

COMPARECENCIA PARLAMENTO GALLEGO. ENERO 2019

Buenos días. Gracias señora presidenta de la Comisión. Gracias señoras y señores parlamentarios por darme la oportunidad de expresar la opinión del Consello de Colexios Médicos sobre el estado actual de la sanidad en Galicia.

Como toda opinión compleja y matizable, es seguro que mi análisis no es compartido en su totalidad por todo un amplio colectivo como el nuestro de casi 14.000 profesionales. Por tanto, aunque las líneas generales de lo que expondré creo que son compartidas por una inmensa mayoría de mis compañeros, adelanto y asumo, que el conjunto de la comparecencia sólo debe entenderse como un análisis personal.

En primer lugar, reitero el agradecimiento porque la existencia misma de esta Comisión y algunas de las últimas manifestaciones del Presidente del Gobierno de Galicia, del Conselleiro de Sanidad y de varios altos cargos del SERGAS, reconocen que existen problemas importantes en la sanidad gallega que deben afrontarse.

Y antes de nada, tengo que coincidir con ellos en que, a pesar de esos problemas - algunos graves en mi opinión y que luego expondré desde la crítica leal y constructiva al que los Colegios Médicos estamos obligados-, la sanidad pública gallega es a día de hoy homologable a los mejores servicios públicos de salud, y la asistencia que reciben nuestros pacientes es y será de la máxima calidad. El compromiso de los profesionales sanitarios gallegos está garantizado en cualquier caso. Los ciudadanos de Galicia no deben albergar ninguna duda al respecto.

Es, sin embargo, una lástima que este reconocimiento de los problemas en la sanidad que hoy emergen en el debate social y político, no hubiera llegado antes –los Colegios Médicos llevamos años alertando sobre ellos-. De haberlo hecho se hubiera facilitado la toma de las necesarias decisiones de mejora y sostenibilidad del sistema público de salud en Galicia, a las que luego me referiré, y que ahora toca acometer en un indeseable contexto de conflictividad.

Con, entre otros conflictos, la muy preocupante dimisión -razonada y razonable a mi juicio-, de 25 Jefes de Servicio de los Centros de Salud de A.P. del área de Vigo, médicos todos ellos de una alta valía profesional, experiencia y trayectoria en la sanidad pública. Dimisionarios que deben ser repuestos cuanto antes en sus puestos de responsabilidad, después de dar respuesta a las lógicas demandas que plantean. Ellos, me consta, están dispuestos a buscar soluciones. Este es un buen objetivo para todos los actuales agentes sanitarios en Galicia –la Consellería de Sanidade en primer lugar-.

Entrando en la materia de esta Comisión de Investigación, ciertamente **los recortes en sanidad** (presupuestarios, jubilaciones obligatorias, mínimo porcentaje de reposición...) efectuados en los años centrales de la última crisis económica (2011-2016) han influido negativamente en el sistema sanitario gallego. Han sido, como los Colegios Médicos -entre otros- señalamos en su momento, “pan de corto plazo para hoy y hambre para mañana”.

Dicho esto, más negativo aún que los recortes ha sido **la inacción**, la ausencia de reformas, de cambios estructurales imprescindibles desde hace mucho tiempo en el sistema, con independencia de la crisis económica. Y sobre todo, **la falta de**

planificación en RRHH cuyas consecuencias ahora vemos con toda su crudeza con los datos de la demografía médica gallega y sus consecuencias para los próximos años.

Y la carencia, también, de un **modelo definido del conjunto del sistema sanitario público** más allá de la creación de las EOXIs que, a mi juicio, se han quedado en un mero ajuste administrativo, con algunas consecuencias negativas además, como la percepción por A.P. de su orfandad en la toma de decisiones presupuestarias y organizativas.

La gestión sanitaria en estos últimos tiempos en Galicia ha sido, a mi juicio, superficial, cortoplacista, defensiva, muy administrativa y demasiado desapegada de la realidad -considerando las quejas como una opinión minoritaria o interesada, sin reparar el fuerte sustrato de malestar generalizado en los profesionales que contenían-.

