sistema de control de listas de espera del conjunto del SNS (la única Comunidad excluida por incumplir normas generales acordadas y reglamentadas). El intento de disciplinar las cifras de lista de espera quirúrgica programada, lleva a también a meter presión a las estructuras directivas en un sentido poco armónico con el propio proceso integrado de gestión sanitaria.

El nuevo organigrama de la Consejería en 2008 (que eliminó la estructura regional de Salud Pública), preparó todo el proceso de de-construcción sanitaria regional que se com-

pleta a finales de 2009; a finales de 2010 se ha ejecutado la prevista extinción de las gerencias de atención primaria de área, y la desvinculación de los centros con el territorio (y su población), así como, en buena medida, la desconexión de los centros sanitarios entre sí (primaria-especializada, y hospital-hospital), por más que el hospital dedique a un subdirector para relacionarse con la primaria.

El cemento de unión será la libre elección, gestionada por un sistema informático regional, y un “centro de atención personalizada” que llamará a todos los pacientes a los que les sea “prescrita” una primera consulta con el especialista por su médico de atención primaria, para ofrecerle una cita en el hospital de referencia (por lo tanto parece que seguirá habiendo algún tipo de zonificación, aunque vergonzante y tácita), y, si el paciente no está de acuerdo (con el lugar o la espera), darle otras opciones de acuerdo a las agendas abiertas de citas regionales.

Por lo tanto, se destruyen las áreas de salud, para dejar un esquema ambiguo e indiferenciado de ámbito regional, renunciando de hecho a la ordenación de los servicios, y a los modelos avanzados de gestión integrada. De forma paliativa, las normas de gestión reconstruyen un modelo de coordinación donde el hospital mira su área de captación poblacional y establece relaciones con la atención primaria; esto produce un modelo de “integración vertical” en el que domina la visión hospitalaria de atención a episodios de enfermedad agudos y aplicación de técnicas y procedimientos; exactamente el camino contrario a lo recomendado ante la cronicidad, que aconseja una atención centrada en lo longitudinal y lo integrador, y, por ello, claramente dirigida desde la perspectiva de la atención primaria.

Este “no-modelo” es un gran error; supone el abandono de las responsabilidades de gobierno y gestión sanitaria. Toca rehacerlo, y las alternativas deben contemplar la complejidad de Madrid: por ello, creemos que debe haber un nivel Autonómico del SERMAS con entes gestores para aquellos servicios y funciones que tengan una dimensión y sinergias de red (Salud Pública, Urgencias-Trasporte Sanitario, Coordinación de la Alta Especialización, etc.); igualmente, la diversidad de la red hospitalaria (y la debilidad y escaso tamaño de algunos centros), aconseja configuración de redes inter-hospitalarias (subregionales) para la gestión coordinada de servicios; pero la base fundamental deben ser las Áreas de Salud. Comentaremos brevemente estos dos niveles esenciales (Autonómico y Área) de organización de la red sanitaria.

4.3.1. Nivel Autonómico

El nivel autonómico ha de tener una doble dimensión: la *alta dirección* del sistema sanitario y la actuación como autoridad sanitaria de Madrid, que debe ser desarrollada por la Consejería de Sanidad; y la *prestación de servicios de salud*, atribuida al SERMAS, que en el ámbito autonómico se concreta en su *dirección corporativa central* y en una serie de *entidades de servicio no territorializadas* (que apoyan y complementan a las Áreas de Salud).

Consejería de Sanidad como Alta Dirección y Autoridad Sanitaria de Madrid

En el ámbito de la Consejería de Sanidad deberían ubicarse aquellas funciones de dirección estratégica del sistema, la interacción con otros sectores y administraciones, la rendición de cuentas y control, y la regulación de la oferta sanitaria privada.

Por ello convendría situar en estas coordenadas organizativas a: la Salud Pública; las Políticas Institucionales intersectoriales (salud, servicios sanitarios, conocimiento, socio-sanitario, educación y universidades...); la participación ciudadana marco o regional; la asesoría profesional y científica; y en general aquellas funciones donde se exprese la dirección y *gobierno estratégico* que debe impulsarse desde la Consejería.

También de la Consejería debe asumir funciones de *control y rendición de cuentas*: económico, de calidad, de desempeño, de cumplimiento normativo, de funcionamiento de los órganos de gobierno, y puestos directivos, etc. Y también la información pública de recursos, actividad y resultados del sistema sanitario.

En algunos casos, la función de control debería residenciarse o vincularse a la Asamblea de Madrid, para enfatizar el control legislativo, promover la independencia y autonomía de estos órganos y favorecer la transparencia de sus deliberaciones y conclusiones (todo ello dentro de los principios avanzados de Buen Gobierno); Un ejemplo sería el Defensor del Paciente, o quizás de forma más ambiciosa, una *Agencia de Ciudadanía Sanitaria*, que además desarrollara una instancia técnica para el análisis y mediación de quejas, reclamaciones, procedimientos de responsabilidad patrimonial y problemas de mala praxis y fomento de una alianza con los ciudadanos para la calidad de los servicios.

Como parte de las funciones de autoridad pública, la regulación de las *entidades sanitarias aseguradoras y proveedoras privadas* (con independencia de su relación contractual con el sector público), debe aportar a los usuarios de la sanidad privada garantías básicas de calidad en el cumplimiento de los estándares establecidos, a través de la autorización y control de los establecimientos sanitarios o para-sanitarios que operan en el sector.

SERMAS: agencia prestadora de los Servicios Públicos de Salud en Madrid

El *centro corporativo autonómico* del SERMAS debe actuar como centro ordenador y coordinador del conjunto del servicio público de salud:

- Su función esencial es traducir las prioridades regionales de políticas de salud y servicios sanitarios (establecidas por la Consejería), en líneas de planificación y gestión contractual (contratos de gestión), con todas las estructuras de gobierno del SERMAS; aunque desde el punto de vista organizativo juega un papel jerárquico, la dirección central del SERMAS debería ser en gran medida un centro corporativo que integra y coordina horizontalmente todas las Áreas de Salud, y otras organizaciones del SERMAS, que disfrutan de un alto nivel de autonomía y competencias de gestión (por lo tanto actuar a modo de núcleo del “*holding SERMAS*”).
- Pero esta función debe hacerse con proyección estratégica: deben ensayarse modelos contractuales superiores a los años naturales, aunque los presupuestos se formalicen y actualicen anualmente; en algunos países hay un marco plurianual que permite ver en perspectiva carteras de servicio, inversiones, recursos humanos, y evaluación de resultados; cada año se incorpora una nueva anualidad –*rolling planning*– y siempre se tiene un período (bienio, trienio, etc.) actualizado como marco estratégico.

Pero el SERMAS también debe desarrollar una serie de *servicios colaborativos de red, no territorializados*, y que dan soporte y apoyo a actividades que por sus características técnicas se benefician de organizarse con un mayor grado de concentración y centralización.

- Algunas son líneas de servicio que podrían construirse como *entes o agencias de ámbito autonómico*: las Urgencias-Trasporte Sanitario; la Hemo-donación y Trasplante de Órganos y Tejidos; la Plataforma Logística; la Informática Sanitaria Regional; la Alta Especialización regional; la Hospitalización de Media y Larga Estancia; la Evaluación de Tecnologías y difusión eficiente de la innovación; la Gestión del Conocimiento (fomento, coordinación y acreditación de programas docentes, de especialización de investigación y de documentación científica), etcétera.
- Un caso particular son los *centros hospitalarios de media y larga estancia y monográficos*, cuya contribución asistencial deba extenderse a varias Áreas de Salud; en éste caso, y con independencia de las relaciones contractuales que las Áreas de Salud puedan establecer para dar servicio a su población, puede ser necesario y conveniente su organización a nivel autonómico, como parte de un ente o agencia regional especializada.
- Otras son *funciones con importante base técnica*, que deben soportar la gestión del SERMAS central: los Sistemas de Información, la Planificación de Servicios e Inversiones, la Inspección Sanitaria, la Gestión regional de la Prestación Farmacéutica, el Fomento y evaluación de la Calidad y la Satisfacción, la Promoción del voluntariado etc.

El esquema anterior tiene un propósito ilustrativo, a efectos de dibujar un modelo de diferenciación inteligente de funciones de autoridad y dirección política (ámbito de Consejería) de aquellas otras en las cuales el peso de la organización y gestión de un sistema complejo de provisión de servicios sanitarios (el SERMAS), exige un esquema potente y con gran flexibilidad en su propia arquitectura corporativa.

4.3.2. Nivel de Áreas de Salud

Las Áreas de Salud, deben ser reconstituidas, no sólo como expresión de una buena planificación territorial, sino como las agencias o entes territoriales de gobierno y gestión, en las cuales se estructura el nuevo SERMAS. A dichos efectos se precisa de una zonificación provisional que permitirá una reordenación preliminar de la red, y preparará una normativa ulterior para la Ordenación Territorial de la Comunidad de Madrid.

El criterio poblacional de constitución del área de salud será, en general, el establecido por la Ley General de Sanidad, entendiéndose que habrá un Hospital General de Área, al servicio de cada una de las Áreas de Salud.

Estas Áreas serían entes gestores que tendrían cuatro características: a) ser entidades descentralizadas del SERMAS para un territorio y población definidos, que cuentan con su órgano colegiado de gobierno con representación de la ciudadanía local; b) tener una gestión de servicios sanitarios co-pilotada por la Atención Primaria; c) disponer de una serie de unidades y servicios de área gestionados desde este ámbito; y d) y tener una función de gestión contractual (acuerdo de actividad-presupuestos) y coordinación con los hospitales que dan servicio al área de salud según la planificación territorial (básicamente con el Hospital General de referencia para el Área de Salud, que integraría el conjunto de centros y servicios hospitalarios y ambulatorios de Atención Especializada al servicio de la misma).

Áreas de Salud como el SERMAS de un territorio

En la práctica debe entenderse que el Área de Salud pasa a ser el “núcleo duro” de la nueva organización del SERMAS. Se trata de una descentralización real, con importantes atribuciones de competencias y responsabilidades, para que sean las Áreas de Salud las que organicen y gestionen la sanidad de un territorio y para una población definida, de forma autónoma y responsable.

Para que haya descentralización eficiente, deben alinearse cuatro tipos de instrumentos: competencias de gestión, sistema de financiación, modelo de Buen Gobierno y sistema de información; expondremos brevemente los tres primeros:

- Las Áreas de Salud deben asumir el mismo tipo de personificación jurídica del SERMAS; deben ser *entes o agencias públicas* con capacidad para utilizar el derecho público y privado en beneficio de una gestión ágil y eficiente; y también deben gozar de las máximas competencias para gestionar la contratación de recursos humanos, en cualquiera de los regímenes y sistemas de vinculación; también tendrán un amplio margen de autonomía económico-financiera, y serán reconocidas como entidades con capacidad de ordenar y realizar pagos. En la práctica, debe entenderse que en ellas se realizan y dirigen la mayor parte de procesos y transacciones. El SERMAS central sería el paraguas corporativo común que uniría e integraría estos entes o agencias territoriales y los conectaría con los otros entes o unidades no territoriales o funcionales de la sanidad pública.
- Las Áreas de Salud son también el marco de la *asignación económica* subregional de los servicios sanitarios; el sistema debe avanzar progresivamente hacia *modelos de financiación capitativa ajustados y corregidos*; la capitación es el marco de financiación más favorable para una descentralización responsable y orientada a logros de salud poblacional.

- Y para que sea posible la necesaria autonomía de gestión sin dar lugar a una discrecionalidad arbitraria de los gestores locales, se precisa dotar de un *órgano colegiado de gobierno a las Áreas de Salud*. Este órgano deberá incorporar una representación ciudadana, institucional y del nivel funcional corporativo del SERMAS, que tenga la capacidad de asumir funciones de *Consejo de Gobierno* ante el que rindan cuentas los directivos del Área de Salud.

Este tipo de órganos, cuya composición y funciones debe diseñarse en los parámetros del Buen Gobierno del capítulo primero de este Libro Blanco, traerá transparencia, rendición de cuentas, y legitimidad social a la función directiva. Junto con la profesionalización de los directivos sanitarios, y un marco explícito de atribuciones competenciales y de financiación capitativa corregida, se crean las condiciones para migrar del mero concepto de participación al de gobierno colegiado y responsable.

Es importante señalar que el Consejo de Gobierno del Área de Salud, donde se garantiza la participación ciudadana, la transparencia y la rendición de cuentas, no es un órgano burocrático, ni tiene el sobre-coste de sus equivalentes en las empresas mercantiles. Es un órgano colegiado diseñado para ostentar y tutelar un alto nivel de autonomía organizativa y de gestión, y por ello capaz de aportar agilidad, adaptabilidad y eficiencia a las decisiones locales.

La Dirección Gerencia del Área de Salud, debería ser la figura profesionalizada que asume la dirección ejecutiva y la gestión cotidiana del conjunto de niveles, centros y servicios sanitarios adscritos para dar servicio a los ciudadanos, rindiendo cuentas ante el Consejo de Gobierno del Área de Salud.

Áreas de Salud con gestión sanitaria liderada desde la Atención Primaria

Hay un amplio consenso sobre la necesidad de que los sistemas sanitarios modernos se orienten al paciente, se adapten a la cronicidad, y a través de respuestas apropiadas garanticen la calidad y busquen la sostenibilidad; para todo ello, deben estructurarse sobre la base de una potente y resolutiva Atención Primaria.

En las Áreas de Salud, la Atención Primaria debe ser, por lo tanto, mucho más que un nivel asistencial, o un conjunto de dispositivos y servicios; su red de centros y profesionales debe asumir una clara responsabilidad, tanto en su auto-organización, como en el *gobierno técnico de los procesos asistenciales* del Área de Salud.

Las líneas y estrategias de gestión asistencial en el Área de Salud deben surgir de tres ámbitos:

1. Del marco regional (contrato de gestión del SERMAS con el Área de Salud que traduce las políticas autonómicas, garantiza la coherencia regional y establece el marco de recursos disponibles);
2. Del Consejo de Gobierno, como expresión del nuevo marco de análisis y decisión colegiada que se pone en marcha para abrir la sanidad a la ciudadanía local;
3. De la Atención Primaria de Salud, como abogada y agente próxima al paciente en su comunidad, y capaz de traducir las prioridades generales a las decisiones cotidianas en los micro-sistemas clínicos y en los procesos asistenciales.

La *Dirección Asistencial del Área*, será la figura clave de encuentro y consenso que permitirá ensayar una nueva dimensión de gobierno centrado y respaldado desde la Atención Primaria de Salud. Y por esto los Equipos de Atención Primaria deberán asesorar y participar activamente en la selección de esta figura fundamental del nuevo modelo de gobierno y gestión de los servicios clínicos del área.

La forma de hacerlo debe estudiarse, y posiblemente no sea igual ni el tiempo de implantación, ni en la maduración técnica, ni en las diferentes dimensiones poblacionales de las áreas; pero parece claro que la figura *Director Asistencial* debe concitar las dos legitimidades: la del gobierno sistémico del Área de Salud, y la de los equipos de Atención Primaria

en los cuales ha de buscar el apoyo para el desarrollo de la función de gobierno clínico poblacional.

Las funciones de la Dirección Asistencial de Área incluirían tres dimensiones técnicas fundamentales:

- el apoyo técnico a la Gerencia en la *función contractual* (contratos de gestión con atención primaria, especializada, y con otros dispositivos socio-sanitarios);
- la gestión cotidiana de los problemas de relación y coordinación entre los centros y servicios asistenciales, de dentro y fuera del Área de Salud, dando el soporte técnico a la Gerencia.
- y la coordinación de la *farmacia* del área y la gestión de todas las líneas de uso racional del medicamento (integrando primaria y especializada);

La Dirección Asistencial asumirá también la gestión directa de cuatro líneas de servicios directos a los ciudadanos:

los servicios sanitarios de apoyo a la atención primaria que se articulan desde el Área de Salud: fisioterapia, psico-profilaxis obstétrica y equipos de soporte de atención domiciliaria;

la salud buco-dental , buscando una potenciación y mejor organización de una dimensión del sistema público de salud que precisa mayor desarrollo.

la salud mental de cara a facilitar la integración de dispositivos y servicios sanitarios (hospitalarios y comunitarios), socio-sanitarios y sociales en torno a una Unidad de Gestión Clínica de Atención Especializada para la Salud Mental.

y los servicios socio-sanitarios , donde la enfermería tiene un papel central: hospitalización de media larga estancia, atención domiciliaria, enlace con servicios sociales y de atención a la dependencia, y programas especiales para casos crónicos y frágiles; además, existe el reto de iniciar líneas más avanzadas de gestión de enfermedades y gestión de casos, que incorporan la necesidad de intervenciones preventivas, educación a pacientes y cuidadores, fomento y organización del voluntariado y coordinación intensa del conjunto de dispositivos para la atención a casos muy graves y pacientes terminales. Esta línea puede extenderse vía convenios con entidades locales para la prestación de servicios socio-sanitarios, coordinadas desde los Centros de Salud.

Las unidades y servicios centrales del Área de Salud

La gestión de las Áreas de Salud implica coordinar y motivar una organización compleja y profesional; por ello es necesario movilizar y articular *recursos de conocimiento que den soporte técnico a una gestión moderna y orientada a la excelencia*.

La atención sanitaria moderna implica la existencia de una serie de funciones muy importantes (y con frecuencia poco conocidas) que deben estructurarse con alguna lógica territorial; desde la perspectiva de reforzar un modelo de gestión territorial con Áreas de Salud con alta capacidad de resolución de problemas, parece lógico ubicar en éste nivel buena parte de los dispositivos y las funciones siguientes:

Salud Pública de Área vigilancia epidemiológica, protección de la salud, y programas específicos de promoción y prevención, actuando como estructura de apoyo a la Atención Primaria en sus funciones propias de prevención y promoción;

Calidad y Evaluación del Desempeño , usando indicadores, guías, "audits" de calidad, monitorización de demoras, estudios de satisfacción, y desarrollo de iniciativas para la mejora de la calidad en el Área de Salud.

Inspección de Servicios Sanitarios , incluyendo los programas de apoyo a la gestión de la incapacidad laboral.

Gestión del Conocimiento enlace y fomento de la investigación biomédica, de la formación de grado y postgrado, especializada y continuada, y de documentación científica.

Estas líneas de trabajo de alto contenido profesional serían el soporte de servicios centrales comunes para la gestión del Área de Salud, y permitiría dar profundidad científica y técnica a las tareas de gobierno y gestión del conjunto de niveles y servicios sanitarios y socio-sanitarios del área.

La gestión de recursos y servicios administrativos y generales

Con independencia del grado de centralización de algunos servicios comunes del ámbito regional, y del papel que tengan las actuales unidades de gestión del Hospital General, un diseño apropiado del Áreas de Salud requiere la existencia de un soporte administrativo, no muy numeroso, pero suficiente y de buena calidad técnica, para sustentar las siguientes funciones: económico financiera, de recursos humanos, de compras y aprovisionamiento, de distribución y almacenes, de inversión y mantenimiento, de servicios generales y supervisión de servicios hoteleros, de informática y telecomunicaciones, de mantenimiento de bases de datos y sistemas, de desarrollo de los sistemas de información y cuadro de mando del área, etc.

Esta gestión debe estar abierta a funciones técnicas cada vez más especializadas y evolucionadas, en particular las relativas al factor humano, buscando el desarrollo humano y profesional, la conciliación entre necesidades y posibilidades de las personas, y el abordaje a problemas de calidad y desempeño laboral producidos por problemas de salud del personal sanitario.

El Hospital General y los servicios especializados del Área de Salud

Las Áreas de Salud contarán con un Hospital General de referencia; el apoyo mutuo de hospitales con carteras de servicio limitadas se materializará en redes subregionales inter-hospitalarias; y existirán unidades de alta especialización y centros y servicios regionales (p.ej. media y larga estancia) que darán servicio a varias Áreas de Salud; las Áreas de Salud, dentro del marco de la planificación sanitaria regional, tendrán a su disposición instrumentos de gestión contractual con los hospitales para guiar el ajuste de los servicios a las necesidades y preferencias de la población local. Se fomentarán procesos de fusión y creación de complejos hospitalarios cuando la complementariedad de funciones y carteras permitan claras sinergias organizativas.

En el caso de que un Área de Salud esté nucleada por un Hospital General de suficiente dimensión y cartera de servicios, éste Hospital (o Complejo Hospitalario de Área) podrá contar con un órgano colegiado de gobierno propio, aunque su papel es subsidiario del Consejo de Gobierno del Área de Salud, a la vez que partirá del Contrato de Gestión establecido para desarrollar su función gestora y directiva; a efectos de mayor funcionalidad puede existir una Comisión Delegada del Consejo de Gobierno del Área de Salud, que sea el núcleo de este órgano colegiado. El Director Gerente rendirá cuentas ante éste órgano de gobierno en aspectos operativos, a la vez que lo hará también al Consejo de Gobierno del Área de Salud para aspectos estratégicos y de gestión contractual.

Puede haber otros casos donde por el gran tamaño del Hospital General o por la necesidad de que varios hospitales deban colaborar para complementar su cartera (médica, quirúrgica, obstétrica, infantil, psiquiátrica, etc.) un Área de Salud deba relacionarse con más de un Hospital; en este caso, el órgano colegiado de gobierno de estos hospitales se constituirá con la participación de los Consejos de Gobierno de las Áreas de Salud con las

cuales mantiene las relaciones de servicio más estrechas; y la gestión contractual será el mecanismo para guiar la relación plurianual y anual de financiación y rendición de cuentas entre las Áreas y el Hospital.

Los Hospitales Públicos de Madrid deben crear ámbitos de apoyo mutuo, en forma de Redes Subregionales Inter-hospitalarias para promover la cooperación de servicios y también para compensar el escaso tamaño de algunos centros. La gestión de las redes inter-hospitalarias empleará como instrumentos los acuerdos y protocolos de gestión.

Otro nivel de interacción, al que se referirá un capítulo específico de este bloque temático, son las unidades de Alta Especialización, cuya proyección funcional y coordinación se establece en el nivel autonómico, para garantizar la ordenación de la oferta, la concentración de demanda y la organización de las derivaciones, que permitan conseguir excelencia clínica, eficiencia en costes y equidad de acceso. Y también para que Madrid recupere de forma ordenada y efectiva su papel nodo clave en la alta especialización y servicios nacionales de referencia del el Sistema Nacional de Salud.

Finalmente, las propias asimetrías de dotación, lleva a que puedan existir centros hospitalarios no fácilmente territorializables (media-larga estancia, psiquiátricos, monográficos, etc.), y que pueden ser estructurados con distintas posibilidades organizativas; en todo caso, el modelo de gestión llevará a que sea la gestión contractual desde las Áreas de Salud la que determine en último término los procesos asignativos y de rendición de cuentas.

En el caso de Salud Mental, deberá existir un modelo más específico y multinivel de coordinación autonómica, de Área de Salud y de hospital, que se desarrolla en el capítulo correspondiente.

Todos los componentes anteriores configurarán la Red Hospitalaria Integrada de Servicio Público de la Comunidad de Madrid, que luego será abordada más ampliamente.

Los puntos anteriores, más que una definición de modelo organizativo específico, busca dar una idea de la arquitectura institucional que se desea ir construyendo. Con independencia de cómo se concrete, lo que queda claro es que la estructura de gobierno y gestión de las Áreas de Salud debe orientarse a la integración asistencial (y no a la mera unificación de organigrama).

Además, esta estructura busca poner al paciente en el centro del sistema, pero no disciplinando la demanda, ni imponiendo restricciones a su capacidad de elección. Se trata de coordinar “por el lado de la oferta” todos los dispositivos para que actúen como un único sistema ante el paciente y sus enfermedades. Las Áreas de Salud son la base de la gestión moderna e integrada de la sanidad pública. Un mapa sanitario nuevo deberá establecer el esquema de referencia, y coordinación de la oferta sanitaria.

Este mapa no sólo es compatible con la libertad de elección, sino imprescindible para que los servicios sanitarios que se ofrecen al ciudadano tengan la coherencia e integralidad necesarias como para ofrecer efectividad y calidad. No habiendo soluciones fáciles ni unívocas, el pilotaje y la evaluación serán los elementos básicos para determinar los modelos de organización y gestión contractual de las nuevas áreas de salud.

4.4. Un SERMAS basado en la atención primaria: revitalizar la atención primaria para responder al reto de la integración, la calidad y la racionalidad asistencial

4.4.1. Introducción

La red de atención primaria que la Comunidad de Madrid heredó en enero de 2002, era una de las mejor organizadas y con indicadores de desempeño y calidad reconocidos ampliamente como los mejores del INSALUD de entonces. Por ello es particularmente grave que las políticas sanitarias autonómicas la hayan llevado al borde del abismo.

Este deterioro se debe a varios problemas; unos externos, referidos al desafío que planteó el cambio demográfico acelerado; otros de concepción o diseño, que expresaban el débil

convencimiento del papel de la atención primaria y de la necesidad de la planificación estratégica; y finalmente, otros problemas de mala gestión, concretados en una práctica directiva y gestora insensata y crecientemente autoritaria; repasaremos brevemente los tres aspectos:

Cambio demográfico

Hubo una reacción tardía al incremento poblacional; en la tabla adjunta se ve cómo en la década 1998-2008 la población de la Comunidad de Madrid se incrementó en un 23% (cerca de 1,2 millones de habitantes, equivalente a la población actual de las Islas Baleares o de Asturias). El desafío era inmenso, y además el modelo de financiación de la Ley 21/2001 (Rodrigo Rato) no creaba un buen esquema para adaptarse a estos cambios (la llamada suficiencia dinámica), lo que penalizó fuertemente a Madrid y a las otras CCAA que tuvieron crecimientos similares de la población inmigrante.

Año	Habitantes	Incremento período	Incremento anual
1998	5.091.336	100	–
1999	5.145.325	101	1
2000	5.205.408	102	1
2001	5.372.433	106	3
2002	5.527.152	109	3
2003	5.718.942	112	4
2004	5.804.829	114	2
2005	5.964.143	117	3
2006	6.008.183	118	1
2007	6.081.689	119	1
2008	6.271.638	123	4

Cuadro 4.1: Evolución de las cifras oficiales de población de la Comunidad de Madrid

Pero el cambio demográfico fue advertido tardíamente, cuando ya se había dado el asentamiento poblacional, y aquellas áreas y distritos donde aterrizaron las oleadas inmigratorias habían comenzado a tener problemas muy graves de atención a la población y de acogida a la creciente demanda. Es bien conocida en la historia de la reforma de la atención primaria de Madrid, desde los años 80, la gran dificultad que presenta la gran metrópoli para encontrar locales adecuados para albergar nuevos centros de salud; el espacio urbano es inelástico y muy caro, y el proceso supone mucho esfuerzo y tiempo. Hasta 2005 no se toma conciencia de esta situación, y es en el Plan de Mejora 2006-2009 donde se intenta dar una respuesta global a la situación que estaba ya sobrepasando los límites de adaptación de la atención primaria en muchos lugares.

La lectura de dicho Plan (acordado en su momento con sociedades científicas y profesionales, y aún disponible en la web¹), documenta un planteamiento con muchos aspectos interesantes, pero también, desde la perspectiva actual produce desilusión y melancolía. Porque tras una primera etapa de desarrollo (2006 y 2007) pierde rápidamente fuelle, y a partir de 2008, con la nueva legislatura y equipos de gobierno en la Consejería de Sanidad, se convierte en papel mojado, y son desatendidos los compromisos de incremento de recursos materiales y humanos, y progresivamente relegado al olvido el propio plan.

Errores de concepción o diseño

Un primer fallo viene de la mano de la ideología; la escasa fe en la planificación hace que se pierda tensión en el trabajo de ajuste territorial de los recursos. Esta falta de análisis

¹ http://www.madrid.org/cs/Satellite?pagename=PortalSalud/Page/PTSA_pintarContenidoFinal&language=es&cid=1161183845874, verificado en octubre de 2010

detallado, lleva a que incluso cuando se tienen disponibles fondos para mejorar infraestructuras y ampliar plantillas, sea difícil y lento conseguir contenedores urbanos apropiados, y obviamente, sea impracticable ubicar los nuevos médicos y enfermeras que se pretenden adicionar al no tener los centros construidos y equipados.

Pero el principal problema de concepción es el que pierde de vista el papel estratégico de la atención primaria en una red sanitaria moderna, que debe hacer frente a la cronicidad, pluripatología, envejecimiento y extensión del número de pacientes frágiles y terminales; también, como alternativa para aportar racionalidad y continuidad a los procesos asistenciales, buscar la integración de lo sanitario y lo social, y, a través de todo esto, aportar sostenibilidad al servicio público de salud.

Este error de concepción combina el abandono progresivo de la Atención Primaria con el énfasis político y los recursos incrementales redirigidos a la expansión de las instalaciones hospitalarias y de atención especializada, con particular énfasis en la adquisición de tecnologías y dispositivos muy visibles y tangibles, capaces de reportar mejoras en la imagen política alimentando la tendencia mediática a la fascinación tecnológica.

Errores de gestión

Junto a errores de concepción hay otros de mala gestión: los contratos basura impiden fidelizar recursos humanos en épocas de escasez de profesionales; se descompone la estructura de gestión: los equipos gerenciales de primaria van perdiendo autonomía y profesionalidad ante una Consejería clientelar y caprichosa; se desdibujan y vacían los contratos de gestión, y las áreas se van convirtiendo en meros transmisores de órdenes que bajan y malestar que no sube. La desatención y el abandono hace que los Coordinadores de Equipos de Atención Primaria vayan tirando la toalla (muchos dimitiendo y otros resistiendo).

Incluso la forma errónea de gestionar iniciativas en principio razonables como la jornada de 35 horas o la cobertura de la atención continuada rural por turnos, han aumentado los problemas de personal preexistentes.

La ley de "área única" es el resultado final de estos fracasos; ante la incapacidad de gobernar la primaria (pareja con un creciente autoritarismo y animadversión), deciden prescindir de ella como red asistencial, dejando sólo al médico de familia y pediatra ante un gran bazar de servicios y procedimientos sanitarios guiados desde la lógica de los hospitales. Se ha optado por tanto por la peor opción posible: desestructurar la asistencia cuando tenemos que abordar la atención a la cronicidad; desvertebrar la atención primaria cuando la necesitamos como red para que gestione el espacio socio-sanitario; desdibujar el papel esencial de la medicina de atención primaria, cuando es esencial para restaurar la continuidad y racionalidad de la buena medicina clínica.

4.4.2. Reconstrucción de la Atención Primaria de Salud en Madrid

Las alternativas ante esta situación deben ser suficientemente amplias y decididas: más que rediseñar toca reconstruir la atención primaria de Madrid. Se plantean cinco ejes de actuación:

Más recursos, asignados con mayor racionalidad y mejor distribuidos

Madrid no ha acabado de digerir los incrementos poblacionales; en aquellos lugares donde creció más rápido, se han roto las costuras de la red de atención primaria; la actuación rápida no es fácil, especialmente en la ciudad de Madrid; pero es más difícil si no se prioriza suficientemente y trabaja de forma continuada y tenaz. Se precisa un *Plan de Inversión cuatrienal en Atención Primaria*, y esto supondrá, sin duda, un proceso combinado de trabajo de planificación territorial, colaboración con corporaciones locales (en especial el Ayuntamiento de Madrid), aportación de recursos para extender las *infraestructuras de Atención Primaria*, e *introducción de apoyo tecnológico y rediseño de procesos para liberar tiempo de los recursos humanos disponibles para la actividad clínica*.

En efecto, la política de recursos humanos presenta especiales perfiles de complejidad: por una parte, las necesidades de personal son relativas (medias regionales no especialmente llamativas, pero desigualdades notorias entre centros, en población y más aún en cargas de trabajo); por otra parte, existen medidas técnicas y organizativas que permitirían modular los incrementos de recursos humanos (desburocratización, delegación, automatización, reorganización, etc.), y que en la Comunidad de Madrid han sido nula o escasamente implementadas.

En este sentido es especialmente incomprensible la carencia de receta electrónica en la Comunidad de Madrid, que permitiría liberar alrededor de un 20% del tiempo médico (según se ha comprobado en los lugares en los que está implantada).

Por ello, las *políticas de racionalización, redistribución y reforzamiento de los recursos humanos* en los Centros de Salud deben entenderse como un único proceso integrado de transformación de la red. Este es el principal desafío: establecer un marco planificado y racional de organización y dotación de personal para el conjunto de la Comunidad Autónoma.

Un aspecto clave de estas políticas es la estabilización de profesionales que se precisa para facilitar su continuidad en el puesto de trabajo por períodos suficientemente dilatados como para crear adherencia y confianza entre ellos y la población; para ello se precisa una *política de personal* en las siguientes líneas: una correcta planificación de recursos humanos, con políticas ágiles de fijación de plantillas, unos instrumentos descentralizados para una contratación eventual de calidad, una auto-organización responsable de la jornada laboral semanal, y mejores condiciones de conciliación y satisfacción laboral.

La *conversión del médico de atención primaria en médico personal del paciente*, implica un conjunto de actuaciones que involucran el espacio físico (que el médico sienta su consulta del Centro de Salud como un lugar propio y personalizado), la organización que garantice la accesibilidad individualizada y racional, y la propia continuidad en el puesto de trabajo y fidelización a los pacientes (lo que debe ser promovido con contratos de calidad y con modelos de vinculación "capitativa" con los ajustes necesarios para garantizar la modulación de cargas de trabajo).

Revitalizar y desplegar los servicios de Atención Primaria a la población

Los médicos de primaria en general y los de familia en particular aspiran a ejercer como "especialistas en las personas"; y las enfermeras han de asumir el papel de liderar los cuidados a los pacientes más frágiles.

Estos dos papeles clave para la población sólo pueden conseguirse aumentando el tiempo efectivo de interacción con los pacientes, y los recursos organizativos, tecnológicos y de conocimiento que pueden convertir dicha interacción en efectividad y calidad.

Por ello es fundamental crear "*accesibilidad inteligente y personalizada*" al Centro de Salud: que el paciente pueda citarse en persona, por teléfono o por internet es una buena idea, pero, sobre todo hay que asegurar, que consiga hacerlo con el mínimo esfuerzo para éste y la respuesta más cálida, personalizada y efectiva posible en el otro lado de la línea; para ello, las *unidades administrativas* y de admisión de los Centros de Salud deben ser potenciadas en recursos y competencias, ya que buena parte del reto de esta accesibilidad inteligente así como del funcionamiento global del centro de salud va a depender de su buen desempeño.

Pero esto no es suficiente; medicina y enfermería de atención primaria deben poder conectar con facilidad con los pacientes, y *atender selectivamente a consultas telefónicas*, especialmente en el caso de pacientes ancianos, crónicos, frágiles y terminales. Existen tecnologías y modelos de organización capaces de potenciar esta capacidad de conexión, que puede aportar mucha racionalidad y calidad.

En el medio urbano los Equipos de Atención Primaria pueden reorganizar sus esquemas de jornada, con la apropiada flexibilidad como para que los Centros de Salud puedan estar *abiertos a la población en un amplio horario*, consolidándose como un punto de referencia fiable para la ciudadanía local en la provisión de atención continuada. Y, además, es factible que dicha amplitud de horario del centro, precisamente se consiga con mayor fle-

xibilidad en la organización interna de las jornadas de trabajo del personal, mejorando la compatibilidad con la vida familiar de los profesionales. Esto también permitirá redefinir los turnos de tarde, para facilitar su aceptabilidad y evitar las disminuciones de recursos por reducciones de la jornada.

El medio rural precisa de una estrategia diferenciada; recursos, organización, cargas de trabajo, apoyo de red, etc. Se debe evitar el error de aplicar modelos de la gran ciudad, al pequeño pueblo de la provincia de Madrid; aunque se puede y se debe aprovechar las ventajas de medios de comunicación y de conexión telemática.

Con los anteriores elementos, la Atención Primaria puede y debe asumir un cambio progresivo de modelo, hacia la “*gestión clínica*”: esto supone centrar los esfuerzos de médicos y enfermeras en los casos más graves y vulnerables, organizar de forma racional y eficiente la atención a procesos crónicos (incluida la utilización sistemática y racional del medicamento y el empleo de la receta electrónica), enseñar a enfermos y familiares a controlar sus problemas, cuidar sus dolencias y promover su salud, y atender de forma integrada los procesos y patologías, asumiendo el papel de agente del paciente.

Entendemos que la calidad del empleo es esencial para garantizar la estabilidad y continuidad de los que trabajan en el Centro de Salud, y en particular la de médicos y enfermeras, lo cual es precondition para avanzar en la personalización de la relación con los pacientes. En el medio rural se precisa un enfoque específico para garantizar mayor apoyo técnico y logístico, y adaptaciones de los modelos organizativos generales.

Abundando en lo anterior, el médico de atención primaria, en un entorno de estabilidad laboral, autonomía organizativa, apoyo administrativo y tecnológico, y desburocratización de procesos, estará en condiciones de desarrollar plenamente su papel de “médico personal”, particularmente para los pacientes más frágiles y que más necesitan sus servicios continuados.

La Atención Primaria como corazón de las Redes Asistenciales y Sociales

La Atención Primaria precisa de una serie de recursos para que su actuación como puerta de entrada y agente principal del paciente ante el sistema sanitario sea eficaz y se traduzca en mayor calidad, racionalidad y eficiencia: información, capacidad de resolución y liderazgo en la integración de procesos clínicos.

La información del paciente exige hoy una *Historia Clínica (HC)* única, que sea consultable y accesible en cualquier punto de la red sanitaria; debe ser la máxima prioridad conseguirlo, pues sólo esta disponibilidad de información permitirá fundamentar la verdadera integración asistencial, evitar la duplicación de pruebas diagnósticas, utilizar todo el potencial de los datos bio-patográficos, prevenir interacciones farmacológicas, integrar toda la información para que la asistencia sea inteligente, proporcionada y razonable, y evite intervenciones inapropiadas, innecesarias, inclementes e insensatas. Pero este objetivo loable no puede buscarse a costa de dejar carentes de HC a miles de usuarios y colapsadas las consultas de cientos de profesionales por la frívola introducción de programas que, como AP Madrid, se implantan en los Centros de Salud sin solucionar previamente los problemas conocidos en su desarrollo. Las transformaciones exigen prudencia y gestión dialogada y planificada del cambio.

