

Índice

Índice	1
4. Rediseñando el SERMAS	2
4.1. Introducción	2
4.1.1. Rediseñar sobre un paisaje desolador en la estructura y funcionamiento de los servicios sanitarios	2
4.1.2. Rediseñar desde la devastación de los instrumentos organizativos y de gestión	5
4.1.3. Líneas de reflexión y de alternativas	5
4.2. Nuevo SERMAS: servicio público, integrado en red, descentralizado y emprendedor	7
4.3. Un SERMAS territorialmente ordenado	10
4.3.1. Nivel Autonómico	13
4.3.2. Nivel de Áreas de Salud	16
4.4. Un SERMAS basado en la atención primaria	22
4.4.1. Introducción	22
4.4.2. Reconstrucción de la Atención Primaria de Salud en Madrid	25
4.5. Hospital Público de Madrid	31
4.5.1. Reconfigurar la atención especializada en base a una Red Integrada Hospitalaria de Servicio Público en la Comunidad de Madrid	34
4.5.2. Buen Gobierno y Nueva Gestión Pública en el Hospital del SERMAS	36
4.5.3. Gestión Clínica y apuesta por el profesionalismo	38
4.5.4. La búsqueda de la excelencia clínica en el nuevo contexto médico y sanitario	41
4.5.5. Articular en la red autonómica funciones asistenciales y técnicas colaborativas	46
4.6. La Salud Mental como reto de desarrollo e integración intersectorial	52
4.6.1. Los valores que informan el modelo de organización de la Salud Mental	55
4.6.2. El marco autonómico de la Salud Mental	56
4.6.3. El marco de la Salud Mental en las Áreas de Salud	57
4.7. Construir un SERMAS sostenible, sobre la base del uso racional del medicamento y la tecnología	59
4.7.1. Líneas de cambio	61

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 “LOS-CAM” (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 empresarializados, 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 persona-

lidad 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 substituye a Gallardón, pierde las elecciones en Mayo, pero dos tránsfugas del PSOE obligan a repetir las elecciones 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 completa 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 sub-director 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 coordinadas 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 autónomo* 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 disfrutaban 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 Hemodonación 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 copilotada por la Atención Primaria; c) disponer de una serie de unidades y servicios de área gestionados desde este ámbito; y d) 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.

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

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 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 flexibilidad 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 resolutiveidad, 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 fundamenta-

les 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 avanzada 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 substituiría 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 Aten-

ción 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 extra-muros 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-trasporte 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 establezca 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 SERMAS

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 trasforma 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 incentivación, la reputación, y la inversión en capital humano.

- En la asistencia sanitaria no caben modelos mecanicistas de *incentivación* 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, in-

roducir 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 irreplicable.

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 “solista” (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 sub-especialización.

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

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

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 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; igual-

mente 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 consideradas "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 las 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 fragmentadora. 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 realizado 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 interpersonales 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 contrac-

tual 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 or-

ganizar 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 polimedicación; 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 al 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 interhospitalario, 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 ajustes 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 pobla-

ción), 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 obligaciones 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.