Alejada de la realidad, digo, porque mientras la inacción y los recortes se prolongaban, sobre la asistencia diaria en los centros de salud, urgencias y hospitales se desataba la tormenta perfecta que ya apuntaba antes de los años de la crisis.

Una tormenta perfecta cuyos elementos más importantes paso a definir:

El enorme **incremento de la demanda asistencial** -que además ha llegado para quedarse, en Galicia especialmente-, por **el envejecimiento, la cronicidad, la pluripatología** y su consecuente complejidad clínica y organizativa en el día a día de la atención primaria, hospitalaria y dispositivos de urgencias. Elemento que por sí sólo cuestiona los ratios hasta ahora aconsejables de tarjetas por médico en AP, convirtiendo esa referencia en poco menos que obsoleta.

A este paradigmático cambio del escenario asistencial, hay que añadir importantes **factores** digamos que **culturales o sociales** que sobrecargan las consultas y las atenciones urgentes: la sanitización de la vida (el médico como solución a los diferentes malestares de la existencia), la sanidad como un elemento más de consumo... Todo urgente, ya y al lado de casa. El miedo a enfermar más que la enfermedad misma. La información masiva desinformada y equívoca que tiene la ciudadanía sobre cuestiones de salud... Y todo esto, sin ninguna estrategia de racionalización de esta excesiva demanda.

Demanda en todo caso creciente en todos los niveles asistenciales, en un contexto de **falta de respuesta a las ausencias** -muchas de ellas predecibles- de los médicos (bajas, vacaciones, días de libre disposición, trienios...). Falta de respuesta de especial incidencia en la A.P., pero importante también, en cada vez más prolongados periodos del año, en los hospitales. Las tradicionales y necesarias sustituciones de facultativos han desaparecido casi por completo: al inicio de la crisis por falta de presupuesto y ahora, ¡vaya por Dios!, por carecer de médicos disponibles.

Tengo que referirme aquí, obviamente, a la necesidad de **contratos estables** para los especialistas jóvenes, de la que tanto se ha hablado en las últimas semanas y que espero vaya a resolverse pronto, evitando con ello la eventual pérdida de recursos humanos de alta calidad profesional. Una pena que este problema no se hubiera resuelto hace ya varios años, cuando algunos lo reclamamos como imprescindible. De haberlo hecho, quizás pudiéramos afrontar algo mejor los difíciles años que le esperan a la sanidad gallega.

En todo caso, la inexistencia ya estructural de sustitución de las ausencias supone para muchos profesionales, ya de base en el límite de sus posibilidades para una atención de calidad a sus pacientes, **una sobrecarga más**.

A la que hay que añadir la falta de una **planificación ordenada para solventar dichas ausencias** cuando, como es lo habitual, no hay posibilidad de sustitución: este tipo de incidencias se resuelven a día de hoy -y sólo cuando no hay más remedio- in extremis, “a salto de mata”, de un día para otro en demasiadas ocasiones, con el peligro y la merma de calidad que esto supone.

Tampoco hay una política definida de **prolongación voluntaria de la jornada**, cuando sea necesario, que respete al máximo la continuidad asistencial, concepto clave de la eficiencia y la calidad.

Lo mismo puede decirse de la implementación de **alternativas** suficientemente atractivas para los profesionales, para asegurar las **presencias en los PACs** con equipos completos de trabajo, en disposición de responder con seguridad y eficiencia a las demandas urgentes.

No están previstas por ahora en nuestra comunidad autónoma (en otras CCAA del estado ya están en marcha) **fórmulas nuevas de retribución de esa actividad voluntaria extraordinaria** acordes a la responsabilidad que conlleva, en vez de las pírricas y disuasorias cantidades que ahora se ofrecen. Estas fórmulas son ya necesarias y lo serán más aún en los próximos años.

Los Servicios Hospitalarios de Urgencias, por los motivos antes expuestos, son dispositivos donde se concentra, sobre todo en determinadas épocas del año como la

actual, la sobrecarga asistencial. En los últimos tiempos se diseñan, en las Gerencias, Planes de Contingencia que en general quedan en papel mojado o son sobrepasados por la cruda realidad, en ellos habitualmente infravalorada.