En sentido amplio, la *capacidad de resolución de la Atención Primaria* indicaría su potencialidad para devolver al paciente lo antes posible al propio control de su vida y su salud, reduciendo en lo posible la dependencia y necesidad de utilización de servicios sanitarios. En términos más restringidos, indicaría la posibilidad de utilizar medios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, inter-consultas a especialistas, o acceso a pruebas funcionales y exploraciones habitualmente realizadas en el Hospital; estos medios, indicados y controlados desde la consulta médica de Atención Primaria, sin perder el control directo del paciente (no se trata de derivaciones al especialista), permiten que muchos pacientes no emprendan el complejo peregrinaje al hospital y sus servicios, y pueda concretarse un diagnóstico y plan terapéutico de forma más sensata, racional y cómoda para el mismo.

Dar capacidad de resolución a la Atención Primaria exige que pueda *indicar estudios y pruebas*; también que tenga acceso informativo al Historial Clínico para aprovechar su visión generalista y poner los resultados en contextos personales y clínicos más amplios; pero también exige que los especialistas del Hospital no “secuestren” a los pacientes, y acepten jugar un papel de consultor y de apoyo para aquellos pacientes que les son remitidos para acciones específicas, bien delimitadas en un proceso, ruta, o guía clínica.

Por su parte, medicina y enfermería de atención primaria, precisamente por el principio de la resolutivez, deben *evitar “secuestrar” al propio paciente en los Centros de Salud*, especialmente en el caso de las patologías crónicas, y más aún, en el caso de parámetros biológicos alterados, que no son enfermedades sino tan sólo factores de riesgo; un hipertenso o diabético controlado, es aquel que controla su propia salud sin necesidad de acudir semanal o mensualmente al centro de salud si no es necesario; la receta electrónica ayudará sin duda a evitar la necesidad de obtener periódicamente medicamentos para factores de riesgo genere dependencia, percepción de enfermedad y merma de la autonomía personal. Igualmente agilizar la relación entre los dispositivos sanitarios y sociales permitirá alcanzar el mayor nivel de autonomía personal posible mediante los dispositivos de apoyo adecuados.

La medicina y enfermería de atención primaria deben asumir un claro *liderazgo en la integración y gobierno de procesos clínicos*. En beneficio del paciente, todos deben entender la ventaja de que haya un “director de orquesta”, que permita a los “expertos” en los diversos instrumentos musicales volcar su maestría de acuerdo a la partitura de la sinfonía asistencial. Obviamente, cuando aparece un problema agudo y acotado, o una enfermedad muy grave, el control pasa en buena medida al especialista principal que debe tomar las decisiones clave para restaurar la salud (como en un concierto, donde el instrumento principal es el que gobierna, y el director de la orquesta pasa a tener un rol subsidiario). Pero en la atención de pacientes y procesos crónicos y pluri-patológicos es esencial que el timón de mando esté fuertemente guiado desde la Atención Primaria.

Las medidas organizativas, el marco de relaciones territorializadas hospital-primaria, y el *papel que la atención primaria va a jugar en aconsejar los contratos de gestión y la asignación de recursos* en el área, son tres palancas fundamentales para rehacer el equilibrio virtuoso de la gestión racional de procesos, en beneficio del paciente. Otro tanto correspondería hacer desde la enfermería hacia el ámbito socio-sanitario (enlace de altas hospitalarias, con centros de media-larga estancia, atención domiciliaria, residencial y de enlace con servicios sociales, de relaciones con corporaciones locales para desarrollar servicios socio-sanitarios conveniados, etc.).

Será, no obstante, el trabajo cotidiano de los profesionales en el Área de Salud el que permitirá reconducir y racionalizar el trabajo clínico; es parte del *nuevo contrato social de los profesionales*, y por lo tanto es una pieza básica del desafío que profesionales de medicina y enfermería deben asumir como parte de su propio compromiso profesional; centrarse en el paciente, aprender a cooperar y abandonar el individualismo y la fascinación tecnológica supone un cambio de cultura difícil, pero que hoy se convierte en imprescindible para conseguir la excelencia asistencial y la sostenibilidad de los sistemas públicos de salud.

Cambios organizativos para la autonomía responsable en los Centros de Salud

Creemos que son posibles cambios substanciales en la arquitectura organizativa de la Atención Primaria sin necesidad de fragmentar y externalizar grupos profesionales al exterior del entorno público. Pero para que pueda darse un modelo evolutivo integrador, debe haber *cambios substanciales en las reglas de juego de la gestión pública*: los cambios propuestos para que el SERMAS actúe como un ente o agencia pública deben precisamente proyectarse en un marco de delegación de atribuciones y competencias radicalmente diferente al que hoy existe. Sólo con un marco de autonomía de gestión respaldada por competencias delegables, cabría hablar de modelos evolutivos: algunos Equipos o Centros existentes podrían actuar de avanzadilla pilotando experiencias, pero siempre en procesos de cambio que propiciaran la emulación, y facilitarían una incorporación posterior y rápida de la gran

mayoría. O los modelos que se pilotan son generalizables (al menos en potencia), o pueden tener el peligro de dualizar o fragmentar la red, y crear problemas de selección adversa y selección de riesgos.

En todo caso, una base de *competencias delegables vía "contrato de gestión clínica"* debería garantizar que la dirección de los Centros de Salud pudiera asumir decisiones relativas a: la gestión cotidiana de recursos humanos (eventualidades, interinidades, ordenación de jornadas, atención continuada, refuerzos, etc.); la capacidad de realizar pequeños gastos corrientes en bienes y servicios; el establecimiento de prioridades de inversión y adquisición dentro de los planes del Área; la autonomía para establecer ajustes locales en la organización del centro, los horarios de consulta, y la cartera de servicios complementarios; y, finalmente, la capacidad de asignación interna de fondos asignados por cumplimiento de objetivos y buen desempeño, tanto al centro de salud, para mejoras de estructura y funcionamiento, como a los profesionales como productividad variable.

Para aportar solidez y seguridad jurídica en este proceso de nueva organización descentralizada, sería conveniente la aprobación de una *Guía Marco o Reglamento de la Atención Primaria de Madrid*; si bien una norma de este tipo para toda la Comunidad de Madrid podría dar una base de coherencia y formalización, los verdaderos avances deberían producirse en las propias Áreas de Salud, en uso de sus atribuciones de Gobierno y Gestión, materializadas en los *contratos anuales de gestión clínica*, que deberían ser los verdaderos elementos de cesión responsable y transparente de atribuciones y competencias a la Atención Primaria.

Gobierno y gestión para promover y albergar el profesionalismo y la autonomía responsable

Desde el Área hasta el Centro de Salud, se precisa un nuevo modelo de gobierno y gestión basado en la responsabilidad y ética del mejor profesionalismo; tres elementos centrales de este modelo son: la participación activa en el gobierno del Área de Salud (ya mencionado en el capítulo anterior al hablar de la Dirección Asistencial); la activación del autogobierno de red y de centro (que comentaremos brevemente a continuación), y la revitalización del contrato social con los profesionales (que enfatiza la necesidad de cambios culturales que acompañen las reformas).

Los Equipos de Atención Primaria han demostrado que pueden alcanzar un alto nivel de auto-gobierno; en Madrid esta capacidad de organizarse y funcionar autónomamente ha sido una de las claves de su sustentación, en un entorno muy hostil durante los últimos años. Por lo tanto confiamos claramente en este capital profesional y gestor, que debe ser alimentado y facilitado en la nueva organización del SERMAS.

Parece que los Equipos de Atención Primaria que comparten un mismo edificio, con servicios comunes de apoyo, se beneficiarían de organizarse como una unidad de gestión clínica, con un *Director de Centro de Salud*, como figura de gobierno unipersonal (que sustituiría al Coordinador de Equipo y le añadiría mayor dedicación y papel gestor). Pero el Director del Centro de Salud debería ser una figura de "Gestión Clínica", y por lo tanto, no debe separarse de su identidad asistencial, aunque, obviamente su función clínica estaría descargada, y su cometido gestor sería auxiliado y recompensado apropiadamente.

La forma de nombrar a los Directores de los Centros de Salud puede ser variada; pero, en todo caso, será un proceso transparente, donde se produzca concurrencia interna de los profesionales de los Equipos de Atención Primaria, y se asegure la aplicación de los principios de mérito y capacidad, especialmente en lo que se refiere al proyecto de gestión que debe proponerse en el concurso, y que será clave para evaluar a los candidatos. La decisión buscará concitar tres legitimidades: la de los profesionales de la zona básica de salud; la del resto de los Equipos de Atención Primaria del Área, y, finalmente, la de la Gerencia del Área de Salud, como órgano ejecutivo que representa a la autoridad directiva del SERMAS. La Guía Marco o Reglamento de Atención Primaria de Madrid especificará las normas básicas, que en todo caso podrán ser adaptadas para su aplicación por los Consejos de Administración/Gobierno de las Áreas de Salud.

La *organización interna de los Centros de Salud* se concretará en base a la capacidad reguladora del Área de Salud (ostentada por su Consejo de Gobierno), y de la propia capacidad de auto-organización de los Equipos de Atención Primaria que se integran en la unidad de gestión del Centro de Salud. Esta organización buscará promover la participación y el gobierno colegiado y colaborativo de todos los profesionales y trabajadores de la Atención Primaria.

Un componente de la cesión de atribuciones y competencias que el SERMAS establece para la Atención Primaria, se concreta en la creación de un órgano técnico en el que se coordine la Dirección Asistencial con las Direcciones de los Centros de Salud; esto, que podríamos llamar "*Junta Clínica de Atención Primaria*", debería jugar un papel más amplio que el de un mero órgano asesor o Consejo de Dirección, ya que muchos contenidos de este nuevo modelo de gestión (y mucha capacidad de decisión) va a fluir de "abajo a arriba". En particular, este órgano debería ser fundamental para todos los procesos de evaluación interna, análisis de desempeño, redistribución interna de incentivos y fondos para mejoras, mediación en caso de conflictos, evaluación de incumplimientos y propuestas de corrección, e informe ante denuncias y litigios por problemas de práctica profesional. El profesionalismo se expresa como capacidad de comprometerse también en los aspectos potencialmente conflictivos del gobierno de las personas y sus desempeños, y por ello debe estar dentro de las responsabilidades colectivas y en un ámbito de auto-gestión comprometido.

4.5. Hospital Público de Madrid: Reconfiguración de la red hospitalaria, Buen Gobierno, gestión clínica y articulación de la red autonómica

Las políticas de expansión de nuevos centros e instalaciones hospitalarias son una de las señas de identidad de Esperanza Aguirre en la Sanidad; también están siendo un ejemplo de cómo se puede gastar tanto para conseguir tan poco y generar tanto descontento y disfuncionalidad en el servicio público de salud. Desde que se lanzó la prioridad de construir e inaugurar nuevos hospitales, se consolida un proceso incontrolado y caótico caracterizado por: una ignorancia extraordinariamente imprudente y atrevida, una sordera creciente a los técnicos y expertos propios, un desinterés arrogante para dialogar con agentes internos, y una irresistible atracción por amistades peligrosas del mundo de la sanidad privada, la construcción y las finanzas.

Esta auténtica "cultura del pelotazo" hospitalario, contrasta profundamente con los modelos más racionales y planificadores que habían existido anteriormente, tanto en las administraciones autonómicas anteriores (del PP y del PSOE), como en el INSALUD (también gobernado por ambos partidos). La financiación de esta eclosión de nuevas inversiones se busca a través de fórmulas de financiación privada, único medio de eludir los controles de endeudamiento de las administraciones públicas, siendo esta otra de las señas de identidad de la nueva administración de Esperanza Aguirre (aunque la patente del invento sea Valenciana).

El uso abusivo (e incluso masivo) de la concesión administrativa para financiar con capital privado las nuevas inversiones, añade dos problemas: a) el del déficit de calidad democrática: éste se produce al comprometer con el voto de mayoría simple del gobierno a futuras legislaturas y a generaciones venideras que no están representadas y no pueden expresar su conformidad con las decisiones inversoras; y b), el de insostenibilidad a medio plazo en caso de proseguir en esta huida hacia delante: en el fondo, el gobierno usa un "bono" irrepetible, ya que hereda una situación donde se pagaba cada año la inversión que se certificaba como realizada, a otra donde toda la inversión de una legislatura va a ser cargada a las siguientes: ninguna hipoteca del pasado, todas las hipotecas para el futuro. La crisis económica sólo ha adelantado y hecho más evidente el problema.

Junto a esta seña de identidad, hay una visión claramente formulada desde el Gobierno de la Comunidad de Madrid: la gestión pública es lo que existe, pero la gestión privada es lo

que debería existir en un futuro (si fuera políticamente factible hacerlo). La desconfianza en la función pública y la gestión pública es clara y corre pareja a un prejuicio presuntamente liberal, por el cual el Estado debe someterse a una rápida “cura de adelgazamiento” y dejar de producir y proveer servicios a los ciudadanos (contratar en vez de prestar). La praxis demuestra que esta epidemia ideológica va a peor: primero fueron las concesiones administrativas en las cuales se externalizaban las funciones no asistenciales; en los nuevos hospitales ya se renuncia a las empresas públicas para la gestión de lo clínico, y se privatiza toda la provisión.

Gobernar “sin complejos” es una peligrosa seña de identidad: lleva a que el poder político vaya ocupando cada vez más espacios técnicos y profesionales: esto deteriora la ya precaria carrera gerencial y directiva en el hospital público, e incluso lleva a considerar los puestos asistenciales (especialmente las jefaturas) como parte de un presuntamente legítimo botín partidario, a los cuales se puede aplicar el concepto de “puesto de confianza” (es la bien conocida “libérrima designación”).

Pero cuando las instituciones se convierten en correas de transmisión del poder político, cuando se castiga al que plantea problemas y críticas, y cuando cualquier disidencia es tratada como traición, se consigue consolidar un modelo cortesano donde las malas noticias no suben, el vértice de la organización se va distanciando de la realidad, y al final, se acaban haciendo cosas que todo el mundo sabe que no van a funcionar bien, porque nadie se atreve a decir que “el emperador va desnudo” (como en el cuento de Andersen).

Estos tres elementos (expansión atolondrada e insostenible de la red, fe desmedida en el sector privado, y sectarismo ideológico en el gobierno cotidiano), han ido produciendo tantos y tan evidentes problemas, que es difícil concebir otra razón al obcecado y conspicuo desgobierno de Esperanza Aguirre en la sanidad, que no sea la abdicación creciente en el compromiso y responsabilidad en el gobierno de la cosa pública, llegando al abandono fáctico en la defensa del interés general.

Finalmente, las políticas hospitalarias en Madrid, se han quedado a extramuros de todo un debate técnico sobre cómo ha de organizarse la red hospitalaria del futuro, y qué modelos de integración de servicios pueden ser apropiados para los nuevos problemas de nuestros pacientes y el marco tecnológico y profesional que se avecina por los cambios en el conocimiento y en la praxis de la medicina moderna. Parece que el esquema que ha dominado en el análisis de la Consejería de Sanidad de Madrid, brutalmente simple, visualiza la atención especializada como un sumatorio de procedimientos quirúrgicos e intervencionistas, pruebas diagnósticas y actos médicos; todos ellos esencialmente independientes y cuya ejecución puede ser desarrollada indistintamente por diversos médicos o equipos. De este enfoque se escapan la bio-patografía, la cronicidad, la relación entre niveles asistenciales, la comorbilidad, la longitudinalidad, la integralidad, etcétera.

La fragmentación conceptual simplifica el problema: nos remite a un modelo industrial donde hospitales y médicos fabrican “GRDs” (códigos de procesos de enfermedad atendidos en un ingreso hospitalario; GRD = grupos relacionados con el diagnóstico); este enfoque favorece una concepción empresarial minorista y miope de nuestro sector y de los problemas reales de los pacientes; favorece la desinserción de hospitales y territorio; puede ser útil si lo que se pretende es evitar el doloroso ejercicio de pensar en los complejos problemas de la sanidad moderna, pero a medio plazo el efecto es de creciente erosión de la respuesta asistencial de la sanidad pública a las necesidades de salud de la población.

La creación del Área Única sanitaria para toda la Comunidad Autónoma es el máximo exponente de esta incomprensión profunda de lo que se necesita, así como de la falta de sensatez a la que lleva el modelo de “gobernar sin complejos”. Desorientación técnica, porque mezcla y confunde la libertad de elección (valor fundamental para el usuario del servicio público sanitario), con la desorganización de la oferta sanitaria y la desaparición de instrumentos de gestión de las interacciones entre atención primaria, especializada y socio-sanitario. Insensatez política, que se manifiesta en el desprecio a cualquier crítica y la ignorancia de todas las opiniones que de forma masiva han recomendado prudencia y pilotaje a estos cambios.

Las alternativas son complejas; no hay soluciones unívocas, y algunas opciones serán

probablemente controvertidas; hay que tener en cuenta que ya van muchos años acumulando errores y mal gobierno, y que existen un buen número de individuos, grupos y empresas que aunque son conscientes del mal funcionamiento del sistema, tienen expectativas de mantener sus ventajas y posicionamientos sin modificación alguna. La situación muy grave de las finanzas públicas, no aporta márgenes de maniobra substanciales para acometer procesos de cambio donde nadie pierda y todos ganen.

Por ello, tan importante ha de ser la gestión del cambio, para conseguir minimizar el estrés social que toda modificación organizativa implica, como la propia periodificación de las transformaciones: no cabe esperar un ritmo excesivamente rápido, y los cambios deberán ser priorizados y bien gestionados.

En este propósito de clarificación de los procesos de transformación a priorizar y articular, mencionamos varias líneas de cambio: la que tiene que ver con la planificación y organización (reconfigurar la atención especializada), la que busca reestructurar los órganos y estructuras de dirección y gestión (Buen Gobierno y nueva gestión pública); la que pretende resituar a los micro-sistemas asistenciales en el centro de la organización del hospital (gestión clínica); y, finalmente, la línea que intenta articular el funcionamiento en red en funciones asistenciales (alta especialización, media y larga estancia, salud mental y urgencias-transporte sanitario), y en funciones técnicas y de soporte (gestión y servicios generales autonómicos).

4.5.1. Reconfigurar la atención especializada en base a una Red Integrada Hospitalaria de Servicio Público en la Comunidad de Madrid

La existencia de hospitales de muy diverso tamaño y cartera de servicios en la Comunidad de Madrid, plantea el reto de articular relaciones mutuas para colaborar en que la oferta de servicios se estabilice y se creen cauces para aprovechar economías de escala en los recursos humanos, tecnológicos y materiales. Se trata, por tanto de reconfigurar la atención especializada en base a una *Red Hospitalaria Integrada de Servicio Público* bien planificada y articulada, que formará parte de la normativa de Ordenación Territorial de la Comunidad de Madrid

En efecto, a los cinco grandes Hospitales Generales madrileños de más de 1000 camas (Gregorio Marañón, Ramón y Cajal, La Paz, Clínico-San Carlos y 12 de Octubre), se le añaden otros cuatro que superan las 600 camas (Princesa, Príncipe de Asturias-Alcalá, Puerta de Hierro-Majadahonda y Getafe) a los que cabe añadir la Fundación Jiménez Díaz que en la práctica asume el papel de hospital vinculado a la red pública con concierto sustitutorio; hay otros cuatro hospitales generales que superan las 400 camas y que de facto tienen un historial de responsabilidad de asistencia a un área (o subárea) de salud: Móstoles, Alcorcón, Leganés (Severo Ochoa) y Fuenlabrada. A estos 14 hospitales se añaden otros menores y monográficos de la red de gestión directa, así como los Hospitales Generales de nueva apertura (tipo concesión-PFI), cuyo tamaño es variado, aunque algunos de ellos tienen una dimensión que hace inestable la dotación de plantillas de especialidades y los turnos de guardia.

A esta estructura, se añaden dos factores; la proximidad geográfica y de tiempos de transporte (para los profesionales y para los pacientes), y la existencia de oportunidades de colaboración para evitar solapamientos y resolver descubiertos de servicio. Hay un marco de apoyo mutuo y optimización que debe ser aprovechado en beneficio tanto de la eficiencia social, como de la adecuada funcionalidad de los servicios especializados, como también de calidad y excelencia científico-técnica de los servicios, vía concentración de pacientes en unidades de alta especialidad.

La opción de crear redes hospitalarias sub-regionales de apoyo mutuo y coordinación horizontal, creemos que es preferible a un modelo más jerárquico donde haya niveles hospitalarios diferenciados; además, reconoce y posibilita la creación de unidades terciarias distribuidas en red, de manera que no sólo los grandes hospitales puedan albergar la alta especialización, y que no sólo los facultativos de éstos grandes centros puedan participar en estos servicios o procedimientos de referencia.

Por lo tanto, las redes inter-hospitalarias serán un nivel de tipo funcional (no estructural), que establezca un cauce de relación fluido entre grupos de hospitales que se complementan y apoyan en la atención a territorios y poblaciones definidas.

Los Hospitales Públicos de Madrid se estructurarán, por lo tanto, en base a este modelo de Hospitales Generales de Área de referencia para el Área de Salud; éstos pueden y deben crear ámbitos de apoyo mutuo, en forma de redes inter-hospitalarias para promover la cooperación de servicios y también para compensar el escaso tamaño de algunos centros. La gestión de las redes inter-hospitalarias empleará como instrumentos los acuerdos y protocolos de gestión.

Finalmente, las propias asimetrías de dotación, lleva a que puedan existir centros hospitalarios no fácilmente territorializables (media-larga estancia, psiquiátricos, monográficos, etc.), y que pueden ser estructurados con distintas posibilidades organizativas; en todo caso, el modelo de gestión llevará a que sea la gestión contractual desde las Áreas de Salud la que determine en último término los procesos asignativos y de rendición de cuentas; posteriormente volveremos al tema del gobierno y gestión de este tipo de hospitales.

En resumen: la reconfiguración de la atención especializada en la Comunidad de Madrid, es una clarísima prioridad, que exige tener en cuenta cuatro grandes ejes:

1. La revitalización de la *función técnica de planificación* y ordenación sanitaria: es preciso redefinir la relación entre las instituciones, la población y el territorio; la planificación sanitaria debe volver a establecer líneas claras de responsabilidad poblacional de los hospitales; y dados los desajustes acumulados, se precisa un esfuerzo adicional de organización y gestión del cambio.
2. La construcción de un modelo basado en el *Hospital General de Referencia para el Área de Salud*: este tipo de centro será la base de ordenación de la atención especializada, bien sea un único centro, como complejo hospitalario en el cual se integren varios centros hospitalarios o ambulatorios bajo un único gobierno, gestión y presupuesto, como un Hospital General de mayor tamaño que actúa como Hospital de referencia para más de un Área de Salud, o como la asociación de más de un Hospital General para complementar sus carteras de prestaciones para actuar mancomunadamente como referentes de un Área de Salud; los órganos colegiados de gobierno del Hospital, y los Contratos de Gestión (plurianuales y anuales) serán los vehículos para dar fundamento de gobierno y gestión a estos modelos de organización.
3. La complementación del modelo de Hospital General con *alianzas Inter-Hospitalarias Sub-Regionales*: aquellos hospitales que por su dimensión no puedan asumir con suficiente autonomía y suficiencia clínica la respuesta a problemas médicos, quirúrgicos, pediátricos, gineco-obstétricos, traumatológicos o de salud mental, serán apoyados desde Redes Sub-regionales Inter-Hospitalarias en las cuales estarán integrados.
4. La impugnación del concepto de hospital como "institución cerrada" a favor de una *doble apertura*: la *poblacional* (servir a la ciudadanía del Área de Salud), y la *inter-hospitalaria* (los equipos clínicos colaboraran para facilitar que cada paciente encuentre la mejor alternativa a su problema de salud, en el propio hospital o en otro de la red al cual se refiere el paciente).

Dada la enorme dificultad técnica que suponen estos procesos de planificación, la opción más realista consistirá en el desarrollo de una Zonificación Provisional de Áreas de Salud y Redes Sub-Regionales Inter-Hospitalarias, que ulteriormente se incorpore y forma parte del marco normativo de Ordenación Territorial (aprovechando la provisionalidad para analizar de forma más específica los problemas estructurales y dificultades prácticas).

4.5.2. Buen Gobierno y Nueva Gestión Pública en el Hospital del SER-MAS

El gobierno y la gestión son los instrumentos fundamentales para promover cambios en las organizaciones. Un mal gobierno (sectarismo, ignorancia y desatención al interés

general), y una mala gestión (clientelismo, desprofesionalización y merma de autoridad y legitimidad directiva) sitúan a la sanidad madrileña en pésimas condiciones para ensayar las transformaciones que se precisan. Por ello, las políticas de Buen Gobierno e innovación en los modelos de gestión pública son un eje estratégico fundamental para soportar y hacer viables el resto de cambios en estructura, organización y funcionamiento.

El Hospital público de Madrid debe funcionar de acuerdo con los principios de “Buen Gobierno”. Esto implica al menos tres cosas:

1. La existencia de un *órgano colegiado de gobierno*, que actúe como la instancia de referencia en el Área de Salud para la toma de decisiones estratégicas, y de validación de las medidas tomadas por los directivos: en la propuesta del Área de Salud se perfilaba una Comisión Delegada del Consejo de Gobierno del Área de Salud; la lógica de una Comisión Delegada radica en focalizar un órgano hacia los aspectos y problemas más operacionales y de servicio que suele tener el hospital, a la vez que se mantiene la unidad y economía de órganos de gobierno del Área de Salud (de hecho, el Consejo de Gobierno tendría una visión más amplia, poblacional y orientada a resultados en salud).
2. La definición explícita y transparente de los *compromisos de financiación, actividad y resultados en el Contrato de Gestión* (anual o plurianual): es precisamente esta gestión contractual la que posibilitará una delegación responsable, y una autonomía con rendición de cuentas; y este modelo contractual no adversarial, es el que permite materializar una alianza con ganancia mutua, aprendizaje, evolución y perfeccionamiento a lo largo de los años sucesivos.
3. Y, en tercer lugar la *profesionalización y estabilización del personal de alta dirección del hospital*: desenganchar los puestos de alta dirección del clientelismo político exige una serie de medidas muy variadas, que han sido enunciadas en los capítulos y códigos de Buen Gobierno; algunas más específicas serían: concursos abiertos y con concurrencia competitiva para cualquier puesto de dirección hospitalaria que vaya a cubrirse; evaluación periódica de resultados; y exigencia de motivación técnica de ceses por parte del órgano colegiado de gobierno que tome la decisión.

El Buen Gobierno debe ir acompañado de una clara visión de cambio hacia una cultura de “*Nueva Gestión Pública*”. Cinco elementos parecen esenciales:

1. *la eficiencia en lo público se convierte en exigencia ética*: lo público, lejos de no ser de nadie, es de todos los ciudadanos, y todos los empleados públicos debemos extremar nuestro celo en un buen empleo de estos recursos;
2. asumir y practicar el principio de *descentralización y delegación responsable*: los Consejos de Gobierno de Área y sus Comisiones Delegadas Hospitalarias deben ostentar y asumir un papel de verdaderos elementos de determinación de prioridades, arbitraje y resolución de conflictos y problemas;
3. entender la función directiva en organizaciones profesionales como actividad facilitadora y coordinadora, pero devolviendo protagonismo y responsabilidad a los *microsistemas clínicos*;
4. restaurar el principio de *autoridad gerencial y directiva*: el directivo del hospital ha de buscar la eficiencia de la organización hospitalaria con la colaboración de los clínicos; ha de servir a los médicos y enfermeras, pero sólo en la medida en que éstos lo hagan a su vez a los pacientes y a los intereses generales de la institución pública a la que deben su compromiso; la falta de autoridad gerencial y directiva a la que ha derivado la profunda deslegitimación provocada por el clientelismo político debe terminar; se precisa un mando efectivo para tomar decisiones y corregir disfuncionalidades e incumplimientos que obstaculizan el trabajo de todos;

5. incorporar las dimensiones de derechos, pero también de *deberes y responsabilidades de pacientes y de usuarios*: el abuso de los servicios asistenciales por algunos pocos y el maltrato al personal sanitario, erosiona la legitimidad social de lo público, distorsiona el funcionamiento de los servicios, y altera la moral de los trabajadores sanitarios que perciben cierta indefensión y abandono por parte de sus propias instituciones.

Entendiendo que la opción de descentralización a las Áreas de Salud que se busca debe asumir diferencias y adaptaciones locales en la forma de organizarse y gestionar, puede ser conveniente tener unas líneas comunes que enmarquen la apuesta del SERMAS por los modelos de Buen Gobierno y Nueva Gestión Pública. A dichos efectos, un *Reglamento o guía general de estructura, organización y funcionamiento hospitalario*, podría aportar un marco de homogeneidad y de referencia para todos los procesos de cambio en las Áreas de Salud.

4.5.3. Gestión Clínica y apuesta por el profesionalismo

El enfoque gerencialista de corte industrial ha demostrado su insuficiencia para la complejidad, difícil estandarización y naturaleza profesional del trabajo clínico. No da más de sí, y no es capaz de aportar nuevas respuestas al dilema entre calidad y costes. La Gestión Clínica incorpora nuevas visiones, instrumentos y potencialidades: entendida como hacer más clínica la gestión, y más gestora la clínica, en esencia se trata de impregnar la tarea asistencial de responsabilidad social; conjugar el omnímodo y paternalista principio de beneficencia con el de justicia (sin olvidar los de no maleficencia y de autonomía).

La tarea de fondo es más difícil que apuntarse a la moda del término “gestión clínica”. Exige cesión efectiva de poder, autonomía y capacidad de auto-organización a los profesionales, y en particular a los médicos como asignadores finales de recursos a través de sus decisiones diagnósticas y terapéuticas. Esta línea es justo la contraria a lo que se ha venido predicando en el mundo tradicional del “*management*” (más proclive a la estandarización y regulación centralizada). Para hacerlo se precisa una visión menos pesimista; los médicos no son especialmente inicuos, sino que por el contrario, suelen tener un reservorio notable de ideales de servicio, deseos de hacer las cosas bien y sentimientos compasivos con los que sufren; buena parte de la alta reputación ciudadana reconoce este hecho.

Pero tampoco son héroes altruistas o islotes de grandeza moral en un mundo corrupto; cabría haber esperado de nuestros médicos mayor capacidad de auto-regulación, de crítica a los compañeros con menor compromiso o calidad, y de coraje para haberse opuesto con mayor determinación a los cantos del poder o del dinero (o al menos haber estigmatizado a aquellos colegas que han olvidado totalmente que un médico no puede ser un mercenario, un comerciante o un curandero). Es de justicia confesar que el gerencialismo no estimuló esta toma de conciencia y mermó el espacio de auto-regulación de los profesionales (como resultado de esta base de desconfianza).

El malestar en la cultura hospitalaria lleva a que los especialistas se refugien en la cueva de sus servicios de especialidad, migren hacia las super-especialidades, pasen de clínicos a tecnólogos, profesen en la fe de la fascinación tecnológica, o se incorporen a la lucha cortesana de la gestión politizada y clientelar para conseguir mejorar su posición en el hospital. El hospital ya no sería una comunidad moral sino un mosaico de agentes que trazan alianzas miopes y entran en continuos conflictos de interés.

Pero hay un capital intelectual y moral que permite rehacer la senda y renovar el contrato social implícito entre el sistema público de salud y sus médicos (y otras profesiones sanitarias). Y hay cosas importantes que ganar: porque el individualismo médico del especialista no es la respuesta; porque la cronicidad y complejidad de la medicina moderna hace que para el clínico individual se haga cada vez más incontrolable la relación con el paciente, ya que necesita un nuevo marco organizativo basado en la cooperación y en las redes; porque el hospital del futuro ya no es sólo cosa de médicos, sino de un grupo variado, multiprofesional, articulado en torno a una tarea, y capaz de crear un ámbito de aprendizaje y una comunidad basada en valores de servicio al paciente.

La Gestión Clínica que proponemos no es una mera tecnología de organización, sino una propuesta de buscar un nuevo camino para gestionar los hospitales en base a los micro-sistemas clínicos: a partir de un depósito de confianza previo de todas las partes, y de una invitación seria y firme para que los profesionales asuman la gestión de la clínica haciendo acopio de sus mejores recursos intelectuales y principios morales.

Los elementos específicos de la Gestión Clínica no son particularmente nuevos ni desconocidos, tanto en lo estructural como en lo funcional.

- Hay un *componente estructural*, por el cual los Hospitales deberán reflexionar sobre la mejor forma de establecer su organización asistencial; no se trata de hacer “institutos de fantasía” que constituyen torres de marfil dentro del Hospital; la experiencia europea nos va señalando que o se transforma armónicamente el conjunto del hospital o los cambios adolecen de sostenibilidad.

El nombramiento de los responsables de las áreas de gestión clínica dependerá en todo caso de las cualidades y méritos profesionales, de la formación en gestión sanitaria, de la experiencia en actividades organizativas relacionadas (mejora de calidad, de evaluación tecnológica, estandarización clínica, investigación en servicios sanitarios, etc.), y del proyecto que para su unidad elabore y presente en sesión pública.

- Y hay otro *componente funcional*, por el cual serán los “Acuerdos de Gestión Clínica” los que vayan desarrollando año tras año una cultura de negociación de objetivos y recursos, de rendición de cuentas, y de evaluación de desempeños. Al igual que se pretende hacer plurianuales los Contratos de Gestión del Hospital, éstos Acuerdos tenderán a incorporar el marco plurianual, en el cual se establecerán los aspectos de cartera de servicio, incorporación de tecnologías y equipamientos, alianzas regionales con otros servicios (inter e intra especialidad), calidad, formación e investigación; esta perspectiva hacia el medio plazo es esencial para articular la planificación y la innovación local y regional de las áreas de especialidad y la alta especialización.

Los aspectos comunes y básicos en el proceso de organización de la Gestión Clínica y en los desarrollos de gestión contractual podrán configurarse a nivel autonómico, aprovechando el marco del *reglamento o guía general de estructura, organización y funcionamiento hospitalario* al que antes nos referíamos, y que garantizaría una homogeneidad básica.

Pero en la aplicación de estos instrumentos sí que se precisa incorporar el *enfoque de profesionalismo* antes mencionados; al menos en tres aspectos esenciales, en los cuales las experiencias y propias ya nos han advertido de problemas de concepción y aplicación: la incentivaración, la reputación, y la inversión en capital humano.

- En la asistencia sanitaria no caben modelos mecanicistas de *incentivaración* que entronizan indicadores y métricas lineales de desempeño; sin embargo, el sistema público no debe tratar igual a los hospitales, equipos o profesionales que de forma continuada se comprometen y consiguen buenos resultados, que a aquellos otros que relajan su esfuerzo o descuidan su servicio a los pacientes.

Este dilema se debe despejar con *modelos dialogados, transparentes y no lineales* de desarrollo a lo largo de los años sucesivos de los Acuerdos de Gestión Clínica. La Dirección del Hospital debe interpretar si los desempeños de los equipos son correctos, comparados con los objetivos pactados, con las demás unidades del hospital o con otros equipos similares de otros hospitales; y de esta comparación deben derivarse propuestas de mejora, así como las bonificaciones y penalizaciones que se determinen; y en todo caso, el Consejo de Gobierno del Área de Salud actuará como referente de gobierno para rectificar o ratificar las decisiones tomadas.

- Pero es la *reputación y el mérito* el vector más sólido para motivar y fidelizar a medio plazo a los profesionales de la sanidad pública. Se precisan políticas profesionales, que sean sensibles a la calidad, a la excelencia, al compromiso por construir buenos servicios para los pacientes.

Por eso se precisa *definir una política de personal* adaptada a la motivación de los *profesionales* a lo largo de su vida laboral, en la cual se incluyan en la medida de lo posible, la reformulación meritocrática de las carreras profesionales, y la introducción como mérito preferente en la promoción y progresión en las funciones de Gestión Clínica el propio compromiso y dedicación a la sanidad pública, y la *ausencia de conflictos de interés*. Sólo de esta forma podremos ir capitalizando el liderazgo clínico necesario para el nuevo modelo ético de gestión clínica que se pretende.

- El verdadero profesionalismo debe asumir un claro liderazgo en la *creación y fortalecimiento del capital humano*: desde tiempos hipocráticos los médicos se obligan a formar con generosidad y entrega a quienes han de seguir con la ciencia y arte de la medicina; simplemente no es ético el desatender a los alumnos de medicina o a los residentes; y por ello, a nivel regional, de área y de centro sanitario es preciso reforzar las políticas profesionales con una clara prioridad *hacia estudiantes de profesiones sanitarias y de residentes de especialidades en ciencias de la salud*; profesores y tutores tendrán un claro protagonismo; pero todos los profesionales de la sanidad pública madrileña estarán emplazados a esta función esencial; y los propios alumnos y residentes tendrán voz y deberán asumir también su propia responsabilidad para responder a esta apuesta de mejora de la formación; un aspecto esencial será revisar el sistema de guardias existentes, para garantizar tanto la calidad asistencial como el que el trabajo de los residentes tenga el doble sentido de aprendizaje y servicio.

Pero la creación de capital humano en el ámbito profesional, exige un proceso de reflexión y análisis de problemas y alternativas, que permita rellenar el abismo entre el la visión de los profesionales y las del mundo de la gestión y la planificación. Por ello, en el ámbito autonómico se buscará la creación de una estructura de *Comisiones Asesoras Técnicas*, que alimenten un *Consejo Asesor de Especialidades Sanitarias de la Comunidad de Madrid*; esta estructura, en la cual el protagonismo habrá de ser de los propios profesionales, será el cauce para que se analicen y planteen las innovaciones en organización de servicios, desarrollo de cartera de servicios, incorporación de tecnologías apropiadas, formación de recursos humanos, y desarrollo de recomendaciones orientadas a la mejora de la práctica clínica.

