

PACTO SOCIAL Y POLÍTICO POR LA SANIDAD

COORDINADORES DEL DOCUMENTO

Pedro Cabrera Navarro

Presidente del Consejo Canario de Colegios Oficiales de Médicos

Rodrigo Martín Hernández

Vicepresidente del Consejo Canario de Colegios Oficiales de Médicos

AUTORES

Las Palmas

Esteban Pérez Alonso

Marta León Santana

Miguel A. Santana Rodríguez

Servando Seara Fernández

Rosa Apolinario Hidalgo

Antonia Rodríguez Hernández

Margarita García García

Juan I. Pintado Pico

Vicente Román Peris

M^a. Eugenia Perdomo Bethencourt

Juan Letang Benjumeda

Ayose Rodríguez Clavería

Santa Cruz de Tenerife

Luis Antonio García González

Ángel Noguerales de la Obra

Carlos Sánchez Santos

Candelaria de Rocío García Guzmán

Pedro Rodríguez Hernández

Luis Cordovés Dorta

Ahmad Nabhan Nabhan

Begoña Rodríguez Mora

José María Hernández Pérez

Antonio Manuel León Mendoza

COLABORADORES

Bernardo Macías Gutiérrez

Felipe Rodríguez de Castro

Manuel Sosa Henríquez

Fernando Gómez-Pamo Guerra del Río

ÍNDICE

PREÁMBULO	4
LAS PERSONAS	5-20
La población general	
Los representantes políticos	
Los profesionales sanitarios	
La demografía médica	
ACCESIBILIDAD Y SOSTENIBILIDAD	21
Las listas de espera	
La dotación financiera	
ENTORNO	23-34
Ámbito administrativo	
Ámbito de Atención Primaria	
Ámbito de Atención Hospitalaria	
GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO	35-40
Capital humano	
Capital estructural	
Capital relacional	
Investigación clínica	
Investigación experimental	
Formación	
RESUMEN DE PROPUESTAS	41-42

PREAMBULO

A propuesta de la Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias, el Consejo Canario de Colegios Oficiales de Médicos (CCCOM) ha decidido sumarse al proyecto denominado Pacto Social y Político por la Sanidad.

En estos tiempos de crisis al SCS no sólo le faltan recursos económicos, le falta un proyecto innovador que motive e ilusione a sus profesionales.

El presente documento se articula en los cuatro grandes apartados propuestos por la Consejería: las personas, la accesibilidad y sostenibilidad, el entorno y la gestión del conocimiento.

Los médicos hemos hecho frente a los recortes, a la falta de inversión, al incremento de la actividad y a la reducción de personal, poniendo la atención a los pacientes por delante de los legítimos intereses personales y profesionales, hecho reconocido por los ciudadanos y por la propia Administración, pero la situación se ha hecho ya insostenible. La pérdida de recursos económicos ha tenido un efecto demoledor en la calidad de los servicios y ha dado lugar a una desconfianza creciente entre los profesionales y la Administración. Por todo esto, es necesario profundizar en un compromiso que logre plasmar una visión estratégica integradora que equilibre los intereses de los ciudadanos, de los profesionales sanitarios, de la Administración y de los partidos políticos, y que proporcione prestaciones de salud, de calidad en un nuevo clima de innovación y satisfacción.

LAS PERSONAS

Existe acuerdo general en que el paciente debe ser el centro del sistema y que toda la planificación sanitaria ha de girar en torno a su servicio. No obstante, este principio general se ve ignorado con frecuencia en aras de intereses económicos, funcionales o gremiales. Se asume al paciente como centro del sistema y el problema es que no está en el centro, sino que se le rodea y no se le deja mover.

Se propone que cualquier acción sanitaria de nueva implantación lleve un análisis detallado del impacto sobre el paciente.

Por otra parte, hay que concienciar igualmente a los profesionales sanitarios, a la población general y a sus representantes políticos en su corresponsabilidad en la planificación y buen uso del sistema sanitario público.

La Población General

La participación ciudadana, canalizada a través de los Consejos de Salud, aunque democrática en su concepción, se ha mostrado claramente ineficaz en nuestro sistema sanitario; al igual que las Juntas Técnico-Asistenciales y las Juntas de Participación Hospitalaria. Su escasa actividad y la poca implicación de muchos de sus miembros las han convertido en órganos de participación irrelevantes. Resulta necesario replantearse su funcionamiento y el compromiso de sus representantes.

La ciudadanía ha de ser consciente que la planificación sanitaria se hace sobre criterios técnicos, atendiendo a datos epidemiológicos que afectan a grupos poblacionales significativos. Solicitamos uniformidad territorial para estos grandes grupos, mientras que la atención a patologías minoritarias deberá centrarse en unidades de referencia.

Los pacientes con enfermedades minoritarias que precisen desplazarse a centros de referencia tiene derecho a una subvención justa para un desplazamiento fácil y una estancia digna.

Por otra parte, el paciente tiene que tomar sus decisiones, intervenir y ser responsable de su salud. Un paciente formado e informado, gestionará mejor su salud y su enfermedad. Hay que desarrollar canales de participación transparentes, dinámicos y efectivos como una nueva forma de entender las relaciones entre la ciudadanía, los profesionales y el propio sistema sanitario.

Es muy importante la participación de las asociaciones de pacientes por lo que nos aportan y enriquecen.

Es importante conseguir que nuestro SCS tenga esa visualización del paciente y de la importancia de éste, para que la salud siga siendo un compromiso de las personas y de los poderes públicos.

Los Representantes Políticos

El Gobierno de Canarias y los partidos políticos son por derecho propio los responsables de diseñar el modelo sanitario y de proveer la financiación del mismo en lo que respecta a la sanidad pública. El CCCOM apuesta decididamente por la sanidad como servicio público con pleno liderazgo en la promoción de la salud, la docencia postgrado, la investigación y la asistencia sanitaria, asignando a la medicina privada el papel de complementaria y dando pleno apoyo al emprendimiento individual de los profesionales sanitarios.

Por otra parte, desde el CCCOM, se percibe como muy preocupante la lucha partidista generada en torno a la sanidad pública. Sin menoscabo del principio democrático de la discusión política y la información veraz, sugerimos a los partidos políticos y a los medios de comunicación una difusión ponderada de la realidad sanitaria. Entendemos que la sanidad pública española, aunque en crisis, mantiene unos altos niveles de calidad que hay que preservar y mejorar. Por otra parte, la sanidad pública, desde la equidad y la solidaridad, es probablemente el sector más potente de cohesión social de nuestro país. Presentar a la sanidad pública como arma arrojadiza de la discusión partidista lleva a su descrédito y debe evitarse.

Solicitamos a los partidos políticos y a las autoridades locales:

- Que se abstengan de planteamientos sanitarios demagógicos que contravengan los criterios técnicos de carácter científico, epidemiológico y poblacional.
- Que fomenten la participación e información de los ciudadanos a través de las tecnologías de la información y la comunicación (TICs), aprovechando sus posibilidades para mejorar el acceso y la utilización de los servicios. A medio plazo, los ciudadanos deberían disponer de una aplicación que les permitiera seguir su proceso administrativo (día y hora de consulta, acceso a sus informes clínicos cerrados, etc.).

Los Profesionales Sanitarios

La representación legal de los profesionales sanitarios, en lo que se refiere a sus derechos laborales está en los sindicatos, y en los colegios profesionales en lo que se refiere al desempeño de su labor. Ninguna otra organización ni institución se puede arrogar la representación de los profesionales.

Los Colegios de Médicos son Corporaciones de Derecho Público y como tales han de ser reconocidas en este Pacto. Los colegios profesionales, por ley, están habilitados para desempeñar labores propias de la administración pública por delegación de esta última.

Además, en este Pacto, los médicos solicitamos que las asociaciones científicas médicas sean oídas como asesores técnicos del mismo.

Esta triple representación debe comprometerse con el documento final que se derive de este proyecto y ser admitida por el resto de los firmantes. Por otra parte, las tres instituciones: Colegios, Sindicatos y Asociaciones Científicas Médicas, deben estar presentes y activas en el grupo de seguimiento del Pacto.

El CCCOM se posiciona claramente a favor de aquellas medidas que, sin deterioro de la calidad médica prestada, supongan un manejo eficiente de los recursos económicos disponibles.

La precariedad laboral del sector sanitario de Canarias es con diferencia la mayor de España y, de forma escandalosa, se sitúa en el doble de la media nacional. La mayoría de los médicos que trabajan en esa situación realizan labores cotidianas y no empleos sanitarios de orden coyuntural. La insatisfacción del trabajo precario es un factor de empeoramiento de la asistencia sanitaria. Aunque el CCCOM reconoce que este es un problema que será mejor tratado por las organizaciones sindicales, propone que en los dos próximos ejercicios presupuestarios, a través de las OPE, se proporcione estabilidad laboral al 70% de la plantilla de médicos, priorizando a aquellos que desarrollan actividad no coyuntural.

Los médicos reivindicamos más autonomía e implicarnos en la gestión de forma decidida, con responsabilidad y asumiendo riesgos en las decisiones sobre organización y gestión clínica. Proponemos:

- Centralizar la microgestión en los profesionales: gestión de su agenda de consulta e ingreso en coordinación con los servicios de admisión.
- Presupuestos y objetivos por servicios o centro de salud. Acceso a los medios técnicos necesarios para cumplir las funciones encomendadas en la cartera de servicios y los objetivos pactados.
- Adecuación de la plantilla a los ratios recomendados por las Sociedades Científicas y la OMS.
- Cobertura de todas las plazas libres y concurso-oposiciones anuales.
- Erradicar la precariedad laboral en los nuevos contratos que no sean para labores coyunturales.
- Liderazgo clínico adecuando los salarios al nivel de formación y responsabilidad.
- Mejorar la distribución de tareas según niveles de conocimiento.
- Reducción al mínimo de las tareas administrativas y burocráticas al personal médico.
- Aplicar medidas de fidelización al personal médico que garanticen la continuidad asistencial y, por tanto, el aumento de calidad en la atención.
- Apostar por modelos organizativos que fomenten la promoción profesional.
- Actualizar la carrera profesional.
- Establecimiento de horarios flexibles que faciliten la conciliación laboral y familiar.
- Formación médica continuada dentro del horario laboral.

La **Demografía Médica** actual y futura es un dato imprescindible para la planificación sanitaria, ninguna organización cuenta con estos datos con la precisión que tienen los registros de la Organización Médica Colegial. Los datos que se aportan a continuación proceden del Servicio Canario de Salud y, en su gran mayoría, de la Organización Médica Colegial.

- La distribución de la plantilla orgánica por ámbitos asistenciales es la siguiente: Atención Primaria concentra el 22,30% de la plantilla y Atención Hospitalaria, el 77,70%.
- El número de Tarjetas Sanitarias Individuales (TSI) en la Comunidad Canaria, en diciembre de 2015, era de 1.957.769, produciéndose un ligero incremento respecto al año anterior (0,73%).
- En Atención Primaria, el 73,20% de la plantilla la integra el personal sanitario (Médicos de Familia, Pediatras, Enfermeras, Matronas, Fisioterapeutas, etc.) y el 26,80% personal no sanitario, que realiza funciones administrativas o de gestión.