Los Coordinadores de estos Servicios en los hospitales gallegos ya hace 2 años al menos, elaboraron **un documento con una serie de propuestas** concretas con decisiones organizativas y de disponibilidad de recursos humanos y materiales para afrontar, con la solvencia necesaria, las consecuencias en pacientes y profesionales de esta sobrecarga.

Estas propuestas se presentaron a la Dirección del SERGAS y, en nuestra información a día de hoy, no han sido desarrolladas.

Tampoco en **esta inacción** que ha caracterizado la gestión de los últimos años, se ha considerado el incremento de la **carga administrativa y tecnológica** que los médicos han ido acumulando día tras día. Todo nuevo aplicativo informático -que seguramente ha mejorado en la mayor parte de los casos la calidad de los registros- ha sido imputado de forma automática al médico. Sin una valoración objetiva previa sobre el coste en reducción del tiempo asistencial, esencial al acto médico, que su implementación iba a producir. Y sin considerar la posibilidad de asignar este tipo de tareas a otras categorías profesionales, cuyas funciones con esta “inercia organizativa” se han visto reducidas y que perfectamente, con su capacitación profesional, podrían asumir.

Asimismo, la rigidez administrativa de la sanidad pública –que debe corregirse para hacerla sostenible- y las consideraciones de oportunidad política general que deberían

ser ajenas a la gestión sanitaria pública, han impedido la toma de **decisiones racionales de eficiencia en la ordenación asistencial y en la reorganización de algunos dispositivos** y sus correspondientes recursos humanos y materiales que equilibrarían la sobrecarga asistencial del conjunto del sistema, coadyuvando además a su suficiencia financiera.

Y para acabar, a pesar de disponer de todos los datos asistenciales individualizados encima de la mesa, no se han dado pasos para **modificar el actual sistema retributivo igualitarista para primar la excelencia y el compromiso con los pacientes**. Señalar objetivamente a “los excelentes” sería motivador para el resto, se enfrentaría a las inercias negativas del sistema y sería una buena señal para las generaciones más jóvenes. No ha habido -ni parece que vaya a haberlo- valor y coraje para hacerlo. Instrumentos que se pretendían en esa línea como los acuerdos de gestión y la carrera profesional se han convertido ya en oportunidades perdidas.

En suma: estamos sufriendo un incremento multifactorial -en ocasiones caótico- de la demanda, no respondido ni con un **incremento presupuestario proporcional, ni con políticas nuevas de recursos humanos ni con cambios organizativos contundentes que la afronten en mejores condiciones**. Hemos pasado del “hay que hacer más con menos” al no tenemos médicos disponibles y por tanto, poco podemos hacer.

Finalizada la descripción del contexto en el que en mi opinión nos encontramos, debo complementarla con unos de sus elementos más relevantes, señalado así por el propio presidente del Gobierno de Galicia: la **carencia de médicos disponibles a corto-medio plazo** para mantener, renovar y mejorar el sistema público gallego de salud,

resolviendo las carencias actuales con la expectativa de entre 5.000 y 6.000 médicos del SERGAS que podrán jubilarse durante la próxima década.

El origen de esta carencia tiene varios factores:

- a) una **bolsa** importante y creciente de médicos egresados de las facultades en el limbo laboral, **sin posibilidad legal para trabajar en el sistema nacional de salud** al no alcanzar plaza MIR para su especialización – requisito legalmente indispensable en el estado español-. Bolsa generada por el no ajuste de plazas MIR al número de optantes a las mismas, a pesar de las carencias que sufrimos en algunas especialidades.
- b) la **falta de contratos estables** que han empujado fuera de la sanidad pública gallega a numerosos especialistas médicos jóvenes.
- c) la **ausencia de registros rigurosos para la planificación**, una vez afrontados los puntos anteriores, de las necesidades de formación de nuevos médicos.

En opinión del Consejo General de Colegios Médicos y del Foro de la Profesión no es a día de hoy necesaria la apertura de nuevas facultades de medicina, pero si la financiación de las actuales en base a la previsión de las necesidad de médicos en el sistema público de salud para la próxima década al menos.