En particular, esta estructura debería ser capaz de conformar una red de *consenso inter-especialidades e inter-profesionales*, que facilite los acuerdos para concentrar las carteras de servicio, tecnologías y alta especialización, configurando una *red distribuida y coordinada*; la experiencia internacional muestra que con el gran desarrollo científico y técnico de la medicina no cabe esperar que un solo hospital, por grande y dotado que esté, puede abarcar todo el elenco de la moderna práctica clínica: por ello, las redes integradas y distribuidas parecen una buena solución, que sería particularmente aplicable a una Comunidad Autónoma como Madrid, con una gran concentración geográfica de centros terciarios.

4.5.4. La búsqueda de la excelencia clínica en el nuevo contexto médico y sanitario

Las líneas de cambio anteriores (reconfigurar la estructura hospitalaria, hacerla funcionar en clave de Buen Gobierno y gestión profesionalizada, introducir decididamente la gestión clínica y apostar por el profesionalismo) son instrumentos para promover mejoras en los servicios sanitarios que prestamos a los pacientes y usuarios: de poco sirven si al final no añaden valor. El verdadero reto es buscar la calidad y la excelencia, en un contexto donde los cambios sociales, epidemiológicos, de conocimiento y tecnología, y de organización asistencial y sanitaria están siendo turbulentos, mal comprendidos, y deficientemente manejados.

Hay en la actualidad un debate sobre la llamada "*triple crisis*": de la medicina, de los médicos y de los sistemas sanitarios; se ha definido como "mala medicina" basada en "excelentes procedimientos", médicos insatisfechos que no entienden su malestar y lo atribuyen a sistemas sanitarios y pacientes, y sistemas sanitarios cada vez más ineficientes e insostenibles. Las tres dimensiones se concretarían así:

- En el componente de la *ciencia y arte médico*, la crisis se refiere a la pérdida del paciente en medio de tanto desarrollo de la ciencia la técnica; hablaríamos de la hiper-especialización ingobernable, y de la deriva hacia el papel de experto tecnólogo (en detrimento del rol profesional).
- En el segundo componente, el de los que practican la medicina, nos encontramos que la *profesión médica* no ha sabido reaccionar a esta desorientación de la medicina; el individualismo feroz y la falta de liderazgos sabios la han fragmentado y dispersado como agente activo, favoreciendo que los conflictos de interés y las amistades peligrosas envenenen el cuerpo profesional, envilezcan el gran esfuerzo de muchos, y erosionen el prestigio social del colectivo.
- Finalmente, los *sistemas públicos de salud* no han sido capaces de evolucionar: un sistema sanitario pensado para atender procesos agudos y bien acotados, es cada vez más hostil y dañino para los pacientes que buscan respuestas más integradas y razonables, especialmente los crónicos, pluri-patológicos, frágiles, ancianos y terminales.

La sinergia de los tres planos se expresa en el malestar profesional: los médicos cada vez disfrutan menos de practicar su profesión, lo cual es muy grave para una actividad vocacional que atrae desde hace muchos años a los mejores talentos cognitivos que cada año produce la universidad española.

Desde la perspectiva de la calidad y la excelencia en la asistencia especializada, pensamos que existen tres elementos fundamentales a considerar: los cambios en el tipo de pacientes (demanda), los desajustes en la organización sanitaria (oferta), y los dilemas de aplicación del conocimiento a la práctica clínica (conexión demanda y oferta).

Una demanda de pacientes crónicos en unos centros hospitalarios pensados para pacientes agudos

El predominio de las enfermedades crónicas en el patrón epidemiológico segunda mitad del siglo pasado y su evolución incrementalista ha causado un aumento en la utilización de los servicios sanitarios con una sobrecarga asistencial, siendo responsable de una gran parte del gasto sanitario. Según algunos estudios, en la actualidad, el 80 % de las consultas de atención primaria y el 60 % de los ingresos hospitalarios son debidos a enfermedades crónicas, representando en 70 % del gasto sanitario en nuestro país.

El enfermo crónico con recidivas y descompensaciones no plantea un reto diagnóstico significativo, sino de manejo clínico sabio y equilibrado; por eso los hospitales, tanto en sus circuitos de urgencias, como en sus modelos de atención hiper-especializada, pueden llegar a ser muy tóxicos para este tipo de pacientes frágiles y pluri-patológicos. En resumen, y por imperativos de calidad asistencial, tenemos que rediseñar la actividad clínica para adaptarla al cambio de la demanda.

En los últimos años, se han venido desarrollando modelos de atención a pacientes crónicos, siendo importantes por su implantación en varios países, el modelo de la pirámide de riesgo (Kaiser Permanente) y el modelo de gestión de enfermedades crónicas (CCM), que han influido considerablemente en las políticas de salud de Canadá, Inglaterra, Escocia, Dinamarca, Nueva Zelanda, Australia y Estados Unidos y también han sido fomentados por la Organización Mundial de la Salud. En la actualidad, existen varios estudios sobre la efectividad y eficiencia de estos modelos con resultados prometedores. Es importante enfatizar que la búsqueda de alternativas en nuestro entorno, se beneficiará del papel activo de la atención primaria en la gestión de los procesos, así como de la conexión con el ámbito socio-sanitario (tema al que se ha hecho referencia al hablar del Área de Salud y de la Atención Primaria).

Una organización hospitalaria sobrepasada por la hiper-especialización y la fragmentación clínica

La expansión acelerada de la ciencia y la técnica médicas, están siendo indigestas para la organización hospitalaria. El modelo clásico, basado en los servicios de especialidad y en el individualismo médico, tiende a clonarse y redefinirse en torno a sub-especialidades, o a la absorción del clínico por el procedimiento o tecnología que maneja (de profesional a experto). El paciente no encuentra referente claro, y pasa a recibir un conjunto desarticulado de actos médicos (diagnósticos, terapéuticos o de cuidados). Si el paciente es crónico con una descompensación, la situación puede ser aún más desfavorable.

Se precisa una nueva forma de organizarse y un director de orquesta que actúe como referente ante el paciente, tanto en sus episodios de atención hospitalaria y como en la respuesta a las enfermedades. Mientras que los aspectos estructurales de gestión clínica que se mencionaban en el punto anterior pueden ayudar a cambiar el modelo organizativo, queda pendiente transformar el trabajo clínico a partir de concebirlo en la medida de lo posible como “procesos”.

El trabajo por procesos puede ser un buen instrumento organizativo para vincular evidencia científica, recursos disponibles, y necesidades asistenciales de los pacientes. En procesos clínicos bien definidos y delimitados, facilita la delegación, asegura la calidad y permite liberar recursos intelectuales y materiales para gestionar los problemas mal definidos y las incidencias. Pero la verdadera gestión de procesos, en el contexto de cronicidad debe entenderse longitudinalmente e incorporar a la atención primaria.

Como ya se mencionó en el apartado de “Áreas de Salud”, debe fomentarse la gestión por procesos entre ambos niveles asistenciales, priorizando los procesos crónicos, por lo que las Áreas Sanitarias deberán impulsar estrategias que hagan realidad la gestión por procesos y facilitar que la organización hospitalaria se adapte a las necesidades de dicha gestión con el fin de garantizar la continuidad asistencial, la no duplicidades de pruebas diagnósticas y la minimización de la atención en urgencias hospitalarias por falta de programación ágil de consultas u otros medios de apoyo para dar una buena atención a este tipo de pacientes.

Existen algunas experiencias de Unidades de Medicina Interna de enlace con Atención Primaria o departamentos inter-especialidades para atender patologías específicas; éstas y otras experiencias deben formar parte de una estrategia que las Áreas de Salud y sus hospitales deberán pilotar, desarrollar y evaluar para enfrentar el reto del trabajo por procesos, en particular para los pacientes crónicos y frágiles; los pacientes terminales tendrán una consideración especial y una particular prioridad dentro de estas estrategias

Una práctica clínica capaz de superar el reto de la cronicidad y la hiper-especialización

Los cambios organizativos y la delimitación de procesos clínicos favorecen que la asistencia con el paciente tenga un marco organizativo y un referente técnico apropiados. Condición necesaria, pero no suficiente. Al final, la buena clínica es un arte que exige interacción y ajuste al ser humano enfermo. Y como toda obra artística, debe ser personalizada; clínicamente sensata; socialmente responsable; y compasiva con las necesidades y preferencias del paciente concreto en su contexto vital único e irrepetible.

Conseguir esta medicina personalizada es muy difícil cuando en la atención a las enfermedades participan muchos expertos; es como en las orquestas sinfónica: la armonía sólo es posible si contamos con un “director de orquesta”. Este director debe buscarse según el principio de autonomía y subsidiariedad:

- Si el problema de salud es *leve*, será el propio paciente el que deba dirigir lo antes posible su propio proceso de autocuidado y recuperación; por eso es tan importante que el médico y la enfermera de atención primaria enseñen al paciente y su familia a ser sus propios médicos y enfermeras; así, por ejemplo, en el caso de niños asmáticos, diabéticos insulino-dependientes, o personas con factores de riesgo que deben cuidar sus estilos de vida o monitorizar sus constantes biológicas.

- Si el problema de salud es *relevante* y desborda la capacidad de resolución de la atención primaria, la ruta o trayectoria clínica de derivación al hospital debe estar delimitada y responder al problema de salud para el cual se ha producido dicha derivación; el médico de atención primaria es el director de orquesta al cual los especialistas deben remitirse al final del proceso, o a lo largo del mismo cuando se precise información o se planteen otros componentes de comorbilidad o complicación; no es buena práctica clínica el “secuestro del paciente” para convertirlo en un paciente habitual del servicio con revisión anual autoconcertada (porque, como decía Cochrane “es más agradecido tratar sanos que enfermos”); tampoco lo es la interconsulta o derivación horizontal a otros servicios del hospital por síntomas menores o comorbilidades no relacionadas con el problema principal, a espaldas del médico de atención primaria; ni la generación de pautas de tratamiento estables sin contar con el criterio del médico de atención primaria; tampoco es buena práctica enfermera, producir un alta o derivación sin planificar las acciones de cuidados, medicación, curas y necesidades socio-sanitarias que deben ser asumidas desde la atención primaria o la comunidad.
- Finalmente, si la enfermedad es *grave* (amenaza la vida o autonomía funcional del paciente), y su marco clínico radica en una especialidad (cáncer, infarto de miocardio, accidente vascular cerebral, politraumatismo, tentativa de suicidio, etc.), el “director de orquesta” de la atención primaria deberá ceder la dirección de la misma al “solistista” (instrumentista que pasa ahora a dirigir el concierto); por lo tanto será aquel especialista que enfrenta las decisiones del problema de salud que determina la gravedad y riesgo del paciente, el que deba asumir el papel determinante en todas las decisiones clínicas, hasta que remita la gravedad y se establezca o resuelva el cuadro clínico principal.

En resumen; el reto de la calidad y la excelencia en la medicina hospitalaria moderna, exige desarrollar el conocimiento y la innovación, pero no caer en la trampa de la fascinación tecnológica y la fragmentación de la atención al paciente. Para ello, debemos aprender a definir y trabajar por *procesos*, y convertir al clínico principal en el verdadero interlocutor que garantice una *atención personalizada y continua* a nuestros pacientes.

La medicina excelente es aquella *práctica basada en la evidencia, clínicamente sensata, socialmente responsable, técnicamente integrada, y humanamente compasiva y cordial*. La excelencia no sólo produce calidad asistencial al paciente, sino ganancia de salud a la sociedad, y un reencuentro del médico con el placer de practicar la verdadera medicina: la buena medicina de siempre, alejada de la vanidad científica y la falsa omnipotencia tecnológica; la buena medicina que es aquella que integra ciencia, arte y satisfacción por ayudar a otras personas.

4.5.5. Articular en la red autonómica funciones asistenciales y técnicas colaborativas

La arquitectura organizativa antes descrita, en particular el modelo de Áreas de Salud con gran autonomía de gobierno y gestión, permiten crear un marco cercano a la población y sus necesidades, donde es fácil que la contribución de la atención primaria a la racionalización de los procesos clínicos se pueda producir, y en el cual los hospitales podrán disponer de capacidad de gestión para resolver los problemas operativos y centrar su esfuerzo en mejorar la calidad y la eficiencia.

Pero existen otras funciones que se benefician de una escala más amplia de organización: la alta especialización, para procesos muy poco frecuentes donde las curvas de experiencia de los equipos son esenciales para conseguir buenos resultados y hacer un buen uso de los recursos; los centros de media y larga estancia, que por su escaso desarrollo y desigual ubicación, deberían considerarse en Madrid un recurso común para el conjunto de la Comunidad Autónoma; otro tanto cabría afirmar de los centros de internamiento de media y larga estancia en Salud Mental (a los que se hace referencia en el capítulo siguiente); el marco regional es fundamental para dar coherencia a todo el esquema de atención continuada, urgencias, emergencias y transporte sanitario; y, finalmente, determinados procesos

de soporte (compras, aprovisionamiento, almacenes, servicios comunes, y otros procesos de logística), pueden beneficiarse de una plataforma autonómica que dentro del centro corporativo del SERMAS coordine y apoye estas funciones para conseguir mejores servicios con costes más razonables. Comentaremos algún aspecto de las cuatro líneas enunciadas.

En relación con las iniciativas de concentración y externalización de servicios centrales (laboratorios, imagen, etc.), el criterio técnico no avala el entusiasmo industrializador que ha presidido la acción en Madrid. Los Servicios Centrales son parte esencial de la cadena de valor del Hospital Público, y su gran concentración de tecnología en ciclo innovador disruptivo no hace aconsejable su alejamiento del núcleo duro de la prestación pública de servicios. Como en otras especialidades, las Unidades de Gestión Clínica donde se integren deberán combinar la función dentro de su Hospital y Área, con la coordinación y apoyo mutuo en la red regional y subregional.

Alta Especialización

La coordinación e integración regional no es sólo cosa de gestores; debe ser también un reto de los profesionales; las especialidades médicas deben coordinarse para mejorar las oportunidades de formación, investigación y organización de la alta especialización. Las especialidades y unidades de alta especialización ofrecen una excelente oportunidad de concentrar pacientes y técnicas para mejorar la calidad y la eficiencia, buscar un cauce para abordar las enfermedades raras y de baja prevalencia, y volcar nuestro sistema de salud regional hacia el conjunto del Sistema Nacional de Salud, para volver a ser uno de los centros neurálgicos de la excelencia clínica.

Madrid es una Comunidad “hospitalaria” en el doble sentido del término; sus grandes hospitales terciarios, y sus importantes centros y servicios de atención especializada, son un capital esencial para el conjunto del Sistema Nacional de Salud, que debe mantenerse y desarrollarse.

Pero también suponen un importante coste. Las posibilidades de duplicación y solapamiento son claras; algunos problemas son de planificación: cuando se construyeron los hospitales terciarios de Madrid, fueron siguiendo un modelo de desarrollo completo de los servicios de especialidades médicas, orientados a la autosuficiencia como centros de referencia nacional; sin embargo, la expansión del saber y la técnica médica, hoy hace este modelo impracticable, por grande que sea el hospital terciario; se imponen las redes hospitalarias que tienen distribuidas y coordinadas las unidades y desarrollos de alta especialización.

Sin embargo, las expectativas del modelo anterior siguen presentes en los especialistas; existe un sesgo claro de los profesionales para captar para sus servicios cualquier elemento de innovación tecnológica; nadie quiere renunciar a tener dentro un ámbito de subespecialización.

El que los grupos clínicos sean emprendedores y tengan una clara pulsión de innovación es una excelente noticia; pero esta energía debe estar claramente matizada por la sensatez, la responsabilidad ante el paciente, y la consideración del coste que afronta la sociedad. Se trata por lo tanto de una tensión natural, que debe resolverse a través del diálogo basado en la evidencia científica, y el ajuste negociado de las legítimas expectativas de los diferentes equipos, servicios y hospitales.

Sin menoscabo de su papel planificador, el servicio público de salud debería facilitar un marco de análisis, diálogo y facilitación de los acuerdos, para que sean posibles redes integradas y distribuidas de carteras de servicios y tecnologías.

Además, de cara a clarificar la planificación y gestión hospitalaria, convendría delimitar distintos tipos de situaciones:

- La de aquellos servicios o secciones que por la propia naturaleza de su especialidad o denominación son claramente terciarios o de referencia para poblaciones de otras Áreas de Salud; dicho de otra forma, son especialidades que no tienen por qué estar en todos los hospitales generales sino sólo en algunos de mayor nivel (quemados, neurocirugía, trasplante, cirugía cardiovascular, oncología radioterápica, etc.)

- La de aquellas secciones, unidades o médicos que dentro de un servicio convencional de especialidad, y sin diferenciarse de éste, desarrollan un ámbito de sub-especialización, o asumen el manejo experto de una serie de tecnologías y procedimientos; el problema organizativo radica en que estos servicios que sirven a un Área de Salud, tienen sub-unidades no estructuradas formalmente, cuya rentabilidad social y clínica exige que presten servicio a poblaciones de otras Áreas de Salud, y en muchas ocasiones de fuera de la Comunidad de Madrid. Un ejemplo pueden ser las enfermedades raras tratadas por servicios de Medicina Interna o Neurología, o una unidad de implante de cóclea en un servicio de ORL.
- Y, finalmente, existe como variante de la situación anterior, los Centros, Servicios y Unidades de Referencia del Sistema Nacional de Salud; en realidad se trata de unidades de muy alta especialización, en las cuales sólo unos pocos centros en toda España deberán ser acreditados en función de la escasa demanda. Obviamente, Madrid deberá sentirse particularmente comprometida en el apoyo al SNS en éste ámbito; sin embargo al tratarse de una situación ya regulada no plantea especiales problemas de ordenación sanitaria².

Si el SERMAS asume un modelo de fuerte descentralización a las Áreas de Salud, es evidente que todos aquellos servicios o unidades que deben dar respuesta a más de un Área deben ser visualizados y tenidos en cuenta, tanto en la planificación y ordenación sanitaria, como en la gestión y asignación de recursos. A dichos efectos, las sub-especializaciones que están sumergidas y no formalizadas dentro de un servicio general de especialidad, plantean mayores problemas a la hora de la planificación poblacional y la financiación y asignación de recursos.

A efectos de la ordenación de la Alta Especialización, sería conveniente trazar un “*Mapa de Unidades y Servicios*” que permita categorizar la cartera de servicios y procedimientos que se pueden proyectar fuera de las Áreas de Salud; igualmente, y de cara a analizar oportunidades de mejora en la articulación de la Alta Especialidad (y para decidir cómo incorporar las innovaciones futuras), las Comisiones Asesoras Técnicas, y el Consejo Asesor de Especialidades Sanitarias antes mencionados recibirán una encomienda de elaboración de informes y desarrollo de propuestas.

Desde el punto de vista funcional, los Contratos de Gestión podrán establecer vías selectivas de financiación de las unidades y servicios que se hayan delimitado como de Alta Especialización; en la medida en la cual sirven a distintas Áreas de Salud (así como a pacientes que pueden venir derivados de otras Comunidades Autónomas), puede ser conveniente trazar un esquema de financiación incremental (por la función terciaria) desde un fondo presupuestario autonómico; en este sentido, cabría establecer una *entidad gestora y centro de gasto* para la gestión de la Alta Especialización a nivel del SERMAS.

Hospitalización de media y larga estancia y el paciente frágil

La insuficiencia del parque de camas hospitalarias de media y larga estancia es uno de los graves problemas que tiene la sanidad madrileña. Se acrecienta con el envejecimiento, el aumento de pacientes pluri-patológicos descompensados, y la creciente dificultad de las familias para actuar de cuidadores informales.

La atención de pacientes crónicos y frágiles descompensados (habitualmente por condiciones médicas) en el circuito habitual de los hospitales generales de agudos (urgencias, boxes, camas en pasillos, cama de hospitalización, y alta a la residencia de ancianos o domicilio) suele ser inapropiado, altamente estresante e incluso inclemente. Ambos problemas (la media y larga estancia y el paciente crónico y frágil) son centrales para mejorar la calidad, y para aportar mayor racionalidad al modelo asistencial que tenemos.

A dichos efectos, se precisa un plan regional para la atención del paciente crónico y frágil, concediendo una clara prioridad en la asignación de recursos para la extensión de

²REAL DECRETO 1302/2006, de 10 de noviembre, por el que se establecen las bases del procedimiento para la designación y acreditación de los centros, servicios y unidades de referencia del Sistema Nacional de Salud

la red; dada la escasez de hospitales de media y larga estancia, y su desigual distribución territorial, puede ser fundamental la creación de una agencia o centro directivo y de gasto, del cual dependerán todos estos hospitales y desde el cual se prestará servicio a todos los hospitales generales de Área de Salud.

Esta agencia o entidad será también la encargada de dinamizar dos tipos de recursos esenciales dada la situación de Madrid:

- *Potenciar la atención domiciliaria y la coordinación con recursos socio-sanitarios desde el ámbito autonómico*, apoyando las iniciativas de las Áreas de Salud; tal y como comentábamos en el apartado de Áreas de Salud y el de Atención Primaria, la primera estrategia debe ser facilitar que el domicilio de paciente tenga el apoyo sanitario y social que evite la institucionalización y favorezca la autonomía del paciente y el apoyo al cuidador informal. La Dirección Asistencial del Área de Salud, con el apoyo de la enfermería de Atención Primaria deberá asumir un claro liderazgo y en su caso gestionar líneas de financiación para canalizar recursos y servicios con esta finalidad.
- *Y favorecer experiencias de rediseño de los Hospitales Generales de Área* para facilitar la accesibilidad y los servicios a los pacientes ancianos, frágiles y terminales del Área de Salud; una de las alternativas ensayadas en algunas Comunidades Autónomas, consisten delimitar una serie de recursos físicos, humanos y organizativos, para que los médicos de atención primaria o la enfermería comunitaria pueda contar con vías sencillas y directas de canalización de derivaciones en el caso de reagudizaciones de este tipo de pacientes desde las residencias socio-sanitarias o los domicilios. El apoyo directo desde el Hospital a las residencias de tercera edad en aspectos de soporte médico o farmacéutico, ha tenido resultados muy positivos en otras Comunidades Autónomas, y crea un cauce de inter-relación y racionalidad muy importante.

Urgencias, Emergencias y Transporte Sanitario

El circuito de atención continuada, urgencias y emergencias configura un complejo reto que debe ser resuelto con una gran coherencia regional; igualmente ocurre con el transporte sanitario y todos los sistemas de coordinación de servicios y catástrofes. La buena organización, la moderna tecnología, y una gestión contractual apropiada para los servicios externos, pueden ser la clave para rediseñar todo el circuito de manera que no se dilapiden recursos y se responda mejor a necesidades y demandas de atención urgente y transporte sanitario.

En todas las CCAA se intenta enfrentar a un complejo problema: la utilización excesiva y en buena medida inapropiada de los circuitos de urgencia altera la funcionalidad del servicio y crean problemas de duplicación y de calidad asistencial. Además, la respuesta del sistema sanitario público a esta tendencia, consolida modelos de respuesta orientados a lo agudo y puntual, drenando recursos que no se aplican en otras estrategias más efectivas. Finalmente, la existencia de un número muy alto de facultativos de guardia en los hospitales y otros centros, cristaliza fuertes intereses retributivos anclados en las guardias de presencia física o localizada en todas las especialidades; a este respecto hemos de considerar que el equilibrio actual es altamente insatisfactorio, pues el escaso tiempo médico contratable se aplica de forma poco efectiva para la atención a la población, y en un formato particularmente penoso y poco apreciado por los profesionales (como es la guardia de presencia física).

No hay solución fácil ni mágica; se trata de buscar nuevos equilibrios más apropiados que nos ayuden a racionalizar progresivamente el problema.

Los *criterios generales* parecen claros: potenciar el papel del médico de atención primaria, para que a través de la interacción con sus pacientes (médico personal), pueda canalizar adecuadamente los problemas de salud hacia las rutas de derivaciones programadas; buscar alternativas más apropiadas para los pacientes crónicos, pluri-patológicos y frágiles que den una respuesta más efectiva y apropiada (como señalábamos en el punto anterior), a la

vez que se evita la saturación de los canales de urgencias y emergencias generales; fomentar una buena y rápida respuesta de la atención especializada a las interconsultas desde primaria y urgencias: se llamen consultas de alta resolución, o vía preferente para estudio y tratamiento de enfermos con problemas graves o no demorables; la confianza en el acceso a las consultas de especialista en tiempo corto para casos que preocupan a los médicos de primer contacto, es la clave para derivar una buena cantidad de “urgencias no urgentes” a la mejor opción médica de estudio y tratamiento.

La existencia de “unidades de alta resolución”, entendidas como agendas y rutas asistenciales de citación preferente (desde primaria y desde urgencias), donde se desarrolla un ciclo diagnóstico y terapéutico concentrado en el tiempo, suponen una nueva alternativa organizativa que se está ensayando en muchos hospitales, y que puede aportar racionalidad, calidad y eficiencia en el funcionamiento general de la red sanitaria.

Finalmente, las urgencias de los hospitales deben ser un área clave de actuación, donde los residentes y médicos de puerta deben ser apoyados activamente por los especialistas de guardia; la urgencia hospitalaria no es un sub-sistema; no se trata de una “medicina de guerra”; ni de un filtro para evitar que suban a planta; ni de un recurso paralelo para hacer atención primaria a los que no van a su centro de salud; o mucho menos, debe tratarse de una gatera para facilitar accesos privilegiados o concertados con determinados pacientes. La urgencia hospitalaria es un dispositivo de la red sanitaria, y debe acomodar su funcionamiento a tratar pacientes graves y urgentes, contando con el conjunto de vías de acceso a demanda y programadas que el propio sistema ofrece.

El crecimiento de la utilización y de los recursos destinados a urgencias no deja de sorprender a todos los observadores de otros países europeos; en muchos de éstos, los médicos de urgencia que están de presencia física son mucho menos numerosos que en los hospitales españoles; limitan su cartera de servicios a lo grave o urgente y redirigen a la atención primaria o a las consultas de especialista como preferentes los casos que merecen estudio y tratamiento rápido, pero no urgente. Estos facultativos “de puerta” en los muchos hospitales europeos cuentan con la posibilidad efectiva de llamar a un cuadro amplio de médicos especialistas con guardias localizadas; un especialista en guardia localizada con un compromiso real de conexión telefónica y telemática con sus colegas de puerta (y de desplazamiento en caso de necesidad), puede dar en la práctica mucha más accesibilidad efectiva que el actual modelo de presencia física generalizada, evitando la penosidad para el profesional y la merma de recursos médicos que supone el actual sistema.

La organización de todo el circuito requiere coherencia de red. El Centro Coordinador de Urgencias y Transporte Sanitario, será una agencia que tendrá encomendada no sólo la función coordinadora y logística de las emergencias y sistema 112 (061), sino que también será el recurso de análisis técnico y planificación de modelos para la racionalización de todo el circuito de atención urgente.

El transporte sanitario presenta también muchos problemas de organización y gestión, no siendo fáciles las alternativas de gestión contractual con los servicios privados de transporte sanitario convencional. Existe una gran insatisfacción con el servicio prestado en la actualidad en Madrid; no es fácil saber si es un problema de concepción del sistema, o de gestión y control de los contratos. En todo caso, el Centro Coordinador de Urgencias y Transporte Sanitario deberá realizar un estudio sobre los problemas actuales y las alternativas a desarrollar.

Servicios Generales comunes, y Plataforma Logística regional

La Comunidad de Madrid presenta una notable concentración poblacional y sanitaria; esto posibilita que muchas funciones de gestión y servicios generales puedan mancomunarse, y aprovechar las economías de escala de una articulación a nivel autonómico.

Hay cosas que deben gestionarse localmente en cada hospital y centro de salud; pero hay otras que pueden y deben mancomunarse y/o centralizarse, pues a través de la concentración en funciones de compra o contratación de servicios, se consiguen mejores precios y condiciones de financiación, servicios y mantenimiento.

Esto no significa merma de la apuesta de descentralización; el nuevo concepto de “gestión multinivel” y “multinodal” avala nuevos modelos donde se utilice la capacidad de información y el poder de compra y contratación del conjunto de la red sanitaria en beneficio de la obtención de mejoras en calidades y servicios.

La experiencia de otros países, servicios y sectores, aconseja que el SERMAS establezca una plataforma integrada de servicios generales para la red sanitaria, que actúe como elemento de información y prospectiva para facilitar la gestión mancomunada de servicios comunes y de red.

Asimismo los modelos de plataforma de compras y logística, permiten combinar un marco informativo y de relación con proveedores a nivel central, con una particularización de compras y contratos a nivel local (por ejemplo los modelos de fijación de precios máximos y de determinación de tipo).

La creación de estas plataformas, además de las ganancias por economías de escala, permitirá tener un sistema de información inteligente que favorezca la transparencia y comparación de desempeños en los ámbitos de gestión y servicios generales de los centros sanitarios.

La existencia de las *plataformas de servicios, compras y logística* facilita también su expansión técnica al fomento de otras funciones de red próximas, tales como análisis y mejora de consumos, criterios de arquitectura e ingeniería sanitaria, estrategias de mantenimiento, ecología sanitaria, seguridad y prevención de riesgos de instalaciones, etc. En último término, estas estructuras pueden convertirse en la base de interacción, generación de conocimiento e innovación de las áreas de gestión y servicios generales de los centros sanitarios.

4.6. La Salud Mental como reto de desarrollo e integración inter-sectorial

En su conjunto, los trastornos mentales constituyen la *causa más frecuente de “carga de enfermedad”* en Europa (pérdida de cantidad y calidad de vida), por delante de las enfermedades cardiovasculares y del cáncer. Además, su impacto en la calidad de vida es superior al de enfermedades crónicas como la artritis, la diabetes o las enfermedades cardíacas y respiratorias.

En España, excluyendo los trastornos causados por el uso indebido de sustancias, se puede afirmar que el 9 % de la población padece al menos un trastorno mental en la actualidad y que algo más del 15 % lo padecerá a lo largo de su vida. Estas cifras se incrementarán probablemente en el futuro. Los trastornos mentales afectan más a las mujeres que a los hombres y aumentan con la edad.

Una de cada cuatro familias tiene por lo menos un miembro afectado por un trastorno mental. Los miembros de la familia son frecuentemente los cuidadores primarios de las personas con trastornos mentales. La magnitud de la carga en la familia es difícil de justipreciar, y por eso es frecuentemente ignorada.

El coste económico de la enfermedad mental es enorme e incluye, además de los costes de la atención sanitaria y social, los debidos a la pérdida de productividad de los pacientes y de los familiares que han de actuar como cuidadores, y otros, intangibles, asociados al sufrimiento que, como los anteriores, afectan tanto a los enfermos, como a sus familiares, los empleadores de ambos y al conjunto de la comunidad en la que viven.

La mayoría de los trastornos mentales son leves o transitorios y, en la mayoría de los casos, sabemos que existen medidas terapéuticas y de rehabilitación que han demostrado ser efectivas. Además, hay pruebas de que intervenciones enfocadas en la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales facilitan la inserción del individuo en la comunidad y disminuyen los costes sociales y económicos.

La atención a la salud y los trastornos mentales ha sufrido una transformación radical a lo largo del siglo XX. En los albores de ese siglo se consagró la idea de que las personas con-

sideradas “locas” eran, en realidad, enfermas y lo que debía ofertárseles era un tratamiento eficaz y no un sistema de vigilancia y control.

En la segunda mitad del siglo, se hizo evidente que tal tratamiento no podía ser dispensado desde las antiguas instituciones asilares, con los pacientes aislados de su medio natural, y, en todo el mundo, los viejos manicomios empezaron a ser sustituidos por redes de atención cercanas a la comunidad, que se fueron haciendo cada vez más complejas para poder atender al conjunto de las necesidades de estas personas.

El siglo XXI se inicia bajo el signo de dos fenómenos nuevos. En primer lugar, la toma de conciencia de la magnitud y la importancia del problema por parte de la comunidad científica, la opinión pública, los organismos internacionales y los gobiernos. Por otro lado, con la consolidación del nuevo paradigma de la recuperación, que devuelve el papel protagonista a las personas afectadas por la pérdida de la salud mental y a sus familiares, hoy organizados y dispuestos a contribuir activamente a enriquecer la vida social, pero también a lograr que se atienda a sus necesidades y se respeten sus derechos.

La Ley General de Sanidad, recoge en su artículo 20, las líneas maestras del proceso de reforma emprendido en España partir de la restauración de la democracia, acordes a los principios que están imponiendo en Europa, Canadá, EEUU, de integración de la atención a la salud mental en el sistema sanitario general, des-institucionalización y atención comunitaria.

El largo proceso transferencial y las diferentes voluntades políticas de los diversos gobiernos de las Comunidades Autónomas, ha originado un desarrollo desigual en la implantación de recursos, sobre todo en lo referente a la atención a los trastornos mentales graves y persistentes, a la cronicidad psiquiátrica.

En la Comunidad de Madrid, el proceso se inicia con la creación por la Diputación del Instituto de la Salud Mental (1983), con unos programas que pretenden la integración de todos los recursos necesarios en el Área Sanitaria y su total integración en el sistema sanitario general, en el nivel de Atención Especializada. Las unidades de Hospitalización breve se ubicarán en los hospitales generales. Los hospitales psiquiátricos se transformarán, creando unidades y recursos de rehabilitación y residenciales que permitan su cierre. Creación de equipos (CSM) de salud mental en cada uno de los distritos sanitarios que componen las Áreas Sanitarias, integrantes de la Atención Especializada Ambulatoria.

Para poder entender su desarrollo y situación actual hay que considerar varias características que van a diferenciar a la Comunidad de Madrid: a) la tardanza en las transferencias sanitarias; b) la separación de buena parte de la rehabilitación psiquiátrica y la atención a las toxicomanías en dos consejerías (Sanidad y Servicios Sociales); c) la ausencia de un verdadero Plan de Salud Mental (aprobado por la Asamblea, con presupuesto, cronograma, etc.) y de unos reglamentos y unas normativas que definan actividad y dispositivos; c) la carencia de una autoridad sanitaria que fijara las directrices y homogenizara el desarrollo de la red.

El proceso desvela una paradoja: se busca una incorporación en el sistema sanitario general de la atención al enfermo mental; pero para realizarlo se precisa una unificación institucional que tarda en producirse (transferencias del INSALUD, y de algunos ayuntamientos), y una integración de problemas crónicos de salud en una red basada en hospitales generales para problemas agudos de tipo médico y quirúrgico. La escasa receptividad del modelo dominante a responder a necesidades sanitarias y sociales del paciente crónico y frágil, es particularmente inapropiada para acoger y acomodar en su seno al conjunto de dispositivos de salud mental, muchos de los cuales son muy específicos y se separan notablemente del paradigma médico.

La eclosión del problema de las drogodependencias, añade entropía a este proceso, al buscar la vía rápida y fácil de crear una red monográfica. Finalmente, la escasa receptividad al enfoque de integración social en el mundo sanitario, y la expansión creciente de las instituciones de servicios sociales, lleva a un crecimiento de la red en otro contexto institucional y administrativo que incorpora distorsiones de organización y funcionamiento.

La paradoja radica en que desde un discurso normalizador e integrador de la salud mental, en la práctica se siguen sendas divergentes, llevados por una pulsión fragmenta-

dora. Por ello tiene sentido dotarse de instrumentos técnicos de racionalización estratégica, papel que deberían jugar los Planes de Salud Mental. Aunque como se ha demostrado, no han aportado la efectividad que se esperaba de ellos.

Estas circunstancias explican la complejidad de la red de salud mental de la Comunidad de Madrid, con fuentes de financiación múltiples (Consejería de Sanidad, Consejería de Familia y Asuntos Sociales, gerencia de hospitales, Agencia Antidroga, Ayuntamientos); con dependencia administrativa y forma de gestión que va desde la gestión directa por proveedores públicos a conciertos con entidades privadas con o sin ánimo de lucro (empresas públicas, fundaciones, IFPs y concesiones administrativas a empresas privadas).

A pesar de estas circunstancias estructurales, la lógica asistencial de la atención a los problemas de salud mental y el compromiso de muchos *profesionales* ha condicionado que en la práctica se haya producido una integración funcional de la red de salud mental, que aunque limitada y desigual en cada una de las áreas sanitarias ha supuesto un avance constatable en la mejora de su funcionamiento, en la mejora de la asistencia, en especial, en los programas comunitarios y de atención a la cronicidad psiquiátrica que precisan de la utilización de variados recursos sanitarios y sociales y de una continuidad de cuidados territorializada.

Pero una red que, debido a su falta de estructura orgánica, es muy *vulnerable a los cambios políticos*, como demuestra la situación actual, donde los cambios de modelo sanitario que está realizando el gobierno de la Comunidad de Madrid (supresión de las áreas sanitarias, la libre elección de médico, la introducción de mecanismos de competencia interna entre centros sanitarios y la creciente participación de la iniciativa privada en la gestión sanitaria), están poniendo en peligro, cuando no desmantelando el modelo de atención comunitario, regresando a un modelo hospitalo-centrista y manicomial.

Se plantean ahora las *líneas de cambio*, como propuestas que guíen la necesaria transformación de la estructura, organización y funcionamiento de la atención salud mental para la Comunidad de Madrid, a partir de tres grandes ejes: los valores de la reforma, el marco autonómico, y el marco local o de las Áreas de Salud.

4.6.1. Los valores que informan el modelo de organización de la Salud Mental

En este momento es necesario más que nunca establecer formalmente un modelo de organización de la salud mental madrileña que trate de gestionar adecuadamente una serie de redes asistenciales complejas. Esto exige un tipo de práctica basada en la coordinación y cooperación entre distintos servicios y agentes cuyo objetivo final sea mejorar la atención a los ciudadanos.