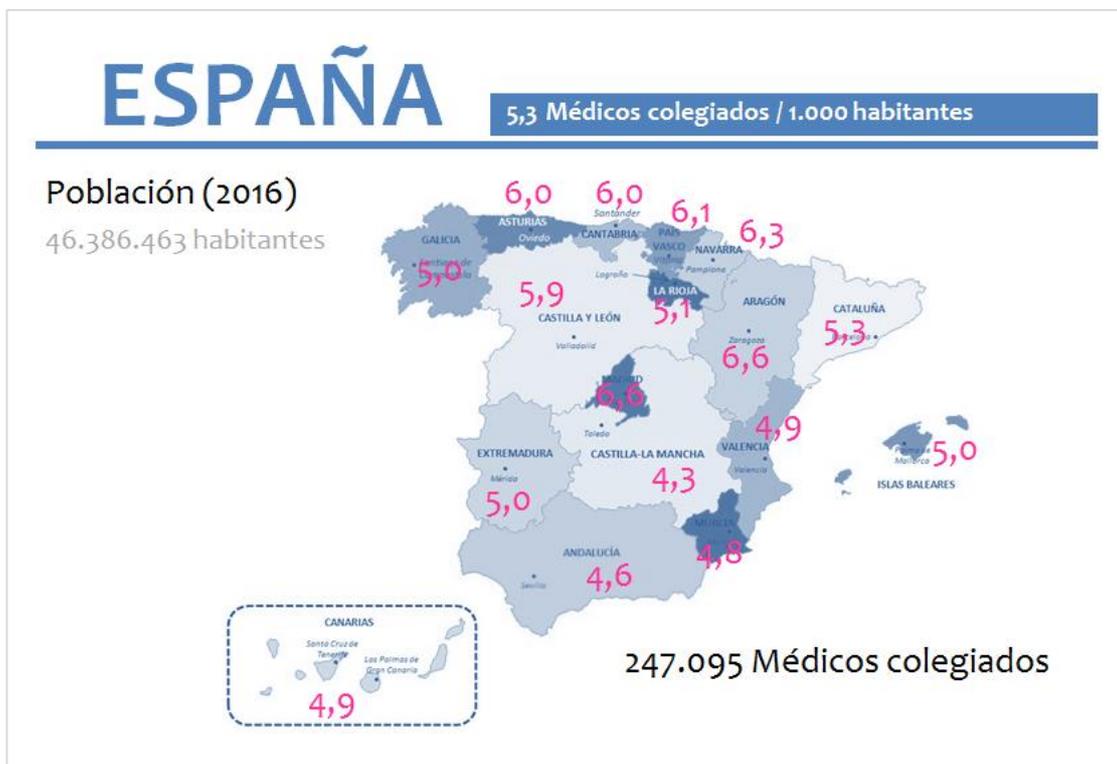
PLANTILLA ORGÁNICA DEL SCS POR ÁMBITOS ASISTENCIALES		
CATEGORÍAS PROFESIONALES	ATENCIÓN PRIMARIA	ATENCIÓN HOSPITALARIA
Puestos directivos y de gestión	70	385
Personal Facultativo: Médicos	1.811	3.039
Personal sanitario no facultativo	1.930	9.480
Ats/dues	1.529	4.515
Matronas	78	155
Fisioterapeutas	41	164
Técnicos especialistas	43	742
Auxiliares enfermería	239	3.904
Personal No Sanitario	1.258	4.843
Funciones administrat.	862	1.967
Otro personal	396	2.876
Otro Personal	42	66
TOTAL	5.111	17.813

La situación actual que vive la Sanidad Canaria tiene como punto crítico la falta de profesionales, donde un estudio comparativo con el resto de las CC.AA. muestra que la media de médicos se sitúa en 5,3 /1.000 habitantes, mientras que en Canarias está en 4,9/1.000 habitantes. A este hecho hay que añadir que realmente los médicos que se dedican a labores asistenciales, tanto en el ámbito público como en el privado, son de tan solo el 3,8/1.000.

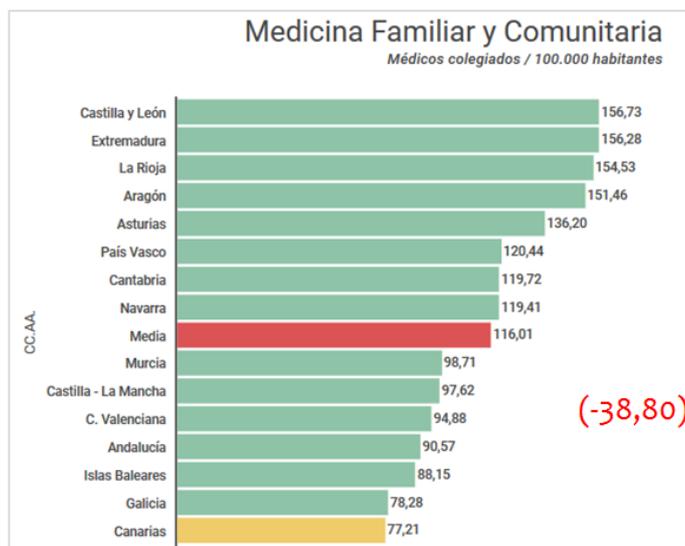
Modificar la demografía médica no es sencillo. En la docencia pregrado la Conferencia Nacional de Decanos de Medicina se opone a crear nuevas facultades, argumentando que se resentiría la calidad de la enseñanza y que habría una sobreoferta médica que no tendría acceso al sistema MIR y, por tanto, al empleo. Además, un incremento excesivo de alumnos obligaría a aumentar las plantillas de profesorado de forma muy significativa y no asumible para los presupuestos universitarios. El carácter funcional de los profesores universitarios (titulares y catedráticos) se interpreta como un inconveniente futuro si después de un incremento de plazas hay que reducir las plantillas de profesores por disminución de la demanda. Por otra parte, los hospitales universitarios se encuentran al máximo de sus posibilidades docentes. Sólo bajando la calidad, con profesores menos capacitados y habilitando clínicas y hospitales no universitarios, se podría aumentar significativamente el número de licenciados en Medicina.

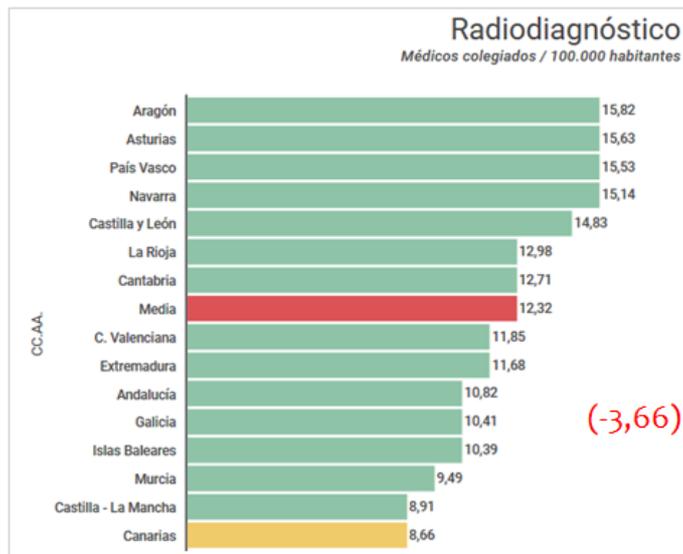
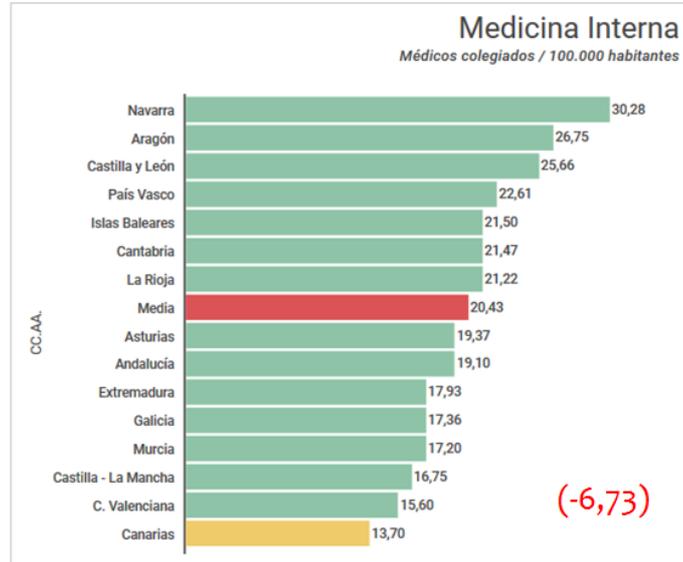
En la otra mano está la formación MIR. Las diferentes Comisiones Nacionales de las Especialidades no están dispuestas a bajar los estándares para reconocer nuevas Unidades Docentes ni a habilitar a las autorizadas para incrementar el número de plazas por unidad.

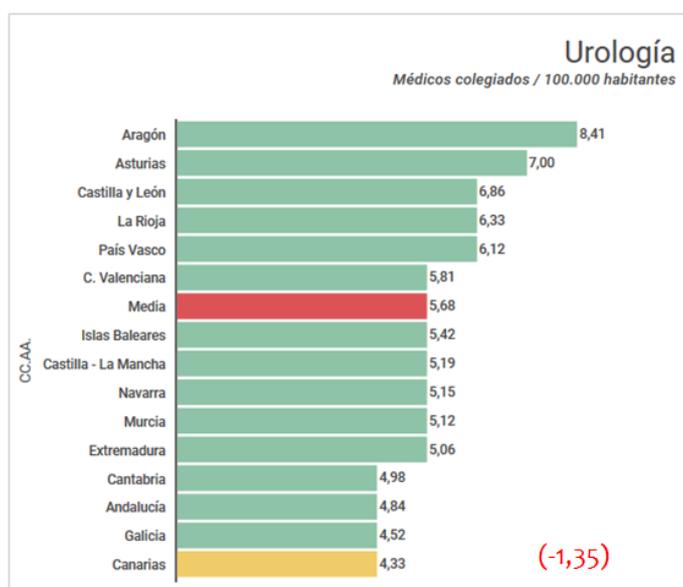
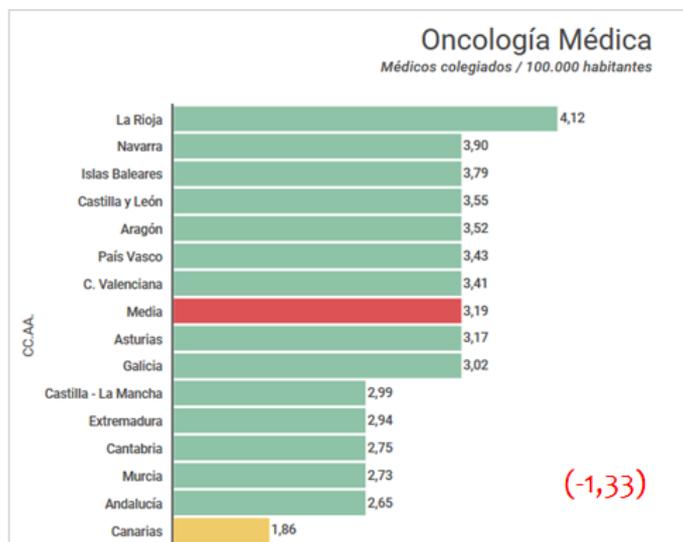
Con estos dos inconvenientes, de difícil solución, si la demanda de médicos especialistas sigue incrementándose sólo quedan dos posibilidades: importar especialistas o asumir que, como no los hay, otros médicos podrían asumir esas funciones. Esta última vía nos llevaría de nuevo al fenómeno MESTO.



