



Presentación

Corren tiempos de desencuentro

En diciembre pasado fue constituido un nuevo Ciber, el de Salud Mental, pero esto no resultó noticiable. En estos últimos meses los titulares de la prensa sanitaria se han centrado en los nuevos dirigentes y en el déficit de médicos como principales preocupaciones. Poco espacio al relevo de la ministra de Sanidad y Consumo Elena Salgado por Bernat Soria y las nuevas caras en el Consejo Interterritorial por parte de Asturias, Cantabria, Castilla y León, etc hasta nueve cambios. Cambios en subsecretarías, cambio en la dirección del Instituto Carlos III con Flora de Pablo al frente, con quien compartimos espacios en el último congreso de la AEN,... Muchos cambios, y si bien el cambio del ministerio de Sanidad era la muerte anunciada de una ministra que había abierto heridas importantes (la polémica Ley Antitabaco, una casi inexistente relación con Farmaindustria, puesta en marcha de la nueva Ley del Medicamento, una ley antialcohol *objeto de malas interpretaciones* que no llegó a aplicarse,...) con Bernat Soria la industria farmacéutica volvía a la carga con sus reivindicaciones, entre ellas destinar 300 millones de euros, durante los próximos cinco años, a la investigación de enfermedades raras o reclamar incentivos para que las empresas puedan invertir en I+D sin riesgo de perder la exclusividad.

Muchos frentes están abiertos: prescripción por enfermería de productos sanitarios —y no

necesariamente de medicamentos— con enfrentamientos entre médicos y enfermeros en torno al alcance de la capacidad prescriptora de estos últimos; ceses de directores y profesionales competentes para integrar a otros de sobrada mediocridad cuando no dejar vacantes algunas jefaturas. Comprobamos que el problema no está en una gerencia concreta, si no en el modelo sanitario que se está implantando en algunas comunidades y puede extenderse desarrollándose en tres etapas:

- 1) Separar la *basura* (los servicios comunitarios y sus crónicos) de la parte *guapa* (los hospitales), para lo cual tienen que anular los proyectos de integración y a quienes los lideran.
- 2) Reservar los hospitales ya “saneados” de líderes e iniciativas pioneras para la sanidad pública y “externalizar” la basura.
- 3) Facilitar la creación de hospitales privados que poco a poco irán fagocitando los recursos más interesantes de la red pública.

La ausencia de oposición facilita este proceso, siendo el problema más serio de todo esto que esa reforma, una vez consolidada, tiene difícil reparación.

Las políticas de personal están en crisis, pues a pesar de que en octubre de 2007, se estipuló el presupuesto sanitario para 2008, con un incremento del 14,47 por ciento respecto al del ejercicio anterior, España sigue a la “cola” en cuanto a remuneración del personal

entre los diez países europeos más desarrollados. Además Sanidad y Asuntos Sociales no convergen en el desarrollo de la Ley de Dependencia. Demasiadas cuestiones encontradas en el ámbito estatal y muchas también en las diversas comunidades autónomas. Por su enorme actualidad me detendré brevemente en la cuestión del aborto, el déficit de especialistas y el uso y disfrute de algunos incentivos.

Plazos para una ley

Hace nueve años fue presentada una proposición de ley para incluir un cuarto supuesto tratando de despenalizar el aborto ante situaciones de ambigüedad diagnóstica; tres empaques dejaron las cosas como estaban. Hace cuatro años esta reforma no era prioritaria. Hoy dicen que es inoportuna una ley de plazos en los que sea posible interrumpir el embarazo por la cercanía de la contienda electoral señalando que lo oportuno es una *reflexión tranquila sobre la eventual reforma* de la ley de aborto ampliando los actuales tres supuestos de despenalización: violación (hasta 12 semanas), malformación del feto (hasta las 22 semanas) y riesgo para la salud física o psíquica de la madre (sin plazos). Se pensó que podrían darse los diferentes casos de aborto voluntario siempre que un médico, un psiquiatra, emitiera un informe indicando el *peligro del embarazo o del futuro parto para la salud psíquica de la mujer embarazada*.

No obstante, el diagnóstico de daño psíquico es complejo y, en la práctica, su valoración ha conducido a numerosas injusticias con ginecólogos, psicólogos y psiquiatras, con clínicas autorizadas donde se practica interrupciones, sobre todo con muchas mujeres afectadas, por no señalar comunidades autónomas —cómo ocurre en Navarra— donde no se realiza un solo aborto ante campañas de acoso y objeciones varias de objetores en la sanidad pública, que no lo son en la privada. Azuzando climas de sospecha y criminalización tanto de las mujeres como de las y los profesionales con campañas políticas de sectores fundamentalistas que tratan de

impedir que las mujeres puedan interrumpir voluntariamente su embarazo en los supuestos que marca la ley. A señalar que solo el 2,9% de los abortos se realiza en hospitales públicos.