La Ley General de Sanidad debe seguir siendo la referencia legislativa de la que emanen los principios generales y en los que se sustente el modelo de atención a la salud mental en Madrid.

Desde esta perspectiva, la base de nuestra propuesta incorpora los siguientes principios: el carácter público y universal de la asistencia, la equidad y la accesibilidad de todos los ciudadanos, la concepción integral, el abordaje multidisciplinar, la continuidad asistencial y la territorialización con un Área sanitaria de referencia como unidad básica de actuación y gestión.

Hoy sabemos que para resolver la contradicción de integrar al enfermo mental en la red asistencial general no basta con decirlo, sino que hay que hacer muchas cosas: puesto que la naturaleza de los pacientes y de las actuaciones sanitarias y sociales que se requieren, exigen que la red sanitaria crezca y abarque la cronicidad y lo socio-sanitario (reto principal al que se han referido los puntos anteriores).

También sabemos que no hay una clara conciencia social de la importancia de la enfermedad mental; e incluso que posiblemente se haya debilitado el compromiso solidario que debe llevar a la comunidad a defender a estas personas y a sus familias. Por eso se precisa prioridad política, organizativa y económica, para mejorar la respuesta en gama, cantidad y calidad de servicios.

Otro aspecto importante es que somos conocedores de que la efectividad en la atención sanitaria al enfermo mental exige una intervención precoz; que las familias con pacientes psiquiátricos se desestructuran y se producen graves problemas para todos sus miembros, y en particular para los niños; y que los hijos de éstos pacientes graves, además del sufrimiento por la situación, tienen un alto riesgo de padecer trastornos mentales en el futuro. Por todo lo anterior, y en base a consideraciones de equidad e igualdad de oportunidades a todos los ciudadanos, las políticas de bienestar social no pueden dejar abandonados o excluidos a los pacientes mentales, a sus familiares cuidadores o a sus hijos.

Finalmente, la prevención y promoción de la salud mental nos está señalando a un ámbito complejo de acción comunitaria: la creación de "capital social", entendida como valores compartidos que cohesionan una sociedad, que facilitan la confianza y reciprocidad, que combinan los lazos inter-personales con el apoyo en las instituciones legitimadas por su buen funcionamiento y por una ética cívica compartida. La postmodernidad erosiona este capital social y difunde otros valores que entronizan el individualismo, la competitividad inclemente, y el olvido y exclusión de los que no triunfan. Más de una década de crecimiento económico acelerado ha expandido la lógica del enriquecimiento rápido; la actual crisis no sólo es económica, sino ética, y extiende su daño de forma generalizada a todos los ámbitos y clases sociales. Sin capital social es difícil que haya salud mental; sin sociedades honestas y compasivas, los pacientes mentales, posiblemente los más frágiles y estigmatizados de todos los enfermos, tienen poca oportunidad de hacer oír su voz, o de encontrar un hueco para integrarse y participar en la vida de la colectividad.

Las políticas de solidaridad y bienestar social, basadas en valores, en la ejemplaridad política, en la cooperación institucional, y en la creación de marcos de educación, participación comunitaria y debate social, son también herramientas de salud mental para el conjunto de la ciudadanía.

4.6.2. El marco autonómico de la Salud Mental

La reorganización y revitalización de la Salud Mental en la Comunidad de Madrid, a partir de la situación actual, claramente requiere de un impulso y coordinación desde el nivel autonómico. Aunque la filosofía general del cambio institucional que se propone tiene una clara orientación descentralizadora a las Áreas de Salud, existen razones que avalan no sólo un papel coordinador de red, sino también unas funciones gestoras de carácter integrador que serán necesarias al menos durante varios años: el enlace contractual y económico entre diversas Consejerías, los centros, servicios y recursos que deben servir a diversas Áreas de Salud, y algunos programas de intervención que pueden beneficiarse del impulso y la financiación en el nivel autonómico.

Por ello, se propone un modelo general de organización que dote a la salud mental de unas estructuras organizativas tanto a nivel autonómico como en las Áreas de Salud; en relación al ámbito autonómico destacaríamos algunos ejes de cambio a desarrollar:

1. Integración de las tres redes (salud, servicios sociales especializados y drogodependencias).
2. Creación de una agencia o entidad autonómica para la Salud Mental en el SERMAS que actuaría como asesora de la autoridad sanitaria con funciones de planificación, coordinación y evaluación de los programas de salud mental, y que desarrollaría funciones complementarias y de soporte en la financiación y gestión de servicios y programas de ámbito autonómico.
3. Elaboración de un único Plan Estratégico de Salud Mental que, integrando todas las actuaciones en materia de salud, establezca las líneas estratégicas de actuación, defina los procesos asistenciales, cuente con un cronograma de acción, establezca mecanismos de evaluación y tenga una financiación explícita.

4. Establecer programas de salvaguarda de los derechos de los pacientes a recibir una atención digna y confidencial, con especial vigilancia a los grupos más vulnerables y el derecho de confidencialidad.
5. Asegurar una adecuada ordenación territorial y gestión de la lista de espera de ingresos programados en Centros Psiquiátricos (Unidades de Tratamiento y Rehabilitación Psiquiátrica, Unidades de Cuidados Psiquiátricos Prolongados de media y larga estancia y Unidades Específicas) y en los recursos de la red de rehabilitación y drogas.
6. Recuperar la idea de unos servicios territorializados, en los que la población de cada área de salud tenga identificados los recursos capaces de ofertar las prestaciones necesarias y desde los que sea posible emprender, con las alianzas que sean precisas, acciones de prevención y promoción.

4.6.3. El marco de la Salud Mental en las Áreas de Salud

La Salud Mental se organiza dentro de la atención especializada, aunque extiende su acción a la atención primaria, desarrolla sus recursos especializados en los ámbitos de rehabilitación y reinserción social, y se proyecta a acciones de apoyo a pacientes y familias y de fomento y desarrollo de recursos comunitarios.

La dimensión clínica encaja bien en el modelo general de cambio del hospital, en base al modelo de Gestión Clínica. El tamaño considerable de los recursos implicados en la psiquiatría, la psicología clínica y la enfermería de salud mental, así como la naturaleza de su trabajo, apuntan a que se consolide como una de los componentes más habituales en la organización departamental o de unidades clínicas del Hospital General y la Atención Especializada. Pero la dimensión socio-sanitaria y comunitaria aconseja que se refuerce el papel, competencias y medios gestores de estas particulares unidades clínicas, de manera que pueda extender su ámbito de acción a la gestión integrada de todos los recursos de salud mental adscritos y territorializados al Área de Salud.

Otro aspecto que avala lo anterior son los requerimientos gestores de la red de Centros de Salud Mental, que no están incorporados al modelo general de presupuestación y gestión de instalaciones y servicios generales de los Centros de Especialidades Periféricas (ambulatorios de especialidades ya integrados en los Hospitales Generales desde los años 80).

Sin anticipar un debate organizativo que es mucho más complejo, y que además debe particularizarse en cada Área de Salud, parece conveniente aportar algunos ejes que orienten las transformaciones que se pretenden:

- La Salud Mental en las Áreas de Salud debe responder a un criterio de integración, como unidad de gestión clínica, en la red general de atención especializada a la salud y debidamente coordinada con cuantos otros servicios no sanitarios sea necesaria para asegurar una atención integral a las necesidades que pretende cubrir.
- La Unidad de Salud Mental se dotará de una organización que integre todos los dispositivos y programas de salud mental. Se basará en las normas generales de estructura, organización y funcionamiento de las Unidades de Gestión Clínica, y las adaptará para incorporar esta dimensión más amplia de gestión de recursos y servicios socio-sanitarios. En particular, la creación de una comisión colegiada de gestión clínica puede ser un buen instrumento de coordinación, gestión y participación. La Unidad organizará su actividad en base a procesos asistenciales bien definidos que establezcan la responsabilidad y funciones de los distintos agentes que participan en los mismos.
- Estas Unidades de Salud Mental de las Áreas de Salud serán la base desde la cual se han de organizar y desarrollar el conjunto de intervenciones sanitarias y socio-sanitarias para la población de referencia; los contratos de gestión establecerán con

carácter anual y plurianual las prioridades locales, en el marco de la planificación y ordenación autonómica antes referida.

- Con carácter general, las Unidades de Salud Mental de las Áreas de Salud han de ser capaces de ofertar las intervenciones acordes a las mejores prácticas disponibles en materia de tratamiento, rehabilitación, cuidados y apoyo. Esto supone como mínimo:
 - Incrementar la cantidad y calidad de prestaciones psicosociales ofertadas a los pacientes y familiares tanto con trastornos mentales comunes como con trastornos mentales graves
 - Incrementar la capacidad de intervención en el domicilio del paciente para evitar la adopción innecesaria de medidas y coercitivas y apoyar a quienes proporcionan el cuidado informal que permite su mantenimiento en la comunidad
 - Redimensionar los dispositivos de la red de acuerdo con las necesidades de cada área sanitaria
 - Completar la red con dispositivos o programas necesarios para atender necesidades hoy no cubiertas como las de las personas que necesitan simultáneamente estancias prolongadas y cuidados sanitarios o las que están sometidas a medidas de seguridad
 - Ha de disponer de mecanismos de participación de usuarios, familiares y profesionales

4.7. Construir un SERMAS sostenible, sobre la base del uso racional del medicamento y la tecnología

La efectividad, suficiencia y sostenibilidad de un sistema público de salud depende críticamente del uso apropiado de las tecnologías. Las políticas de uso racional permiten que el mejor conocimiento científico se incorpore a las decisiones de clínicos y gestores, buscando un balance responsable y equilibrado entre innovación, seguridad, y eficiencia social.

Debemos ser conscientes de que vivimos en un período donde la inmensa mayoría de innovaciones médicas son incrementales, y muchas de ellas sólo consiguen pequeñas mejoras en la cantidad-calidad de vida, a costa de grandes gastos adicionales y, con frecuencia, de someter a los pacientes a riesgos y molestias que rozan a veces lo inclemente e insensato.

Por ello, y para gestionar bien el arsenal diagnóstico y terapéutico, se precisa renovar el compromiso de profesionalidad de los médicos e utilizar nuevos instrumentos organizativos de gestión del conocimiento, que incluyen la evaluación de efectividad de medicamentos y tecnologías, con agencias o unidades que compilen y difundan la mejor evidencia científica, y favorezcan la incorporación de innovaciones efectivas a los equipos profesionales.

Se trata de una actividad de medio plazo, que debe ser armonizada con los esfuerzos del Ministerio de Sanidad y de otras Consejerías de Sanidad; pero la futura suficiencia financiera y eficiencia social de la sanidad pública se juega a medio plazo en la creación de estructuras científico-profesionales que tengan el necesario músculo intelectual, una radical independencia técnica, y una legitimidad científico-médica. Sólo con esta base se podrá modular y organizar la incorporación de las innovaciones efectivas y seguras a la práctica clínica, y garantizar la calidad y la sostenibilidad.

La Consejería de Sanidad ha hecho muy poco para asumir una auténtica política científica, gestora y profesional en la cual se puedan abordar de forma estable y sostenida los problemas; fruto de esta ausencia de intervención está la acumulación de problemas y contradicciones, y una creciente ineficiencia que crea preocupaciones por la sostenibilidad futura del SERMAS. Veamos algunos aspectos del panorama actual, centrados básicamente en el ámbito del medicamento, para luego exponer una serie de principios orientadores de las líneas de cambio en el conjunto de políticas orientadas al uso racional de las tecnologías.

En el año 2009 la Comunidad de Madrid ha incrementado su gasto farmacéutico en receta por encima de la media Nacional. Los datos publicados (acumulados a diciembre 2009) reflejan un incremento interanual del 5,22 % en gasto (4,47 % en todo País), ascendiendo el gasto a 1.318,5 millones de euros. Destaca el mes de noviembre con un incremento sobre el mes anterior del 10,13 %. Este incremento no se justifica por el precio de la receta (que es de los más bajos a nivel nacional), ni por el incremento poblacional, que se ha mantenido bastante estable. La justificación está relacionada con el incremento de recetas, siendo Madrid una de las comunidades con mayores aumentos interanuales junto con Extremadura, Andalucía y Canarias. Es por tanto necesario que las políticas que se realicen a este nivel se centren principalmente en la racionalización del número de recetas prescritas, además de en el precio de las mismas.

La política farmacéutica de la Comunidad de Madrid debe orientarse a concienciar a la población sobre la correcta utilización de los medicamentos, y de lo que cuestan los medicamentos a la Comunidad. Aunque los medicamentos no cuesten nada o muy poco a nivel individual (prestación farmacéutica gratuita en pensionistas, aportaciones reducidas de muchos medicamentos, 5,9 % del gasto farmacéutico en 2008 en todo el país), suponen un esfuerzo colectivo importante. Esto contrasta con datos de mal uso y derroche de medicinas: en 2008 se recogieron 386 toneladas de medicamentos en la Comunidad de Madrid (5,13 Kg. por 1000 habitantes y mes).

El gasto en medicamentos en Atención Primaria es importante pero se sabe cómo es de forma exhaustiva y pormenorizada y puede controlarse, otra cosa es que se consiga. El gasto en medicamentos en los hospitales, no es transparente y no está sometido al escrutinio público. La transparencia es una exigencia democrática, especialmente cuando el crecimiento del gasto parece fuera de control: según datos del Ministerio de Sanidad su crecimiento interanual puede estar entre el 15 y el 25 por ciento.

Lo que pasa en las residencias de mayores es por lo menos preocupante. El SERMAS paga los medicamentos que se prescriben tiene poco que decir sobre lo que se prescribe, cómo se hace, quién suministra los medicamentos y cómo se administran a los ancianos.

La adherencia terapéutica es muy baja, y se estima que solo se cumplen el 50 % de los tratamientos como media.

Sería necesario establecer una política farmacéutica referida a los medicamentos utilizados en el Sistema público: como marco de referencia financiero, se debería acompañar con el crecimiento general de la financiación sanitaria.

Con relación a los genéricos, Madrid en 2008 tanto en consumo de envases como en importe (27,74 % en envases y 11,77 % en importe) junto con Andalucía (29,86 % y 14,47 %), y Baleares (27,36 % y 11,80 %), son las Comunidades Autónomas con más implantación de genéricos. No obstante, todavía puede incrementarse significativamente el uso de genéricos, para ello es necesario incentivar la prescripción a los profesionales sanitarios, reforzar la información sobre los mismos a nivel de la población y fomentar su dispensación en las oficinas de farmacia.

4.7.1. Líneas de cambio

Teniendo en cuenta los anteriores datos y argumentos, es fácil entender que el SERMAS debe configurarse como un gestor inteligente del conocimiento, la técnica y la innovación para garantizar la seguridad, efectividad, eficiencia, calidad y sostenibilidad del sistema público de salud.

Las líneas de cambio en este complejo ámbito se formulan como elementos para una convergencia entre agentes para delimitar consensos generales en las políticas del medicamento, las tecnologías y los consumibles y productos sanitarios; se trataría de una serie de criterios o principios: valor, calidad, integralidad, ética y gestión para el uso racional.

El criterio de valor

El criterio de valor expresa claramente que la financiación pública de la sanidad sólo debe aplicarse a aquello que es seguro, efectivo, y que reúne los criterios estándar de calidad técnica. Además, el apoyo del sistema público de salud a la innovación debe ser proporcional a la efectividad incremental que aporta en relación con la tecnología existente.

Este criterio está claramente alineado con la eficiencia social; buscar un desarrollo económico y social más próspero exige que la investigación científica, el desarrollo tecnológico y la innovación demuestren incrementos en la productividad y generen valor añadido social.

Dado que la generación de conocimiento puede exigir apostar por innovaciones que aún no han demostrado su posible impacto, se deben promover con enfoque de riesgos compartido y dentro de escenarios de investigación o de uso tutelado el proceso de desarrollo e innovación que pueda conducir a nuevos avances, terapéuticos o de cuidados (garantizando en todo caso la seguridad, información y autonomía de los pacientes).

Cuando nos movemos en procedimientos o medicamentos de altísimo coste y muy moderada efectividad, se debe exigir un particular celo en argumentar las razones de una intervención; particularmente si entraña riesgos o problemas para el paciente. Pero, incluso si es aceptada o solicitada por pacientes y familiares (en pacientes desahuciados o terminales), no debería incurrirse en una alteración de la indicación (por ejemplo, la prescripción off-label de fármacos para enfermedades y problemas que no están en la ficha del medicamento), sin rendir cuentas de la excepcionalidad de la acción, al menos ante otros pares (comités médicos, por ejemplo) que puedan estar informados y legitimar este espacio de autonomía clínica otorgado por la sociedad.

Algo similar ocurriría con la intensidad de empleo de medios diagnósticos en la práctica asistencial; el valor que añade una prueba adicional al diagnóstico de un paciente decrece exponencialmente pasado un límite de exploración y pruebas diagnósticas; y se reduce notablemente al usar el criterio clínico como componente reflexivo y crítico: si se pide una prueba y no hay cambios terapéuticos ni de resultados salga lo que salga, la efectividad incremental es cero. Y dado que nunca se satura el deseo médico de reducir la incertidumbre diagnóstica, el criterio de valor debe ser internalizado y aplicado por los médicos. Debemos tener en cuenta también que identificar y comunicar al paciente un factor de riesgo para el cual no tenemos respuesta terapéutica, puede llegar a crear un daño a la salud.

El criterio de calidad

El criterio de calidad en la aplicación de una tecnología, se refiere a considerar un medicamento, una técnica, un procedimiento o una intervención en el contexto clínico, y contemplando el conjunto de necesidades, demandas y preferencias del paciente. El reconocimiento de la gran complejidad del trabajo asistencial exige un depósito de confianza en la ciencia y arte de la práctica médica, aceptando un rango de variación considerando la incertidumbre y la adaptación al enfermo; pero la autonomía clínica conlleva rendición de cuentas, cuando la variabilidad excede lo razonable y profesionalmente aceptado como válido, o cuando para determinadas intervenciones existe un conocimiento muy consolidado sobre lo que son buenas prácticas. En otras palabras: cuando el margen de autonomía clínica se rebasa, se debe aceptar la "inversión de la carga de la prueba", y los facultativos deben estar dispuestos a explicar y justificar unas decisiones que han tenido costes para la sociedad y para el paciente.

El criterio de calidad compromete a todos: a las administraciones sanitarias a la hora de compilar y acercar la mejor evidencia científica disponible para facilitar el trabajo clínico; a las asociaciones científicas y profesionales para favorecer consensos clínicos en torno a dichas evidencias y facilitar la incorporación y difusión de innovaciones de alto valor añadido; y también a la gestión general y clínica, de manera que en la evaluación de contratos de gestión, y acuerdos de gestión clínica se evalúen los perfiles de actividad y resultados para contrastar en qué medida el criterio de calidad avala y legitima el uso racional y socialmente eficiente de los recursos asignados o empleados en la práctica asistencial.

El criterio de integralidad

El *criterio de integralidad* se aplica tanto en la coordinación de las políticas del conjunto del SNS (alineando el enfoque Estado central-Comunidades Autónomas), como en articular desarrollos globales en el uso de tecnologías; particularmente, en el ámbito del medicamento, se trataría de integrar los distintos ámbitos: hospital, urgencias, centro de salud, oficina de farmacia, domicilio, residencia de ancianos, etc.

El *enfoque competencial* en la relación de la Administración General del Estado (AGE) y la de las CCAA resulta necesario pero insuficiente, ya que existe un territorio compartido donde todos debemos trabajar alineados, y porque al conjunto de la población española le interesa la homogeneidad de prestaciones en medicamentos y tecnologías (de cara a favorecer la movilidad y portabilidad de las prestaciones del SNS). Por eso, queremos que la sanidad pública madrileña trabaje con la mayor coherencia posible con las políticas tecnológicas y del medicamento en el conjunto del SNS; pero, dado que el peso financiero tras las transferencias sanitarias recae de forma incondicionada en las CCAA, las políticas autonómicas deberán tener una holgura y una autonomía suficiente para favorecer vía información y gestión, un uso racional de las prestaciones y servicios.

El enfoque integrador debe llevar a *varios niveles de racionalización*; con carácter general, el ámbito autonómico puede aportar claras economías de escala en los procesos de análisis de oferta tecnológica y promoción de marcos de red para negociación de precios, calidad y servicios (tema ya citado en la Plataformas Integradas de servicios, compras y logística); en algunas tecnologías (informática y comunicaciones, imagen, autoanalizadores, etc.) puede ser que se beneficien de mayor nivel de estandarización y homogeneización para el conjunto de la red autonómica; en las Áreas de Salud se crean excelentes condiciones para que la Gerencia del Área coordine enfoques integrados de la farmacia hospitalaria, la prescripción farmacéutica y la utilización por la población en su domicilio y en residencias socio-sanitarias.

No es aceptable la situación actual en la cual los pacientes combinan una baja adherencia terapéutica con depósitos de medicación en el domicilio de notable cantidad y gama; la receta electrónica y la historia clínica electrónica serán una gran ayuda para abordar el problema de la descoordinación y de la polimedición; pero deberán ser acompañadas de otras acciones en el Área de Salud, dirigidas a fortalecer el papel del Médico de Atención Primaria como “director de orquesta”, y elemento central en la articulación y adaptación de la terapéutica al paciente concreto. Los clínicos del hospital deben entender que la seguridad y efectividad de sus pacientes depende en buena medida de que el conjunto de las actuaciones sean apropiadas y sensatas, y por ello deben colaborar facilitando que el generalista disponga de la legitimidad y holgura de decisión para adaptar la medicación que ha de mantenerse para condiciones crónicas de salud, evitando la prescripción inducida, y actuando en lo posible como consultor del médico de atención primaria.

Además de potenciar el papel del médico de atención primaria, se debe fomentar el rol de la enfermería comunitaria para apoyar con educación y consejo sanitario y apoyo en el domicilio de los pacientes crónicos y con problemas de dependencia y también el de los farmacéuticos de atención primaria desde los centros de salud que afronten el servicio a residencias de ancianos y el aumento de la adherencia a los tratamientos y la información relevante y no interesada sobre medicamentos. La contribución de las oficinas de farmacia a través de un nuevo perfil más activo y profesional del farmacéutico comunitario, sería claramente bienvenida.

Criterio ético y transparencia

El *criterio ético* nos condiciona a buscar un marco apropiado de relación entre las actividades profesionales en servicio de salud (que deben estar claramente incardinadas en la ética clínica y de servicio público), con el ámbito empresarial de la tecnología y el medicamento, que por su propia naturaleza responden a una ética comercial o de mercado (en la que no se excluye el servicio a la sociedad, pero que tiene como propósito fundamental la obtención de beneficios para los accionistas). Éste criterio se proyecta en tres líneas: la

transparencia; el control y reducción de conflictos de interés; y la búsqueda de equilibrios más eficientes en la relación entre servicio público y empresas.

La *transparencia* obliga a que todas las partes (administración, empresas y laboratorios, oficinas de farmacia, servicios y unidades clínicas, y profesionales) aporten información y rindan cuentas de sus relaciones y lazos económicos y contractuales; en este ámbito debe estar invertida la carga de la prueba: por defecto toda la información de relación entre el sector público y la industria debe ser de dominio público, y las salvedades (privacidad o conveniencia comercial o del paciente) deben justificarse por excepción.

El *control y reducción de los conflictos de interés* resulta esencial como garantía para ampliar el espacio de autonomía clínica que tienen los profesionales de la medicina; cuanto menor sea la dependencia de los médicos para realizar congresos, reuniones y cursos, o para editar revistas y realizar publicaciones, mayor legitimidad ganarán sus decisiones.

Esto compromete a la administración en políticas activas promoción de la formación continuada, el intercambio científico-técnico y el soporte del asociacionismo y publicación científica; en los acuerdos de gestión clínica (anuales y plurianuales) las unidades clínicas deberían incorporar esta dimensión de fortalecimiento de su propio capital de conocimiento e innovación. En todo caso, es exigible por ética pública y ética profesional, el que cualquiera que tenga vinculaciones económicas o de servicio con una entidad comercial que presta servicios a la sanidad pública, declare dicha relación cuando expresa sus opiniones, asesora técnicamente, o realiza publicaciones científicas.

En este sentido, el que los médicos hagan sus prescripciones en la denominación común internacional (DCI) es una enorme ayuda a crear un espacio saludable de separación con el mundo industrial de las marcas y nombres comerciales; el que los médicos residentes en formación (y los alumnos de medicina) aprendan a “recetar” con la DCI / nombre del genérico, no produce sólo ganancias económicas para la sociedad, sino ventajas para la integridad ética de la profesión médica.

La búsqueda de equilibrios más eficientes en la relación entre servicio público e industria en la sanidad, abre una serie de posibilidades de acción en las cuales pueden ganar ambas partes a medio y largo plazo, incrementando a la vez la eficiencia social. Así, si las “señales” financieras rentabilizan el valor añadido de tecnologías y medicamentos, las empresas orientarán su competición hacia la innovación efectiva; por el contrario, si estas señales no existen, es posible que la estrategia competitiva se desplace hacia la promoción, los descuentos o los gastos de cortesía, con una pérdida neta de valor social. Un claro ejemplo de éste desajuste, es la excesiva insistencia de visitas de representantes de laboratorios a los médicos en las cuales no se vehiculiza ninguna información relevante ni innovadora, y acaba dominando el recordatorio de productos, con la misma lógica de los anuncios comerciales convencionales.

El principio de la gestión para el uso racional

El uso racional de tecnologías, medicamentos e intervenciones sanitarias exige planificar y gestionar un conjunto de acciones en la red sanitaria. De ello dependerá la calidad y también la sostenibilidad del sistema público de salud. Para ello, es necesario trazar políticas para los equipamientos tecnológicos, para los consumibles, suministros o productos sanitarios que acompañan a la tecnología, y finalmente, para los medicamentos. Estas políticas deberán tener un marco autonómico (Consejería-SERMAS), pero también desplegarse en las Áreas de Salud, y finalmente, materializarse en centros y unidades clínicas. Algunos criterios para orientar estas políticas serían los siguientes:

Los *equipamientos tecnológicos* deben estar ajustados a un criterio de planificación, para garantizar la coherencia de la cartera de servicios tanto en el ámbito autonómico (en particular la alta especialidad), el subregional inter-hospitalario, y el de área de salud. La fascinación tecnológica es mala consejera, y el dinero público debe gastarse con particular celo, especialmente cuando las inversiones en infraestructura tecnológica condicionan la cartera de servicios por muchos años, y afectan a las necesidades de personal, a sus especialización, y a los suministros, consumibles y productos acoplados al funcionamiento de estos

equipos. La racionalidad exige que no se incorporen equipos nuevos (ni siquiera los que se dan "gratuitos" en la inversión para tener luego que financiarse por consumos), sin haber garantizado anteriormente que cumplen el criterio de ajuste a necesidades de cartera de servicios, y que su adquisición garantiza un buen ajuste calidad-precios; a dichos efectos los contratos de gestión, y los acuerdos de gestión clínica (especialmente en los formatos plurianuales) pueden ser una estrategia de alto impacto; esta línea también compromete a la administración sanitaria, que debe garantizar una línea de financiación estable para reponer el capital amortizado y obsoleto, así como para incorporar la innovación efectiva.

Los *recursos materiales* que se consumen en la práctica clínica (por ejemplo las prótesis quirúrgicas), los reactivos, piezas y otros suministros necesarios para el funcionamiento de los equipos, y en general el fungible aplicado al diagnóstico, tratamiento y cuidados a los pacientes, deben también ser contemplados desde la perspectiva de la eficiencia; socialmente no es aceptable variaciones enormes de gasto sin impacto apreciable en calidades o resultados. En este campo, la autonomía clínica debe complementarse con justificación de excepcionalidad cuando hay disparidades relevantes en precios. Además, teniendo en cuenta que una buena parte de médicos y muchos directivos tienen la tendencia a gestionar las adquisiciones según sus preferencias y experiencias en productos, habría que ir promoviendo cambios culturales, para determinar de la forma más objetiva posible lo que más conviene al servicio público: esta "compra basada en la evidencia" (más que en la preferencia), cuando es posible es claramente la vía de avance, y para ello las Comisiones Asesoras Técnicas, y las Plataformas Integradas de servicios, compras y logística, pueden ser la base para producir mejoras en la racionalidad y la eficiencia; por otra parte, y de acuerdo al principio de reducción de conflictos de interés, ningún profesional que asesore compras debe dejar de declarar la eventual existencia de relaciones económicas o de servicio con las empresas cuyos productos son objeto de concurrencia o licitación.

Los *medicamentos*, por su relevancia sanitaria, por su importante coste, y por el difícil control del crecimiento en el gasto, son un foco fundamental de gestión para el uso racional. El foco principal en las políticas autonómicas debe ser mejorar la calidad de la prescripción, evitar pérdidas en la cadena de valor, e incrementar el impacto en la utilización por parte del paciente (aumentar efectividad y reducir errores y efectos adversos).

- La mejora de la prescripción requiere recurrir al mejor conocimiento científico, e identificar, al igual que en caso de otras tecnologías, donde está la mayor efectividad y seguridad; por ello, la evaluación de tecnologías e intervenciones sanitarias es un instrumento de estrategia sanitaria de primer nivel, que conviene desarrollar a nivel autonómico (posiblemente a partir de la actual Agencia Laín Entralgo); sobre la base de la evidencia científica sobre efectividad, los diferentes órganos de gobierno sanitario (autonómico, de área o de centro sanitario), estarán legitimados para actuar como facilitadores en la aplicación de tecnologías altamente efectivas, así como para establecer vías de uso tutelado, registro de problemas de seguridad o evaluación de efectividad en aquellas en las cuales no está establecido tan claramente su efecto, o existan dudas sobre la población diana o las condiciones de aplicación.
- La cadena de valor del medicamento es compleja, y en ella participan muchas instituciones y agentes económicos; pero resulta evidente que cuando se producen cambios en los productos (se liberan patentes y pueden introducirse genéricos), en los sistemas logísticos (costes de la distribución), en los sistemas sociales (envejecimiento e institucionalización en residencias de ancianos de porcentajes crecientes de la población), o en el perfil de cronicidad (polimedicación con problemas de interacciones, adherencia, y fallos de memoria en dispensación doméstica), es necesario dejar abierta una reflexión permanente sobre formas de mejorar las responsabilidades y tareas, de acuerdo al interés general (el del paciente y el del sistema público de salud, y en este orden), y relajar en lo posible el enfoque de pugna entre agentes económicos por cuotas de mercado o por márgenes de beneficio. La sociedad está exigiendo a los poderes públicos "valor por el dinero de sus impuestos", y entra dentro de las obli-

gaciones de los gobernantes favorecer transiciones no traumáticas hacia escenarios donde se sirvan mejor los intereses generales.

- La mejora en el impacto del medicamento en el paciente es el efector final de toda una cadena de acciones; requiere información, y para ello el proceso de informatización de la historia clínica y receta electrónica es esencial; requiere, además, saber que los medicamentos innovadores por su propia naturaleza no tienen contrastada suficientemente la efectividad en condiciones habituales de práctica clínica (en particular en crónicos polimedicados, ancianos y mujeres), por lo cual se deberá hacer un seguimiento de efectos adversos y en lo posible conducir o propiciar estudios de efectividad post-comercialización; precisan, como comentábamos antes, un director de orquesta (el médico de atención primaria) que armonice y adapte los medicamentos que acumulan los pacientes; y, finalmente, los pacientes y familias necesitan asumir nuevas competencias para su propio auto-cuidado, muy particularmente en el manejo del medicamento: la enfermería de atención primaria (a través de la educación, el consejo y la visita domiciliaria), los farmacéuticos de atención primaria desde los Centros de Salud, y los farmacéuticos comunitarios desde sus oficinas de farmacia, pueden hacer un papel muy beneficioso para reducir el acopio, adecuar el almacenamiento, identificar y comunicar problemas, y ayudar al uso efectivo y responsable del medicamento.

Articular una política para el uso racional del medicamento en la Comunidad de Madrid exige un gran debate profesional y social, y se despliega en muchas dimensiones técnicas cuya enumeración excede el propósito de este epígrafe, en el cual básicamente se pretenden apuntar las orientaciones y principios generales. Destacaremos, no obstante algunos puntos de estas posibles estrategias que complementan los argumentos anteriores:

- Impulsar la coordinación en la utilización de medicamentos entre atención primaria y atención hospitalaria implantando guías de medicamentos conjuntas que permitan conciliar la medicación de los pacientes independientemente del ámbito donde sea atendido.
- Analizar las experiencias de los servicios de salud donde se ha producido la adquisición centralizada de los medicamentos usados en los hospitales y centros sanitarios que requieran un volumen significativo de suministros.
- Apoyar a los médicos que trabajan en residencias socio-sanitarias, para incorporarles al flujo de información y soporte para el uso racional que hoy tienen el resto de médicos de Atención Primaria. Además, cabría establecer unas guías farmacoterapéuticas específicas de estos centros y desarrollar sistemas innovadores de suministro y control del uso de los medicamentos.
- El principio de valor aconseja que todos los profesionales sanitarios tengan disponibles la información y puesta al día de los medicamentos genéricos aprobados y comercializados en las Guías farmacoterapéuticas de área y en los listados informáticos disponibles por Internet, incentivándose su utilización. Todos los medicamentos nuevos aprobados para su financiación por el SNS, deberán tener información no sesgada en la web de la Comunidad y del SERMAS, desde el mismo momento de su aprobación.
- El criterio de transparencia exige que se haga de dominio público la información sobre lo que gastamos y consumimos en medicamentos, a nivel ambulatorio y hospitalario. Y también implica que no se puede lucrar una empresa con información proveniente del servicio público; por ello se deberá prohibir cualquier transacción comercial con la información derivada de la prescripción en el SERMAS. Esta información pertenece al SERMAS y no se puede transferir a ningún otro agente.

- Otro aspecto relacionado con este criterio es la aplicación de medidas de transparencia fiscal para que todo el dinero que se dedique a publicidad y promoción sea transparente.

Capítulo 5

El compromiso de todos por la sostenibilidad

5.1. El Estado del Bienestar y los Sistemas Económicos y Sociales

Los principios que legitiman los sistemas sociales se institucionalizan cuando representan fundamentos esenciales que aceptamos los miembros de la sociedad como marco de convivencia, tolerancia, cultura cívica y respeto de ciudadanía. Estos valores informan, condicionan y alinean las acciones y las políticas preferentes del estado benefactor.

El fortalecimiento de la arquitectura social del estado articula los espacios democráticos, quiebra la polarización de la sociedad, legitima el sistema político, genera riqueza y empleo, y potencia el principio de subsidiariedad otorgando competencias participativas en todos los niveles de la sociedad civil.

Este principio de subsidiariedad, integrado en el Marco Constitucional Europeo para el desarrollo y la expresión plena del derecho soberano de ciudadanía, se basa en un concepto ético y social cuyos atributos sustantivos son el mutuo respeto en la convivencia y fomento de la libertad, la dignidad y diversidad humana, y la contribución al bien común.

La acción política y la intervención de los poderes públicos deben contribuir de forma decisiva a reforzar los sentimientos de seguridad personal -en condiciones de igualdad- y protección ante los riesgos, aportando garantías y derechos para el desarrollo de los ciudadanos, objetivo primordial de la ética del estado.

El papel del estado es por tanto insustituible, pero propugnamos el cambio de paradigma de lo público, desde el paternalismo a la participación real, desde el ciudadano como objeto, al ciudadano como sujeto. Se trata de un cambio cultural y de valores que debe plantearse a largo plazo, en el cual las administraciones y servicios públicos pueden y deben desempeñar un rol esencial de subsidiariedad social.

Preservar por tanto las instituciones del bienestar, que custodian la constelación de valores y la cultura humanista de nuestra civilización occidental, se convierte en una exigencia irrenunciable de las sociedades democráticas avanzadas y una garantía de cohesión social.

El sistema sanitario español, como institución esencial de servicio público, es hoy un instrumento social insustituible en nuestro país, fundamento básico del *Estado de Bienestar*.

En las últimas décadas, todos los países occidentales con arquitecturas sociales avanzadas están planteando políticas de contención del gasto sanitario para garantizar la sostenibilidad y cohesión de sus propios sistemas, así como un mejor equilibrio en el binomio eficiencia-equidad, lo cual exige desde la ética pública una gestión apropiada tanto en los procesos de asignación como en el uso de los recursos disponibles, y un mayor grado de corresponsabilidad de todos los agentes económicos, profesionales y sociales del sector.

5.2. El Sector y la Industria Innovadora de la Salud

El sector de la salud forma parte esencial de la economía productiva y social de los países avanzados y es generador continuado de riqueza, prosperidad y empleabilidad cualificada, contribuyendo a fortalecer el nivel de desarrollo y progreso social, a la vez que dinamiza la innovación en la sociedad del conocimiento. Su alta interdependencia con otros mercados estratégicos y globales convierten a su cadena de diseño y de valor en un clúster de innovación disruptiva de primer orden.

La industria de la salud está presente en todas las formas y procesos de globalización y sus mercados de bienes, manufacturas y servicios, así como sus factores de producción, se han mundializado en las últimas décadas de manera vertiginosa. El conocimiento y la tecnología disruptiva constituyen las competencias esenciales y representan para las corporaciones empresariales que operan en este sector sus activos de mayor valor estratégico, tanto por su rendimiento sostenible, como por las ventajas competitivas que proporcionan en una economía abierta e interdependiente.

Los servicios sanitarios como bienes sociales preferentes y de conocimiento han venido siendo en las últimas décadas los de mayor expansión en las economías occidentales avanzadas. De hecho, en los últimos 30 años esta industria ha sido el sector económico con un crecimiento más acelerado en Europa y Estados Unidos. Los tecnólogos de la medicina y otros profesionales sanitarios, han representado también el segmento de la fuerza de trabajo del conocimiento de más rápido crecimiento en el pasado siglo XX.