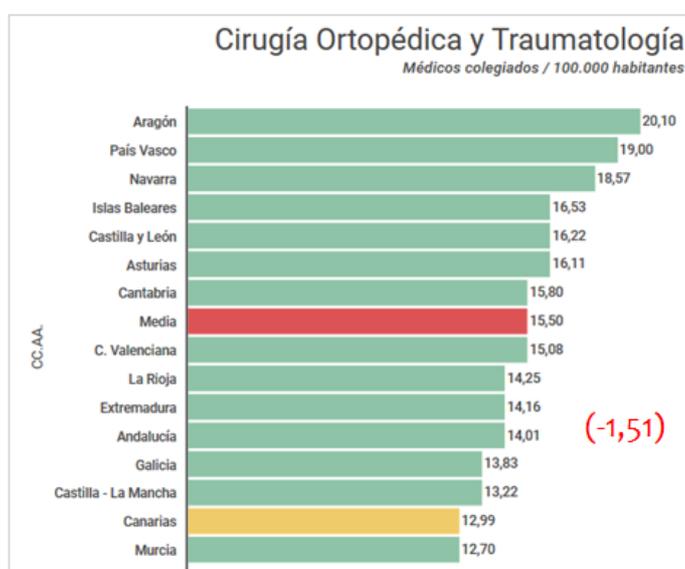
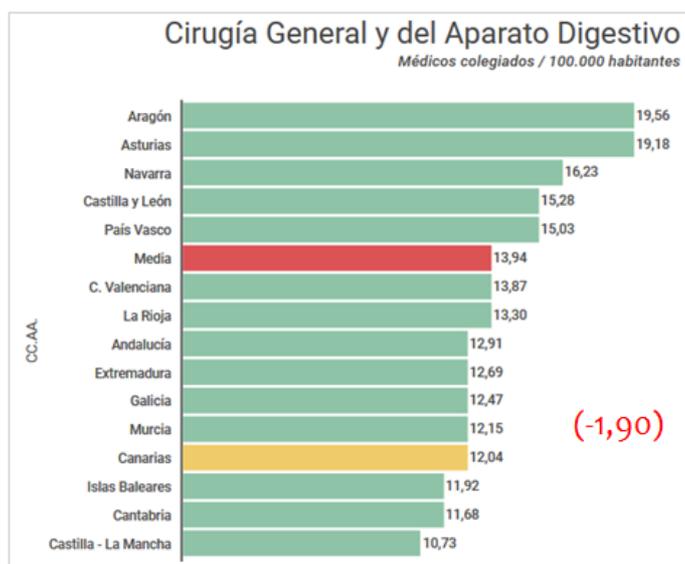
Este hecho en determinadas especialidades es verdaderamente dramático, estando situadas a la cola con respecto al resto de las CC.AA., **Medicina Familiar y Comunitaria, Medicina Interna, Radiodiagnóstico, Oncología Médica y Urología.**

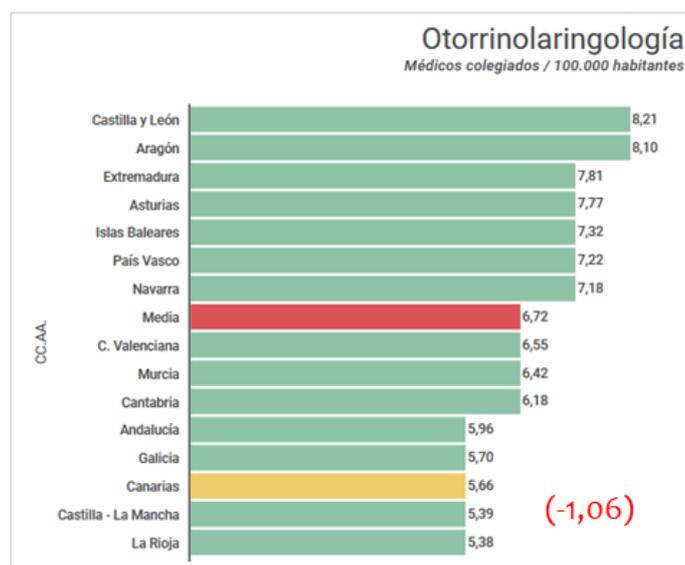
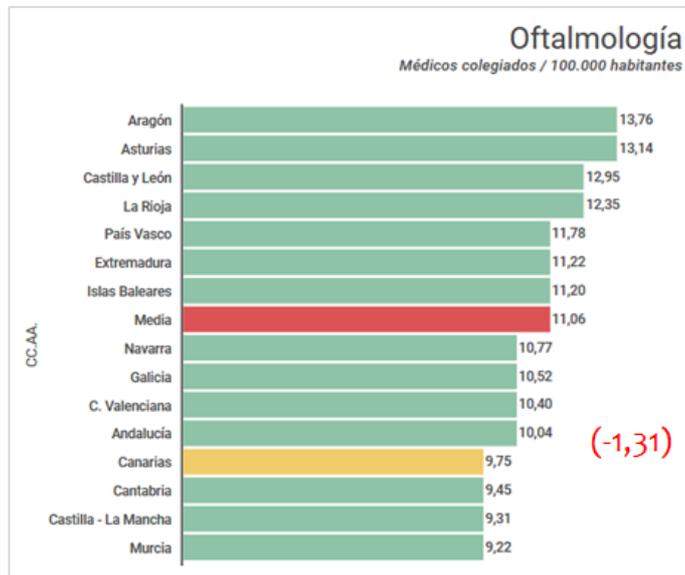


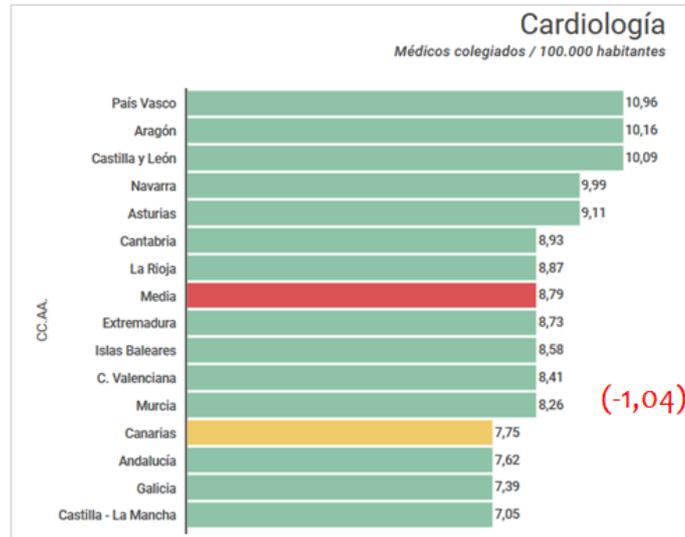




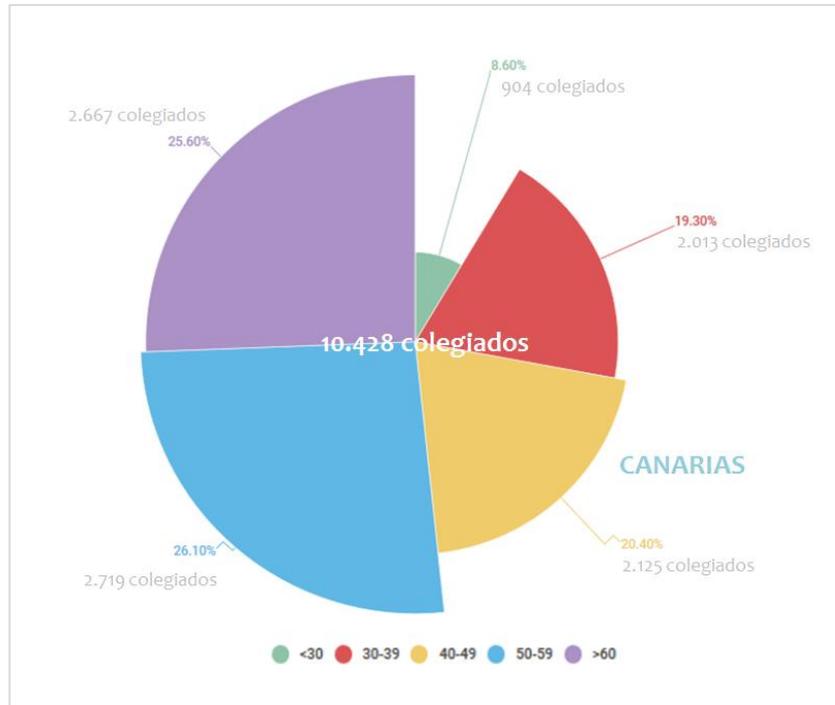
Y otras de mucha trascendencia por la gran demanda asistencial que conllevan, como son **Cirugía General y del Aparato Digestivo, Cirugía Ortopédica y Traumatología, Oftalmología, Otorrinolaringología y Cardiología.**



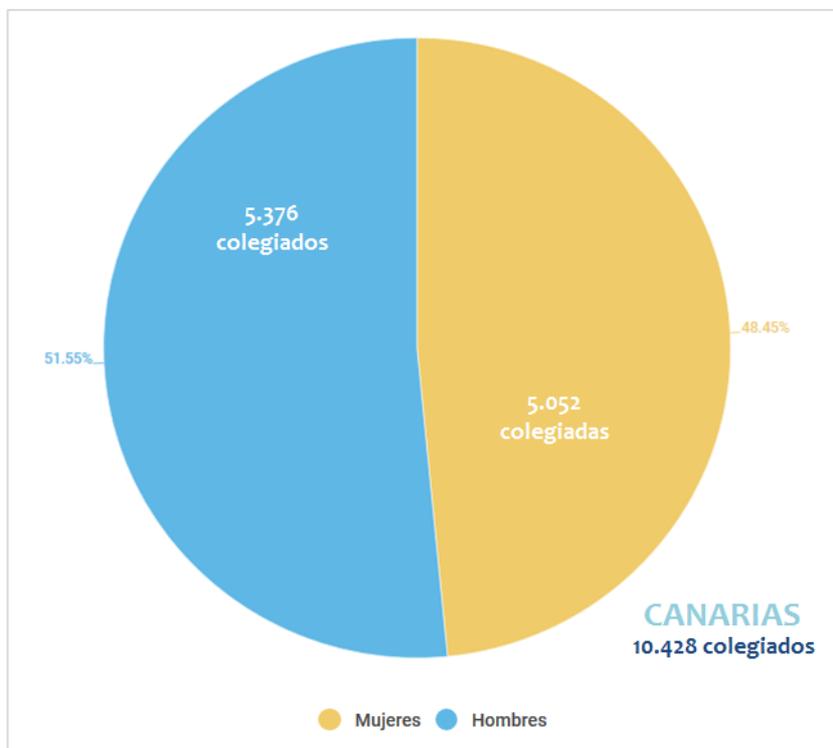




A esto hay que añadir que cuando se hace un estudio poblacional por edad el 51,70% de nuestros médicos tienen 50 o más años, lo cual lleva que en un periodo de 15 años se jubilarán la mitad de los profesionales.