Tras pormenorizar los problemas que, en mi opinión, tiene la sanidad gallega -de forma quizás demasiado extensa pero entiendo que necesaria para el rigor que merece esta Comisión Parlamentaria-, la cuestión es que, entre otros factores, la **sobrecarga creciente** que sufrimos los facultativos, **está modificando** –y esto es lo más grave- **la forma de desarrollar la práctica profesional médica**. Orientándola inevitablemente hacia una menor calidad, hacia un desempeño más defensivo, más derivativo, más protocolario y menos personalizado y humanizado.

Algunos estudios señalan que, en este contexto, los **actos médicos están en crisis y un alto porcentaje de ellos son ineficientes y no aportan valor a los pacientes**.

El tiempo para escuchar, para entender, para ayudar, para explicar, orientar a los pacientes es la herramienta más valiosa que tenemos los médicos.

Sin tiempo, no podemos hacer bien la labor que la sociedad nos encomienda. Y cada vez tenemos menos tiempo para los pacientes. Es heroico, en muchos momentos de nuestra jornada laboral, ¡creánme señoras y señores parlamentarios!, desarrollar la medicina que hemos aprendido y en la que creemos.

Y es también su obligación, señoras y señores parlamentarios, por interés público, garantizar, en la medida de sus posibilidades, que tengamos el tiempo necesario para desarrollarla con garantías.

Ésta, la falta de tiempo asistencial de calidad, creo que es la causa primordial de las dimisiones de los Jefes de Servicio de A.P. de Vigo: “no queremos ser cómplices de este deterioro”, dicen. Y los Colegios de Médicos de Galicia, tampoco.

Por eso les apoyamos y afirmamos que no podemos consentir que se nos aboque a trabajar así.

Va en contra de nuestra deontología y es nuestra obligación denunciarlo y, al tiempo, ponernos de nuevo a disposición de la Conselleria de Sanidade para aportar con lealtad y sinceridad, como siempre hemos hecho, nuestro conocimiento desde la perspectiva de representación profesional. Reconociendo la dificultad de la coyuntura y que ni la culpa la tiene nadie en exclusiva ni la solución está en una sola mano. Toca arrimar el hombro desde todas las esquinas.

Y antes de finalizar con una serie de propuestas concretas la comparecencia, debo dar respuesta al resto de enunciados del título de esta Comisión.

- a) La privatización: no creo que exista una decisión ni un plan preconcebido por el actual Gobierno de Galicia para privatizar la sanidad. No lo creo. Pero, al tiempo, pienso que la inacción en la gestión y los recortes presupuestarios,

debilitan y deterioran la sanidad pública, produciendo de forma indirecta, la salida de los ciudadanos que puedan permitírselo económicamente hacia las formulas privadas de asistencia sanitaria.

O sea, generando una sanidad a dos velocidades, sin la equidad que proclaman nuestros valores constitucionales. Obligación por tanto de los gobernantes y de todos, “ponerse las pilas” para evitarlo. Es lo que demanda la ciudadanía en todos los segmentos socioeconómicos, en cualquier encuesta que se realice.

Un elemento importante para fortalecer la sanidad pública, es evitar la fuga de la excelencia a la sanidad privada. Las bajas retribuciones de los médicos españoles en comparación con nuestro entorno comunitario, y la rigidez administrativa –especialmente llamativa en Galicia en comparación con la mayoría de las CCAA del Estado español- en la interpretación de las incompatibilidades y la exclusividad en el desempeño profesional público y privado, está ya produciendo la salida de profesionales jóvenes y menos jóvenes del SERGAS –dónde se formaron como especialistas- a la sanidad privada, que les ofrece mejores condiciones laborales y mayor seguridad jurídica.

Esta salida de profesionales se incrementará en los próximos años si no moderniza esa interpretación administrativa y no se realizan los cambios normativos necesarios.

- b) La gestión del tratamiento de la Hepatitis C: otra tormenta perfecta. En el momento álgido de la crisis económica, sale al mercado a un precio

desorbitado un tratamiento efectivo que ha supuesto uno de los mayores éxitos en la lucha contra las enfermedades infecciosas de este siglo. En ese momento, las autoridades sanitarias en España y en Galicia entran en pánico presupuestario, se retrasa la fijación del precio del fármaco y se generan unos protocolos restrictivos para su prescripción y dispensación que en poco tiempo se demostraron equivocados. Para su aplicación se crearon unas Comisiones que trabajaron sobre principios, en consecuencia, equivocados.