El tejido empresarial de base tecnológica en el ámbito de la biomedicina y de la salud humana es hoy uno de los enfoques más visibles del desarrollo económico y social de los países modernos. Sin duda, este sector empresarial, con sus modelos de negocio y de gestión verdaderamente innovadores, precisa entre otras actuaciones de regulación tanto nacional como internacional, de políticas de precios transparentes y socialmente responsables, de garantías públicas para blindar su propiedad industrial y de un sistema de innovación como política de estado para impulsar las funciones y actividades más estratégicas por su valor añadido para la economía y la sociedad.

La industria de la salud es un sector de alta tecnología que se caracteriza por una rápida (incluso disruptiva) renovación de los conocimientos (y de las competencias técnicas) y que por su alto nivel de complejidad e interdependencia en un entorno global, requiere de una acción específica y sostenida de esfuerzo en I+D.

Es responsabilidad de las administraciones públicas establecer un marco estable en las relaciones con el sector biofarmacéutico y biotecnológico que garantice seguridad y confianza para potenciar de forma sostenida un desarrollo industrial competitivo, una política científica socialmente relevante, un crecimiento de las bases de conocimiento en los servicios sanitarios, una mayor productividad en la inversión y una gestión eficiente de los procesos de innovación.

El sector sanitario en el contexto de internalización de la economía, la ciencia y la tecnología, es parte determinante en la posición competitiva de nuestro país y pilar esencial de un nuevo modelo de crecimiento y desarrollo social. Por ello la importancia estratégica para el sistema de salud español -en el ámbito de la Unión Europea (UE)- de fortalecer nuestro propio programa marco de innovación como elemento dinamizador del crecimiento económico (y de la generación de riqueza y bienestar social), a través de políticas que promuevan la libre circulación de investigadores, conocimientos y tecnologías “la denominada quinta libertad” dentro del Programa Marco de Investigación y Desarrollo Tecnológico y de las acciones del Centro Europeo de Investigación del Instituto de Innovación y Tecnología.

El Plan Nacional de I+D+i (2008-2011) ha impulsado una Acción Estratégica específica en salud, con sinergias transversales en biotecnología, planteando objetivos específicos en este sector económico de conocimiento e innovación. Ante los déficits a los que se enfrenta el Sistema Nacional de Salud (SNS) para llegar al nivel de I+D+i deseable, la mencionada Área Estratégica en Salud está promoviendo e impulsando algunos programas e instrumentos para conseguir los objetivos establecidos.

Las bases de la investigación biomédica en España deben sustentarse en una financiación dual (institucional y competitiva), un modelo de Buen Gobierno científico que determine prioridades y evalúe resultados analizando el impacto sanitario, económico, científico y social, además de un diseño organizativo binario (centralización del proceso asignativo de los recursos y descentralización de la gestión y producción científica).

Dentro del Programa Ingenio 2010, aprobado por el Gobierno de España en 2005, la línea estratégica CONSOLIDER persigue fomentar la excelencia investigadora incrementando la cooperación entre investigadores y articulando organizativamente grandes grupos de investigación. Integrados en CONSOLIDER están los proyectos CIBER (Centros de Investigación Biomédica en Red) y RETICS (Redes Temáticas de Investigación Cooperativa en Salud); mencionar también la iniciativa para el desarrollo de programas de investigación clínica mediante la constitución de una estructura estable con personalidad jurídica propia, denominada CAIBER (Consortio de Apoyo a la Investigación Biomédica en Red). Complementariamente, todos estos instrumentos de gobierno y gestión de la investigación biomédica dentro de las acciones estratégicas en salud, se ven reforzados por el Plan de Incentivación, Incorporación e Intensificación de la Actividad Investigadora y el Fondo Estratégico de Infraestructuras Científicas y Tecnologías.

Por otra parte, el Programa AVANZ@ pretende acelerar el desarrollo de la sociedad del conocimiento mejorando la capacitación tecnológica, promoviendo la creación de redes sociales, impulsando la industria de contenidos digitales y modernizando los servicios públicos (MITYC.2009). Este Programa tiene múltiples actuaciones y proyectos realizados por Red.es en el marco del Proyecto Sanidad en Línea para el conjunto del SNS (Red.es 2008-2009).

El Plan de activación de la participación española en el VII Programa Marco se encuadra dentro del Programa Ingenio 2010 y del Plan Nacional de I+D (Programa Euroingenio). El cuarto componente de Euroingenio es Eurosalud, gestionado por el SNS a través del Instituto de Salud Carlos III (ISCIII). Por medio de la Oficina de Proyectos Europeos en Biomedicina y Ciencias de la Salud se pretende incrementar la participación del SNS en el VII Programa Marco en un 10 % y elevar sus retornos en un 76 %.

Las políticas de I+D+i en el sector sanitario son generadoras de economías de bienestar sostenibles, fortalecen las competencias esenciales -tecnológicas y de conocimiento- de la organización y de los servicios sanitarios, y representan una función social preferente para la creación de valor y prosperidad a la sociedad.

Por todo ello, un proyecto político y un gobierno de progreso deberán comprometer de forma prioritaria programas de I+D+i en el sector de la biomedicina y en todas las actividades vinculadas a la calidad de vida y el bienestar de los ciudadanos

5.3. El Sistema Sanitario Público Español: Crisis Económica y Reformismo

5.3.1. Taxonomía política y credenciales del sistema de salud español

Cuando un modelo epistemológico entra en crisis como consecuencia de las grandes mutaciones científicas y tecnológicas, es primordial que en el proceso de cambio discontinuo primen determinados valores irrenunciables identificativos de la visión humanista y social de la asistencia sanitaria. Porque el universo sanitario no es sólo económico, tecnológico y cognitivo, sino también antropológico, cultural, sociológico y moral; en su simbiosis está la proeza de la sostenibilidad, que está basada en una concepción solidaria de la sociedad que ha dado cauce al compromiso y a la ilusión de toda una generación de profesionales sanitarios, a los que debemos atribuir el grueso del mérito en el sorprendente balance que el sector ofrece como productor de conocimiento y locomotora del desarrollo económico, humano y social.

La misión principal del SNS es la de garantizar el derecho de todos los ciudadanos a la protección y cuidado de la salud. Este instrumento preferente del estadio social debe hacer

efectiva la igualdad en el acceso a las prestaciones sanitarias reconocidas y promover la equidad para que las personas con igual necesidad reciban servicio de igual competencia y calidad.

Pero las instituciones sanitarias públicas, en base a sus fundamentos éticos, van más allá en su contribución a la sociedad que la específica aportación al estado de salud de la población. Así: afectan al núcleo esencial de las relaciones y del desarrollo humano, colaboran en el proceso de socialización del bienestar reforzando la seguridad personal, tienen un efecto redistributivo por el uso de recursos según necesidad, contribuyen a legitimar el sistema de valores, fomentan el capital humano y social, fortalecen la cohesión social, son una garantía de servicio incondicional a los ciudadanos y articulan los derechos sociales de ciudadanía.

Además, como organización social, los servicios de salud han de estar orientados al bien común en aquello que es propio a su finalidad intrínseca -organizar personas y recursos y contribuir al desarrollo humano-, frente al paradigma netamente utilitarista.

El Gobierno Sanitario de la Comunidad de Madrid debería ser un agente político y económico principal en el proceso de consolidación, sostenibilidad y cohesión social del SNS, dado su acervo identitario como referencia histórica en las políticas de solidaridad con el conjunto de España. Esta referencia de co-responsabilidad la creemos obligada porque vemos con preocupación que en el actual desarrollo del Estado de las Autonomías, el SNS está en serio riesgo de perder la cohesión social y sanitaria que nos permita hablar de él como un "sistema" integrado y gobernado con unos objetivos compartidos. Sabemos que muchos de los problemas sanitarios, que nos afectan a todos, no tienen solución si no es desde un planteamiento cooperativo, integrador y solidario; no hablamos sólo de sostenibilidad financiera, sino de deficiencias de coordinación, convergencia y concordancia relacionadas con los recursos y competencias comunes, con la evaluación de políticas y servicios para la toma de decisiones, así como con la eficacia de los programas de salud pública y otras acciones estratégicas compartidas.

El escenario actual de estancamiento económico y disciplina fiscal no es el más favorable para soluciones racionales y solidarias, porque la factura de la crisis pasa a tener un efecto deletéreo en la solidaridad estructural del sistema, conociendo además la alta concentración de riesgos que tiene la protección de la salud: la progresividad impositiva decrece y la solidaridad intergeneracional e interterritorial se atenúa.

El Estado de las Autonomías puesto en práctica por mandato Constitucional en España implica un elevado grado de descentralización de las funciones sociales entre los distintos niveles de gobierno. Por ello creemos que para garantizar el cumplimiento de los principios de legitimación del estado social necesitamos avanzar hacia una concepción armónica y solidaria del modelo de federalismo sanitario que implica gestionar políticamente redes complejas multinivel. Este diseño de la arquitectura institucional para un Buen Gobierno político y socialmente cohesionado debe sustentarse en los siguientes elementos: Norma común; lealtad política; equilibrio de roles; participación social democrática; primacía del interés general y colectivo; autonomía responsable (rendición de cuentas); subsidiariedad y gobernanza del dilema organizativo entre descentralización territorial y cohesión social.

5.3.2. Reformismo social para enfrentar la crisis económica y fiscal

Una de las claves para afrontar la crisis y garantizar la sostenibilidad financiera y social en el sector sanitario público está en la disposición y compromiso político para promover reformas en el área de gobierno y de gestión en las funciones esenciales de su cadena de valor, que permitan mejorar la eficiencia asignativa y social y refuercen la base del capital profesional y ético de las instituciones. Para ello se precisa:

- Forjar nuevos instrumentos de coordinación, supervisión, regulación y control en las actividades y servicios sanitarios.
- Reasignar los recursos esenciales para garantizar la suficiencia económica allí donde se crea valor en salud y se cohesionan socialmente el sistema.

- Fomentar nuevos patrones de profesionalismo emprendedor y buenas prácticas en el uso de los recursos públicos.
- Apoyar todo activismo cívico y moral en la sociedad que promueva el capital social en las instituciones sanitarias.
- Comprometer una mayor exigencia ética en el comportamiento y corresponsabilidad de todos los agentes del sector.

Desde la ética política y pública, el mayor exponente de vulnerabilidad de una institución sanitaria se presenta cuando deja de ser confiable y respetada, es decir, cuando declina su reputación ante la sociedad y sus ciudadanos. Es entonces cuando cualquier contingencia o crisis puede poner en riesgo la sostenibilidad y exigir un nuevo liderazgo político, profesional y social para restituir sus credenciales ante sí misma y también ante la sociedad.

Hoy, con mayor exigencia, es un imperativo ético el contextualizar la política sanitaria; lo que implica reconocer que la coyuntura económica no va a permitir crecimientos significativos en el gasto público; y más bien tendremos que pensar en cómo llevar a cabo iniciativas propias reformistas para mejorar la productividad y la eficiencia social en las instituciones sanitarias, porque no es esperable un crecimiento vigoroso de nuestra economía en el corto y medio plazo, ni consecuentemente una mejora significativa de los ingresos fiscales.

En nuestro criterio, la crisis de financiación a la que se viene aludiendo de forma insistente -por la gran mayoría de los agentes del sector- para justificar las insuficiencias de la sanidad pública, no es más que la manifestación externa de problemas más profundos e inveterados que afectan a la racionalidad, regulación, supervisión y gobernabilidad del propio sistema, y como consecuencia a su sostenibilidad presente y futura.

Es seguro que el SNS necesita más recursos; pero si no abordamos los problemas estructurales más asentados, los esfuerzos económicos adicionales tendrán una influencia marginal decreciente en la salud de la población. Por más, tampoco se traducirán en una mayor eficiencia social sin otras acciones que garanticen la racionalidad en el uso de los recursos disponibles.

Cuando se obtiene por vía de ingresos públicos más dinero para la sanidad, hay que tener en cuenta las acciones que dejan de llevarse a cabo en otros sectores preferentes de la economía social (coste social de oportunidad). Mayores ingresos para el sistema sanitario por la vía de aportación privada en el momento del uso de los servicios (los mayores copagos a los que recurrieron Alemania y Francia), añaden a lo anterior un probable daño a la solidaridad, aminorando el subsidio cruzado entre sanos y enfermos, entre ricos y pobres y entre jóvenes y ancianos.

Tampoco debemos olvidar que los resultados económicos y prestacionales en los servicios sanitarios están directamente relacionados con la fortaleza de su capital social y que por tanto, prestarle especial atención, debe ser una prioridad institucional de la política sanitaria. Este capital social debe considerarse como un activo estratégico para el sistema sanitario público porque fortalece la cohesión interna y las relaciones entre personas, comunidades, redes y sociedad civil; además, contribuye a fomentar la empleabilidad cualificada, facilita la innovación y el intercambio de experiencias, dinamiza redes sociales de aprendizaje y de colaboración agencial, favorece la creación y transferencia de conocimiento, mejora la cultura cooperativa de los equipos funcionales multidisciplinares y dignifica los sistemas de promoción profesional.

En razón a las prioridades políticas, queremos aquí recordar, que la función sanitaria representa el programa social con mayor volumen de gasto en las CC.AA. En la Comunidad de Madrid el gasto sanitario supera el 35 % del conjunto del presupuesto regional, y viene siendo un factor de desestabilización económica y desequilibrio en las finanzas públicas de nuestra Región.

Creemos que los compromisos de gasto de la sanidad pública de la Comunidad de Madrid son insostenibles a medio y largo plazo, máxime si se permanece política y social-

mente estático a la hora de acometer las reformas estructurales necesarias que la situación económica y fiscal aconsejan.

5.3.3. Nuevas dinámicas de cambio en las organizaciones sanitarias

Los modelos de gestión burocrática en el sector sanitario público no garantizan la consistencia económica ni la eficiencia social en las funciones esenciales de su cadena de valor y además, limitan la incorporación de nuevas corrientes culturales y tecnológicas necesarias para dar respuesta a la complejidad e interdependencias que se generan en la compleja organización asistencial. Las tecnoestructuras clásicas se perpetúan en su propia lógica de uniformidad y son refractarias a la integración y gestión de procesos productivos en las comunidades de prácticas, y a toda forma creativa de diferenciación, distinción competente y evaluación de resultados en salud, generando desequilibrios poco virtuosos para el funcionamiento del conjunto del sistema.

Nuestro modelo de estructura de servicios sanitarios sigue básicamente anclado en un patrón mecanicista, jerárquico y gerencialista ajeno a los cambios disruptivos tecnológicos y sociales. Su organización hierática y vertical deriva hacia comportamientos indiferenciados y utilitaristas, no recompensa el talento ni las conductas propias del buen profesionalismo sanitario, precariza el empleo, acepta sin autocrítica actitudes y prácticas poco responsables, no fomenta el acervo y la cultura social de servicio público, esteriliza toda iniciativa profesional y social emprendedora, bloquea cualquier incentivo justo y transparente relacionado con la productividad, competencia técnica o ejemplaridad, y se resiste a que los profesionales de la salud asuman formas de autogobierno y autogestión de forma cooperativa, comunitaria y socialmente responsable.

Quienes abogamos por un nuevo modelo de organización y gestión pública ponemos en tela de juicio alguno de los convencionalismos ortodoxos firmemente asentados en nuestro sistema sanitario público, que no permiten proyectar lo mejor del profesionalismo y del capital social interno en el servicio público y en la sociedad.

Por ello necesitamos un proceso de transición hacia la denominada nueva gestión pública, que formaría parte del Acuerdo Social por la Sanidad Pública que proponemos. La legitimación de este cambio organizativo, humanista y antropológico, creemos está en su filosofía moral que impulsa el crecimiento simultáneo de las personas, las instituciones y la propia sociedad e impugna el viejo y reduccionista debate dual sobre la responsabilidad de las entidades económicas y sociales.

Entendemos que entre la jerarquía y el mercado, parece haber un territorio intermedio; no un híbrido, sino un modelo en red, en buena medida alternativo a ambos. Su configuración y equilibrio es hoy muy precario, porque los enlaces que lo cimientan son en buena medida intangibles: profesionalismo, valores, reciprocidad, humanismo, curiosidad científica, simpatía y empatía, motivación intrínseca y trascendente. Pero sólo estas herramientas y atributos intangibles son capaces de sustentar modelos innovadores de excelencia en la gestión de la complejidad en los servicios de salud.

Esta nueva cultura organizativa del management humanista a través de redes profesionales y sociales interroga la visión reduccionista del modelo "homo economicus", busca el encuentro creativo entre la eficiencia económica y la dignidad humana, y merece por ello especial atención en la filosofía moral y la antropología social aplicada.

Porque creemos que las fuentes esenciales humanistas del management moderno no están en las escuelas de pragmatismo neutral ni en la ilustración académica, sino en la naturaleza intrínseca del hombre, en el arte del conocimiento creativo, en el liderazgo cívico y ético (antagónico al caudillaje adaptativo), en las raíces culturales y morales implícitas en las disciplinas sociales, hoy, en nuestro tiempo, integradas en los nuevos conceptos del Buen Gobierno de las instituciones.

Es bien sabido que las instituciones sanitarias no funcionan únicamente por la pujanza del crecimiento económico, los ordenamientos jurídicos, las jerarquías ortodoxas o las políticas deliberadamente pragmáticas, sino por la responsabilidad social compartida y

por el espíritu de generosidad y compromiso moral de las personas que constituimos y dinamizamos la vida en las organizaciones y en la propia sociedad.

Es razón por la que nos pronunciamos por una renovada gestión pública que implique ir cambiando progresivamente los determinantes organizativos que motivan el comportamiento de los agentes del sector y favorecen que la visión de servicio público prevalezca, formando parte esencial del ideario colectivo de los profesionales de la salud. Esta cultura de responsabilidad se ha venido consolidando como un valor identitario de un profesionalismo renovado y socialmente eficiente.

5.4. Construyendo entre todos las Bases del Acuerdo Social por la Sanidad Pública de la Comunidad de Madrid

5.4.1. Las claves para un Pacto Sanitario en España

Consideramos necesario renovar el discurso de legitimación en los servicios sanitarios públicos que, sin negarse ingenuamente a ver la realidad tal como es, diseñe las líneas maestras de un modelo de desarrollo económico y de gobernanza política, y que simultáneamente asuma la tarea colectiva de crear valor con eficacia para, así, distribuir solidariamente el bienestar social. Esa transformación requiere: sensibilidad para captar las claves esenciales del comportamiento y de las necesidades humanas; creatividad para elaborar propuestas innovadoras y realizables; y proporcionalidad para encontrar los puntos de equilibrio en las dicotomías principales que hoy atenazan a la sociedad.

Desde estas credenciales, los redactores de este Libro Blanco de la Sanidad Madrileña hemos venido trabajando con una visión de “puertas abiertas” a todo pensamiento y conocimiento socialmente responsable, para poner en valor una concepción solidaria y eficiente de los servicios públicos de salud. Y hemos enfrentado esta responsabilidad desde dos fundamentos básicos al servicio de una cultura de gobierno colectivo que exige nuevos liderazgos políticos y cimientos renovados de capital social y ético: reformismo transformador en las políticas públicas para revitalizar los bienes sociales preferentes y promover el bienestar, la equidad y la eficiencia social; y regeneracionismo moral en la gobernanza pública, como principio rector de ejemplaridad, para construir sociedades democráticas presenciales y decentes, movilizándolo a todos los segmentos de la ciudadanía subsidiarios de valores universales e intemporales. En esta convergencia de reformismo y regeneracionismo está la garantía de la sostenibilidad y de las credenciales sociales en los servicios sanitarios públicos.

En democracia nuestra generación hemos vivido -y compartido- con plena libertad: una conciencia social, creencias colectivas -inductoras de virtudes éticas-, sentido de convivencia fecunda y tolerante, autorrealización de servicio responsable a la sociedad, inaceptabilidad de todo tipo de caudillaje, presencialidad de un humanismo cívico y moral, primacía de las personas sobre las tecnoestructuras y mercados, transcendencia del bien común frente al individualismo excéntrico y hedonista, cultura de liberación y, en suma, ejercicio de emancipación y de soberanía personal.

Esta filosofía deseamos que esté presente e impregne nuestra propuesta de modernización humanista y social de los servicios sanitarios públicos de la Comunidad de Madrid, y para este reto necesitamos más que nunca conciencias críticas, liderazgos políticos inteligentes y morales, y una visión de futuro (cómo deseamos y debemos hacer llegar el sistema sanitario público a las próximas generaciones), porque entendemos que son inaplazables reformas estructurales gobernadas y participadas desde los valores que propugnamos y compartimos.

Bien sabemos que ninguna organización sanitaria puede funcionar con eficiencia económica y social, ni tampoco con justicia equitativa, si las personas que pertenecemos a la misma no consideramos como propios los objetivos estratégicos, el capital social y los valores fundacionales que forman parte de su misión, así como los problemas y aspiraciones de todos los miembros que constituimos parte activa de estas instituciones del bienestar colectivo.

Por más, sin una base de consenso institucional entre los gobiernos sanitarios del conjunto del Estado, ni desarrollo de instrumentos de coordinación y cohesión social, no hay ningún sistema sanitario que pueda ser sostenible; menos aún en situaciones como la actual de crisis económica, exigente rectitud fiscal y ajuste de las finanzas públicas.

Todo ello nos lleva a pensar que en la construcción de los consensos necesarios para alcanzar un punto de convergencia política y social interterritorial para la sostenibilidad del SNS, es razonable considerar que un Acuerdo Institucional de los partidos con representación parlamentaria en las Cortes Generales allanaría sustancialmente el terreno para que a posteriori se pudiera avanzar hacia un Pacto entre -y en- las propias CC.AA.

En esta línea de argumentación política, el denominando Pacto por la Sanidad debería tener tanto un componente interterritorial como también interpartidista y que, más allá del marco político y legislativo, los problemas sanitarios, sólo tienen una solución global y de corresponsabilidad sustentada en principios de lealtad institucional. Sin estos vectores de adhesión y concordancia política, la arquitectura institucional del conjunto de SNS será más vulnerable al impacto de los factores exógenos de un entorno dinámico, complejo y disruptivo.

No es posible ejercer la responsabilidad institucional, política y social (adhesión, lealtad, compromiso, disponibilidad...) como principio de ética pública, cuando prima el interés particular y partidista.

Por tanto, es evidente que desde el pragmatismo político un posible Acuerdo Sanitario tendría mayor sentido si se adoptara a nivel estatal; si bien, las propuestas de este Libro Blanco deben centrarse necesariamente en la Comunidad de Madrid. Consideramos no obstante que Madrid, que es la Comunidad más distributiva y solidaria de España, una vez que cuente con un Gobierno de Progreso, apueste por liderar un proceso de convergencia sanitaria y social de ámbito nacional en torno a un Acuerdo Social por la sostenibilidad del SNS.

5.4.2. Liderando el Acuerdo Sanitario en la Comunidad de Madrid

La política sanitaria debe ejercerse en todos los niveles operacionales del sistema, bajo los principios de co-responsabilidad y participación institucional y social: a nivel macro, a través de las políticas de salud y rectoría política, económica y social; a nivel meso, ejerciendo los derechos de propiedad en todas las funciones esenciales de la cadena de innovación y de valor de las instituciones sanitarias; y a nivel micro, gestionando eficientemente los subsistemas clínicos para garantizar la calidad asistencial y los resultados en términos de coste/efectividad.

Es por ello que para cimentar las bases de consenso y garantizar la calidad y la eficiencia del servicio público de salud en la Comunidad de Madrid, se requiere considerar "varios planos" o contratos sociales diferenciados: en primer lugar con los pacientes, que son el centro de orientación de los servicios sanitarios públicos; en segundo lugar con los profesionales, que constituyen la garantía incondicional de la calidad asistencial; en tercer lugar con los agentes económicos y sociales, que representan el valor de los principios fundacionales del sistema; y por último, con los ciudadanos, como agentes financiadores que ostentan la titularidad de los bienes públicos y sostienen su legitimidad.

Si se propone llevar a la sociedad madrileña estas reflexiones y a su vez sensibilizar a los agentes políticos, institucionales, sociales y profesionales sobre la verdadera naturaleza y el alcance de los problemas sanitarios, se habrá conseguido algo valioso. Si además, se abre un espacio preferente en la agenda política y pública para trabajar en medidas que garanticen la sostenibilidad y la mejora en la calidad de los servicios sanitarios públicos, se habrá dado un paso muy relevante para su preservación y fortalecimiento de su capital humano y social.

Creemos que existe un Contrato Social implícito que actúa como garante del sistema público de salud; hacerlo explícito y perfeccionar la forma en la que aprovechemos las oportunidades y evitemos las amenazas, es la gran tarea a la cual nos sentimos convocados, y para la que hemos pedido la contribución de todos.

Por tanto, deberán ser los agentes sociales, económicos, científicos, profesionales y la propia sociedad civil participada, quienes estén desde su responsabilidad disponibles para implicarse en los procesos de reflexión y discernimiento tomando conciencia de los problemas estructurales del sistema y contribuyendo, más allá de toda crítica legítima y constructiva, a promover cambios orgánicos y funcionales que ayuden a consolidar el patrimonio común sanitario, a través de innovaciones organizativas y de gestión en este servicio público socialmente preferente.

La filosofía política neoconservadora puesta en práctica por el Gobierno de la Comunidad de Madrid está cuestionando algunos principios económicos y sociales que han venido sustentando históricamente la legitimidad de las instituciones sanitarias, y que han contribuido al crecimiento y consolidación de los recursos de titularidad pública, así como a la integración de competencias esenciales en los servicios de salud.

Sabemos por otra parte de las dificultades para que las organizaciones empresariales se impliquen formalmente en la sostenibilidad económica y social de los servicios sanitarios públicos, asumiendo un coste de oportunidad compartido con los sindicatos y el gobierno. En todo caso, y desde una lógica puramente utilitarista, el modelo público de pensiones tampoco resultaba tan atrayente para la patronal como su alternativa de capitalización individual en los mercados financieros y, aún así, la CEOE acordó firmar el Pacto de Toledo y, más recientemente, el Acuerdo Social. Hoy es el momento de plantear ante la sociedad lo que todos podemos hacer por el sistema sanitario público para mejorar sus funciones y sostener sus prestaciones.

También recientemente y de forma explícita la CEOE ha abogado por acuerdos plurianuales de colaboración entre el sector público y privado *“para impulsar programas de cohesión territorial y social, así como a desarrollar modelos de asignación de recursos basados en criterios demográficos y de necesidad”*. Esta visión está contemplada en el Informe que remitieron al Gobierno de España sobre el Anteproyecto de Ley de Economía Sostenible, en el cual se resaltaba su preocupación por la sostenibilidad del sistema sanitario público. La esperanza de un *Acuerdo Social* en el sector de la salud sigue por tanto abierta, máxime cuando el Consejo Económico y Social de España, el pasado 20 de octubre-2010, en Sesión Ordinaria del Pleno, aprobó por consenso el Informe 01/2010 sobre Desarrollo Autonómico, Competitividad y Cohesión Social en el Sistema Sanitario.

Así lo entendemos porque la responsabilidad social del sector económico debe atender y contribuir a fortalecer las funciones esenciales del sistema sanitario y a consolidar la generación de riqueza para el conjunto de la sociedad. Es bajo esta concepción como encontramos un significado a la ética empresarial y a la puesta en valor del Buen Gobierno corporativo. Por ello, una práctica de ética empresarial y social es buscar acuerdos o pactos estables sobre políticas básicas necesarias para la gobernanza de los servicios sanitarios públicos, incluso bajo condiciones adversariales de suma cero.

Un planteamiento institucional que considerara la necesidad de una implicación mucho más activa -*Acuerdo Social*- de las organizaciones empresariales y sindicales en la sostenibilidad del sistema sanitario de la Comunidad de Madrid debiera tener, además de su obvia visión estratégica (aspirar a definir el futuro), otra más pragmática, impulsando y facilitando el camino a recorrer para avanzar en el proceso de modernización de la gestión de los servicios sanitarios públicos.

Pensamos que merecería la pena explorar y trabajar políticamente para obtener la adhesión de los empresarios y sindicatos a un Acuerdo o Pacto Social por la sostenibilidad del sistema sanitario público madrileño, con un marco de colaboración bien planificado y definido, que ofrezca posibilidades de participación privada subsidiaria y complementaria en las prestaciones colectivas sin menoscabar por ello el proceso de capitalización pública de los servicios esenciales, así como las señas de identidad y los valores de servicio público.

En todo caso, para quienes crean entrever una postura pragmática, recordaremos que un *Pacto Social* significa acordar *“un”* modelo y no solicitar meras adhesiones a *“nuestro”* modelo. Y que existen intereses tan legítimos como diversos que los *“pactos políticos y sociales”*, precisamente, deben buscar conciliar partiendo de su propia legitimidad.

5.5. El Pacto Social Vinculante entre Profesiones Sanitarias y Pacientes

5.5.1. La legitimidad del nuevo profesionalismo sanitario

El cambio de paradigma en la medicina y en la práctica de las profesiones sanitarias viene determinado por la responsabilidad que exigen las grandes transformaciones económicas, tecnológicas, demográficas, epidemiológicas, organizativas, jurídico-laborales, éticas, antropológicas, culturales y sociales. En particular, la revisión del concepto de profesionalismo se incardina en una nueva era de la medicina y de la asistencia moderna, basada en un liderazgo social más diversificado y enriquecido, pero no exento de incertidumbre.

Estos cambios -a veces disruptivos- no alteran la base de legitimación de las profesiones sanitarias. La confiabilidad (o fiabilidad) basada en las credenciales profesionales y el compromiso personal sigue hoy representando el núcleo central del *contrato social implícito* en la relación de las profesiones sanitarias con los pacientes, garantizando incondicionalmente la defensa de sus intereses y los de la población, un servicio altruista, un comportamiento ético, así como unos conocimientos, competencias, habilidades técnicas y aptitudes para tomar decisiones orientadas a las necesidades de salud de las personas y al bien común.

Este compromiso ético forma parte del contrato social implícito entre los profesionales sanitarios y la propia sociedad, representando la base de su legitimación social.

El reconocimiento y capacidad de autoregulación que la sociedad otorga a las profesiones sanitarias exige de éstas un cumplimiento estricto de las normas legales, compromiso de responsabilidad social, un claro escrutinio ético en las intervenciones públicas, ausencia de conflictos de interés, así como una integridad moral y comportamental intachable. Sin estas bases de legitimación en el ejercicio público no es posible fortalecer la confianza ni dialogar con la sociedad desde el arquetipo social que ésta propone y demanda a las instituciones del bienestar, ni tampoco promover una cultura de valores propios del humanismo científico y social.

El nuevo concepto de paciente (más activo como consumidor o cliente y que exige un modelo deliberado de decisiones compartidas) y de ciudadano social (que plantea garantías públicas de competencia y personalización en los servicios sanitarios), en una sociedad progresivamente multi-étnica y plural en su cultura, define nuevas categorías en el ejercicio de la responsabilidad profesional y social de los servicios sanitarios públicos.

Para dar respuesta a estos desafíos necesitamos de nuevos impulsos y compromisos para renovar las competencias profesionales (integridad, iniciativa, resiliencia, negociación, motivación, unicidad, comunicación, visión, delegación...) y metacompetencias (adaptabilidad, autoconocimiento, oportunidades, autorregulación, asertividad...). Esta cultura social proactiva en *tiempos de crisis* es concordante con los principios que otorgan legitimidad al *nuevo profesionalismo sanitario* de nuestro tiempo.

La legitimidad del *nuevo profesionalismo sanitario* como base de sustentación del *Acuerdo Social* por la Sanidad Pública que presentamos se fundamenta en la jerarquía de valores y principios que la sociedad identifica y reconoce: vocación de servicio, primacía de los intereses de los pacientes, actitud competente y moral en la práctica asistencial, promoción del bien común, garantía de credencialismo profesional, humanismo científico y observancia de un código de conducta universal para promover un bien social preferente como la salud.

La investigación biomédica es también un elemento central en el nuevo paradigma del profesionalismo sanitario. Su meta final es producir conocimiento que conduzca a mejorar la salud de los ciudadanos.

Y bien, para que se produzca el encuentro entre profesionalismo y sociedad civil es también necesario que las profesiones sanitarias puedan satisfacer sus propias y legítimas motivaciones en su vida profesional y personal. Es responsabilidad de las autoridades sanitarias poner en valor las políticas profesionales que impliquen el desarrollo del nuevo profesionalismo para así desactivar toda desconfianza y desilusión sobre el futuro de la vida laboral y profesional en las instituciones sanitarias públicas.

La autoridad sanitaria debe reconocer el papel central de las profesiones sanitarias para reorientar y dirigir su propio progreso profesional y social, también en lo concerniente a la organización y gestión de los servicios de salud. Sin un desarrollo efectivo y racional de los valores esenciales que asumen estas profesiones, no es posible pretender un sistema sanitario moderno, eficaz y humanista.

Probablemente nos encontramos en un periodo de transición social en el cual la práctica asistencial moderna en los servicios sanitarios deberá adaptarse a los cambios dinámicos y disruptivos del entorno; sin embargo, este proceso adaptativo es complejo y requiere una reflexión ponderada porque afecta a los valores tradicionales más importantes de las profesiones sanitarias: autonomía, relación de tutela incondicional con el paciente, desarrollo científico y tecnológico, acceso y uso discrecional de los recursos disponibles y un grado notable de reputación social.

Las relaciones profesionales en su función de agencia con la sociedad, nunca han estado exentas de *disonancias* -y a veces de tensiones- pero, en esta época histórica, a diferencia de las anteriores, deben resolverse a favor de la sociedad, lo que exige una creciente mentalización con respecto a los roles esenciales a desempeñar por las organizaciones profesionales en el servicio de la comunidad y que, precisamente por ello, encuentren potenciada su necesaria y perdurable función social.

Estas organizaciones profesionales socialmente responsables son aquellas donde sus miembros:

- Están integrados en un dinamismo continuado de progreso en el saber reconocido, dialogando, cooperando, descubriendo, resolviendo con eficacia y calidad los problemas, es decir, trabajando en confiada colaboración como una condición indispensable para el crecimiento y sostenibilidad de una comunidad profesional que precisa innovar continuamente sus conocimientos.
- Materializan sus ideas, hacen operativos sus proyectos, generan un proceso de empatía con la realidad sanitaria y distinguen lo esencial “el quid de la cuestión” de lo superfluo o accidental.
- Entienden la ética profesional y social como el fundamento de toda sabiduría práctica.
- Confían mutuamente en sus actuaciones desde la veracidad y la transparencia, creando entornos y climas saludables de trabajo.
- Desvinculan de su identidad profesional cualquier elemento deletéreo como el engaño, la opacidad o la insolidaridad.

Es importante tomar conciencia de las limitaciones que aquejan a las organizaciones profesionales en el ámbito de la sanidad y que dificultan su capacidad de influencia y participación efectiva en la orientación de las políticas públicas. Creemos que si las profesiones sanitarias se enmarcan en un nuevo activismo cívico-profesional en su proceso interno de renovación, es posible que se refuerce la legitimación social; porque los valores implícitos a las profesiones sanitarias son la base identitaria donde se sustenta la confianza en la relación con los pacientes y ciudadanos, y además han demostrado que contribuyen a mejorar la efectividad y la eficiencia en el funcionamiento de los servicios sanitarios.

La fibra ética de la medicina moderna y humanista forma parte del compromiso del *nuevo profesionalismo sanitario* que tiene como corolario un mayor activismo cívico, moral y social para el sistema sanitario público.

La grandeza de nuestro sistema sanitario está en sus creencias y en sus prácticas socialmente responsables, así como en el espíritu de generosidad y compromiso moral de quienes lo constituimos, más allá de los determinantes económicos, los ordenamientos jurídicos, las tecnoestructuras y los instrumentos burocráticos de funcionamiento, quizá imprescindibles, pero que no pueden sustituir a las personas ni a sus fines o principios, porque son los que garantizan la fortaleza de este legado social para las generaciones venideras. Es la razón esencial por la que estamos planteando la necesidad de un *nuevo profesionalismo sanitario* que revitalice el *Contrato Social* con la sociedad.

Los profesionales de la salud -en sus relaciones con los pacientes- se adhieren a un vínculo implícito de confiabilidad y de compromiso deontológico que determina unas conductas y pautas de responsabilidad social en la práctica de la asistencia sanitaria:

- Vinculación profesional y social al derecho constitucional a la protección de la salud, ejerciendo una función de tutoría que garantice su cumplimiento para los pacientes y ciudadanos sanitarios.
- Conexión con los valores del nuevo profesionalismo sanitario en su competencia técnica o distinción competente (compromiso con la calidad; cooperación en equipos multidisciplinares; rendición de cuentas; relevancia científica; eficiencia operativa; diligencia y capacidad de respuesta y autoevaluación) y en su dimensión humanista y social (integridad; privacidad e intimidad; ejemplaridad; honestidad intelectual ; altruismo compasivo; veracidad; sentido de justicia social y empatía o calidez en el trato personal).
- Compromiso y lealtad (conciencia social en los retos profesionales) orientados hacia un ejercicio de autonomía responsable en la gestión asistencial y contractual; a una mayor implicación y participación democrática deliberativa en los órganos colegiados y comisiones técnico-asistenciales de los centros sanitarios; a formas de trabajo en comunidades de prácticas con capacidad de auto-organización compartiendo una motivación -intrínseca y trascendente- por el bien común, limitando todo tipo de conflictos de interés o sesgos de individualismo insolidario.
- Educación -en las ciencias humanistas y sociales-intergeneracional para custodiar y legar los valores del principalismo biosanitario y la conciencia de responsabilidad social en el uso de los bienes y recursos colectivos.
- Apremiar el proceso de formación de grado y especialización en la profesión de enfermería, propiciando modelos meritocráticos para su crecimiento y promoción profesional en todos los estratos y niveles de la organización sanitaria.
- Promover un activismo profesional cívico y social pro-reformista para enfrentar los grandes desafíos de modernización y consolidación del modelo sanitario público como consecuencia de las transformaciones sociales y de los ciclos disruptivos en las ciencias biomédicas.