Otro ítem que hay que tener en cuenta en las previsiones es el alto porcentaje de feminización del colectivo en los últimos diez años donde, si bien la conciliación de la vida laboral y familiar es igual para ambos sexos, el hecho de la maternidad en sí (embarazos y pospartos con su correspondiente baja maternal y permisos) contribuirá a un mayor número de ausencias laborales, especialmente en aquellas especialidades que conllevan mayor esfuerzo físico como son las quirúrgicas.

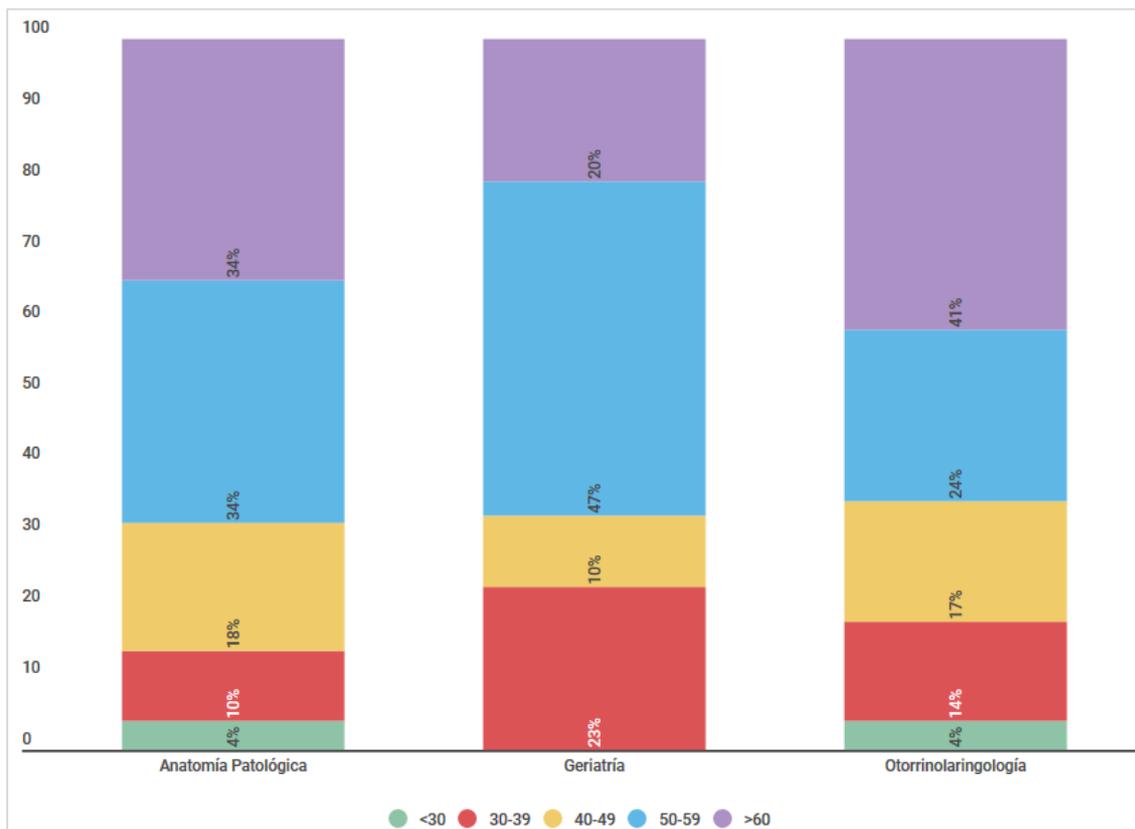


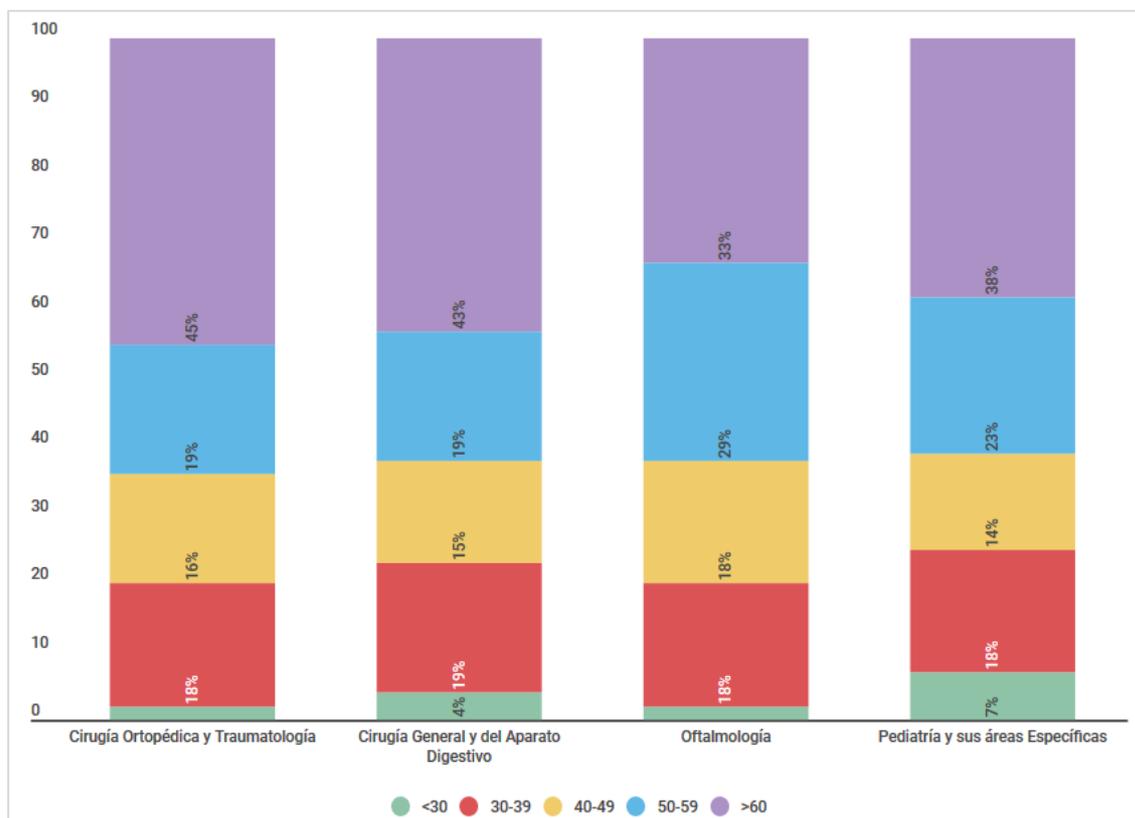
Ahondando en el envejecimiento de los profesionales, este estudio poblacional nos revela que hay un porcentaje elevadísimo en algunas de las especialidades con profesionales de edad avanzada, y que sin embargo el recambio generacional, tomando como dato plazas MIR convocadas en esas especialidades, estará muy lejos de cubrir las necesidades.

Especialidades críticas HOY

Motivo: > 60% especialistas tienen 50 años o más

- Medicina Legal y Forense (87%)
- Medicina de Educación Física y Deporte (80%)
- Medicina del Trabajo (75%)
- Análisis Clínicos (73%)
- Anatomía Patológica (68%)
- Geriatría (67%)
- Medicina Preventiva y Salud Pública (67%)
- Otorrinolaringología (65%)
- Cirugía Ortopédica y Traumatología (64%)
- Bioquímica Clínica (63%)
- Cirugía Pediátrica (63%)
- Cirugía General y del Aparato Digestivo (62%)
- Oftalmología (62%)
- Pediatría y sus áreas Específicas (61%)



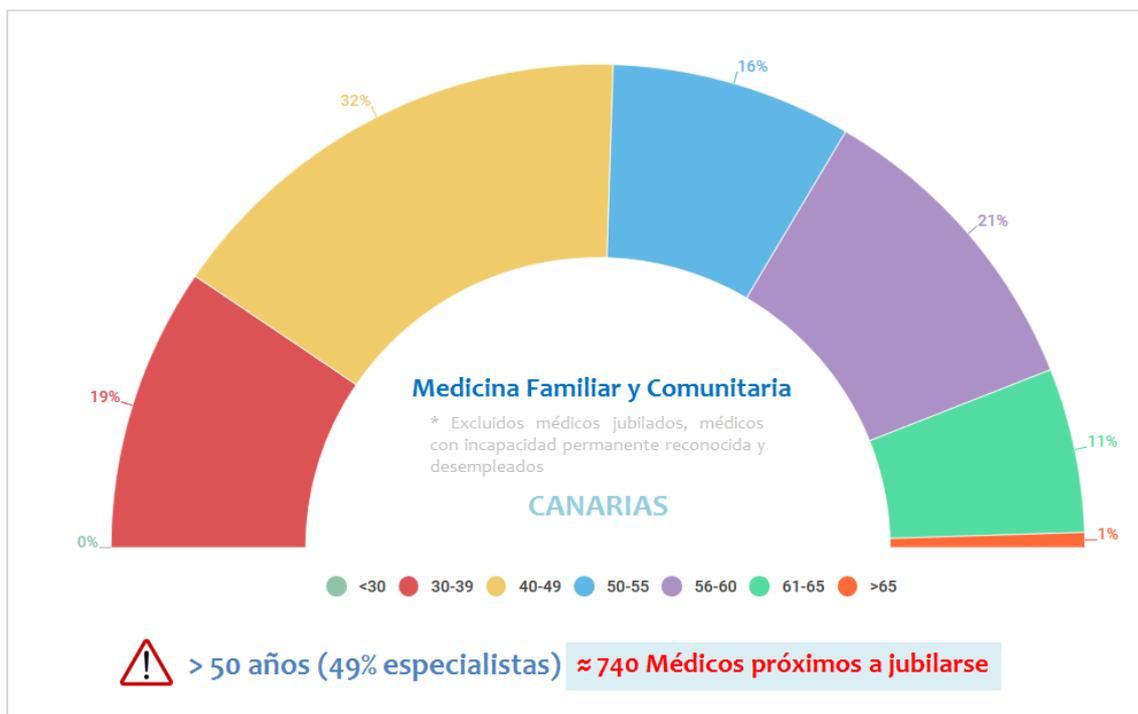


De las anteriores, la peor parte la llevan las especialidades de **Cirugía Ortopédica y Traumatología y Cirugía General y del Aparato Digestivo**, grandes responsables de las actuales listas de espera que en la actualidad están casi a la cola de España en número de profesionales por 100.000 habitantes, y más del 60% de sus profesionales tienen 50 años o más.