La actual regulación de la interrupción voluntaria del embarazo convierte a los psiquiatras en elementos clave para el ejercicio de este derecho de las mujeres al establecer el riesgo para la salud de la madre como uno de los supuestos (junto a la violación o el riesgo de malformaciones fetales) en los que tal intervención puede llevarse a cabo. Al psiquiatra le toca certificar que tal riesgo existe. Y nos consta que, en algunos centros de salud mental en nuestro país casi una de cada cinco de las personas que consultan por primera vez lo hace para pedir esta certificación.

Las mujeres que desde que se promulgó la norma han interrumpido un embarazo porque era no deseado (con seguridad una mayoría de las que lo han interrumpido) lo han podido hacer, en ocasiones, o porque han mentido al psiquiatra en la entrevista o porque el psiquiatra ha mentado en el certificado. Es penoso que la ley, tal como está hoy día, se sustente sobre mentiras.

Es para indignarnos ante tal situación pero, al final, las mujeres son las grandes perjudicadas. Por eso urgen las medidas gubernamentales. De momento, de inmediato, las autoridades sanitarias han de garantizar tanto la salud y la seguridad de las mujeres como el derecho a su intimidad y protección de la información clínica, tal y como establece la vigente Ley de Protección de Datos. Después, la ley de plazos exigida por la realidad social y basada en una decisión libre que termine con todos estos enmascamientos tras un dictamen pretendidamente técnico, en suma una la ley más justa.

Déficit de especialistas

Aunque el déficit de médicos es selectivo, para algunas especialidades y en determinadas



áreas geográficas, sus efectos y repercusiones han pasado de ser una preocupación exclusiva de los responsables institucionales a generar alarma social. Nos dicen que faltan 9000 médicos en España, 3000 especialistas, aunque otros minimizan estas cifras. Tres de cada diez médicos o más tienen más de 50 años y las tendencias señalan que el panorama empeorará si no se toman medidas urgentes. Además, la creación de nuevos centros hospitalarios y residenciales así como el desarrollo de la Ley de Dependencia van a precisar mayor número de personal sanitario de todo tipo. Es previsible que el déficit actual se acentúe por factores que afectan tanto a la oferta como a la demanda de profesionales. Son factores que además refuerzan los desequilibrios ya existentes en el mercado laboral.

El Estado Español tiene una tasa de médicos colegiados elevada, 414 por 100.000 habitantes cuando la media europea es de 300, pero no hay que olvidar que solo el 57% trabaja en el sistema público de salud y en algunas comunidades como La Rioja y Navarra son menos de la mitad de los médicos colegiados quienes están en la sanidad pública.

Ante esta realidad tras la ausencia histórica de planificación del necesario número de especialistas, nos confunden esas voces que airean la amalgama de iniciativas institucionales: potenciar programas docentes MIR, dotar a las autonomías de los recursos necesarios, favorecer contratos a quienes terminan la formación de MIR, simultanear dos puestos de trabajo en la sanidad pública, atraer a una parte de los 5.500 médicos que trabajan en el extranjero, e incentivos de uno u otro cariz que eviten la marcha de personal sanitario cualificado. La UE está haciendo esfuerzos para homogeneizar los planes de estudio, grados y titulaciones universitarias, como un paso más hacia la efectiva circulación de la mano de obra entre los países integrantes. La reacreditación o recertificación

periódica de todos los médicos es una alternativa desarrollada en otros países.

Nos tememos que algunas medidas podrían deteriorar la calidad asistencial o favorecer los contratos basura, también en el ámbito de la salud mental. Estamos ante un problema cuya resolución dependerá de cambios en las políticas de salud y educativas. Cuestiones de Ministerios que aborden los principales desequilibrios estructurales del empleo en el sector sanitario, así como las distintas opciones políticas disponibles. Antes será preciso conocer cuantos médicos son necesarios, en qué lugares y para que actuaciones.