El desarrollo de esas Comisiones fue variable en las diversas CCAA y las consecuencias negativas en algunos pacientes de las decisiones, en aplicación de esos protocolos y las de los gestores implementándolas -con más o menos retraso están “sub judice” en Galicia.

En todo caso, de ese despropósito -que varias Sociedades Científicas y la Organización Médica Colegial denunciaron en esas fechas- no parece razonable culpar a personas concretas, cuando tanto el Ministerio de Sanidad como las Consejerías Autonómicas de Salud y Hacienda fueron desbordados globalmente por unas circunstancias que no supieron gestionar en tiempo y forma y que tuvieron consecuencias negativas para la salud física y/o emocional de los afectados y sus familias.

A los que debemos rendir un homenaje por su firmeza asociativa y su constancia en demandar lo que el conocimiento y la experiencia científica posteriores han demostrado como justo, eficiente y correcto.

- c) En cuanto al fallecimiento de D. José Manuel Brey Brea sin atención médica en el PAC de La Estrada, lo primero es manifestar en esta sede parlamentaria y en

representación de todos los médicos de Galicia, nuestra condolencia a la familia y nuestro máximo apoyo a la misma, en cuanto precise de nosotros.

Las circunstancias que condujeron a esa falta de atención médica fueron expuestas en detalle en esta sala con todo el conocimiento de causa por el Dr. Juan Sánchez, Jefe de Servicio del Centro de Salud de A Estrada. Por tanto no voy a reiterarme en ellas y me sumo a sus conclusiones. Se trata de un asunto que también está “sub judice” y tiene sus condicionantes específicos.

Entiendo, en todo caso, que ejemplificar en un caso concreto, por muy funestas que fueran sus consecuencias, la política de recortes y de mala gestión asistencial de los recursos humanos, no es justo ni razonable desde el punto de vista del conocimiento científico al que nos debemos como médicos. Por eso prefiero remitirme al análisis general que he hecho al inicio de esta comparecencia.

Finalizaré con algunas líneas de solución a la problemática general de la sanidad gallega que, en mi opinión, deben desarrollarse pronto. Como ya hemos manifestado desde diversas instancias, muchas de las medidas necesarias no precisan de más debate en grupos de trabajo, ya que han sido definidas con claridad en los últimos años en los contactos y reuniones de la Conselleria con Sociedades Científicas, Colegios y Sindicatos.

Sólo falta para su implementación, la decisión política y la cobertura presupuestaria de la Conselleria de Sanidade. A este respecto señalar las manifestaciones del Gobierno de Galicia en las que se dice que la financiación no será un obstáculo para resolver los problemas de la sanidad. ¡Ojalá fuera cierto!

- 1) Definir y normativizar las condiciones que permitan el tiempo necesario para una **atención apropiada a cada paciente**. Esto supone un número máximo de enfermos atendidos en la jornada laboral en consultas y unidades de hospitalización.

En Medicina de Familia y Pediatría de Atención Primaria ese número no debería exceder los 30 pacientes, incluidas las urgencias. En caso de prolongación voluntaria de la jornada, ese número tampoco debería exceder de los 45 pacientes.

En otras especialidades deben aplicarse los números que ya muchas sociedades científicas tienen establecido.

2) Es imprescindible en las especialidades deficitarias, la formulación de nuevos **contratos estables (de 1 a 3 años) y flexibles**, del que los nuevos especialistas tengan conocimiento en los meses anteriores a su finalización del MIR (esta medida podría suponer la disponibilidad en Mayo de este año de unos 75 médicos de familia y 20 pediatras de atención primaria). Este tipo de contrato también debe ofrecerse ya a los médicos de estas especialidades que están en este momento en situación de mayor precariedad contractual.