Otras especialidades que se encuentran en parecidas circunstancias a las anteriores son **Anatomía Patológica, Otorrinolaringología, Oftalmología y Pediatría**.

Si se tiene en cuenta el envejecimiento de la población y que las especialidades que van a ver aumentadas su demanda para atender a estos pacientes son **Medicina Interna y Geriatría**, conviene resaltar que ambas también son de las que hemos llamado críticas, la primera por estar infradotada en la actualidad (a la cola con respecto a la media de España) y la segunda por su escasa formación de residentes que dificulta el recambio generacional.

Quizá el caso más llamativo, por la importancia y gravedad que supondría el no tener profesionales formados en los próximos años, es la especialidad de **Medicina Familiar y Comunitaria**.



CERTIFICADOS DE IDONEIDAD

En el último año y medio 178 médicos se han ido al extranjero

Dentro de los datos relevantes que obran en los Colegios Médicos son los Certificados de Idoneidad que se emiten anualmente para irse al extranjero. En el año 2016 fueron un total de 98 y a junio de 2017 el número asciende a 80. Nuestra Comunidad Autónoma es la primera de España en solicitar este certificado y, en concreto, la provincia de Las Palmas que triplica en peticiones a la de Santa Cruz de Tenerife.

ACCESIBILIDAD Y SOSTENIBILIDAD

Las Listas de Espera

Por tratarse de uno de los parámetros más evidentes de la calidad del sistema sanitario y por la facilidad de difusión mediática que proporcionan sus números absolutos, se ha convertido en el arma de referencia de la refriega política. Sin embargo, es un parámetro que en los ambientes profesionales goza de amplio descrédito y al que continuamente se le atribuyen manipulaciones interesadas conocidas como “maquillaje” de las listas de espera. Tal es así, que su definición varía ampliamente entre comunidades autónomas lo que las hace difícilmente comparables. Por otra parte, teniendo en cuenta que se trata de un índice que puede tener una importante carga negativa, no es razonable que esté gestionado por quien se puede ver afectado por el mismo.

Además, las listas de espera han de ser catalogadas cualitativamente. Esperar por una enfermedad banal no puede ponerse a pie de igualdad con esperar por una enfermedad grave.

Por si fuera poco, las largas listas de espera originan mecanismos perversos en el funcionamiento del sistema sanitario, los más llamativos: el incremento en la frecuentación de los Servicios de Urgencias y una alta ocupación hospitalaria para agilizar la realización de técnicas diagnósticas con alta demora.

Bajo estas premisas, y si se quiere dotar de credibilidad a las listas de espera, el CCCOM propone las siguientes líneas de actuación:

- Definir exactamente la estructura de las listas de espera en lo que se refiere a su elaboración, mantenimiento y actualización.
- En Atención Primaria cualquier lista de espera superior a 48 horas debe considerarse inaceptable.
- Categorizar las listas de espera de las especialidades hospitalarias según la enfermedad sea de atención: prioritaria, intermedia o no prioritaria.
- Control de listas de espera por otro organismo ajeno a la Consejería de Sanidad. Por ejemplo, ISTAC o Diputado del Común.

La Dotación Financiera

Como pilar básico del estado de bienestar, la sanidad ha de tener una financiación específica y suficiente. Pero las necesidades financieras no tendrán tope si el nivel de ineficiencia es alto.

Algunos índices financieros pueden considerarse alarmantes, según datos recientes del Ministerio de Sanidad, el crecimiento presupuestario destinado a la sanidad de la Comunidad Canaria durante la última década, coincidiendo con la crisis económica, ha sido uno de los más bajos de España (4,79%). Si se comparan con otras comunidades con una población similar a la nuestra, se ha incrementado el presupuesto la mitad de lo que lo hizo en Castilla La Mancha (9,53%) y cuatro veces menos que en el País Vasco (19%). Estos desfases financieros tan notables han generado un deterioro sanitario que se ha salvado en gran parte por el esfuerzo de los profesionales y que necesitan urgentemente de un esfuerzo político similar.

A nuestros representantes políticos se les exige ser lo suficientemente creativos a nivel nacional para conseguir remontar este desfase presupuestario poniendo sobre la mesa, entre otros argumentos, la ultraperiferia y la fragmentación territorial.

Conseguir los recursos económicos suficientes es la labor prioritaria de los representantes políticos, mientras que controlar la ineficiencia es obligación de los profesionales. La mayor amenaza de insuficiencia financiera la constituye el precio de los nuevos fármacos y los médicos como prescriptores, nos debemos comprometer con el uso racional del medicamento.

Los médicos entendemos que no hay sostenibilidad sin suficiencia financiera y sin el control de las ineficiencias. Los médicos nos comprometemos con esto último, pero para ello solicitamos:

- Una Agencia de Evaluación de la Tecnología y de las Prestaciones Farmacéuticas externa e independiente. Participada por las sociedades científicas.
- Los presupuestos deben ser reales, teniendo en cuenta el cierre de gastos del año anterior, y ajustados a la población asignada.
- Debe dotarse de autonomía a los Centros para gestionar su presupuesto y adecuarlo para mejorar su funcionamiento.
- Normativa que establezca canales de compensación económica entre la atención sanitaria y socio-sanitaria.
- Separar claramente la financiación farmacéutica de la Atención Sanitaria y de la Salud Pública.

ENTORNO

El Ámbito Administrativo

Se deben revisar y corregir todas aquellas normativas autonómicas que, siendo susceptibles de ello, puedan dificultar los objetivos de este Pacto.

La asistencia sanitaria debe estar despolitizada, de forma que los cargos directivos sean elegidos por capacidad y mérito, a ser posible, previa convocatoria pública y concurso.

Las unidades asistenciales deben ser dotadas de la autonomía más amplia posible, tal como se detalla en las referencias que se hacen a las **Unidades de Gestión Clínica**.

Al menos para la labor médica y para la investigación, se precisa una amplia renovación del equipamiento informático con programas actualizados, equipos que lo soporten y entorno más universal, por lo que se aconseja abandonar el Open Office y volver al Microsoft Office. Estas condiciones se consideran prioritarias para alcanzar uno de los objetivos más demandados por los médicos: una **historia clínica electrónica** interoperable desde cualquier ámbito médico.

Tal como se comenta en este documento, los órganos de participación ciudadana son ampliamente mejorables en su operatividad y presencia. Pero aún más desolador es la inexistencia de órganos de participación técnica para afrontar los grandes retos médicos que existen en nuestra Comunidad. El Servicio Canario de la Salud no cuenta con ningún órgano de asesoramiento médico, dejándose llevar por opiniones individuales de profesionales más cercanos. Para cubrir esta enorme carencia, desde hace años, el Consejo Canario de Colegios de Médicos ha propuesto la creación de un **Consejo Canario de la Profesión Médica** participado por:

- Servicio Canario de la Salud.
- La Facultad de Medicina de La Laguna y la de Las Palmas de Gran Canaria.
- Los dos Colegios de Médicos.
- La Federación Canaria de Asociaciones Científicas Médicas.

Este órgano tendría carácter consultor para todos aquellos asuntos que afecten a la profesión médica o a grandes políticas sanitarias, con la excepción de aquellas cuestiones que fueran de orden sindical.

Por otra parte, tal como se detalla en el preámbulo de este documento, los Colegios de Médicos, como corporaciones de derecho público, se comprometen a colaborar con la administración pública en general y con la sanitaria en particular, asumiendo funciones delegadas que agilicen todas aquellas actividades médicas que redunden en beneficio de los pacientes, la docencia o la investigación.

Ninguna organización tiene los registros de los médicos tan actualizados como los Colegios de Médicos, teniendo plena e inmediata accesibilidad a los mismos a través de vías informatizadas y redes sociales. Los Colegios de Médicos nos brindamos a la administración sanitaria para colaborar, de forma consensuada, en campañas de difusión entre los colegiados de aquellas normas y actitudes que redunden en la mejoría de nuestra asistencia sanitaria.

El Ámbito De La Atención Primaria

Aunque ningún sector de la asistencia sanitaria puede arrogarse una primacía sobre otro, hay que reconocer a la Atención Primaria algunos aspectos de especial trascendencia que le son casi privativos:

- a) Primer punto de acceso de los ciudadanos al sistema sanitario.
- b) Continuidad asistencial de los pacientes.
- c) Mayor conocimiento de los aspectos sociales del paciente en lo que se refiere a: situación familiar, nivel cultural, violencia familiar, etc.
- d) Planificación y control de riesgos epidemiológicos de carácter comunitario.

Resulta evidente que estas funciones no se pueden afrontar en una consulta masificada de pocos minutos por paciente.

Por otra parte, el prestigio que la Atención Primaria debe tener ante la población no es el deseable por una serie de motivos: la falta de apoyos políticos, una financiación insuficiente, la dificultad de acceso a determinados medios diagnósticos, el escaso nivel de participación de los profesionales en la toma de decisiones sobre la gestión de los Centros de Salud, un cierto desprestigio de la especialidad, en el que intervienen factores como su escasa presencia en la universidad y el empeoramiento de las condiciones laborales y retributivas. Estos aspectos son algunos de los puntos clave que han conducido a la Atención Primaria a la actual situación de crisis como modelo y al desánimo de sus profesionales, entre los que existe un alto nivel de *burnout*.

La labor cotidiana. Para que el médico de Atención Primaria sea resolutivo tiene que tener un tamaño del cupo de pacientes adecuados para poder realizar todas las actividades necesarias y para no perder competencias.

Es bien sabido que un 20% de la población genera el 80% de la demanda, por lo que, si esta población está mal repartida (lo que suele generarse con los cambios de médico), el trabajo será muy desigual aunque el número de pacientes asignado sea muy similar.

Una información importante para planificar el número de médicos en una Zona Básica de Salud y repartir de forma equitativa las cargas laborales es distribuir el número de pacientes en función de las zonas geográficas y de la tipología de los pacientes. Esto se podría conseguir con un buen sistema de información.

Existen varios modelos que intentan la asignación racional de los usuarios a los cupos médicos. Métodos basados en técnicas de regresión cúbica, modelos basados en la estimación del volumen total de consultas, utilización de indicadores sintéticos ponderados y no ponderados. Cualquiera puede ser válido.