Incentivos y carrera profesional

Hace poco leía unas reflexiones de mi amigo Luis Palomo, experto investigador e ilustrado en salud pública. Cuando un profesional duda entre diversas opciones porque la conciencia moral de su tiempo es ambigua (precio vs valor; eficiencia vs equidad; crecimiento vs sostenibilidad; enriquecimiento vs solidaridad...) o no está seguro de lo que se espera de él (medicalizar vs prevenir; curar vs cuidar; integralidad vs inmediatez; resolver vs derivar...). O no están definidas sus metas tratar vs ahorrar; filtrar vs complacer...), transita en una crisis ética pues no sabe qué opción tomar. Esta crisis se agudiza si se carece de estímulos externos adecuados. Si los profesionales no valoran el bien interno que se persigue con el ejercicio de la medicina (ser buen médico) y ejercen en base a los bienes externos (dinero, prestigio, poder social) puede ser notorio el acceso a la corrupción de las actividades profesionales¹.

Un profesional de la salud, también salud mental por supuesto, precisa gran autoestima para soportar la dureza de la actividad asistencial y ello requiere de apoyo institucional y una promoción clara hacia la excelencia, caso contrario la institución funcionará mal.

¹ Luis Palomo. Uso y disfrute de los incentivos. *Salud 2000*, 2007, nº 114:22-27.

Hasta hace unos 10 años el único mecanismo externo era el salario corregido con algunos complementos. En la década de los 90 se introdujo el cumplimiento de la cartera de servicios y en estos últimos años, incentivar el ahorro farmacéutico y, en este último año, la carrera profesional.

Casi todas las CC.AA. han puesto en marcha su modelo de carrera profesional. Y en algunas, modelos de promoción y desarrollo para trabajadores no sanitarios para evitar agravios comparativos. Esta heterogeneidad puede afectar negativamente a la movilidad de unas a otras comunidades donde las diferencias salariales puedan ser importantes. También hay otros inconvenientes de los modelos de carrera profesional: 1) Se concibe como una mera incentivación económica desigual; 2) introduce elementos variables en concepto en un proceso en sí mismo irreversible; 3) introduce incertidumbres en valoraciones que debieran ser más concretas; 4) introduce elementos de arbitrariedad (porcentajes del 25% de puntuación máxima es de índole valorativa subjetiva); 5) introduce elementos discriminatorios entre profesionales urbanos y rurales, docentes y no docentes, fijos y no fijos, igualmente “profesionales” todos ellos.

Hay buenos profesionales que se mueven también por bienes internos a la profesión y para quienes sería deseable que la recompensa por su buen hacer y los años de dedicación no se limitase a estímulos económicos. La disponibilidad de tiempo para dar o recibir formación, tiempo exento de la asistencia para dedicarlo a otras actividades (investigación, docencia, tutorías, interconsultas, actividades de gestión, etc), o por tiempo ganado para la vida privada. Eso sí, sin tener que incentivar por el cumplimiento de actividades propias de la profesión. Es compleja ciertamente la cuestión de los incentivos, pero el derecho y disfrute de incentivos externos no debiera comprometer la motivación intrínseca del profesional.

Desencuentros

En el apartado para *la Reflexión* de esta publicación se han incluido varios artículos sobre la atención sociosanitaria de la población inmigrante, o sobre donde poner el énfasis ante las personas con enfermedad mental con la “ley de dependencia” en la mano; también sobre el proceso de transición vivido en la red de centros de salud mental extrahospitalaria, o los comentarios críticos al tipo de examen OPE de Psiquiatría. Queda pendiente un estudio sobre los elevados costes económicos y organizativos del sistema de selección OPE en los meses previos y en las fechas de exámenes.

Continúan las protestas en Castilla-León ante la paralización de las negociaciones por la Gerencia Regional de Salud, pendientes desde la legislatura anterior. El acceso a la carrera profesional de colectivos excluidos (médicos inspectores, personal interino,...), la jornada de la tarde, la mala situación de los servicios de urgencia, etc., están entre las cuestiones a negociar. En Cantabria, Asturias y La Rioja se quejan porque son las autonomías donde peor se pagan las horas de atención continuada, por los incumplimientos de acuerdos sobre la carrera profesional y la OPE. Y qué decir del País Vasco donde el gobierno autonómico ha aprobado por decreto la carrera profesional y las condiciones de trabajo sin llegar a acuerdos con el 90% de la representación sindical —el 95% en la psiquiatría— que sigue tratando de evitar la discriminación entre categorías y entre fijos o no fijos, al tiempo que dice aspirar a mejorar las condiciones de trabajo, las condiciones salariales y una asistencia sanitaria de calidad. Es ya hora de que negocien las partes y resuelvan malestares incubados durante años. Es hora del reencuentro.

31-I-2008
I. Markez