5.5.2. Los procesos de cambio en la profesión médica

Existe una demanda creciente en avanzar hacia un modelo de profesionalismo médico en donde se conjuguen el principio de autonomía, la responsabilidad social, la rendición de cuentas y la política de incentivos vinculada a la evaluación de competencias y resultados en la práctica de la medicina; todo ello siguiendo algunos modelos de referencia del mundo anglosajón y otros países desarrollados con sistemas sanitarios bien estructurados.

La profesión médica en su contrato implícito con la sociedad y los ciudadanos -que otorgan subsidiariamente competencias de autorregulación y monopolio en el ejercicio profesional-, tiene la responsabilidad pública de asignar con eficiencia social los recursos disponibles y prestar servicios según necesidad en razón al interés general. Son los microsistemas asistenciales el lugar de encuentro en donde interaccionan los profesionales con los pacientes y la población, siendo por tanto este ámbito en donde los servicios sanitarios adquieren su proceso de legitimación social y ciudadana; por cuanto se establecen los vínculos de idoneidad, aprecio, confianza y respeto mutuo. La revitalización de este espacio natural y propio de la asistencia sanitaria, debe ser un objetivo permanente en la modernización y sostenibilidad de los servicios sanitarios públicos.

Son algunos elementos básicos los que sustentan la legitimidad del contrato social de la profesión médica: el *primum non nocerem* en la práctica asistencial, mediante la aplicación del uso adecuado y prudente de los recursos disponibles y el fomento de la “prevención cuaternaria”; la cultura sanitaria humanista de personalización del servicio en concordancia con la actitud autorresponsable del paciente con su propia salud; y la celeridad en la traslación de la mejor evidencia científica disponible para mejorar la efectividad en la práctica clínica.

La sociedad demanda de la comunidad médica un compromiso activo para que estos principios señalados formen parte de un modelo de excelencia sanitaria, profesional y social. Consecuentemente, la autoridad política y sanitaria debe conferir legitimidad y reconocimiento a esta función de servicio social a la ciudadanía poniendo en valor criterios de actuación como la transparencia, ejemplaridad y distinción competente.

La legitimación social de la profesión médica ante los pacientes y los ciudadanos, exige superar un determinado estigma adversarial como expresión de una cultura asimétrica que

ha distorsionado la *auctoritas* en las relaciones agenciales con otros estamentos funcionales y profesionales de la asistencia sanitaria. Creemos necesaria la redefinición de un nuevo estatuto de la profesión médica basado en determinados principios fundamentales (*Association of American Medical Colleges*): la primacía del bienestar del paciente, la autonomía del paciente como principio aplicativo de la bioética, la capacidad de autorregulación de la medicina, el conocimiento especializado orientado al bien común y la justicia social. Desde estos principios señalados, el dilema entre ética profesional y ética social o bien común, se resuelve en la propia soberanía de la ciudadanía sanitaria y en la legitimidad reconocida del profesionalismo médico.

Las reglas del juego están cambiando y la profesión médica está adaptándose a unos esquemas de trabajo en comunidades de prácticas, en donde la toma de decisiones sobre la organización y el diseño clínico, no sólo es multidisciplinaria, sino también interprofesional e interniveles asistenciales, en un proceso continuado de delegación, confiabilidad y práctica cooperativa. Sin embargo, este modelo de cambio organizativo más integrador se ve afectado negativamente porque hoy es fácilmente constatable que la fidelidad y adhesión interna de la profesión médica a sus instituciones es muy frágil, lo que se ha venido denominando desde el ámbito directivo y gestor como falta de identidad y orgullo de pertenencia a la organización. El grado de desafectación y el bajo nivel de compromiso tácito de muchos profesionales de la medicina con la misión y principios fundacionales del propio sistema, es un signo preocupante de decadencia y agotamiento del legado sanitario que fueron construyendo generaciones precedentes, y cuyas consecuencias en el ámbito laboral se manifiestan negativamente y de forma diversa: actitudes oportunistas, insolidarias, escapistas, acrílicas y utilitaristas.

El conocimiento implícito que custodian como un activo fijo las personas libres y autónomas no puede ser protegido por mecanismos burocráticos o estilos gerenciales autocráticos, máxime si la gestión de profesionales con competencias distintivas y reputación social reconocida no responde apropiadamente a sus necesidades y expectativas.

La pérdida de profesionales cualificados o la externalización de servicios de alta cualificación afectan al modelo de experiencia y aprendizaje de la organización de los centros sanitarios públicos, reduciendo y/o alterando las bases históricas del conocimiento contextual y estructurado. Por más, el riesgo añadido por la pérdida de profesionales competentes, puede dañar las redes sociales colectivas, la cultura organizativa y las relaciones de confianza en los centros, cerrando un círculo vicioso que distorsiona y debilita las prácticas de Buen Gobierno clínico en las instituciones sanitarias.

Esta dinámica indolente de desapego potencial al contrato social implícito de la profesión médica es un elemento de deslegitimación e incertidumbre para el Buen Gobierno de las instituciones, ya que no existen instrumentos jurídicos de protección del capital intelectual y social frente a la competencia oportunista que está planteado en la actualidad el sector privado, que aprovecha con notable eficacia la ausencia de una política de gobierno de personas y de desarrollo profesional consistente, atractiva y unitaria en el ámbito sanitario público.

Por tanto, ante esta realidad, las preguntas a responder serían:

- ¿Cómo prevenir para que los profesionales médicos con talento y compromiso social no se desvinculen de las instituciones públicas?
- ¿Qué incentivos serían los más apropiados para que no se produzcan “deserciones” profesionales cualificadas?
- ¿Cómo involucrar a los profesionales del conocimiento en dinámicas de excelencia organizativa y de gestión de la innovación?
- ¿Cómo atraer a los profesionales de la medicina hacia iniciativas emprendedoras, centradas en la buena práctica clínica -calidad asistencial- y sustentadas en políticas de promoción, meritocracia y reconocimiento social?

- ¿Qué mecanismos de dirección profesional serían los más efectivos para minimizar el “efecto contagio” hacia actitudes apáticas e indiferentes?

Es necesario un gobierno de personas que contemple las motivaciones y desarrollos humanos, y despliegue iniciativas atractivas para prolongar la vida laboral de la profesión médica, muy especialmente de aquellos que han mostrado una alta capacidad técnica y unos comportamientos éticos ejemplarizantes. Además, es imprescindible una política profesional que no altere la base de confianza, el clima organizativo y la cultura interna arraigada en la organización clínica con decisiones que puedan afectar al proceso implícito de legitimación y reconocimiento social.

Posiblemente pueda ayudar a encontrar respuestas coherentes a estos interrogantes una mejor comprensión de los mecanismos de integración organizativa, participación y auto-gestión vinculados a las motivaciones intrínsecas y trascendentes (teoría de las motivaciones humanas), que en última instancia determinan el grado de reputación e identidad profesional, atraktividad social, seguridad jurídica, justa compensación al compromiso con la excelencia y una mayor legitimación ante la sociedad, es decir, una filosofía sanitaria inserta en el *nuevo profesionalismo médico*.

5.5.3. Los procesos de cambio en la profesión de enfermería

En este renovado marco ético del profesionalismo, también la profesión de enfermería debe responder a los nuevos retos que demanda la sociedad en el ámbito de los cuidados de salud y liderar los cambios competenciales y sociales que exigen las nuevas responsabilidades dentro de los equipos de trabajo multi e interdisciplinares; otorgando especial atención a la integración, difusión y desarrollo del conocimiento enfermero, al rediseño de las capacidades técnicas específicas en la enfermería comunitaria, a los modelos de buenas prácticas y desarrollo de competencias avanzadas, a los procesos estandarizados basados en la mejor evidencia científica disponible, a la accesibilidad e interoperabilidad en los servicios de tele-enfermería, y al perfeccionamiento de las funciones de gobierno y gestión de los equipos directivos y funcionales en la división de enfermería de las instituciones sanitarias.

Con el programa de estudios integrado en el Espacio Europeo de Educación Superior la enfermería alcanzará un nivel de desarrollo de Grado y Postgrado Universitario en las diferentes áreas académicas de especialización relacionadas con los programas máster y doctorado, impulsando nuevas actividades reguladas por créditos ECTS para certificar los procesos de formación, investigación y gestión de los servicios y procesos de enfermería.

Los cambios demográficos, tecnológicos y sociales están redefiniendo de forma continua las competencias y funciones de la enfermería, tanto en el ámbito de los servicios especializados como en la atención primaria y comunitaria. Así mismo, tomarán especial relevancia académica dominios de conocimiento enfermero para la coordinación socio-sanitaria, la prevención y promoción de la salud en el medio familiar, escolar y en los grupos sociales más vulnerables, la gestión integrada de recursos sanitarios y sociales en los diferentes estratos y niveles de la prestación asistencial y técnica, los procesos de investigación y evaluación de la práctica enfermera y las nuevas competencias para la educación y uso racional de los medicamentos a la población.

Desde una visión de cooperación interprofesional y multidisciplinaria en los servicios de salud, la enfermería participará activamente en los procesos de gestión del conocimiento y en la evaluación de la práctica asistencial desde sus propias competencias en cuidados especializados. Este modelo de ejercicio profesional que diluye jerarquías verticales y promueve redes profesionales deberá contribuir a mejorar la calidad científica de la profesión enfermera, así como fomentar el intercambio de experiencias en comunidades de trabajo cooperativo.

Se promoverá también un desarrollo específico para la profesión de enfermería en el uso de las nuevas TICs aplicadas a los cuidados de la salud (tele-enfermería; procesos telemáticos en cuidados de enfermería), con el fin de mejorar la accesibilidad a las necesidades de

enfermos crónicos (atención preferente a la cronicidad en los procesos de enfermería), pacientes inmovilizados o estados clínicos que precisen monitorización postquirúrgica, atención domiciliar y comunitaria u otro tipo de cuidados específicos. Todo ello exige el despliegue y la potenciación de nuevas competencias avanzadas en enfermería, para orientar sus propios procesos de innovación y garantía de excelencia profesional.

La profesionalización, el modelo de Buen Gobierno y meritocracia, el desarrollo de nuevas competencias directivas y gestoras, y la gestión del conocimiento en enfermería, serán los ejes centrales de actuación en todos los procesos de promoción y desarrollo de esta profesión en las instituciones y centros sanitarios.

5.5.4. La renovación del Contrato Social de las profesiones sanitarias

Los profesionales de la salud se sienten participes de este gran activo de la sociedad española que es el SNS, y se encuentran comprometidos en su mantenimiento y mejora, contribuyendo a su sostenibilidad interna poniendo en práctica una cultura de servicio basada en el humanismo científico y en el interés social.

Este vínculo profesional de adhesión al Derecho Constitucional a la protección de la salud, actúa como garantía pública sustantiva e incondicional para los pacientes y ciudadanos que son los destinatarios principales del servicio sanitario.

Sin embargo, ante la crisis de liderazgo político y gestor en los servicios sanitarios públicos de nuestra Comunidad, muchos profesionales, con independencia de su pensamiento ideológico y social, asisten desconcertados y turbados a esta situación y comprueban -día a día- que en este clima tan adverso son muy difíciles los consensos y transacciones inherentes a cualquier organización compleja en una sociedad abierta y plural. Si tenemos en cuenta el cambio tecnológico y social que está afectando a la medicina y a la sanidad, y que sin duda, se acelerará en los próximos años, nos inquieta que los problemas de rectoría política y de gestión sanitaria pública puedan entrar en una senda de difícil sostenibilidad económica, de deterioro de la calidad, de atomización organizativa en el funcionamiento de los servicios y notoria desafección profesional.

Existe una sensibilidad creciente entre los profesionales de la salud para que se produzca un profundo proceso de cambio en su función social que refuerce su reconocimiento y legitimidad ante la sociedad; superando el modelo paternalista que ya enunció Iván Illich en su libro *Némesis Médica*¹, donde se cuestiona el status quo tradicional entre profesión médica y ciudadanía, y se legitiman nuevos valores que refuerzan los principios de autonomía, altruismo, moralidad y responsabilidad social.

Desde su compromiso moral con la medicina y la sanidad pública, los profesionales de la salud vienen emplazando a las instituciones y a las entidades políticas para que asuman su responsabilidad y promuevan un espacio de reflexión y consenso, en donde se cimienten las raíces de un necesario Pacto Sanitario que legitime ante la sociedad esta prestación social preferente; porque se sienten tutores de los derechos de los pacientes, de sus Garantías Constitucionales de equidad en los servicios sanitarios y del vínculo de solidaridad que representa el arraigo de ciudadanía social. Esta filosofía sanitaria está inserta en el contrato social del *nuevo profesionalismo sanitario*.

Encajar, por tanto, una propuesta política reformista -en clave de iniciativas de innovación organizativa y del sistema productivo- en la cultura emprendedora del profesionalismo sanitario, es a nuestro entender uno de los principales desafíos a los que se enfrenta el proceso de modernización de los servicios de salud en la Comunidad de Madrid.

Los que pensamos que el progreso de la medicina, el avance de la ciencia y la construcción de sociedades más prósperas, justas y solidarias, son parte de una misma vocación universalista e integradora, no nos resignamos a que los servicios sanitarios públicos entren en una deriva de deterioro, fragmentación y desmotivación. Y queremos que nuestro legado a las jóvenes generaciones de profesionales de la salud incluya un mensaje de esperanza, responsabilidad y compromiso.

¹Random House, Inc. Pantheon Books. 1976

El vínculo contractual implícito entre las profesiones sanitarias y los pacientes adquiere particular relevancia y legitimación social en determinadas garantías públicas:

- La figura del médico personal -personalización- como garantía pública incondicional en atención primaria, con accesibilidad directa para el paciente (Internet, telefonía...).
- El facultativo especialista de referencia en el hospital, identificado y accesible por el paciente y por el médico personal de atención primaria, actuando como interlocutor en el proceso asistencial ante los equipos profesionales y otras demandas internas que pudieran ser necesarias para una gestión integrada de su enfermedad.
- Las garantías jurídicas y médicas de adecuación selectiva y transparencia en el sistema de listas y tiempos de demora (gestión de citas facilitada por sistemas informáticos, telefonía o telemática) y en el acceso a la información de la historia clínica.
- El ejercicio de derechos de elección a través de esquemas integrados y coordinados (servicios del área o distrito de salud), reforzados mediante mecanismos de segunda opinión médica y derivaciones reguladas, así como un sistema de arbitraje garantista para proteger los derechos de los pacientes.
- Un mayor desarrollo de la función y actividades de la enfermería comunitaria para el apoyo y tutela asistencial a pacientes crónicos, complejos y frágiles, las consultas de promoción, prevención y educación de la salud, así como los cuidados de proximidad a pacientes y familiares.
- La tutela pública en el respeto a la dignidad humana y la autonomía del paciente como ejes de toda práctica asistencial, con especial protección y responsabilidad moral en el ejercicio y actuaciones del final de la vida -con el acompañamiento y apoyo a la familia-.

5.5.5. Las Instituciones Colegiales como garantes de los derechos de los pacientes y de la sociedad

Sabemos que las profesiones sanitarias influyen, positiva y de forma determinante, en el progreso de la sanidad y que, además, como consecuencia de los grandes cambios sociales y de las “mutaciones” científicas y tecnológicas, debe plantearse una revisión -desde la ética pública y profesional- del contrato social para su eventual renovación. Por ello, es importante tomar conciencia de la propia identidad y del peso social de las profesiones y de sus organizaciones representativas y colegiadas para influir de forma proactiva en la política, la economía social y en la sociedad.

Las organizaciones profesionales colegiadas son entes insustituibles del tejido colectivo público en todas las sociedades democráticas avanzadas y aportan uno de los componentes más valiosos del capital social: el conocimiento especializado y los valores reconocidos. En todos los países desarrollados, con independencia de su regulación y arquitectura organizativa, estas instituciones tienen una función agencial especialmente relevante en la conformación de la opinión pública y en las políticas relacionadas con su área de conocimientos idiosincrásicos, por su notable influencia en la sociedad.

Los Colegios Profesionales están llamados a ejercer sus funciones sociales indelegables para preservar los valores del profesionalismo sanitario mediante una permanente revisión de sus modelos, prácticas y relaciones, para así adecuarse a las necesidades, expectativas y demandas de la sociedad de nuestro tiempo. Recuperar el pleno reconocimiento social de la función de servicio público de las profesiones sanitarias, es una exigencia irrenunciable de la misión ética de estas instituciones representativas porque forma parte constitutiva de su identidad fundacional y legitimidad social.

Para que se institucionalice este compromiso con la sociedad, es imprescindible que en estas instituciones colegiales exista un liderazgo ejemplarizante, declarando de forma expresa esta voluntad de principios honorables y altruistas en el propio *contrato social*, verdadera carta de reputación moral ante la ciudadanía.

El liderazgo del entramado profesional en el sector de la salud requiere por tanto de un pronunciamiento explícito ante la sociedad, formulando como compromiso público un *contrato social* vinculante entre estos entes representativos y los pacientes, los ciudadanos y la administración sanitaria. Estas corporaciones de derecho público sustentan su autoridad y credenciales cuando centran su responsabilidad principal en la tutela de los derechos e intereses de los pacientes, en el bien común y en la justicia social.

Los derechos de los pacientes y de la sociedad son los vectores de adhesión al propio sistema sanitario por medio del *contrato social* que se legitima básicamente en dos cláusulas

las definitivas: en primer lugar, la propia actividad profesional tutelando los derechos de los pacientes; en segundo lugar, el compromiso institucional colegiado con los ciudadanos, postulando acciones que otorguen a éstos garantías públicas y autonomía soberana como expresión natural de sus competencias subsidiarias. *Institucionalismo colegial y soberanía ciudadana* representan las bases de legitimación social de las profesiones sanitarias.

Los entes colegiales deben revitalizar su liderazgo, rectoría institucional y reputación social para hacer posible la aplicación de los valores del profesionalismo sanitario y fortalecer la base de confiabilidad que la sociedad les otorga para tutelar, desde su independencia y capacidad de autogobierno, los intereses relacionados con la salud de los pacientes y la población, elementos básicos que constituyen las credenciales identitarias del *nuevo contrato social*.

Todo ello es el resultado de la confianza y legitimación social otorgada hacia las profesiones sanitarias para que estas definan su propia identidad institucional, competencias de autorregulación y gobierno corporativo, para así poder:

- Legitimar el ejercicio de la práctica clínica.
- Desarrollar con independencia sus propios dominios profesionales.
- Definir estándares de calidad y principios bioéticos de buena práctica.
- Aplicar los códigos deontológicos en la defensa de los pacientes.
- Gestionar los procesos de autorregulación y licencia de ejercicio.
- Instrumentalizar los procedimientos legales de certificación y recertificación profesional.
- Establecer sus específicas trayectorias de aprendizaje y custodia del conocimiento idiosincrásico.
- Intermediar en funciones de arbitraje en los conflictos profesionales, laborales y sociales.
- Liderar la aplicación de las bases del profesionalismo ético y social en las instituciones sanitarias.

Los Colegios Profesionales como seña de identidad vienen expresando su voluntad de conformar un renovado Contrato Social que refuerce su base de legitimación pública, bajo las siguientes cláusulas y compromisos:

- Garantizar junto con los poderes públicos y autoridades sanitarias, los principios de protección y tutela efectiva del derecho a la salud fundamentados en nuestra Constitución.
- Promover y liderar el nuevo profesionalismo sanitario, que significa en la práctica un compromiso de adhesión a los principios aplicados de la bioética como guía de actuación,
- Hacer un uso responsable y socialmente eficiente de los recursos públicos disponibles, desarrollando desde el saber reconocido *auctoritas* sus competencias idiosincrásicas con independencia, libertad de juicio y autonomía responsable.
- Poner en valor la cultura humanista y compasiva en los diferentes ámbitos y niveles del ejercicio profesional.
- Ser agentes de la salud ejemplarizantes, tanto en el cumplimiento de las normas legales y éticas, como en las conductas que deberán ser moralmente intachables en el servicio a la sociedad.
- Establecer los estándares de calidad (evaluación y acreditación) y buena práctica asistencial.
- Reconocimiento legal y social de los instrumentos necesarios para la formación continuada y el perfeccionamiento competente, así como del sistema de credencialismo profesional (licencias de ejercicio, certificación y recertificación/ revalidación).
- Revisión permanente del código deontológico y ético-social que guíe todas las actuaciones profesionales en los servicios sanitarios.

Entendemos por tanto que el *nuevo contrato social* impele a las profesiones sanitarias y a su representación colegial a adherirse de forma expresa a los principios constitucionales que otorgan seguridad jurídica y garantías públicas a la prestación sanitaria, así como al derecho a la protección de la salud.

Las instituciones colegiales tienen que seguir velando para que todas estas garantías hacia los conciudadanos formen parte del *nuevo contrato social*, y con este fin, deben promover desde el Buen Gobierno una dinámica de servicio a la sociedad que refuerce su legitimidad,

siendo sus ejes de actuación: el respecto a la verdad, la primacía de la bioética, la tutela de los derechos sustantivos de los pacientes y el humanismo científico.

La sociedad civil más cohesionada y socialmente representativa nos está convocando a desarrollar un nuevo profesionalismo, más activo y comprometido; un profesionalismo que pueda ser una llamada a las nuevas generaciones para que recojan el testigo de revitalizar a la vez la medicina y el sistema público de salud.

Bases y propuestas de consenso para un modelo renovado de Colegios Profesionales Sanitarios

- Creación de un Consejo o Comisionado vinculado a las Organizaciones Colegiales y participado por la sociedad civil soberana (asociaciones ciudadanas y de pacientes, agentes sociales, organizaciones cívicas y éticas...).
- Participación de los pacientes y de la sociedad civil en las comisiones deontológicas y bioéticas de las Instituciones Colegiales velando por el cumplimiento estricto del profesionalismo bioético.
- Constitución de un comité de insigne o notables -como representación del saber reconocido en el ámbito jurídico, sanitario, académico, científico, económico y social-. Sus miembros:
 - Serán elegidos por procedimientos democráticos de Buen Gobierno.
 - Deberán ser exponentes de ejemplaridad pública, cívica y profesional.
 - Actuarán agencialmente desde la plena independencia, reputación moral y reconocimiento de la sociedad.
 - Representarán los diferentes pensamientos e ideologías de una sociedad plural y pluralista.
 - Su responsabilidad estará centrada en: el análisis de las grandes transformaciones sociales que inciden y modulan la práctica de las profesiones sanitarias (observatorio profesional y social); la función de arbitraje en los conflictos de interés; el juicio ponderado sobre los dilemas morales que hoy se presentan en el ejercicio profesional; la valoración de la mala praxis y procesos de incompatibilidades que pudieran afectar a la base de legitimación del profesionalismo; y por último, la regulación del nuevo contrato social explícito.
 - Garantizarán que todos los informes y actas que se emitan por los órganos competentes serán de dominio público.
- Reconocer a los Colegios Profesionales un marco preferente de interlocución y negociación -en representación de los intereses profesionales y sociales- en los Órganos de Gobierno de las instituciones políticas, sanitarias y sociales de la Comunidad de Madrid.
- Crear la figura del defensor del paciente como miembro representativo en los Órganos de Gobierno Colegial.

5.6. El Pacto de los Agentes Económicos y Sociales para la Sostenibilidad del Sistema

5.6.1. El entorno económico y fiscal

Los efectos de la crisis financiera y económica global han desestabilizado las finanzas públicas de los países socialmente avanzados, condicionando como consecuencia -y de forma determinante- las políticas sociales en lo que respecta a prestaciones sociales preferentes, y en particular a los servicios sanitarios que, ya hoy, están enfrentando desequilibrios presupuestarios graves que ponen en riesgo real su sostenibilidad.

La mayoría de los expertos coinciden en que la recuperación en la mayoría de las economías avanzadas será débil y se verá lastrada por el gigantesco endeudamiento de familias, empresas y entidades financieras, junto a la singular deuda soberana en Europa y EE.UU.

En 2010 hemos continuado en situación de estancamiento, con crecimiento del PIB del -0,1 %, todo ello junto a un panorama ciertamente inquietante de endeudamiento global, racionamiento crediticio severo, débil inversión privada y tasas de desempleo en torno al 20 % sobre población activa.

Tenemos además que anticipar el calendario de reducción del déficit público contemplado en el Plan de Estabilidad Fiscal, ante nuestra situación crítica económica, financiera y fiscal. El dique de contención en el déficit público (la nueva vara de medir) contemplado

en este exigente programa de desempeño fiscal se ha situado en 2010 en el -9,3% del PIB y en 2011 en el -6,0% del PIB.

También las Comunidades Autónomas y Ayuntamientos tendrán que corresponsabilizarse en políticas de ajuste presupuestario, recortando en torno a 1.500-2000 millones de euros del monto total de déficit público. Es por tanto inexcusable la coordinación institucional de la Administración Central con los Gobiernos Autonómicos para ejecutar imperativamente la política de consolidación fiscal y racionalización del gasto público.

Además, en algunas economías desarrolladas como la española deberá modificarse el modelo productivo, reubicando el talento desde sectores maduros a otros con mayor valor añadido y para impulsar un crecimiento sostenible y creación de empleo cualificado.

Las políticas públicas de progreso -bien entendidas- hay que abordarlas -sin duda-, tanto por la vía de los ingresos, con políticas tributarias progresivas y socialmente eficientes, además de medidas determinantes contra el fraude fiscal; como por el lado del gasto, siguiendo criterios de eficiencia asignativa y social, junto al despliegue de instrumentos de garantía y control para identificar el uso abusivo y fraudulento de recursos públicos en funciones de tutela, protección y preferencia social.

En este contexto de incertidumbre los agentes económicos y sociales deben contribuir no sólo a la sostenibilidad del sistema sanitario, sino también a dinamizar el conjunto de las políticas públicas de nuestro país. Es el momento de plantear responsablemente lo que todos podemos hacer por el sistema para mejorar sus funciones y prestaciones.

5.6.2. La responsabilidad institucional de la empresa moderna

Las dinámicas de cambio adaptativo a las que tienen que enfrentarse las organizaciones y empresas modernas para mejorar la eficiencia económica, rentabilidad y sostenibilidad a largo plazo, forman parte de su responsabilidad social corporativa, que exige la creación de valor para todos los agentes que contribuyen a sus fines y misiones.

Creemos que acorde con la teoría antropológica y humanista de la responsabilidad social de la empresa, es inseparable la creación de valor económico con la contribución al bienestar de toda la sociedad atendiendo a las necesidades y motivaciones de la población. Esta cultura corporativa requiere de un modo de pensar y de actuar comprometido con una acción redistributiva orientada al bien común, es decir, mediante un ejercicio de libertad socialmente responsable ante la ciudadanía.

Esta responsabilidad social se habilita en su propio concepto y valor "per se", porque las organizaciones económicas no sólo existen para la consecución de beneficios corporativos y maximización de valor para los accionistas, sino también para desempeñar actividades para el conjunto de la sociedad. Dado que los objetivos y los factores económicos y sociales son interdependientes, la búsqueda del equilibrio entre todas las actividades agregadas en los sistemas productivos eficientes, constituye la verdadera tarea de gestión empresarial en el siglo XXI. Estas funciones creadoras de valor no sólo se circunscriben al ámbito estrictamente societario o económico, sino también al intrínsecamente ético y social.

Esta visión de la empresa moderna que trasciende a su propia naturaleza económica, ayuda a entender otras dimensiones sociales que se focalizan en la dignidad de las personas, el bienestar común, la cultura solidaria, la prosperidad de la comunidad, los deberes de justicia, los derechos humanos y también el liderazgo medioambiental, contribuyendo a desarrollar el capital humano, cívico y moral de las instituciones y del tejido social. Son estas virtudes y deberes de ciudadanía empresarial y de desarrollo humano las que deben ser aplicadas -porque se consideran imprescindibles- para la creación de riqueza y prosperidad colectiva.

Las compañías que operan en el sector sanitario son especialmente activas en presentarse a sí mismas como empresas que actúan con principios éticos y sentido de ciudadanía corporativa (corporate citizenship). En sus webs institucionales y en sus memorias anuales la responsabilidad social es parte relevante de sus principios rectores identitarios.

Pero más allá de credos, códigos éticos y toda gama de acciones filantrópicas para mejorar la imagen social de estas importantes corporaciones, su responsabilidad social debe atender y contribuir a fortalecer las propias funciones de valor del sistema sanitario y a potenciar el desarrollo para el conjunto de la sociedad.

Dada la naturaleza de la función sanitaria como bien público preferente, los agentes y grupos económicos del sector deben velar por la rentabilidad social, competencia y sostenibilidad de los servicios sanitarios, máxime en situaciones como la actual de difícil equilibrio en las finanzas públicas que exige ajustes y sacrificios que, en justicia distributiva, no deben menoscabar la prioridad por el interés general y colectivo, más allá de los legítimos intereses particulares.

Creemos que para maximizar el impacto sanitario de las contribuciones sociales de las empresas del sector, las estrategias deben ser globales y continuadas, conocer los límites y reglas del juego de la responsabilidad ante la sociedad y el compromiso corporativo, centrar los objetivos en la comunidad reforzando la credibilidad y mantener la coherencia interna en sus actuaciones; ello exige liderazgo, diálogo democrático y cultura de excelencia para hacer a las instituciones económicas más responsables con el bien común, mejorar su capacidad de comunicación con la sociedad e impulsar la investigación socialmente responsable e innovadora. Esta cultura corporativa genera confianza y sociabilidad, que son dos atributos relevantes del capital social de los entes económicos modernos.

5.6.3. Un marco de convergencia de los agentes sociales con el sistema sanitario público

Los agentes sociales vienen considerando al SNS como un sector estratégico de la economía de conocimiento generador de riqueza, bienestar, innovación científica y empleabilidad cualificada.

También vienen expresando la confianza en el futuro del sistema sanitario público -y en sus principios fundacionales de equidad social y solidaridad-, como gran patrimonio colectivo de todos los españoles, al cual los trabajadores y empresarios prestaron su impulso histórico, su capitalización básica y su legitimación como derecho social irrenunciable. Siendo artífices de este hito del estado social, es necesario renovar su compromiso en aras a consolidar para las próximas generaciones este servicio fundamental del bienestar, respaldando medidas estructurales que puedan necesitarse para mantener el alto nivel de calidad en las prestaciones públicas.

Todos necesitamos que en su acción social preferente asuman el liderazgo y el reto de transformación de los servicios sanitarios públicos, para que éstos sigan representando en el futuro una prestación central en la protección individual y colectiva de la salud, superando los desafíos que hoy la crisis económica y de legitimación puedan cuestionar el cumplimiento de sus misiones.

Por estas razones los agentes sociales están planteando la necesidad de que el sistema sanitario público tenga una consideración superior como sector de negociación para, con los instrumentos apropiados, abordar los temas esenciales de naturaleza laboral y social vinculados a la sostenibilidad, financiación, gobernabilidad, cohesión social y solidaridad, teniendo en cuenta que son copropietarios históricos del sistema y que por ello deben comprometer la renovación del *Contrato Social* para esta política pública del bienestar.

Creemos que los agentes sociales y económicos deben también participar en el control y seguimiento de los servicios sanitarios públicos apoyando sus objetivos y refrendando sus resultados (sociales, sanitarios, financieros...) cuando estos son socialmente eficientes y responden al interés general. El diálogo social y la cultura de convergencia hacia los intereses colectivos son los elementos primordiales para orientar de forma compartida las iniciativas de modernización de la gestión sanitaria en aras a la cohesión social y el bien común.

Una alternativa sanitaria de progreso debe ir más allá de un planteamiento meramente formal o "administrativista", atribuyendo a los agentes sociales un rol más activo y pro-

minente en aquellos aspectos relacionados con la sostenibilidad, es decir, con la definición estratégica del sistema sanitario.

Por ello entendemos necesaria -quizás hoy imprescindible- su participación en la co-gestión pública y rectoría institucional dentro de los órganos de gobierno de las instituciones sanitarias y sociales.

La forma más eficaz de impulsar un Acuerdo sería que los agentes sociales: empresarios y trabajadores (patronal y sindicatos) pudieran compartir y unificar criterios de valor común que posibilitaran a los partidos políticos tomar el compromiso del *Pacto Sanitario*, tal como sucedió con el Pacto de Toledo. Si los agentes sociales alcanzaran un Acuerdo sólido y vinculante, los partidos políticos (especialmente el PSOE y el PP) se verían en razón al interés general emplazados a respaldarlo públicamente.

El Contrato Social de los agentes económicos y de las organizaciones sindicales representativas aporta un vínculo clave de legitimidad a los cambios que el SNS precisa para su sostenibilidad y cohesión social; nos referimos a los agentes productivos en un sentido amplio y que históricamente, con sus cuotas, han aportado los activos esenciales sobre los cuales se ha venido construyendo el patrimonio común y las redes asistenciales públicas.

Nuestra convicción desde la ética social entiende que la provisión pública de servicios sanitarios debe seguir un crecimiento orgánico en sus activos esenciales o estratégicos para definir el futuro del SNS, haciendo evolucionar el modelo organizativo hacia una moderna y eficiente gestión y evitando todo proceso -interesado y utilitarista- de fragmentación y ruptura de la cadena de valor de los servicios esenciales de titularidad pública. Nos incumbe preservar y garantizar desde un Pacto Social renovado la consistencia interna y la cohesión del sistema colectivo de la salud. Conviene para este fin:

- Establecer políticamente un sistema de co-gestión económica y social responsable para la gobernabilidad colegiada de los servicios sanitarios públicos.
- Poner en valor un modelo de negociación cooperativa o colaborativa que legitime la participación efectiva y el compromiso de los agentes sociales con los objetivos generales del sistema, de sus instituciones y redes sanitarias, así como también en la definición estratégica y operativa de las políticas profesionales y laborales.
- Promover la igualdad de oportunidades real en el acceso a la función pública y gestionar con mayor flexibilidad, eficacia, celeridad y transparencia la cobertura de los puestos de trabajo. Serán expresión de una política de progreso la calidad del empleo (reduciendo las situaciones de temporalidad), los derechos laborales y sociales, así como la movilidad y adaptabilidad de los recursos humanos a las nuevas necesidades de servicio a los pacientes.
- Articular -de forma decidida e inequívoca- mecanismos de corresponsabilidad compartida entre las autoridades sanitarias, gestores públicos y agentes sociales para, desde la legitimidad del Buen Gobierno, poder intervenir y corregir de forma determinante, en aplicación del derecho público, aquellas disfunciones, actitudes y comportamientos laborales ética y socialmente inaceptables como la desafección a la institución empleadora, la improductividad en el desempeño profesional, la incompetencia técnica y relacional probada en el puesto de trabajo, el absentismo abusivo, reprochable e injustificado, y toda actitud deliberadamente irresponsable que no contribuya a dignificar la vida laboral y robustecer el capital social en los servicios sanitarios públicos.

5.6.4. Nuevas dinámicas en el sindicalismo de progreso

El marco de derechos sustantivos y de garantías recogidas en nuestra Constitución, otorga al *principio de cohesión social* un valor preferente desde la ética pública dentro del proceso de legitimación democrática del Estado de Derecho.

Los cambios acaecidos durante los últimos años en el ámbito político, económico y social han modificado sustancialmente la realidad, lo que obliga a revisar los fundamentos ideológicos y programáticos a todas las organizaciones públicas y sociales, entre las cuales los sindicatos ocupan un espacio de representación insustituible en las instituciones y en la sociedad civil. El papel de los sindicatos, como contrapoder, es imprescindible al tiempo que condición para poder hablar de Estado Social de Derecho.

Es obligado reconocer en nuestra historia sanitaria que con frecuencia los agentes sociales del sistema, sea por acomodación o desconfianza, han venido actuando -desde su propia legitimidad- de forma disuasoria incluso ante las más livianas propuestas reformistas que en algún momento han sido planteadas por las administraciones públicas. Esta cultura reactiva en la acción sindical no ha facilitado determinados cambios organizativos

y laborales que todo sistema social complejo exige para modernizar, tanto los instrumentos de gestión pública, como las políticas de personal, dentro de la función de producción de los servicios sanitarios.

Sin embargo, creemos que el *sindicalismo del siglo XXI* debe actuar con un espíritu emprendedor liderando con ejemplaridad pública los procesos de cambio necesarios para garantizar la viabilidad, gobernabilidad y cohesión social del SNS. Es el momento del ser, además del estar.

El compromiso democrático de los sindicatos para dinamizar las políticas de integración y convergencia social en un sistema sanitario plenamente descentralizado es hoy indiscutible e insustituible; máxime, ante las tendencias crecientes de determinadas fuerzas centrifugas asociadas a hegemonías económicas, grupos de presión gremiales y activismos corporativos insolidarios, que siguen actuando de una forma utilitarista y excluyente desde una apariencia de pragmatismo socialmente responsable.

Renovar el Acuerdo Social desde un revitalizado sindicalismo de progreso es hoy más que nunca necesario porque la sostenibilidad, equidad, calidad y eficiencia no están garantizadas por las normas, procedimientos o credos ideológicos; y los sindicatos deben ser garantes principales de la solidaridad intergeneracional en aquellos programas sociales preferentes tendentes a corregir los problemas y las desigualdades en salud.