3) **Las listas de espera deben ser disminuidas al máximo y son una línea roja en Atención Primaria** por su propio concepto (en esto coincidimos plenamente con el Conselleiro de Sanidade). Por eso, del mismo modo que se activó ya hace décadas un Plan Especial, en el que se han invertido millones de euros, para las Listas de Espera Quirúrgicas por la vía de la autoconcertación voluntaria de los profesionales -y que de hecho en los hospitales se utiliza también para consultas y pruebas complementarias con demoras excesivas-, debe crearse un **Plan Especial de Refuerzo para Atención Primaria**, por la misma vía, que permita la prolongación de jornada para resolver ordenadamente las ausencias y posibilite el respeto a los números máximos definidos antes.

Este Plan debe tener condiciones y retribuciones acordes con la responsabilidad de los profesionales que lo realizan. Este Plan de Refuerzo también debe ser aplicable a algunas especialidades hospitalarias en picos asistenciales coyunturales.

- 4) Deben garantizarse normativamente las **presencias de equipos completos** en los PACs, adaptados a la carga asistencial que soportan. Para ello, tanto los contratos estables como el Plan Especial de Refuerzo para Atención Primaria, ofertado a todos los facultativos de A.P., deben ser también implementados en los PACs.

Las medidas planteadas en los puntos 3) y 4) ya están en marcha en algunas CCAA del estado español.

- 5) Siguiendo las **propuestas planteadas por los Coordinadores de los Servicios de Urgencias Hospitalarias de Galicia**, deben acometerse las reformas organizativas, los planes de contingencia y el refuerzo de los recursos humanos y materiales de forma negociada con los profesionales.

- 6) Para que estos 5 puntos tengan un abordaje real es necesario **el incremento de la financiación sanitaria**, aproximándose al gasto per cápita de otras CCAA que, incluso con menor cronicidad a la nuestra, superan a Galicia en más de 100 euros por persona/año.

Del presupuesto sanitario total, al menos el 20% debe dedicarse de forma finalista a Atención Primaria, como muchos expertos en economía de la salud cuantifican para modelos como el nuestro.

En paralelo y para hacer sostenible este gasto/inversión en salud deben abordarse **decisiones racionales de eficiencia en la ordenación asistencial y en la reorganización de algunos dispositivos**, pensando en el conjunto del sistema. También deben implantarse modelos para primar la excelencia en el

desempeño profesional y los resultados en salud, cambiando si es preciso el modelo retributivo de los médicos con el consenso sindical necesario.

- 7) Es imprescindible **el incremento de las plazas MIR en las especialidades deficitarias**, en base a una **planificación de la necesidad de médicos en los próximos años**. Para ello son, además, precisas políticas que incentiven a los tutores para la formación de especialistas, con la consideración que éstos merecen desde todos los puntos de vista (curricular, etc...)

- 8) El **reparto de funciones en las diversas categorías profesionales debe reformularse**, descargando a los médicos de tareas que pueden asumirse de otra forma. Para ello es imprescindible además del debido acuerdo (para este aspecto si nos parece útil un grupo de trabajo) interprofesional, la definición clara y normativa del médico en la Jefatura y Coordinación del conjunto de categorías de los Servicios/Equipos de Trabajo, sobre todo en A.P., pero también en los hospitales. Estas Jefaturas deben tener toda la autonomía de gestión posible para organizar la asistencia.

- 9) Deben abordarse, para evitar, la fuga de profesionales del sistema público al privado y eliminar la discriminación que los médicos gallegos tienen con respecto a los de otras CCAA, **cambios en la aplicación de la ley de incompatibilidades** (con independencia de su necesaria reforma y modernización a nivel estatal) y en la particular y rígida aplicación en Galicia de la **exclusividad/complemento específico**.

10) Es urgente el diseño e implementación de **estrategias de racionalización de la excesiva demanda** de los ciudadanos al sistema sanitario público, desde la necesaria pedagogía para la utilización de los recursos, enfrentándose a la sobreinformación desinformada, a las expectativas exageradas, a la sanitización de la vida... Estas estrategias deberían contar con expertos para desarrollarlas y son responsabilidad inexcusable de todos los agentes implicados: políticos, medios de comunicación social, profesionales sanitarios... De su éxito a medio-largo plazo dependerá la sostenibilidad de nuestro excelente sistema público de salud.