Lo que se viene hablando en los últimos tiempos sobre el cupo ideal oscila en torno a los 1300 pacientes por cupo.

El incremento de la actividad asistencial está condicionada en parte por los diferentes factores que configuran la realidad sanitaria actual: envejecimiento poblacional, modificación de las necesidades de salud de la población, incremento progresivo de la oferta de servicios sanitarios, mejora de la accesibilidad, incremento de las demandas asistenciales de tipo socio-sanitarias.

Por ello se hace imprescindible establecer nuevos criterios sobre el cupo medio de pacientes asignados a los médicos, garantizando unos niveles máximo y mínimo de asignación poblacional, en función de las variables descritas, de tal forma que no se genere lista de espera de más de un día. La media nacional está en 0.76% día, en ningún caso es aceptable una lista de espera superior a 48 horas.

Se ha de permitir a los médicos realizar una consulta sin imprevistos ni sobresaltos, equiparando a todos los centros de salud, con equipos de incidencias que atiendan a:

- Pacientes urgentes.
- Pacientes sin cita previa.
- Pacientes de agendas ajenas.

La carga burocrática. La complejidad organizativa del Sistema Nacional de Salud le ha convertido en una estructura pesada y poco eficiente. Ante la necesidad de mejorar, deben ensayarse organizaciones alternativas. Éstas pasan por:

- La descentralización.
- La mayor autonomía de los centros sanitarios respecto de los poderes políticos.
- La mejor distribución de funciones entre los miembros de los equipos sanitarios.
- La introducción de competencia dentro del propio sistema público, por más que sea casi un monopolio, a través de la evaluación y comparación de servicios.
- Mejorar la gestión de los procesos de la incapacidad temporal, mediante la simplificación de los trámites administrativos y la mejora en la calidad de la prescripción de la IT.
- Garantizar que cada nivel asistencial gestione los procedimientos administrativos generados por su actividad (incapacidad laboral, revisiones programadas, transporte sanitario, pruebas, etc.).

Los centros que cuentan con instrumentos de gestión menos burocratizados, más flexibles y competitivos, muestran una mayor eficiencia en los indicadores más consolidados en el sector (costes ajustados).

Variabilidad en la organización y gestión. El modo diferente de dar respuesta a similares situaciones, por parte de las Gerencias de Atención Primaria y de las Gerencias de Servicios Sanitarios, crea con frecuencia agravios comparativos, difícilmente justificables al tratarse en todos los casos de miembros de la misma empresa. Resulta necesario, por tanto, establecer mecanismos más eficaces de coordinación entre todas las partes del sistema de gestión.

Participación de los profesionales. Para lograr un aumento sustancial de la corresponsabilidad y del compromiso de los profesionales con el sistema, se hace preciso poner en marcha medidas globales que afronten la insatisfacción profesional y la desmotivación de los mismos. Algunas de esas medidas han de ir encaminadas a mejorar sus condiciones laborales y retributivas, a disminuir a lo imprescindible la burocracia, a revisar algunos roles profesionales, a facilitar su formación, a mejorar su capacidad de resolución, a evitar en lo posible los “ladrones de tiempo” (fallos informáticos, dificultades de acceso a la información de Atención Hospitalaria, pacientes sin cita...), a favorecer su desarrollo profesional (investigación, cirugía menor, etc.) y a permitir su participación en la toma de las decisiones que determinan el funcionamiento de los servicios, implantando, entre todos, una cultura cooperativa y de respeto mutuo.

Dentro de este apartado se hace necesario resaltar la importancia de la **Gestión Clínica** en los centros de salud. Los actuales marcos normativos deben tender hacia una potenciación de la microgestión con capacidad auto-organizativa real, con un fortalecimiento práctico y adaptado al medio de la Atención Primaria basado en la flexibilidad y la legitimidad de este nivel asistencial, con total independencia de la duración de las legislaturas políticas o la caducidad de las actuaciones por dependencia de la persona que dirija un Ministerio, Consejería u otra estructura jerárquica. Todo ello se debe asociar a una periodicidad en la rendición de cuentas con un modelo de valoración previamente consensuado dentro del equipo asistencial.

Las carencias. Dentro de la labor inherente a los médicos de Atención Primaria existen una serie de actuaciones a las que la administración sanitaria ha prestado escasa atención aunque figuran en todos los discursos. Necesitan afrontarse con realismo los siguientes asuntos:

- a) La atención domiciliaria.
- b) La promoción y educación para la salud.
- c) La formación continuada.
- d) La docencia y el reconocimiento de los tutores.
- e) La investigación.
- f) Los cuidados paliativos.
- g) La atención al anciano frágil.
- h) La violencia de género.

Dentro de las carencias, tiene especial relevancia la **salud mental**. Se propone acercar los profesionales de psicología a la AP, creando un perfil profesional que apoye a los médicos en su labor de atención a los trastornos psicológicos adaptativos, que son la mayoría de los procesos que se asisten en el primer nivel, de tal forma que asesoren y supervisen las actuaciones de los médicos en estos casos; y también realicen tareas de actividades grupales para disminuir la asistencia de los pacientes con estas patologías a las consultas.

Las grandes líneas estratégicas en Atención Primaria. Las líneas que se detallan a continuación se encuentran entre las prioritarias para mejorar la calidad de los servicios prestados.

Estrategia I: *Potenciar la Atención Primaria.*

Propósito: Promover la coordinación de los recursos para garantizar la continuidad de la atención sanitaria.

Líneas de actuación:

- Potenciar el papel de la Atención Primaria como coordinadora de los recursos sanitarios y como reguladora de los flujos de pacientes generados en el sistema.
- Desarrollar progresivamente en Atención Primaria las competencias y los recursos precisos para llevar adelante esta función.
- Impulsar que los profesionales de Medicina de Familia, Pediatría y Enfermería actúen como agentes de salud, ejerciendo como guías y coordinadores de los recursos necesarios para responder a las necesidades de salud de la población.

Estrategia 2: *Mejora de la accesibilidad.*

Propósito: Mejorar el acceso de los usuarios a los servicios sanitarios.

Líneas de actuación:

- Optimizar la gestión de agendas y la ordenación de los flujos de usuarios, potenciando el uso de «agendas inteligentes», adaptándolas a las necesidades de la población.
- Favorecer la accesibilidad directa del ciudadano/usuario al médico y al profesional de Enfermería a través de las tecnologías, como el teléfono y el correo electrónico para los procesos de consulta, estableciendo, cuando sea preciso, franjas horarias para ello.
- Impulsar estrategias para disminuir la frecuentación innecesaria y la corresponsabilidad de los ciudadanos en la utilización de los servicios.

Estrategia 3: *Adecuar la dotación de recursos humanos y la gestión de la organización de las consultas, para una adecuada atención, garantizando la no existencia de listas de espera en Atención Primaria.*

Propósito: Asegurar un tiempo suficiente de consulta para la atención de los pacientes.

Líneas de actuación:

- Adecuar los recursos de personal sanitario y no sanitario, adaptándolos al perfil de actividad de los profesionales y basándose en criterios demográficos, de frecuentación, sociales (nivel socioeconómico, inmigración), dispersión geográfica e insularidad.
- Gestionar la organización de las consultas y el tamaño de los cupos de forma que permita a los profesionales disponer del tiempo necesario (10 minutos) para cada paciente, todo ello sin que se produzca un impacto negativo sobre las demoras en la atención.
- Mejorar la eficiencia organizativa de los equipos mediante estrategias de redistribución de las cargas de trabajo.

Estrategia 4: *Impulsar la participación de los ciudadanos en el sistema sanitario y en la Atención Primaria.*

Propósito: Potenciar el papel de los usuarios en el sistema sanitario.

Líneas de actuación:

- Promover el control social sobre el desarrollo de los planes de salud, a través de la información periódica y transparente a los ciudadanos sobre necesidades en salud, recursos disponibles, oferta de servicios y resultados obtenidos.

- Formalizar en las áreas de salud o en el nivel territorial que se determine, órganos consultivos de participación social que incluyan asociaciones y organizaciones representativas de los usuarios, así como de las administraciones locales, que debatan y propongan mejoras en relación a la planificación, la organización y la provisión de los servicios.
- Impulsar un modelo de liderazgo de la organización que contribuya a generar una actitud positiva de los profesionales a la participación de los ciudadanos.
- Implantación de los Consejos de Salud.

Estrategia 5: Desarrollar actuaciones que promuevan los autocuidados y que modifiquen la excesiva medicalización de la práctica sanitaria.

Propósito: Promover los autocuidados de calidad.

Líneas de actuación:

- Promover las actividades de educación para la salud dirigidas a fomentar los autocuidados y los cambios en los estilos de vida evitando la medicalización innecesaria.
- Facilitar a los ciudadanos información independiente acerca de los beneficios y riesgos del uso de medicamentos y de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos.
- Educar a la población sobre el uso adecuado de los recursos sanitarios.
- Considerar en los programas de formación dirigidos a profesionales y gestores el objetivo de reducir la tendencia hacia la medicalización de la práctica sanitaria.

Estrategia 6: Optimizar la cartera de servicios para mejorar la respuesta a las necesidades en salud de la población.

Propósito: Adaptar la cartera de servicios a las necesidades de la población.

Líneas de actuación:

- Identificar de forma periódica las necesidades reales de los ciudadanos, para adecuar la prestación de servicios a los cambios demográficos, epidemiológicos, culturales y tecnológicos.
- Actualizar periódicamente la cartera, incorporando aquellos servicios cuya efectividad y eficiencia estén demostrados.
- Armonizar los objetivos de la cartera de servicios de Atención Primaria y Hospitalaria con los de Salud Pública y con los de Atención Social.
- Favorecer la pronta incorporación de las nuevas tecnologías cuya seguridad, eficacia, efectividad y eficiencia estén demostradas en Atención Primaria.

Estrategia 7: Potenciar las actividades de Promoción de la Salud y prevención de la Enfermedad.

Propósito: Mejorar los servicios de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad ofrecidos desde Atención Primaria.

Líneas de actuación:

- Estimular la incorporación en la oferta de servicios de actividades preventivas y de promoción de la salud, según criterios de evidencia científica y efectividad, tanto individual como grupal.
- Integrar los indicadores de actividades preventivas realizadas en Atención Primaria en los indicadores de salud de las Comunidades Autónomas y del conjunto del Sistema Nacional de Salud.
- Promover la implicación de los equipos de Atención Primaria en las actividades de prevención y promoción de la salud, asegurando que los profesionales dispongan del tiempo adecuado para su realización, tanto en consulta como en la comunidad.
- Promover la actualización sistemática de los profesionales en promoción y educación para la salud, así como en aspectos epidemiológicos.
- Implicar a los medios de comunicación en la difusión de las medidas de prevención y promoción de la salud, basadas en la evidencia.