Las grandes transformaciones sociales interrogan al sindicalismo de progreso del siglo XXI y plantean nuevas paradojas, dilemas y desafíos de futuro. Por ello se precisa:

- Reforzar la legitimidad social interna y externa de las actividades y misiones propiamente sindicales.
- Dignificar y enaltecer las formas de participación social emprendedora y el modelo de co-gestión pública responsable.
- Contribuir a la sostenibilidad del sistema sanitario reforzando el capital social, cívico, reputacional, moral y cultural de nuestras instituciones.
- Conjugar en la acción sindical las dimensiones de solidaridad, eficiencia, cohesión social y sostenibilidad.
- Reafirmar el compromiso para mejorar y transmitir el legado sanitario a las próximas generaciones.
- Conseguir desde el diálogo constructivo el óptimo social en los procesos de negociación, arrinconando los conflictos de interés y toda actitud reduccionista, sectaria e insolidaria.
- Dar carta de naturaleza y de corresponsabilidad social a los sindicatos en los procesos de modernización organizativa y gestora de los servicios sanitarios públicos.
- Custodiar y proteger el acervo histórico, las credenciales institucionales, la cultura social y el capital fundacional del propio sistema de salud, patrimonio colectivo de todos los españoles.
- Transitar hacia modelos de Buen Gobierno sindical guiados por los valores universales y humanistas que impregnan la identidad de los servicios sanitarios públicos en una sociedad plural y pluralista.
- Hacer del Pacto Sanitario -al que todos estamos convocados- el mejor instrumento de consenso político y social, que nuestra sociedad exige y merece.

5.6.5. La legitimidad del Pacto con las organizaciones económicas y sociales

Promover y fortalecer el diálogo social es un proceso de responsabilidad y legitimación democrática. Esta clara afirmación toma hoy una especial relevancia, porque cualquier salida a la situación actual de crisis económica, de saldos presupuestarios públicos deficitarios y de incierta confianza política y social, va a requerir de la construcción de profundos consensos entre todas las administraciones, instituciones y agentes que formamos parte activa de una sociedad compleja y en continua transformación.

Es posible que la conclusión final del debate que estamos proponiendo y que define nuestro modo de entender el proceso de modernización de los servicios sanitarios públicos de la Comunidad de Madrid, nos lleve a considerar que la propuesta de Acuerdo Social con todos los agentes del sector no sólo es deseable, sino imprescindible.

Para nosotros, lo que resulta verdaderamente importante es si en este proceso de elaboración y propuesta al debate público y social de un modelo de sistema sanitario sostenible -que para la Comunidad de Madrid representa el Libro Blanco-, habrá que ir teniendo en

cuenta un horizonte de diálogo franco; y por tanto, las iniciativas que se avancen tendrán que pasar necesariamente el test de aceptabilidad por sindicatos y patronal, en aras al consenso. Porque sin esta convergencia por el interés general, más allá de las legítimas diferencias de visión sanitaria, será más difícil el necesario -y apremiante - Acuerdo Social.

Tenemos la convicción de que si las propuestas que finalmente realice el *Libro Blanco* son potencialmente asumibles por las organizaciones empresariales y sindicales -con las dosis de flexibilidad que el diálogo impone-, será entonces evidente que el proceso de reflexión compartida y de negociación política y social habrá merecido la pena.

5.7. El Compromiso de las Corporaciones Locales con la Salud de los Ciudadanos

Las Administraciones Locales, como entidades financiadoras y administradoras de servicios públicos esenciales para los ciudadanos, tienen la responsabilidad social de impulsar proyectos y acciones encaminadas a la promoción de entornos saludables y seguros en el marco de la salud pública. Por más, las intervenciones correctoras sobre los factores que inciden en la salud individual y poblacional, como consecuencia de las desigualdades y situaciones de exclusión social, vienen siendo objetivos prioritarios en la gobernanza municipal por su carácter integrador y protector del bienestar de la comunidad.

Desde la cercanía y el contacto directo de las Administraciones Locales con la ciudadanía, se deben configurar modelos de gestión que posibiliten utilizar técnicas de investigación operativa para establecer prioridades desde un contexto intersectorial de la salud pública. Asimismo, en éste área de intervención, y con la participación de los agentes sociales como interlocutores de primera instancia, se deberán analizar las nuevas demandas, allí donde se reconocen entornos sociológicos con mayores necesidades y dependencias, promoviendo de forma continuada iniciativas de salud comunitaria y medioambiental.

Se requiere innovar socialmente -en este ámbito de proximidad ciudadana- con estrategias de vigilancia y control frente a factores de riesgo y hábitos de vida que puedan afectar a la salud de los ciudadanos; de hecho, es responsabilidad de las Corporaciones Locales establecer *planes marco intersectoriales* de salud con sus dispositivos tecnológicos de soporte y otros mediadores de servicio a la comunidad como las *escuelas de promoción de hábitos y entornos saludables*. En esta tarea los propios Ayuntamientos y los Consorcios Públicos con participación municipal deberían apoyarse en instituciones académicas y docentes (Universidades, Escuelas de Salud Pública, etc.) mediante *convenios o redes sociales de colaboración*, para dar soporte científico-técnico a los estudios, programas y proyectos, así como en la definición de indicadores de evaluación y control de la salud en la comunidad local.

En el ámbito de las políticas municipales de carácter transversal para el fomento de la equidad social, son los planes de salud, así como otras acciones preventivas dirigidas preferentemente a los grupos de riesgo y de mayor vulnerabilidad, los que deben formar parte del propio *contrato social* con la ciudadanía. Y añadiríamos, que un eje vertebrador de las actuaciones públicas municipales debe ser la promoción de los hábitos saludables de la población por medio de programas educativos y acciones específicas directas, algo a lo que difícilmente llegan otras administraciones.

A pesar de que con frecuencia las Administraciones Locales consideran que sus competencias sanitarias y sociales son muy reducidas, los Ayuntamientos sí pueden y deben intervenir de manera activa adoptando iniciativas relevantes sobre todo lo que se viene denominando como "*salud en todas las políticas públicas*".

A este respecto, y dado que las Corporaciones Municipales sí poseen competencias importantes en la regulación de la actividad social y económica (industria, transporte, urbanización, empleo, asistencia social, educación...), su capacidad de mediación y arbitraje por medio de acciones específicas y programas de salud pública es insustituible. Es necesario asegurar que todas las políticas públicas garantizan el mejor impacto posible sobre la salud de los conciudadanos y, al mismo tiempo, que sus actividades de tutela sobre el tejido

industrial y empresarial (ordenanzas, autorizaciones administrativas, servicios de inspección, etc.) minimizan los riesgos para la salud humana.

Creemos, desde una cultura democrática de progreso, que la participación ciudadana es un elemento de cohesión social en todas las políticas municipales, por su contribución activa sobre determinados aspectos hacia donde deben dirigirse los esfuerzos y prioridades para mejorar los servicios y las iniciativas de salud pública. En particular, este derecho de participación ciudadana en los Consejos de Salud y otros órganos de representación social es una garantía de Buen Gobierno municipal y de transparencia democrática, y ayuda a poner en valor las políticas públicas y otros determinantes del bienestar y de la calidad de vida de la población. Por ello, la promoción y la prevención de la salud deben ser ejes centrales en la responsabilidad de la gobernanza pública de los municipios.

Sin duda, es un signo político de preocupación que el Gobierno de la Comunidad de Madrid no haya mostrado interés en desarrollar los órganos de participación ciudadana en el marco institucional de los Consejos de Salud, como así lo contemplaba la LOSCAM. Este déficit de buena práctica de gobierno ha determinado que los compromisos y las demandas relacionadas con la salud y la sanidad pública, se hayan tenido que canalizar exclusivamente en el ámbito de los Consejos Municipales de la Salud en aquellos municipios que por su política social participativa los tienen ya constituidos, poniendo en valor democrático esta responsabilidad de ciudadanía pública.

Los movimientos ciudadanos y sociales más comprometidos con los servicios sanitarios y la salud comunitaria vienen asumiendo crecientemente un rol de corresponsabilidad y compromiso de participación democrática, interviniendo proactivamente en la definición de las políticas públicas sectoriales y en otras propuestas sobre las prioridades en materia de salud pública, dando legitimidad al *principio de subsidiariedad* y poniendo en valor el consenso social en el ámbito municipal.

A este respecto conviene remarcar que la corresponsabilidad de los movimientos ciudadanos con las políticas de salud es un activo social imprescindible en la cultura cívica y en el capital social presente en la vida de los municipios, por cuanto que refuerza las bases de participación democrática de un modelo de convivencia y desarrollo humano, y atribuye legitimidad a las competencias subsidiarias de ciudadanía en la comunidad. El fomento de los movimientos asociativos, y de todo tipo de iniciativas altruistas y solidarias, debe también formar parte de la agenda política en el gobierno municipal, porque es a través de estos foros y redes cooperativas de servicio a la sociedad como se promueve el capital ético, social y cultural en la vida de los municipios.

En la creación de redes sociales solidarias en la comunidad local, las TICs son un buen instrumento facilitador para re-canalizar las vías de participación que hagan posible la expresión democrática y de ciudadanía responsable, contribuyendo a que las demandas se ajusten a patrones de necesidad en la salud pública del municipio, principalmente en aquellos colectivos con mayor precariedad económica y exclusión social.

La desigualdad en el desarrollo de competencias y programas entre municipios o distritos municipales de la Comunidad de Madrid en materias vinculadas a la salud pública; así como la variabilidad existente en las poblaciones locales sobre los planteamientos y ejecución de las actividades de prevención y educación sanitaria, determina -y exige- la necesidad de una co-gobernanza intermunicipal subsidiaria en estas políticas públicas esenciales mediante instrumentos de coordinación. Esta orientación unitaria en el ámbito de responsabilidad política de los municipios, permitiría compartir objetivos estratégicos, adecuar y asignar con eficiencia social recursos, alinear intereses comunes y evaluar el grado de efectividad de los programas de salud pública desde una perspectiva global e integradora en ciudades y municipios de la Región.

Desde una cultura política que sustenta su legitimidad en valores de transparencia democrática y de servicio al bien común, creemos que en los órganos rectores de los diferentes estratos y niveles de la estructura sanitaria (atención primaria y comunitaria; hospitales y áreas de gobernanza política), la representación de los municipios deberá institucionalizarse, contribuyendo corresponsablemente desde sus propias competencias a impulsar políticas locales activas y transversales que coadyuven a mejorar la salud y el bienestar de

los ciudadanos; todo ello bajo la tutela de un Consejo Regional de Salud Inter-Municipal que, entendemos, habrá de ser constituido bajo el auspicio de un *gobierno de progreso* en la Comunidad de Madrid.

Esta filosofía de política pública y social se contempla en la futura Ley de Salud Pública que promueve el Gobierno de España, y que será un instrumento de corresponsabilidad social y cohesión sanitaria que garantizará un papel preferente competencial a los Ayuntamientos en la coordinación e implementación de las políticas orientadas a la salud de los ciudadanos.

Con estas ideas pretendemos ofrecer la posibilidad de enriquecer el debate acerca del futuro de las responsabilidades y competencias municipales en el contexto de la salud pública, fortaleciendo las funciones de Buen Gobierno, el papel de subsidiariedad ciudadana y la cohesión social como seña de identidad y de progreso en la comunidad.

Los Ayuntamientos, como administraciones públicas de servicios a la comunidad, deben promover la cohesión social y la participación ciudadana, liderando proyectos y acciones encaminadas a:

- Facilitar el derecho de acceso a las prestaciones y servicios sanitarios públicos a los ciudadanos.
- Promocionar entornos de seguridad, tutela y garantías en el marco de la nueva salud pública.
- Impulsar los servicios municipales de inspección y control sanitario, dentro de una política de prevención ante los posibles factores de riesgo del entorno.
- Intervenir sobre las causas que inciden en la salud individual y poblacional como consecuencia de desigualdades y situaciones de exclusión social. El fomento de la equidad a través de los Planes Municipales de Salud, así como la acciones preventivas dirigidas con preferencia a los grupos de riesgo y de mayor vulnerabilidad deben formar parte del propio contrato social con los ciudadanos.
- Promover las escuelas municipales de salud para atender a las necesidades de formación e información en el área de prevención y promoción de la salud (programas de alimentación saludable, hábitos responsables en la salud individual y colectiva, consejos expertos para una vida sana,...).
- Crear centros multidisciplinarios de prevención y asistencia para las adicciones en el ámbito competencial de las políticas municipales en drogodependencias.
- Potenciar los movimientos asociativos, cívicos y sanitarios en el ámbito de las políticas de salud pública.
- Evaluar periódicamente desde las propias Administraciones Locales las políticas activas transversales en salud pública dentro de su ámbito de responsabilidad.
- Regular desde las competencias de las Corporaciones Locales todas las actividades económicas, industriales y comunitarias que pudieran producir un efecto negativo en la salud de la población.

5.7.1. Una ciudadanía soberana en una sociedad en transformación

La construcción de la modernidad ordenada se ha fraguado y sustentado en la economía de mercado, en la democracia liberal y en la sociedad civil -con mayor o menor articulación; esta última, en su condición de ciudadanía, está representada por el tejido asociativo y las redes familiares y sociales.

La sociedad civil, es decir, el retículo asociativo plural y pluralista, se expresa con una gran diversidad de formas, culturas y valores. Seguimos creyendo que sin gentes con virtudes y valores universales no hay sociedad civil, porque los entramados institucionales -mercados y tecnoestructuras- por sí mismos no resuelven los problemas de la ciudadanía. Necesitamos sociedades constituidas por comunidades de personas autónomas, subsidiariamente competentes y asociadas a las estructuras de solidaridad del tejido social.

Entendemos también que las clases políticas requieren de una visión cívica y social para enfrentar la realidad más allá del cortoplacismo, porque las afinidades cognitivas y morales que han quedado indemnes en el tejido más virtuoso y decente de la sociedad tras el naufragio de los patrones dominantes de una "modernidad económica amoral", deben formar parte de un nuevo arquetipo antropológico y social que aporte modelos de convivencia éticamente responsables en el conjunto de la ciudadanía².

²*Markets and Civil Society. The European Experience in Comparative Perspective.* Edited by Víctor Pérez, 2009

Tomar conciencia de este nuevo paradigma significa “civilizar la economía”, lo cual lleva implícito poner en valor la identidad humana y reenfoque la gestión de los conflictos a través de la cooperación confiada y de la reciprocidad³.

El mundo postmoderno debe presenciarizarse en el humanismo cívico y ético y para ello tiene que comparecer la ciudadanía soberana en la sociedad civil; es decir, la primacía de las personas sobre las tecnoestructuras y los mercados para entender el desarrollo económico y social a la medida del ser humano, y por tanto virtuoso en su propia naturaleza y antropología moral. Porque debajo de las tecnoestructuras en sus dimensiones: política, económica y tecnológica, sigue estando el humanismo social y la conciencia de una sociedad justa; por ello necesitamos una “nueva economía pública y civil”, cuya presunción antropológica es personalista y por tanto reconoce a la persona en el centro del modelo, interviniendo activamente como protagonista de los cambios sociales y arrinconando todo tipo de alienación que arrebató el sentido trascendente de la vida humana. La nueva filosofía moral del ser frente al tener.

Exaltar el valor de cada hombre y su potencia creativa⁴ promueve una sociedad más inclusiva, fomenta la empleabilidad como forma de autonomía responsable, dignifica el talento, deslegitima socialmente la codicia, valida las buenas prácticas y otorga “denominación de origen” al humanismo científico en el mundo de las organizaciones sociales, las empresas y el mercado. La seguridad, la participación, el valor de pertenencia y la identidad social, configuran el trabajo interior de las instituciones económicas humanistas y refuerzan su misión corporativa y las credenciales de futuro.

Para que la ciudadanía pueda expresarse virtuosamente desde este concepto de humanismo cívico y moral es preciso refundir algunos principios que ensalcen la legitimidad del mundo vital frente a las tecnoestructuras y jerarquías: el *principio de generalización*, que viene a señalar la igualdad de oportunidades para poder expresar libremente y con plena autonomía las potencialidades humanas en la sociedad; el *principio de incidencia*, complementario al anterior, que trata de personalizar en cada ser humano la atención de la sociedad, que le permita un proceso de aprendizaje y desarrollo a la medida de sus capacidades y actitudes; y, por último, el *principio de universalidad*, que funde y legitima simultáneamente a la persona y a la comunidad a la que sirve.

Por todo ello se hace imprescindible un movimiento cívico potente como signo de una sociedad civil estructurada y organizada, para que la post-modernidad adquiriera su mayoría de edad frente a un modelo agotado de ciudadanía pasiva incapacitada para gobernar su propio destino⁵.

5.7.2. La legitimación del Contrato Social de ciudadanía sanitaria

La gestión pública humanista necesita también de una nueva convergencia profesional y social comprometida con el destino de los servicios sanitarios públicos para las próximas generaciones y una cultura antropológica centrada en el *principio de ciudadanía*.

El sistema sanitario público posee un pilar esencial: los derechos de ciudadanía sanitaria. Estos derechos sustantivos intrínsecos a la persona, en su condición de ciudadano, deben ser el nexo necesario de vinculación entre los agentes sociales y las profesiones sanitarias con los servicios públicos de salud. El compromiso agencial que emana y se explicita en el *contrato social* adquiere plena legitimidad en el Marco Constitucional del Estado Social y Democrático de Derecho.

La democracia deliberativa y la ética pública y social convergen hacia el bien común; por ello, la misión principal de todos los agentes del sector ante la sociedad es legar a las generaciones venideras un sistema público de salud al que puedan acceder todos los ciudadanos en condiciones de igualdad; ellos son sus legítimos propietarios y a todos, y a cada uno de nosotros, en base al principio de ciudadanía sanitaria nos corresponde protegerlo,

³Thomas Schelling, Nobel de Economía 2005

⁴Oliver E. Williamson, Nobel de Economía 2009

⁵Víctor Pérez, *The Return of Civil Society*, U. Harvard, 1993

potenciarlo y exigir un uso socialmente eficiente de los recursos disponibles para dignificar sus credenciales y garantizar la viabilidad futura.

A la sociedad civil le corresponde presencializar su identidad por medio de una participación activa de la ciudadanía en la vida pública y social.

La agenda temática de *ciudadanía sanitaria* debe incluir iniciativas que acrecienten el capital cívico, social, moral y antropológico-cultural en la vida de las instituciones que gestionan bienes preferentes como la salud humana:

La convergencia de todos los agentes del sector sanitario en una misión compartida para garantizar los derechos sustantivos de ciudadanía bajo un Contrato Social vinculante hace necesario:

- Apoyar desde las instituciones públicas y entidades sociales toda iniciativa emergente de la sociedad orientada a la salud de las personas y al bienestar colectivo.
- Fomentar la participación ciudadana en los órganos colegiados de representación pública y social, como un exponente de identidad y progreso en los servicios sanitarios públicos, que promueve sociedades más justas y solidarias.
- Asegurar los derechos sustantivos constitucionales y sociales de Ciudadanía Sanitaria como la información, participación, igualdad, transparencia, autonomía, justicia social, subsidiariedad, tutela pública, veracidad, representación, seguridad y respeto a la dignidad humana; porque representan el retículo moral en donde se sustenta una sociedad ejemplarizante y unas instituciones sanitarias públicas socialmente cohesionadas para el bien común.
- La autoridad política que ejerce a nivel institucional la soberanía sanitaria, así como los agentes económicos y sociales, deben enaltecer y sustentar el *contrato social* de ciudadanía, fortaleciendo su legitimidad como derecho fundamental en el marco constitucional del Estado Social y Democrático de Derecho.
- Porque pensamos que la ciudadanía sanitaria en su función agencial de primacía social debe propiciar y determinar sus propias obligaciones y responsabilidades de servicio a las instituciones y a la comunidad: voluntariado sanitario y socio-sanitario, donación de sangre y órganos-tejidos, cuidados informales a familiares enfermos o discapacitados, movimientos cívicos, asociaciones altruistas de ayuda mutua y todo tipo de acciones sociales colectivas.

La acción política y la intervención de los poderes públicos deben contribuir de forma más decisiva a reforzar los sentimientos de seguridad personal y protección ante los riesgos, aportando de esta manera mecanismos y oportunidades para el desarrollo personal de los ciudadanos, objetivo primordial de la ética social del Estado de Derecho.

Es también el momento de articular en el *nuevo contrato social* la función de co-responsabilidad de los ciudadanos con los valores que legitiman los servicios sanitarios públicos, el vínculo de socialización del bienestar entre los individuos que comparten necesidades y destino en las comunidades, los grupos plurales de nuestras sociedades post-industriales y el compromiso de las personas con su propia salud; porque todas estas expresiones de vitalidad social vienen a constituir subsidiariamente las nuevas competencias de una ciudadanía activa e integrada en una sociedad plural y pluralista, que a través de su participación social determina la fortaleza y coherencia interna de las instituciones sanitarias modernas.

Porque consideramos que el ciudadano como agente social autónomo y proactivo, debe intervenir de forma autoresponsable en actividades públicas finalistas, desarrollando sus propias competencias a través de los mecanismos de participación, cooperando además en el proceso de integración y cohesión social en la comunidad de pertenencia. Esta co-gobernanza participativa de los ciudadanos en los procesos de toma de decisiones a través de las instituciones y de las entidades representativas de la sociedad civil, es muestra del mejor exponente de la democracia representativa siendo además un complemento insustituible para dar carta de naturaleza al *principio de subsidiariedad*.

Creemos también que la desafección de los ciudadanos con las instituciones sociales constituye la principal amenaza contra la continuidad de las políticas de salud que definden la solidaridad y la equidad como argumentos éticos principales en el ejercicio de la responsabilidad pública. Este riesgo potencial exige revisar necesariamente los procesos de integración y protección de los derechos de ciudadanía, a la vez que potenciar los movimientos cívicos de voluntariado, las corrientes de asociacionismo altruista y las iniciativas de participación social (grupos de mutua ayuda y cooperativismo productivo), contribu-

yendo a reforzar desde la ética pública los sentimientos de seguridad personal y la protección ante los riesgos de desamparo y exclusión social.

Es relevante entender el vínculo jurídico de la protección a la salud en dimensión europea, porque esta función social preferente se ha configurado actualmente como un derecho fundamental de todos los ciudadanos de la UE, y así en la Carta de Derechos Fundamentales lo prescribe en su artículo 35: *“Toda persona tiene derecho a la prevención sanitaria y a beneficiarse de la atención sanitaria en las condiciones establecidas por las legislaciones y prácticas nacionales. Al definirse y ejecutarse todas las políticas y acciones de la Unión se garantizará un alto nivel de protección de la salud humana.”*

Este cambio de estatus jurídico y de garantía pública en la protección a la salud, desde un principio rector a un derecho fundamental (artículo 43-CE), exige reconsiderar todos los elementos vinculantes de este servicio esencial dentro de la arquitectura pública de prestaciones sociales, y que viene a representar la identidad y credenciales de nuestro modelo político, económico y social que está sustentado en valores de convivencia democrática y de competencias subsidiarias en la sociedad civil; y de manera preferente en una concepción de *ciudadanía sanitaria* con relevancia constitucional. Desde nuestra visión, el *contrato social* con los ciudadanos que estamos proponiendo lo interpretamos jurisdiccionalmente como el vínculo de responsabilidad inter-generacional compartida entre el poder político y la ciudadanía sanitaria. Creemos necesario abrir una nueva etapa en donde se redefina éste “vínculo sanitario” y se establezcan nuevos pilares en el modelo de servicios sanitarios y Salud Pública de la Comunidad de Madrid, en unicidad con el conjunto del SNS.

5.8. El Acuerdo Social por la Sanidad Pública de la Comunidad de Madrid

5.8.1. El porqué del Contrato Político y Social para garantizar el Derecho Constitucional a la protección de la salud

El Proyecto de Progreso Social que propugnamos y la creencia de un mejor futuro sanitario para nuestra Comunidad, exige una renovación permanente del compromiso con los valores que guían el ejercicio de la responsabilidad política ante los ciudadanos. En este proceso necesitamos liderazgos políticos y sociales con una visión de futuro que transmitan confianza al sector y a la sociedad, para así poder garantizar la fortaleza y sostenibilidad del legado sanitario a las próximas generaciones. Es, más allá de otras consideraciones, un ejercicio de responsabilidad ética y social con la misión de los servicios sanitarios públicos de la Comunidad de Madrid.

Desde esta perspectiva y para comprender la multidimensionalidad y complejidad de la realidad social de nuestro tiempo, es necesario huir de la mistificación y simplificación de lo existente y tratar de entender los cambios - que se han venido produciendo y se producen en un nuevo contexto, que exige retomar y revitalizar las ideas y dignificar los comportamientos políticos, para así poder enfatizar con preferencia en las políticas públicas y dar carta de legitimidad a las personas y a los ciudadanos. Creemos que el compromiso político debe tener un valor contractual implícito y social vinculante; este pronunciamiento es el que debe definir el nuevo marco de relaciones de confianza y seguridad entre los ciudadanos y los partidos políticos. Así proponemos, que la efectiva concreción de la tutela del derecho a la protección de la salud, se estructure en una serie de contratos políticos y sociales con los distintos sujetos de derecho (verdaderos titulares) y otros agentes principales de la sanidad pública.

Este Libro Blanco intenta trasladar a las agendas política y pública un conjunto de problemas estructurales para prevenir y corregir el constatable deterioro de los servicios sanitarios públicos en la Comunidad de Madrid. Para ello será necesario renovar el *contrato social* que se expresa en el concepto de *ciudadanía sanitaria* y que otorga legitimación al conjunto de la sociedad.

Entendemos que ya existe un *contrato social implícito* que actúa como garante del servicio público de salud; pero nos sentimos responsables de hacerlo explícito y de fortalecer su valor para los ciudadanos. Es la gran tarea de nuestra generación a la que nos sentimos convocados, y para la cual hemos pedido la contribución de todos.

Se trata por más de un debate abierto a la sociedad y al conjunto del sector sanitario que consideramos necesario, urgente e inaplazable. El amparo que vienen prestando los agentes sociales y profesionales de la salud a este proceso de trabajo técnico y de reflexión, creemos que añade reconocimiento a este proyecto sanitario con vocación reformista y regeneracionista.

Los consensos necesarios para hacer cristalizar un Acuerdo Social, tienen que buscarse desde la claridad en el análisis de los problemas, y desde la voluntad de encontrar alternativas que impliquen niveles de cesión y responsabilidad por parte de todos, para conseguir ganancias mayores para el conjunto del sistema sanitario público.

Sin duda alguna, los agentes internos del sector (autoridades sanitarias, gestores, profesionales, sindicatos...) tenemos un importante e insustituible deber en la sostenibilidad del sector sanitario público y debemos buscar, bajo formas éticamente responsables nuestra contribución al cumplimiento del derecho fundamental a la protección de la salud que emana de la Constitución Española y adquiere plena soberanía social en la Carta de Derechos Fundamentales de la UE.

El sistema sanitario público es patrimonio de todos, pero los profesionales sanitarios y los agentes sociales tienen unas credenciales y una obligación vinculante y preferente ante la sociedad, que les obligan a participar con voz propia en los ámbitos donde se dilucida la política sanitaria en lo que respecta a su dimensión social, profesional y laboral; y subsidiariamente también tienen un papel esencial que aportar en la sostenibilidad interna, en la protección de este bien social colectivo y en la preservación de los valores fundacionales del sistema.

La misión y consonancia de los acuerdos o pactos entre agentes sanitarios y sociales son una garantía para la consolidación del sistema sanitario, además de que refuerzan la legitimidad de quienes comparten estos fines colectivos orientados a mejorar el bienestar de nuestros conciudadanos.

5.8.2. Necesidad de reformas para consolidar y transmitir el legado sanitario a las siguientes generaciones

La situación de contexto general que se viene objetivando en el Gobierno de la Comunidad de Madrid caracterizada por una mercantilización de la salud -idolatría al mercado que en su lógica política ignora la existencia de necesidades humanas colectivas que por su naturaleza de bien social protegido no son, ni pueden ser, simples mercancías-, una defecación creciente de los profesionales sanitarios con las instituciones públicas, una marcada pérdida de liderazgo y de ejemplaridad política, y una débil confiabilidad con la sociedad, representan una preocupación de primer orden que exige buscar una salida a esta crisis profunda de legitimación política y social por esta deriva irracional y autoritaria.

No puede haber por tanto otro lema desde la ética política y pública que un avance legislativo reformista y socialmente competente para la revitalización del Servicio Madrileño de Salud como patrimonio de todos, con un doble objetivo: primero, mejorar la calidad asistencial como primera prioridad de la política sanitaria y segundo, consolidar la integración de las redes asistenciales de titularidad pública como un valor identitario de consolidación y progreso social.

Cualquier salida a la situación de estancamiento político y sanitario que se constata en la Comunidad de Madrid va a requerir de esfuerzos vigorosos para la construcción de profundos consensos: políticos, profesionales y sociales. Ninguno de los problemas verdaderamente relevantes puede resolverse desde la simplicidad del análisis, el oportunismo político, ni a corto plazo. Necesitamos un nuevo tiempo político y social para presenciar la identidad de una nueva *ciudadanía sanitaria*.

Creemos que son inaplazables iniciativas políticas para garantizar la calidad asistencial, incrementar la financiación pública acorde con la riqueza y las características socioeconómicas de nuestra Comunidad Autónoma (siendo a la vez consecuentes con una política exigente de equilibrio presupuestario y desempeño fiscal), mejorar las competencias esenciales de los servicios públicos (capital intelectual, tecnológico y social), racionalizar las prestaciones y servicios sanitarios en términos de efectividad y coste, y singularmente, priorizar en función de las necesidades y resultados en salud.

Demorar una apuesta reformista y regeneracionista en la sanidad pública de la Comunidad de Madrid, es la mejor receta para un deterioro de la calidad, la eficiencia y la equidad a “fuego lento”. Por ello, desde la responsabilidad política, pública y social ante la *ciudadanía sanitaria*, no vamos a renunciar a las necesarias transformaciones organizativas y de gestión pública en los servicios sanitarios, porque esta actitud pasiva e indolente significaría crear las condiciones para que las inercias políticas -marcadas por la urgencia y la búsqueda de soluciones utilitaristas/oportunistas a problemas inveterados- se orienten hacia intereses privativos, como hoy acontece de una forma arrogante, irracional y poco transparente en el Gobierno Sanitario de la Comunidad de Madrid, alterando el proceso de continuidad asistencial y la concepción integrativa, multidisciplinaria y comunitaria de la práctica moderna en los servicios asistenciales.

Las bases constitutivas y los elementos catalizadores del Proyecto Político y Social de Progreso y Futuro para la Sanidad Pública de la Comunidad de Madrid, en razón a un Contrato Social vinculante, deben sustanciarse en los siguientes principios:

- Ciudadanía sanitaria como titular del derecho fundamental a la protección de la salud. Principio de unidad y cohesión social de la Sanidad Pública de la Comunidad de Madrid con el conjunto del SNS.
- Garantías Constitucionales y observancia de la Carta de Derechos Fundamentales de la UE para las prestaciones y servicios sanitarios públicos.
- Legitimación política y social de los servicios sanitarios públicos desde una concepción integrativa de las funciones, actividades y competencias esenciales vinculadas al ámbito jurídico de titularidad pública.
- Sindicalismo de Progreso y Profesionalismo participativo y corresponsable en la gobernabilidad y co-gestión del patrimonio sanitario común.
- Principio de subsidiariedad como vínculo ético entre la sociedad y las instituciones políticas.

Necesitamos un avance legislativo reformista en el cual la Autoridad Sanitaria de la Comunidad de Madrid asuma una rectoría política de vanguardia en la defensa del interés general y el bien común.

Para que esto sea posible se precisa, básicamente, de ejemplaridad política y de capital social, humanista y ético. Porque las competencias fundamentales de los servicios sanitarios públicos, tanto profesionales como tecnológicas, tienen una notable distinción competente y los ciudadanos confían en ellas.

El Poder Político, que no es otra cosa sino la capacidad legal otorgada por los ciudadanos para dirigir la sociedad y las instituciones, tiene la obligación moral de liderar en este momento histórico un proyecto dinámico y transformador que garantice la suficiencia, sostenibilidad, gobernabilidad y equidad como fundamentos básicos de legitimación social de los servicios sanitarios públicos de la Comunidad de Madrid, desde la corresponsabilidad política y cohesión social con el conjunto del SNS.

5.8.3. El Acuerdo Social para un sistema sanitario sostenible en la Comunidad de Madrid

Hemos vivido e impulsado una enorme transformación de la sanidad española en las últimas décadas, que ha conjugado un gran desarrollo científico y profesional de la medicina, con la creación de un sistema público de salud de amplia cobertura y buena calidad. Este sistema constituye hoy uno de los pilares básicos de nuestro bienestar, y sobre él se asienta una parte esencial de los derechos de ciudadanía en nuestro país y de la propia legitimación de los Poderes Públicos.

Sin embargo, los profesionales sanitarios de nuestra Comunidad, con independencia de su pensamiento ideológico y social, vienen observando con preocupación algunas señales poco virtuosas que éste sistema público de salud está transmitiendo a la vida interna de las instituciones y a la propia sociedad.

Porque seguimos creyendo que el sistema público de salud existe como parte de un compromiso, de un *Acuerdo Social* que los españoles hemos apoyado y legitimado en la Constitución y en la Ley General de Sanidad. Por eso entendemos que ante las nuevas realidades y transformaciones en el ámbito organizativo, social, económico, tecnológico y cultural debemos redefinir y revitalizar el *Contrato Social de Ciudadanía* aprovechando las aportaciones y los compromisos que todas las organizaciones profesionales, las sociedades científicas, los agentes sociales y la propia sociedad civil vienen planteando en la búsqueda de un consenso histórico que garantice un sistema sanitario público sostenible, integrado, equitativo y de calidad científica y humana.

También hemos defendido desde hace años que el sistema sanitario público es sostenible; que podemos y debemos legar a la siguiente generación un servicio de salud más efectivo, eficiente, de mayor calidad, y con un coste razonable, a la vez que asumible por el Estado Social.

Desde esta responsabilidad compartida se viene proclamando hace ya muchos años que necesitamos construir una senda de racionalidad, confianza y consensos básicos entre todos los agentes del sector (políticos, económicos, profesionales, sociales, ciudadanos y también los propios usuarios), tratando de conseguir una convergencia de intereses sociales ante los desafíos y retos que presentan los servicios sanitarios públicos; todo ello, con una visión claramente transformadora y regeneracionista.

Nuestra Comunidad y en solidaridad con el conjunto del SNS -en el que nos sentimos plenamente integrados- expresamos libremente nuestra responsabilidad y compromiso por medio de este Libro Blanco y convocamos a todos los agentes del sector, y a la propia sociedad civil, a un legítimo debate político y social sobre el Futuro de la Sanidad Pública de Madrid.

Apéndice A

Nota de los Editores

Consideraciones sobre implicaciones financieras de un proyecto de cambio en la sanidad de Madrid

Puede resultar poco comprensible que un Libro Blanco carezca de una referencia al marco económico en el que se ubica, y a las implicaciones financieras y presupuestarias de las acciones que aconseja. La ausencia de esta dimensión es, no obstante justificable por estos tres argumentos:

- Como se menciona en diversos capítulos de esta obra, el marco económico al que nos enfrentamos en el próximo período no permite albergar proyectos expansivos; las nuevas acciones en buena medida serán el resultado de la reasignación financiera y de la reordenación de activos, en un contexto de ajustes en el desempeño fiscal; precisamente por ello, el modelo de gobierno y gestión que se ha diseñado ofrece mayores posibilidades de modificar localmente la priorización y utilización de recursos, de manera que podamos atravesar un ciclo de crecimiento leve, minimizando los problemas e incluso incorporando vía innovación organizativa, ganancias de salud y satisfacción muy importantes para los ciudadanos y pacientes.
- El cálculo de las implicaciones financieras de los cambios y reformas plantea siempre enormes problemas metodológicos; máxime cuando no se parte de buena información económica y financiera; en el caso de Madrid, la escasa transparencia informativa aumenta con los impactos de las inversiones vía concesión administrativa que suponen una merma de gastos corrientes en los años futuros; es ampliamente conocida la existencia de “facturas en los cajones”, y la infra-financiación estructural de gastos de personal y gastos corrientes en bienes y servicios. Queda por ver qué sorpresas podrían estar esperando debajo de las alfombras en un hipotético cambio de gobierno (¿habrá situaciones límite de concesionarias con problemas graves de cumplimiento de sus compromisos contractuales con el canon establecido?). En estas condiciones ensayar un análisis de escenarios financieros sería un ejercicio tan complejo como posiblemente carente de utilidad práctica.
- Y, finalmente, desde la perspectiva que orienta este trabajo, aunque deseable, no es estrictamente indispensable una cuantificación de costes totales o incrementales de los cambios propuestos, toda vez que la naturaleza de las transformaciones fundamentales que se propugnan tienen que ver con procesos de rediseño organizativo que son totalmente realizables con los recursos actuales, o con ligeros incrementos o reasignaciones progresivas. Los flujos de crecimiento más claros que se recomiendan (atención primaria, salud mental, hospitalización y atención a crónicos y frágiles...) requerirán apoyos y esfuerzos de gobierno de la Comunidad de Madrid, pero sobre todo precisarán de reasignaciones y economías en otras rúbricas donde la eficiencia es mucho menor.

Como toda disminución es conflictiva, ya anticipamos que los cambios exigen un pacto o contrato social con los diferentes agentes profesionales, sindicales, económicos y sociales. Todo un capítulo del Libro Blanco se dirige a fomentar este gran acuerdo por la sostenibilidad del Sistema Público de Salud. El proyecto les reconoce un papel clave, y les otorga responsabilidades en el gobierno y gestión del sistema para que sean co-responsables y protagonistas de este cambio tan necesario de la sanidad de Madrid.

Tenemos la convicción profunda de que este sistema sólo es sostenible con un cambio de la cultura cívica, sindical y profesional: pensar en ciudadanos y pacientes en vez de en "clientes" y fomentar que los servicios sanitarios públicos sean patrimonio de todos, y no sólo un ente lejano patrimonializado por las elites políticas. Una sanidad pública basada en la pertenencia, la reciprocidad, el respeto, con instrumentos para decidir, con figuras profesionales y de autoridad para gestionar, con recursos de conocimiento para aumentar la eficiencia técnica, y con mecanismos de diálogo y mediación para facilitar las transformaciones y resolver los conflictos... Aunque su efecto es de imposible cuantificación, al tratarse de dimensiones intangibles, estos factores mencionados son los que hacen viable y sostenible un servicio público, y en último término tienen mucha más importancia económica que muchos análisis de escenarios financieros.

Apéndice B

Recomendaciones Principales

R.1. Buen Gobierno de la sanidad de Madrid

R.1.1. Asumir, difundir y desarrollar el Decálogo para el Buen Gobierno de la Sanidad Pública de Madrid

Los principales ejes del Decálogo (reproducido al final de estas Recomendaciones) son:

1. Ciudadanos y pacientes como centro del sistema sanitario;
2. Consejos de Administración-Gobierno como estructura básica de Buen Gobierno corporativo de las organizaciones sanitarias del SERMAS;
3. Profesionalización de la gestión;
4. Autonomía y competencia para la red sanitaria y sus centros;
5. Transparencia democrática y políticas basadas en el conocimiento;
6. Información pública para la rendición de cuentas;
7. Normas y códigos para fomentar la ética y la ejemplaridad;
8. Promover la organización de los profesionales y su implicación activa en el gobierno del sistema sanitario;
9. Diluir las fronteras entre lo sanitario y social para atender mejor a los ciudadanos frágiles y dependientes;
10. Relanzar la Salud Pública como condición de efectividad, calidad y sostenibilidad del sistema sanitario.

R.1.2. Buen Gobierno corporativo público del Servicio Madrileño de Salud

R.1.2.1. Marco general de buenas prácticas de gobierno para la sanidad pública de Madrid

Dotar al SERMAS de toda la autonomía de funcionamiento necesaria para el cumplimiento de su misión, tanto en aspectos económicos como de personal, de modo que el SERMAS, tenga su propia dinámica de gestión diferenciada de la Administración General de la Comunidad Autónoma.

R.1.2.2. El Buen Gobierno de las organizaciones de la sanidad pública de Madrid

- Disponer de un Consejo de Administración que sea la autoridad máxima de la organización ante la cual responde un director gerente; el diseño, composición y fun-

cionamiento de estos Consejos de Administración-Gobierno es un aspecto tan clave para la efectividad de los mismos que es tratado en los apartados 2.3 y 2.4;

- Gestión profesional desempeñada por gestores seleccionados con transparencia por su experiencia y capacidad para el ejercicio de sus funciones; Órganos de asesoramiento y participación profesional, implicados con los objetivos y la buena marcha de la organización;
- Normas de funcionamiento que incorporen buenas prácticas de organización, gestión y gobierno clínico con especial referencia al buen servicio a los pacientes.

R.1.2.3. Características de los Consejos de Administración-Gobierno que planteamos

- Los Consejos de Administración-Gobierno serán la autoridad máxima de sus organizaciones, siendo importante precisar que para el buen orden de las instituciones sanitarias esta autoridad solo puede ser ejercida a través del director gerente, que recibe instrucciones del Consejo y rinde cuentas ante el mismo;
- Las competencias y responsabilidades de los Consejos serán similares a las que en general corresponden a los Patronatos y Consejos de Administración-Gobierno de otras organizaciones; ello significa que, dentro del marco corporativo común del SERMAS, sus organizaciones (Área de Salud, Hospitales, Atención Primaria, etc.) tendrán el margen de autonomía que sea necesaria para el cumplimiento de su misión con eficiencia y agilidad;
- El mandato y el compromiso de los miembros de los Consejos de Administración-Gobierno estará establecido en la normativa y los reglamentos, e incluirá velar por el cumplimiento de la misión de la organización (proteger los intereses de ciudadanos y pacientes en relación al servicio sanitario público), cumpliendo y haciendo cumplir la normativa vigente, el presupuesto, la política y objetivos sanitarios de la Consejería de Sanidad, así como las directrices corporativas del órgano de gobierno y gestión del SERMAS;
- La Presidencia de los Consejos de Administración-Gobierno no tendrá carácter ejecutivo, pues el máximo responsable del funcionamiento de la organización será su director gerente, quedando la gestión totalmente excluida de la responsabilidad del Consejo y de sus miembros.

R.1.2.4. Composición de los Consejos de Administración-Gobierno

La composición-tipo para los Consejos de Administración-Gobierno de las organizaciones de la sanidad pública de Madrid estaría formada por tres tipos de miembros:

1. Representantes de la Dirección del SERMAS, que procederían normalmente de los servicios centrales (corporativos) del mismo; su función en el Consejo sería llevar al mismo la visión y líneas estratégicas corporativas de la sanidad pública de Madrid, sus normas e indicaciones, tanto las comunes para toda la Comunidad, como las concretas y específicas para la organización;
2. Representantes de los intereses sanitarios de la población local a la que sirve la institución (Área de Salud, Hospital, Atención Primaria); parece conveniente que esta representación sea realizada a través de los Ayuntamientos por los concejales, en cuanto que representantes directamente elegidos por la población;
3. Miembros a título individual, que serían nombrados por su contribución personal al Buen Gobierno de la organización sanitaria, dada su experiencia, formación, trayectoria profesional y voluntad-compromiso de servir a la sociedad ejerciendo el voluntariado cívico en un Consejo de Administración de la sanidad pública madrileña.

R.1.2.5. Instrumentos para el Buen Gobierno: sistemas de Buenas Prácticas, Códigos de Conducta, regulación de Conflictos de Interés, prevención y detección de fraude y corrupción

1. Sistemas normalizados de Buenas Prácticas, y la compilación sistemática de Normas y Procedimientos, así como sistemas Operativos Estandarizados, que ayuden a lograr un alto nivel de calidad;
2. Normativa sobre Conflictos de Interés, aplicable a todo el personal y a todo tipo de conflictos de interés que puedan afectar a la sanidad pública de Madrid, para aportar la transparencia necesaria en un tema de tanta relevancia en el sector salud;
3. Impulso a los Códigos de Conducta en todos los ámbitos del SERMAS, por su contribución al mejor desempeño de los numerosos aspectos de actividad, tanto profesional como general, que no están contemplados específicamente en las leyes y normas pero que tienen gran importancia para garantizar conductas éticas y cultura de integridad;
4. Creación de una Unidad de Prevención y Detección del Fraude y la Corrupción, así como de directrices específicas en este campo, siguiendo el ejemplo del Servicio Nacional de Salud británico y las recomendaciones del Consejo de Europa, pero también como reacción necesaria a los casos de corrupción que ha sufrido la Comunidad de Madrid con el actual gobierno.

R.2. Madrid comunidad saludable

R.2.1. Medidas organizativas y normativas para dar a la Salud Pública la prioridad política y la fuerza que debe tener en la Comunidad de Madrid

- Elaborar una *Ley de Salud Pública* en línea con el resto de Comunidades Autónomas de España en la que, entre otras cosas, se plantee:
 1. Recuperar una estructura unificada y efectiva de los servicios de Salud Pública en la organización de la sanidad madrileña, restableciendo la motivación y el liderazgo que corresponde a la Comunidad de Madrid y a sus profesionales sanitarios, y cooperando lealmente con el Sistema Nacional de Salud;
 2. Separar la gestión de los servicios de la Salud Pública principalmente los de la Inspección, de la Autoridad Sanitaria;
 3. Implantar la "Evaluación de Impacto en Salud", en todas las actuaciones del gobierno de la Comunidad de Madrid que así lo requieran;
 4. Promover la cualificación técnica y la profesionalización de los técnicos de Salud Pública, diferenciando su responsabilidad profesional de la que corresponde a los políticos en relación con la Salud Pública.
- Creación del Comisionado de Salud Pública de Madrid, como máxima autoridad política de Salud Pública nombrado a propuesta del Gobierno y ratificado por la Asamblea de Madrid. Su misión será velar por la salud colectiva de los madrileños con actuación ante los peligros sanitarios y con acciones de fomento de la salud pública global.

R.2.2. Políticas públicas de prevención, y promoción de la salud

- La salud individual y la salud colectiva dependen fundamentalmente de las condiciones de vida, y éstas a su vez de todas las políticas públicas (medioambiente, educación, transporte, urbanismo, sanidad, etc.). Por ello ha de promoverse una política activa de Salud Pública para:

- Incluir objetivos de mejora de la salud pública, es decir, de mejora de la calidad de vida y bienestar en el Programa de gobierno para la Comunidad de Madrid;
 - Poner en marcha políticas activas de identificación y abordaje de factores de riesgo para la salud, protegiendo la salud tanto en relación al medio ambiente, para que sea factor de salud y no factor de enfermedad, como todos los demás determinantes externos del binomio salud-enfermedad;
 - Priorizar una orientación preventiva de sistema público de salud;
 - Contribuir activamente a la educación sanitaria e información de la población, evitando la utilización de la promoción de la salud y de la educación sanitaria como propaganda política, así como transmitir los mensajes de modos de vida saludables en clave positiva de calidad de vida;
 - Promover y legislar el marco para la participación y compromiso ciudadano en la salud pública, dado que sin ellos la salud pública ve limitados de una manera importante sus resultados.
- Comprometerse a la no utilización política de las crisis sanitarias, trabajando en niveles no mediáticos con todos los responsables del abordaje de crisis más allá de la necesidad de control de malas actuaciones que se puedan producir.
 - Estudiar y legislar la necesaria Participación ciudadana en las acciones de Salud Pública del gobierno Regional.
 - Poner en marcha un nuevo planteamiento de los sistemas de información de salud pública sobre la base de que estos sistemas son únicos y parte de esa información se utiliza en salud pública; la Vigilancia Epidemiológica ha de modernizar sus métodos y habrá de efectuarse a partir de la integración de los criterios de vigilancia en los sistemas de información asistenciales y sanitarios no asistenciales. Todo ello con transparencia de la información, transparencia interna (dentro del Sistema) y externa (con los ciudadanos).

R.2.3. Impulso y coordinación del papel de los Municipios en los Servicios de Salud

Los municipios de Madrid tienen funciones y servicios desiguales en cuanto a Servicios Sanitarios. Tradicionalmente han jugado un papel en temas de Salud Pública, principalmente en las relacionadas con Medio ambiente y Consumo, pero todo ello sin un marco regulador ni técnico ni normativo. Por ello recomendamos:

- Elaborar un estudio de la realidad de la sanidad local en la Comunidad de Madrid, que sirva para conocer necesidades y oportunidades de mejora, diferenciando la situación en los diversos municipios por su tamaño y ser claramente diferentes entre la capital y el resto. La peculiar situación de Madrid Capital requiere un abordaje diferenciado.
- Crear el Consejo Inter-Municipal de Salud de la Comunidad de Madrid como marco de dirección, coordinación e intercambio de experiencias municipales en temas sanitarios.

R.3. Ciudadanía Sanitaria

Pacientes y ciudadanos en el corazón del sistema sanitario de Madrid: más voz y participación, atención personal de calidad, elección informada.

R.3.1. Buen Gobierno y Cultura de Calidad: claves para situar al paciente en el corazón del sistema sanitario

Una gran *Alianza por la Calidad*: proponemos una gran iniciativa sistemática para adoptar en todo el sistema sanitario de Madrid la filosofía de mejora de la calidad en todas las áreas, centros, organizaciones, actividades y servicios de la sanidad madrileña. Esta gran iniciativa debería ser liderada y coordinada al más alto nivel de la sanidad de la Comunidad, e incluir las tres dimensiones clave de la calidad en los servicios sanitarios: calidad profesional, de servicio y organizativa.

R.3.2. Revitalizar los derechos y deberes de los ciudadanos en la sanidad; crear una Agencia de Ciudadanía Sanitaria

- *Concretar y sintetizar en siete conceptos clave, fácilmente recordables*, una Carta de Derechos y Deberes Sanitarios de los Ciudadanos de la Comunidad de Madrid: (1) Acceso, (2) Seguridad, (3) Respeto, (4) Información, (5) Participación, (6) Privacidad-confidencialidad, y (7) Respuesta a reclamaciones;
- Prestar atención prioritaria a las medidas para *hacer realidad el derecho a cuidados paliativos y a una muerte digna*, de modo que todos los médicos se sientan comprometidos en la noble labor de procurar el alivio de los síntomas del paciente en su última etapa de enfermo terminal;
- Crear una *Agencia de Ciudadanía Sanitaria*. Reevaluar la actual figura de Defensor del Paciente, valorando la conveniencia de sustituirla por una Agencia de Ciudadanía Sanitaria, cuyo mandato sea proteger con eficacia los derechos sanitarios de los ciudadanos, contribuyendo a la mejora de la calidad de los servicios, y ejerciendo de mediadora experta en reclamaciones y demandas.

R.3.3. Libertad de elección real e informada en la sanidad pública de Madrid

Recomendamos la más amplia posibilidad de elegir en la sanidad pública, tanto dentro de toda la Comunidad de Madrid, como en el conjunto del Sistema Nacional de Salud español, poniendo para ello los medios organizativos y, sobre todo, la información necesaria para hacerla real y operativa. Esta información debe incluir: (1) un buen Sistema de Información Sanitaria en Madrid, de acceso público y transparente (la revolución en el acceso a la información que propugnamos en el Libro Blanco); (2) disponibilidad por el paciente de su propia historia clínica; y (3) proporcionar personalmente la información a cada paciente, que le oriente con confianza sobre dónde, cuándo y por quién puede ser mejor atendido en su caso.

R.3.4. Participación de ciudadanos y pacientes en la sanidad pública de Madrid

La transparencia y acceso público a la información es una condición esencial para el Buen Gobierno de la sanidad de Madrid y la participación de ciudadanos y pacientes en la misma. Por ello recomendamos poner a disposición de los ciudadanos en Internet toda la información relevante, que esté accesible de forma: (1) agregada para toda la Comunidad, (2) desagregada por Áreas de Salud, centros y unidades, (3) comparable entre unidades/centros y en su evolución temporal, (4) de forma abierta y reutilizable por los usuarios y (5) disponible con la mayor inmediatez.

R.3.4.1. Participación ciudadana en la sanidad pública

Impulso a la participación de ciudadanos y pacientes en su sanidad haciéndola más próxima y real, entre otras medidas con:

- La presencia en los órganos de gobierno (los nuevos Consejos de Administración-Gobierno que proponemos) de todas las Área de Salud y hospitales de representantes directos de la población, por medio de los Ayuntamientos, y a través de miembros a título personal de los Consejos de Administración-Gobierno que sean personas vinculadas a la comunidad local;
- Mecanismos abiertos de toma de decisiones y elaboración de políticas, que incluyen -como ya existe en los países más ejemplares- una fase de consulta pública en Internet;
- Utilización activa de instrumentos, como encuestas, estudios, evaluaciones, etc., que permiten conocer la satisfacción, necesidades, demandas y preferencias de los pacientes, cuidadores, familiares y ciudadanos en general; poner, con el mayor rigor técnico y transparencia, toda la información recabada a disposición de la sociedad;
- Introducir sistemas que permitan conocer en términos de salud, los resultados de la atención sanitaria, aplicando -inicialmente como experiencia piloto- las nuevas metodologías sobre Medidas de Resultados Reportadas por Pacientes (MRRP-PROM Patient-Reported Outcome Measures) ya utilizadas en otros países;
- Dar una respuesta adecuada en tiempo y forma a las denuncias, quejas sugerencias y reclamaciones de pacientes y ciudadanos. Poner en marcha procedimientos, institucionalizados y formales, que garanticen una respuesta eficaz y rápida.

R.3.4.2. Participación del paciente

Disponer de información es clave para hacer real la participación del paciente en las decisiones que le afectan y para su empoderamiento. Para avanzar en ello, recomendamos;

- Hacer posible el acceso y la libre utilización por el paciente de toda la información de su historia clínica digital, a través de una “carpeta personal” en el portal de internet del Servicio Madrileño de Salud, a la que todos podríamos acceder con la misma facilidad y seguridad con la que utilizamos en Internet nuestras cuentas en las cajas de ahorros y bancos; este sistema debería incluir ayudas específicas para aquellos ciudadanos sin acceso a Internet o con dificultades para acceder y utilizar su historia clínica electrónica;
- Una buena sanidad pública, centrada en la persona y el paciente, debe *procurar activamente la mayor autonomía del paciente*, favoreciendo el autocuidado y la responsabilización del ciudadano con su propia salud. Para avanzar en esta dirección recomendamos fomentar iniciativas de educación e información sanitarias a ciudadanos y pacientes.

R.3.5. Prevención de errores y accidentes y ayuda a los pacientes que los han sufrido

- La Agencia de Ciudadanía Sanitaria, propuesta más arriba, debería hacerse cargo de atender a ciudadanos y pacientes en todo lo relacionado con los errores o accidentes médicos;
- Desarrollar plenamente las recomendaciones de la Unión Europea, la OMS y el Consejo de Europa sobre Seguridad de los Pacientes en relación a todo tipo de problemas de seguridad (infecciones, errores, accidentes, etc.).

R.3.6. Favorecer el voluntariado, las donaciones y legados a centros y servicios de la sanidad madrileña

Posibilitar el apoyo y agradecimiento a la sanidad pública de Madrid:

- Abriendo plenamente las puertas al *voluntariado cívico y humanitario en el Servicio Madrileño de Salud*, estimulando activamente el que los ciudadanos puedan contribuir al mismo con su tiempo y con donaciones de todo tipo (desde sangre para transfusiones y órganos, acompañamiento a pacientes sin familia, etc.);
- Posibilitando y estimulando que el *caudal de aprecio e identificación de la población con su sanidad pública*, así como el reconocimiento y agradecimiento por sus servicios, se pueda expresar también en *donaciones y legados* de todo tipo al Servicio Madrileño de Salud, y a cualquiera de sus centros y servicios.

R.3.7. Medicina y sanidad privada: no menos derechos que en la sanidad pública

Ciudadanos y pacientes tienen en relación con su salud en todos los servicios de la sanidad privada, los mismos derechos que en la sanidad pública. Para ello, recomendamos:

- Revisar la regulación existente en Madrid para los diversos sectores de la *actividad sanitaria privada* y actualizar esta regulación con los mejores estándares internacionales, asegurando mecanismos de cumplimiento y monitorización de los mismos, basados en la transparencia y acceso público a la información;
- Una Carta de Derechos y Deberes Sanitarios similar a la existente para la sanidad pública;
- Protección por la Agencia de Ciudadanía Sanitaria de los derechos de los usuarios de los servicios sanitarios privados;
- Monitorización por parte de la Autoridad Sanitaria de Madrid de la seguridad, efectividad y veracidad científica de la industria para-médica de la Comunidad, protegiendo la población frente a la difusión carente de rigor científico de todo tipo de productos milagro que puedan suponer un riesgo para la salud pública.

R.4. Rediseñando el Servicio Madrileño de Salud

R.4.1. Un SERMAS revitalizado para gobernar la red sanitaria pública

El Servicio Madrileño de la Salud (SERMAS) deberá reforzarse con amplias competencias en gestión, para convertirse en una agencia pública capaz de articular la prestación de servicios sanitarios en condiciones de calidad, eficiencia, seguridad y Buen Gobierno. Su ámbito de actuación se extenderá a los servicios socio-sanitarios para garantizar la integridad de las respuestas a los problemas de los pacientes y sus familias. Aunque de forma inicial cabe aplicar el marco de funcionamiento establecido en la Ley 12/2001 de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid, es preciso elaborar una nueva Ley del Servicio Público de Salud de Madrid, en la cual se desarrolle el marco de estructura, organización y funcionamiento que precisa nuestro sistema sanitario, y que en buena medida se dibujan en este Libro Blanco.

R.4.2. Un SERMAS descentralizado en Áreas de Salud, basado en el Buen Gobierno y copilotado por la Atención Primaria

Las Áreas de Salud se restablecerán, y serán potenciadas como auténticos ámbitos de gobierno y gestión para un territorio y población. El Consejo de Gobierno del Área de Salud será un órgano colegiado investido con verdaderos poderes de decisión, donde se garantiza la participación e implicación efectiva de la ciudadanía, la transparencia y la rendición de cuentas. No es un órgano burocrático, ni tiene el sobre-coste de sus equivalentes en las empresas mercantiles. Es un órgano colegiado diseñado para ostentar y tutelar un alto nivel

de autonomía organizativa y de gestión, y por ello capaz de aportar agilidad, adaptabilidad y eficiencia a las decisiones locales, y asegurar la defensa del interés general. La gestión asistencial de las Áreas de Salud será co-pilotada por la red de Atención Primaria, para incorporar la perspectiva de las necesidades de atención continuada e integral al paciente, tanto en lo sanitario como en lo socio-sanitario.

A efectos de poner en marcha este proceso cuanto antes, se hará una zonificación provisional de la Comunidad de Madrid, y se preparará un nuevo proyecto de decreto de Ordenación y Mapa Sanitario de la Comunidad de Madrid.

R.4.3. Un SERMAS articulado y coherente capaz de desarrollar la gestión multi-nivel

La descentralización real en Áreas de Salud configuraría un modelo de corporación pública donde los “mini-SERMASes” de Área tendrían un presupuesto en función de su población (con ajustes históricos y de necesidades) y desarrollarían Contratos de Gestión con los Centros de Salud, con la Red Hospitalaria, y con otros servicios sanitarios y socio-sanitarios. La Gerencia del Área de Salud reagrupará órganos técnicos actualmente dispersos, pero que tienen funciones operativas en el territorio (Inspección Médica, Salud Pública, etc.) para facilitar su funcionalidad, sinergias con la red asistencial y efectividad técnica.

Y para conseguir coherencia y eficiencia en la gestión multinivel, los Servicios Centrales del SERMAS desarrollarían una serie de servicios científicos y técnicos de apoyo, así como unos servicios asistenciales no territorializados, entre los cuales se podría destacar el servicio de emergencias-112 / transporte sanitario, la hospitalización de media y larga estancia y la alta especialización.

R.4.4. La Atención Primaria de Salud en el centro de la organización del SERMAS

Los cambios poblacionales y la baja prioridad concedida, obligan a reforzar y reordenar los recursos del primer nivel asistencial, a cuyos efectos debería elaborarse un Plan Cuatrienal de revitalización de la Atención Primaria de Madrid: desburocratizar, aumentar el tiempo clínico efectivo, conseguir una accesibilidad más inteligente y personalizada, y mejorar los medios materiales y humanos para dar un mejor servicio. Además se avanzará en modelos de autogestión en los Centros de Salud, contando con un Director nombrado con los principios de Buen Gobierno, unos Contratos de Gestión transparentes y estabilizados, y una Junta Clínica de la Atención Primaria del Área de Salud que sea capaz de gestionar autónomamente problemas organizativos, de personal y de servicio.

El médico de atención primaria, en un entorno de estabilidad laboral, autonomía organizativa, apoyo administrativo y tecnológico, y desburocratización de procesos, estará en condiciones de desarrollar plenamente su papel de “médico personal”, particularmente para los pacientes más frágiles y que más necesitan sus servicios continuados.

R.4.5. La Red Hospitalaria Integrada de Servicio Público de Madrid: el marco para la reorganización y el Buen Gobierno

Se precisa una profunda ordenación y reforma de la atención especializada que repare la improvisación, la falta de planificación y los desequilibrios territoriales y funcionales acumulados. Los Hospitales públicos de Madrid se estructurarán como una Red Integrada orientada a prestar servicios a las Áreas de Salud; se garantizará la existencia de un Hospital General de Referencia para el Área de Salud. Los Hospitales se apoyarán mutuamente de acuerdo a Redes Sub-Regionales Inter-Hospitalarias. La existencia de un sistema de referencia subregional o autonómica para hospitales o servicios que han de apoyar a más de un Área de Salud (p.ej. media y larga estancia) o para Unidades de Alta Especialización articulará una oferta robusta y eficiente de servicios. La ordenación de la oferta asistencial

busca dar coherencia técnica y buena distribución de recursos, pero no implica merma de los derechos de los pacientes a la elección de hospital o a una segunda opinión.

R.4.6. Buen Gobierno, Profesionalismo y Gestión Clínica para el Hospital de Madrid

Un Reglamento de estructura, organización y funcionamiento, dará un marco para la aplicación del Buen Gobierno a la Red Hospitalaria: habrá un órgano colegiado de gobierno, profesionalización y estabilización del personal de alta dirección del hospital (con concursos abiertos y concurrencia competitiva, evaluación periódica de resultados, y exigencia de motivación técnica de ceses), y gestión contractual transparente. Los hospitales se adaptarán a la creación de Áreas o Unidades de Gestión Clínica, y a través de los Acuerdos de Gestión Clínica; estas estructuras permitirán el protagonismo y autonomía de los profesionales; La Junta Clínica y la Dirección Asistencial serán la clave para articular el Hospital y vincular la función directiva con la cultura clínica. Se fomentará la ética de servicio público y la ética clínica; los órganos colegiados de gobierno deberán estimular la meritocracia y la rendición de cuentas, y evitar la interferencia política en funciones técnicas.

R.4.7. La Salud Mental como reto de desarrollo e integración inter-sectorial

La Salud Mental precisa y merece una verdadera reforma, que sea capaz de potenciar y coordinar los dispositivos sanitarios y socio-sanitarios, a la vez que asegura un anclaje en la organización asistencial. Los tres elementos clave son: la unificación de las redes de salud, drogas y servicios sociales especializados, el desarrollo de un auténtico Plan Estratégico de Salud Mental, y la creación de Unidades de Gestión Clínica de Salud Mental. La promoción de la Salud Mental en la vida social y el apoyo a las familias con pacientes son dos claros retos de mejora.

R.4.8. Reforzando los dispositivos asistenciales de la Red Hospitalaria para hacer posible un servicio de excelencia

La Red Hospitalaria es algo más que un sumatorio de centros y servicios. Algunos componentes como la hospitalización de pacientes de media-larga estancia es tan débil que precisa una inversión de recursos y una acción de rediseño organizativo de envergadura, que busque respuestas más amplias e integradoras a los pacientes crónicos, frágiles o terminales: un plan regional puede ser una opción apropiada para articular esta respuesta.

La respuesta a la masificación de las urgencias y al problema del transporte sanitario supone un reto importante para el conjunto de la red sanitaria. Las “unidades de alta resolución”, entendidas como agendas y rutas asistenciales de citación preferente (desde primaria y desde urgencias), donde se desarrolla un ciclo diagnóstico y terapéutico concentrado en el tiempo, suponen una nueva alternativa organizativa que se está ensayando en muchos hospitales, y que puede aportar racionalidad, calidad y eficiencia.

Los avances en la ordenación de servicios terciarios y técnicas y procedimientos de referencia, resultado de la elaboración técnica y del consenso profesional de las especialidades, pueden verse estimulados con un Mapa de Unidades y Servicios de Alta Especialización; finalmente, la creación de Plataformas integradas para los Servicios Generales, las Compras y la Logística permitirá ganancias muy notables en precios, calidad y condiciones de servicio, aportando mayor valor al dinero público.

R.5. El compromiso de todos por la sostenibilidad

R.5.1. Buscar un Acuerdo Social por la Sanidad Pública de Madrid, basado en los valores de legitimación democrática y de servicio sanitario

Impulsar los procesos de cambio con un renovado liderazgo político y social que integre dos aproximaciones necesarias: el reformismo transformador en las políticas públicas para revitalizar los bienes sociales preferentes y promover el bienestar, la equidad y la eficiencia social; el regeneracionismo moral en la gobernanza pública, como norma rectora de ejemplaridad, para construir una sociedad democrática y decente, movilizándolo a todos los segmentos de la ciudadanía. En esta convergencia de reformismo y regeneracionismo está la mayor garantía de sostenibilidad y las credenciales sociales en los servicios sanitarios públicos.

R.5.2. Promover una gestión pública revitalizada y socialmente eficiente

Incorporar los *valores y principios del Buen Gobierno* a las instituciones sanitarias y desarrollar la *nueva gestión pública*, que formaría parte del *Acuerdo Social por la Sanidad Pública*. La legitimación de este cambio organizativo y humanista que proponemos está en su filosofía moral y en los principios capaces de impulsar un crecimiento simultáneo de las personas, las instituciones y la propia sociedad, fortaleciendo la cohesión y el capital social.

R.5.3. Impulsar el compromiso de los agentes sociales con la sanidad pública

- Explorar y trabajar políticamente para obtener la adhesión de los empresarios y sindicatos al *Acuerdo Social por la Sanidad Pública*, apoyando la modernización y sostenibilidad del sistema sanitario público madrileño, con un marco de colaboración bien planificado y definido;
- Poner en valor social un *modelo de negociación cooperativa o colaborativa* que legitime la participación efectiva y el compromiso de los sindicatos en la formulación y desarrollo de los objetivos generales del sistema sanitario, de sus instituciones y redes sanitarias, así como también en la definición y programación operativa de las políticas profesionales y laborales;
- Hacer del *diálogo social* y de la convergencia con los intereses colectivos los elementos esenciales de la corresponsabilidad de los agentes sociales para compartir iniciativas de modernización orientadas a la cohesión y el bien común.

R.5.4. Revitalizar el Nuevo Contrato Social con las profesiones sanitarias

- Promover un *Nuevo Contrato Social* con las profesiones sanitarias tomando como base los valores del profesionalismo que la sociedad identifica y reconoce: vocación de servicio, primacía de los principios de la bioética, actitud competente y moral en la práctica asistencial, promoción del bien común, credencialismo profesional, humanismo científico, etc.;
- Impulsar un *activismo profesional cívico y social* pro-reformista para enfrentar los grandes desafíos de modernización y consolidación del modelo sanitario público, como consecuencia de las dinámicas transformaciones sociales y de las innovaciones en las ciencias y tecnologías biomédicas;

- La profesionalización sustentada en la distinción competente, humanista, el Buen Gobierno y la meritocracia, el desarrollo de nuevas prácticas directivas y gestoras, la evaluación de las competencias profesionales y la gestión del conocimiento, serán los *ejes centrales de actuación* en todos los procesos de promoción y desarrollo de las profesiones sanitarias en las instituciones y centros de salud;
- Los *Colegios Profesionales* deberán revitalizar su liderazgo y reputación social promoviendo la aplicación de los valores del profesionalismo y fortaleciendo la base de confiabilidad que la sociedad les otorga para velar por los intereses de la salud de los pacientes y la población desde su autogobierno colegial. En base a ello, debería crearse un marco estable de interlocución y asesoramiento científico-sanitario de los Colegios Profesionales a la Consejería de Sanidad.

R.5.5. Fomentar un nuevo municipalismo comprometido con las políticas de Salud Pública en la Comunidad de Madrid

- Los *Ayuntamientos*, como administraciones públicas más cercanas a la comunidad, deberán llevar la participación ciudadana a los nuevos órganos de gobernación de las instituciones sanitarias (*Consejos de Gobierno*);
- Su *contribución a la Salud Pública* deberá reforzarse en todas las áreas de actividad municipal, especialmente: protección del medio ambiente, seguridad e higiene alimentaria, transporte saludable, impulso al deporte y al ejercicio físico, lucha contra la exclusión social, potenciar movimientos asociativos y cívicos en el ámbito de la salud, etc. Para la tutela y gestión de todas estas políticas sanitarias y sociales deberá constituirse el *Consejo Inter-Municipal de Salud* de la Comunidad de Madrid.

R.5.6. Impulsar las prioridades políticas y principios que permitan avanzar en el Acuerdo Social para revitalizar el SERMAS y garantizar su sostenibilidad

- Priorizar como necesarias y urgentes iniciativas políticas y legislativas para: (1) garantizar la calidad asistencial, (2) incrementar la financiación pública acorde con la riqueza y las características socioeconómicas de nuestra Comunidad Autónoma, (3) llevar a cabo una política de equilibrio presupuestario y eficiencia en el gasto sanitario, (4) mejorar las competencias esenciales de los servicios públicos (capital intelectual, tecnológico y social), (5) racionalizar las prestaciones y servicios sanitarios en términos de efectividad y coste, y singularmente, priorizarlos en función de las necesidades y resultados en salud;
- Dar valor contractual implícito, vinculante para la ciudadanía y la sociedad, a los fundamentos éticos y compromisos para hacer cristalizar el *Acuerdo Social por la Sanidad Pública* en la Comunidad de Madrid;
- Las bases constitutivas y los elementos catalizadores del *Proyecto Político y Social de Progreso para la Sanidad Pública* de la Comunidad de Madrid, deben sustentarse en los siguientes *principios*:
 - *Ciudadanía sanitaria, compartida con el conjunto del Sistema Nacional de Salud; co-responsabilidad* de los ciudadanos con su propia salud y con los valores de los servicios públicos;
 - *Valores y principios del Buen Gobierno* aplicados a la sanidad pública, a su gobierno corporativo y a las políticas sanitarias de la Comunidad;
 - *Legitimación política y social* de los servicios sanitarios públicos desde una concepción integral de las funciones, actividades y competencias esenciales vinculadas al ámbito jurídico de titularidad pública;

- *Valores del profesionalismo sanitario, diálogo social, participación y corresponsabilidad en la gobernabilidad y gestión del patrimonio común sanitario y de su legado intergeneracional.*
- *Principios de cohesión social y subsidiariedad como vinculaos implícitos de ética pública entre las instituciones políticas y la sociedad.*

Apéndice C

Decálogo para el Buen Gobierno de la Sanidad Pública en Madrid

1. Una sanidad de/para/con los ciudadanos y pacientes, que son sus destinatarios y jueces

La sanidad pública de Madrid estará pensada, gobernada y gestionada para responder a las necesidades, demandas y preferencias de los ciudadanos y pacientes; ellos son los dueños, destinatarios y los jueces de unos servicios esenciales para el bienestar individual y colectivo, y piedra angular de la justicia y cohesión social.

2. Consejos de Administración-Gobierno en todas las organizaciones de la sanidad

Para posibilitar la autonomía de gestión, garantizar la transparencia, la rendición de cuentas, ampliar la participación democrática, y así contribuir a la eficiencia, eficacia y calidad, en los servicios, se implantarán estructuras colegiadas de gobierno (Consejos de Administración-Gobierno) a todos los niveles del sistema sanitario; estos órganos serán la máxima autoridad de sus centros o instituciones y ante ellos responderán los gestores ejecutivos.

3. Profesionalización de la gestión y de los cargos de responsabilidad

Para hacer más eficaz, profesional y estable la función directiva, el nombramiento de todos los cargos ejecutivos, de alta dirección, de responsabilidad clínica o gestora, será realizado por procedimientos reglados de selección en los que exista concurrencia pública e intervención de los órganos colegiados de gobierno y de asesoramiento profesional correspondientes.

4. Autonomía y capacidad gestora para que el Servicio de Salud de Madrid y sus organizaciones puedan responder a su misión

El esquema actual organizativo y de gobierno del conjunto de la sanidad pública de Madrid será objeto de una profunda revisión, para retomar la planificación sanitaria, organizar Áreas de Salud, y dotar al Servicio Madrileño de Salud - SERMAS- de toda la capacidad y autonomía que sea precisa para prestar con la mayor calidad y eficiencia sus servicios, así como para desarrollar experiencias piloto que permitan ensayar y evaluar reformas, dar autoridad a los centros para incentivar y premiar la excelencia profesional y la dedicación extraordinaria, así como corregir los incumplimientos.

5. Transparencia democrática y rigor técnico en las decisiones

Para una toma de decisiones más transparente e informada, reforzar la democracia, la participación (social, cívica, política y de expertos), y mejorar la calidad de las leyes y decisiones de política pública, todas las decisiones de importancia deberán contar con libros blancos e informes públicos en los que se analicen los problemas, alternativas

y políticas que se proponen, de forma que la lógica de éstas pueda ser conocida, y recibir críticas y aportaciones de todos los ámbitos de la sociedad.

6. Información pública para la rendición de cuentas y la participación

Para favorecer la transparencia, la rendición de cuentas y la participación social, política y cívica, toda la información generada por la actividad pública que no desvele datos personales será “por defecto” de dominio público, asumiendo la carga de la prueba el órgano que limite su acceso público.

7. Ética y ejemplaridad a todos los niveles: Códigos de Conducta y “Buenas Prácticas” donde no llega la norma

Para potenciar la transparencia, rendición de cuentas, la ética y ejemplaridad en el desempeño de las funciones dentro de la sanidad, se fomentará la existencia de reglas y códigos de conducta específicos para todos los miembros de los órganos colegiados de gobierno y gestores ejecutivos del sistema sanitario, y para los profesionales y profesiones sanitarias con responsabilidades especiales en el sistema.

8. Participación y asesoramiento profesional a todos los niveles; fomento del compromiso de médicos y enfermeras con el sistema sanitario público

La sanidad es un servicio prestado por profesionales y la participación e implicación de éstos es esencial para su buen funcionamiento, por lo que, se potenciarán o se crearán estructuras efectivas de participación de los médicos, enfermeras y otros profesionales en la elaboración de políticas sanitarias y toma de decisiones, y se buscará activamente con todas las profesiones la revitalización de las organizaciones colegiales sanitarias respondiendo a las necesidades y retos de la medicina del siglo XXI.

9. Coordinación servicios sociales-sanidad para atender bien a los que más lo necesitan

La sanidad está muy relacionada con la atención a la dependencia, a los enfermos crónicos, y la atención social a los pacientes con enfermedades mentales, ancianos, y otros dependientes: el Buen Gobierno de la sanidad exige un esfuerzo paralelo en los servicios sociales, por lo que existirán mecanismos eficaces de coordinación entre sanidad y servicios sociales, a todos los niveles de responsabilidad.

10. La salud pública objetivo y prioridad de la acción del gobierno y de todas sus políticas públicas

La salud es la razón de ser del sistema sanitario, pero depende críticamente de todas las políticas públicas, por ello se fortalecerá y revitalizará la Salud Pública de Madrid en todas sus dimensiones y estructuras, llevando sus acciones más allá del sector sanitario, haciendo de la prevención, la protección y promoción de la salud parte importante de la política pública y de las prioridades del Gobierno de la Comunidad, buscando para ello el compromiso de ayuntamientos y de todas las organizaciones sociales.