Estrategia 8: *Potenciar la calidad de la atención en los equipos de Atención Primaria rurales y en zonas aisladas.*

Propósito: Mejorar la calidad de la atención en las islas no capitalinas, en el medio rural y en zonas aisladas.

Líneas de actuación:

- Dotar de equipamiento y sistemas de información a los consultorios y puntos de urgencias rurales, para garantizar la capacidad resolutive, la interconsulta con Atención Hospitalaria y un modelo efectivo de transporte sanitario.
- Mejorar la dotación tecnológica de los servicios de atención al usuario en el medio rural e islas no capitalinas, para favorecer la intercomunicación y las funciones de gestoría.
- Discriminar positivamente las actividades de investigación y formación de profesionales que ejercen en condiciones de aislamiento y dispersión.
- Promover la incentiación profesional para favorecer la permanencia y la estabilidad laboral, y mejorar la oferta de servicios en el medio rural e y en islas no capitalinas.

El Ámbito De La Atención Hospitalaria

Los hospitales del siglo XXI son instituciones ágiles capaces de resolver situaciones complejas en pocos días. Nuestros hospitales están muy lejos de ello. Como principio general, todo lo que se pueda hacer fuera de un hospital no debe hipotecar espacios ni recursos para el desarrollo de técnicas diagnósticas complejas, actividad quirúrgica mayor, docencia e investigación. En las consultas externas no pueden gravitar, a diario, centenares de enfermos de baja complejidad que, igualmente, pueden ser controlados en ámbito extrahospitalario.

Los hospitales públicos de referencia han de asumir el liderazgo de:

- La atención de enfermos de alta complejidad.
- La innovación tecnológica.
- La investigación básica y clínica.
- La docencia universitaria.
- La docencia postgrado.
- La innovación en Gestión Clínica.

El deterioro que, en la actualidad, tienen nuestros hospitales de referencia precisan unas actuaciones de **corto plazo** que se cifran en:

- a) Renovación del 100% de los equipos diagnósticos con más de 20 años de antigüedad.
- b) Renovación del 75% de los equipos diagnósticos con más de 15 años de antigüedad.
- c) Renovación del 50% de los equipos diagnósticos con más de 10 años de antigüedad.
- d) Reposición de todo el material quirúrgico defectuoso.
- e) Adquisición de nuevo equipamiento que tenga especial impacto en listas de espera (radiología, endoscopios, etc.).
- f) Protocolizar las 10 patologías crónicas más frecuentes en Atención Primaria que han de ser finalmente resueltas en ámbito quirúrgico hospitalario.
- g) Equipos informáticos y software rápidos con acceso común desde Atención Primaria y Hospitalaria a la historia clínica y la a receta electrónica.

Mientras que a **medio plazo**, en unos 5 años, hay que contemplar:

- a) Transformación de los hospitales en proveedores de servicios de alto valor y gran complejidad. En el hospital permanecerían las actividades más complejas necesitadas de tecnología avanzada y de alta especialización, tales como la atención a los pacientes críticos y pacientes crónicos complejos, la cirugía no ambulatoria, el intervencionismo, la oncología y la alta tecnología de imagen.
- b) El objetivo sería que los hospitales se convirtieran en centros formados por expertos y dotados con alta tecnología y gran capacidad resolutive. Para ello, es necesario potenciar paulatinamente las **Unidades de Gestión Clínica**, bien sobre la estructura actual de servicios jerarquizados o creando equipos por procesos de carácter estable y multiprofesionales. Cada Unidad de Gestión Clínica deberá:
 - Ser auditada al menos cada semestre en el cumplimiento de sus objetivos y de la calidad asistencial.
 - Disponer de asesoría económica estable.
 - Consensuar cada año su presupuesto con la dirección.
 - Tener autonomía en el gasto, excluidas nóminas y seguros sociales.
 - Mantener disposición sobre el ahorro.
 - Ser oída en la elección de personal.
 - Los equipos quirúrgicos (cirujanos, anestelistas y enfermería) estructurados como Unidades de Gestión Clínica han de ser estables.

- c) Esta transformación permitiría el desarrollo de nuevos servicios tales, como la medicina personalizada y el diagnóstico basado en el genoma. El liderazgo en estos aspectos repercutiría en la comunidad a través de los programas de predicción y prevención basados en el uso de esta tecnología, abriendo un gran campo de colaboración entre los hospitales y los centros de salud.
- d) Los servicios sanitarios de menor complejidad se podrían realizar con menor coste y mejor organización por otros proveedores. Por ejemplo, la atención a pacientes crónicos y la cirugía ambulatoria. En el primer caso, se atenderían mejor las necesidades de todo tipo de estos pacientes, las cuales no son atendidas adecuadamente en los hospitales de agudos.
- e) En cuanto a la cirugía, la acumulación en un solo centro de aquellas especialidades de escasa demanda incrementaría la eficiencia y la calidad de las prestaciones, disminuyendo el gasto por economía de escala.
- f) La organización por procesos, la disminución del número de camas y el desarrollo de servicios específicos para la tipología de pacientes ingresados obligará a una reconfiguración de los espacios hospitalarios acorde con el nuevo modelo de atención.
- g) Prioridad a la expansión de espacios quirúrgicos (quirófanos), hospitalización de día y técnicas diagnósticas (endoscopias, radiología, ultrasonidos, exploraciones funcionales, etc.).
- h) Evaluación de las organizaciones por resultados, dejando en segundo plano los indicadores intermedios. Benchmarking a todos los niveles.
- i) El desarrollo de la hospitalización domiciliaria es otro elemento crucial de la transformación de los hospitales. Como en otras cuestiones, no será posible sin establecer una alianza entre los hospitales y los centros de atención primaria. El desarrollo de dispositivos capaces de comunicar los datos recogidos y el soporte telemédico serán elementos potenciadores de esta evolución.
- j) Consultas de acto único o de alta resolución, con una atención personalizada, rápida y eficaz.
- k) Disminución de la frecuentación hospitalaria mediante el desarrollo de plataformas tecnológicas teleoperadas. Estas plataformas pueden atender necesidades de información sanitaria, atender procesos de baja complejidad (gripe, polimedicación, cefalea, etc), y resolver consultas y dudas sobre planes de cuidados.
- l) Optimización del uso de la tecnología e incorporación de las mismas previa evaluación de su impacto, eficiencia y efectividad. Desarrollo de acuerdos de cooperación con proveedores que permitan una implantación rápida y asumible de las nuevas tecnologías.
- m) Desarrollo de las TICs hasta conseguir que los sistemas informáticos se constituyan en la estructura oculta vertebradora de la actividad hospitalaria. Para ello es preciso conseguir la absoluta interoperabilidad de todos los equipos y sistemas, no permitiendo la implantación de lo que no cumpla los estándares actuales.
- n) Interoperabilidad de toda la estructura informática con la de los otros operadores sanitarios.

- o) Gestión por economía de escala buscando la eficiencia, con mecanismos de control que permitan la adquisición informada y justificada de materiales necesarios para conseguir la mejor calidad técnica en la atención sanitaria.
- p) Selección de los profesionales por competencia, favoreciendo la movilidad por las diferentes instituciones del sistema.
- q) Incentivación de los profesionales en la búsqueda de la excelencia y del rendimiento sostenible.
- r) Actuaciones dirigidas a incrementar la identificación de los trabajadores con su puesto, su equipo y su organización, lo cual hace que se obtengan mejores resultados por la mayor productividad de los trabajadores motivados. Una mayor autonomía en el diseño y ejecución de las tareas y una retribución económica adecuada son acciones capaces de mejorar la identificación del profesional y facilitar la consecución de los objetivos del centro.

Por último, a **largo plazo**, entre 5 y 10 años, se debería rediseñar la atención médica de las especialidades hospitalarias y Unidades de Gestión Clínica, de forma que se desmasificaran los hospitales de referencia vaciándolos de pacientes crónicos de media y larga estancia y de consultas externas masificadas. Para ello, se propone:

- a) La creación en la islas más pobladas de hospitales comarcales con tecnología básica y atendido por internistas, traumatólogos y ginecólogos con especial dedicación al enfermo crónico y geriátrico.
- b) Valorar entre dos opciones: 1) Crear un gran Centro de Especialidades en cada capital de isla con suficientes despachos médicos para asumir todas las consultas externas hospitalarias y con capacidad de expansión en el futuro. 2) Creación de C.A.E suficientes en las zonas con mayor población y con el personal médico necesario según ratios de población recomendados para cada especialidad.
- c) Los hospitales universitarios deberán tener capacidad para afrontar la formación práctica y teórica de los estudiantes de las profesiones sanitarias, para lo que hay que habilitar suficientes espacios docentes.

GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO

El Capital Intelectual es la expresión del conjunto de activos de conocimiento o de activos intelectuales, de naturaleza intangible, que se han ido creando y son controlados por la organización gracias a la puesta en acción del conocimiento de las personas que la integran y del propio de la misma; procesos de conocimiento y de investigación así como actividades intangibles de importancia primordial para ser gerenciados y administrados con el objeto de crear y desarrollar Capital Intelectual.

Los conocimientos de las personas, sus capacidades, talento y destrezas, el reconocimiento de la sociedad, la calidad de las relaciones que se mantienen con miembros y equipos pertenecientes a otras organizaciones, etc. son algunos de los activos intangibles que explican buena parte de la valoración que la sociedad y la comunidad científica conceden al Servicio Canario de la Salud y requiere considerar cuidadosamente todos los aspectos intangibles de ésta; en concreto, tanto los activos como las actividades intangibles que los generan.

Activos:

- Capital Humano
- Capital Estructural
- Capital Relacional

Capital Humano

Hasta ahora es el capital maspreciado y que ha llegado a un punto de desmotivación considerable. La institución ha hecho prevalecer su obligación asistencial (sin duda la más importante) en detrimento de los otros factores que implican desarrollo y mejora de la misma a través de la coordinación de los actores, véase Universidad, Colegios de Médicos y el Servicio Canario de la Salud.

Investigadores Equivalentes Tiempo Completo

- a) Entre los profesores vinculados, estableciendo la promoción y generándoles responsabilidades en los órganos de decisión del Servicio Canario de la Salud.
- b) Investigadores de relevancia sin actividad asistencial (Epidemiólogos, Físicos, Biólogos, etc.).
- c) Participación de todos los niveles asistenciales (Primaria y Hospitalaria).

Cualificación del investigador

- a) A través de las publicaciones y del impacto de las mismas.
- b) Patentes.

Incentivos a la investigación

- a) Promoviéndolos en la Carrera Profesional.
- b) Entrar dentro del pacto de los Objetivos anuales.

Capital Estructural

En muchas ocasiones los recursos quedan diluidos por la atomización de las infraestructuras. Se deben conseguir estructuras fuertes en base a las sinergias de todas las instituciones implicadas.

- Recursos bibliográficos.
- Recursos generadores de datos empíricos primarios (Laboratorios, tanto de las Universidades públicas como de los Hospitales Universitarios).
- Recursos generadores de datos empíricos secundarios (Bases de datos, a través de una biblioteca virtual con acceso directo desde la plataforma informática (DRAGO AP y DRAGO AE).
- Infraestructura básica de naturaleza intangible (vías clínicas, guías clínicas y protocolos de todos los procesos que se establezcan en la práctica asistencial).

Capital Relacional

Éste capital en ciencias de la salud, es el escaparate donde se pone en valor la gestión del conocimiento que se genera en la institución, por lo que su promoción y desarrollo es imprescindible.

- Participación en reuniones científicas. Contabilizándolas como días trabajados, y sin un límite en las mismas.
- Pertenencia a sociedades científicas.
- Colaboración con otras instituciones (Colegio de Médicos, fundaciones para la investigación, etc.).

Con estos recursos integrados en las distintas clases de Capital, el Servicio Canario de la Salud debería afrontar diferentes procesos en investigación con importantes variantes derivadas de las diversas tradiciones científicas seguidas en las áreas de conocimiento. Los resultados de investigación serán, entre otros, los que se citan a continuación:

- Producción científica:
 - ✓ Publicación de libros.
 - ✓ Publicación de artículos en publicaciones científicas.
 - ✓ Registro de patentes y otros instrumentos de propiedad industrial e intelectual.
 - ✓ Ejecución de proyectos de investigación.
 - ✓ Ponencias, Comunicaciones y Conferencias presentadas en Congresos.
- Valoración social de su institución.
- Incremento del Capital Intelectual de su institución.

Investigación Clínica

En todos los niveles asistenciales, con estudios de prevalencias, para situarnos en un mapa de patologías que tienen relevancia en nuestro medio. Promoviendo e implementando los grupos de investigación ya establecidos y creando nuevos grupos en base a las necesidades de nuestra Comunidad.

Investigación Experimental

Determinante para que desde las ciencias básicas se implemente el desarrollo, en colaboración estrecha con las Universidades Públicas Canarias.

La investigación Biomédica supone impulsar un instrumento que canalice y enriquezca el campo de la investigación, que ha sido siempre un objetivo de interés sanitario prioritario debido a dos motivos fundamentales: El aseguramiento del futuro y la búsqueda de la salud y el bienestar de los ciudadanos; en este sentido, es de destacar que la Ley General de Sanidad 14/1986, de 25 de abril, señala como una de las funciones del sistema sanitario el fomento de la investigación en función de las políticas nacionales de investigación y desarrollo.

Funciones de la Investigación Biomédica en el Servicio Canario de la Salud y del Instituto de Investigación a crear:

- a) Promocionar y coordinar la realización y desarrollo de programas de investigación científica e innovación aplicadas a la Biomedicina y a las Ciencias de la Salud.
- b) Facilitar la investigación y la formación del personal investigador en colaboración con las Universidades de Canarias y con aquellas otras instituciones, públicas (Colegio de Médicos) y privadas, que dirigen sus actividades a este campo.
- c) Proyectar a la sociedad y al entorno sanitario los avances de la investigación, la innovación, la información y la experiencia.
- d) Promover la utilización óptima de los recursos puestos al servicio de la investigación, asegurando su eficacia, eficiencia y calidad.
- e) El desarrollo de la investigación, innovación y la gestión del conocimiento inspirados en el principio de legalidad, los principios éticos y la deontología profesional.
- f) Facilitar la financiación y la gestión de los procesos de investigación e innovación de Atención Primaria, Salud Pública, Urgencias y Emergencias o de otras unidades del ámbito sanitario de la Consejería de Sanidad que lo requieran formalmente.
- g) Cualquier otro, relacionado con los ya citados, que se acuerde por el Instituto Investigación, y, de modo genérico, llevar a cabo cuantas actuaciones sean conducentes al mejor logro de sus fines.

Formación

De acuerdo con lo establecido en el artículo 104 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, en el artículo 34.b) de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud y en el artículo 12.c) de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, toda la estructura del sistema sanitario estará en disposición de ser utilizada en las enseñanzas de grado, especializada y continuada de los profesionales.

Pregrado

- a) Profesores asociados y profesores vinculados.
- b) Todos los médicos de los Hospitales Universitarios deben ser profesores colaboradores en la impartición de la docencia y su consideración en los incentivos y en la carrera profesional.

Postgrado y MIR

- a) Tutores y jefes de estudio profesionalizados y remunerados.
- b) En ese periodo debería coordinarse la realización de los estudios de doctorado y la realización de la tesis en las líneas de investigación establecidas por los distintos grupos de investigación.
- c) Todos los médicos especialistas deben tener acceso preferencial a los estudios de doctorado de la Universidades Públicas Canarias.

Formación médica continuada

- a) Formación que ha de ser acreditada por la Comisión de Acreditación, en la que participarán Servicio Canario de la Salud, Sociedades Científicas, Colegios de Médicos y Universidades.
- b) Financiada por el Servicio Canario de la Salud.
- c) Deberá realizarse por parte del Servicio Canario de la Salud, Colegio de Médicos, Sociedades Científicas y Universidades.

Desarrollo profesional continuo

- a) Financiado por el Servicio Canario de la salud e impartido por todos los actores locales, nacionales e internacionales.
- b) Financiación a través de la Fundación de los Colegios de Médicos.
- c) Financiadas por entidades y fundaciones públicas y privadas.

Validación periódica de la colegiación

Realizada por el Colegio de Médicos, como garantía de que el médico está con capacidad psicofísica para realizar su actividad.

Recertificación de la titulación y la especialización

Realizada por el Colegio de Médicos a través de las Sociedades Científicas de las Especialidades legalmente reconocidas, en la que se estructura un nivel de conocimiento y de capacidades para el ejercicio de la especialidad en el momento de la realización.

Fomentar la cultura innovadora a través de la docencia y la investigación:

Fomento de ideas innovadoras.

- a) Apoyar la valorización de ideas y resultados de investigación.
- b) Búsqueda de financiación para proyectos de Innovación, a través de las entidades públicas y privadas.
- c) Dar soporte en la búsqueda de socios tecnológicos o comerciales de nuestra Comunidad.
- d) Promover la relación con el tejido empresarial.

RESUMEN DE PROPUESTAS

1. Implantar una historia clínica única, electrónica e interoperable entre hospitales y Atención Primaria con posibilidad de ser consultada por centros concertados.
2. Poner a disposición de los médicos equipos informáticos de mayor potencia, con programas informáticos actualizados que impidan los continuos retrasos en la práctica diaria.
3. Valorar el impacto sobre los intereses de los pacientes antes de planificar cualquier acción que afecte a la asistencia sanitaria.
4. Reactivar el papel de los órganos de participación profesional o ciudadana, actualmente inexistentes o inoperantes.
5. Analizar y actualizar los roles de cada una de las profesiones sanitarias.
6. Sacar a la sanidad de la demagogia política.
7. Separar la dotación presupuestaria de la asistencia médica y la atención farmacéutica.
8. Elegir a los directivos por oposición, mediante oferta pública, valorando capacidad y mérito.
9. Fomentar las TIC para que los usuarios puedan acceder a sus citas y datos clínicos.
10. Considerar a los Colegios de Médicos como únicos representantes de la actividad profesional.
11. Reconocer a los Colegios de Médicos como corporaciones de derecho público legitimadas para ejercer acciones delegadas por Servicio Canario de Salud.
12. Delegar en los Colegios de Médicos, en todo o en parte, la acreditación de la formación continuada.
13. Crear el Consejo Canario de la Profesión Médica.

14. Aumentar la contratación de médicos para alcanzar la media nacional de 5,3 médicos/100.000 habitantes.
15. Convocar ofertas de empleo médico de carácter bienal.
16. Tomar acciones proactivas **muy urgentes** para paliar la carencia de médicos en dos especialidades amenazadas y que generan gran parte de las listas de espera: Cirugía Ortopédica y Traumatología y Cirugía General y del Aparato Digestivo.
17. Tomar acciones **urgentes** para incrementar el número de médicos de especialidades que tienen altamente comprometida su renovación en los próximos años: Medicina de Familia, Otorrinolaringología, Oftalmología, Anatomía Patológica y Pediatría.
18. Incrementar, de forma significativa y a **medio plazo** y como consecuencia del envejecimiento poblacional y la población pluripatológica, el número de especialistas en: Medicina Interna y Geriátrica.
19. Definir con claridad las listas de espera en su concepto y estratificarlas por gravedad.
20. Desmasificar los hospitales atendiendo a los enfermos ambulantes en otras dependencias.
21. Dar preferencia en los hospitales a la expansión de quirófanos y técnicas diagnósticas antes que a actividades que se puedan desarrollar en espacios extrahospitalarios.
22. Diseñar los cupos para que las listas de espera en Atención Primaria sean inferiores a 48 horas.
23. Conseguir que a medio plazo el tiempo médico en Atención Primaria sea de 10 minutos por paciente.
24. Ajustar los cupos a los datos epidemiológicos de la población asistida intentando no superar la cifra de 1.300 personas por médico.

25. Aumentar la capacidad de resolución de Atención Primaria autorizándole, bajo protocolo, la petición de pruebas diagnósticas complejas que diagnostiquen enfermedades frecuentes.
26. Simplificar los procesos administrativos a realizar por los médicos: incapacidad laboral, transporte sanitario, etc.
27. Regular de forma uniforme la atención médica de los diferentes centros de salud, especialmente en lo que se refiere a: pacientes sin cita previa, pacientes urgentes o pertenecientes a agendas ajenas.
28. Promover la continuidad asistencial con la integración de la Atención Hospitalaria y la Atención Primaria.
29. Implantar las Unidades de Gestión Clínica.
30. Establecer, a través de vías clínicas, el circuito a seguir en las 10 patologías más frecuentes en Atención Primaria que han de tener resolución final en el hospital.
31. Crear una agencia independiente para la evaluación tecnológica y la prestación farmacéutica.
32. Crear una comisión de planificación para la asistencia sanitaria a medio plazo, cinco años, y a largo plazo, 10 años.
33. Elaborar un plan de renovación de equipos hospitalarios obsoletos acorde con lo expresado en este documento.
34. Introducir como objetivo en los Planes de Gestión Convenida la labor investigadora.
35. Incorporar a los alumnos de Medicina de segundo ciclo a los hospitales tanto para la docencia teórica como práctica.
36. Reconocer como mérito para la Carrera Profesional y para los incentivos ser tutor de residentes y profesor asociado.
37. Adaptar los sistemas de guardias médicas para hacerlas compatibles con las normativas europeas y la conciliación familiar.

24 de agosto de 2017

CONSEJO CANARIO DE COLEGIOS MÉDICOS:

COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE SANTA CRUZ DE TENERIFE
C/ Horacio Nelson, 17
38006, S/C Tenerife
922 27 14 31
comtf.es

COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE LAS PALMAS
C/ León y Castillo, 44
35003 Las Palmas
928 36 00 01
colegio@medicoslaspalmas.es
medicoslaspalmas.es

