



II Congreso
de la **Profesión
Médica**

ABSTRACTS CORRESPONDIENTES A LA 1ª MESA

Liderando la Profesión.
Comprometidos con la sociedad y los médicos.



Madrid, **16-17** de abril de 20**10**,

II CONGRESO de la Profesión Médica

Criterios para el Buen Gobierno de Centros e Instituciones Sanitarias

Dr José-Manuel Freire (jmfreire@isciii.es)
Escuela Nacional de Sanidad

Introducción: profesionalismo médico y activismo cívico profesional para mejorar la sanidad

En España la profesión médica está en un periodo especialmente crítico, no tanto porque sea peor que otras épocas, si no porque está más lleno de oportunidades. Por un lado, porque su larga crisis de identidad y ubicación institucional está siendo afrontada por la Organización Médica Colegial (OMC) con un nuevo liderazgo, identificado con el debate internacional sobre la necesidad de renovar el “contrato social” de la medicina, haciendo de la *profesionalidad (professionalism)*¹ su base de legitimación tanto interna como social. Por otro lado, porque la crisis económica actual afecta directamente a la sanidad, a los sanitarios y a sus organizaciones profesionales, forzando también un replanteamiento de la profesión, de su papel en la sociedad y en el sistema sanitario. De hecho, la crisis que está cuestionando el *statu quo* de componentes importantes del Estado de Bienestar, reclamará también a la sanidad mayor eficiencia, como está pidiendo ya a las organizaciones de las profesiones sanitarias que justifiquen su razón de ser (colegiación obligatoria).

La actual reorientación del *ethos* de la profesión con los valores de la *profesionalidad médica*, tiene un gran valor para reforzar la fibra ética de la medicina con los nuevos compromisos que reclaman la sociedad actual y los avances técnicos; pero sirve también para argumentar y legitimar una mayor implicación de la profesión médica con el sistema sanitario, a todos los niveles² (macro, meso y micro). El compromiso de la nueva *profesionalidad médica* con la salud tiene como corolario lógico un mayor activismo profesional para que el sistema sanitario responda a lo que desde los conocimientos y experiencia de al profesión contribuye a hacerlo más eficaz, más eficiente, de mayor calidad y más justo (equitativo).

En este objetivo, que es el del *buen gobierno* del sistema sanitario, coinciden por una vez tanto el activismo profesional con origen en los valores de la profesionalidad médica, como el interés más estrictamente corporativo que únicamente buscara crear un entorno más favorable para el ejercicio profesional de la medicina en el sector público.

¹ Borrell-Carriola F, Epsteinb RM y Pardell Alentàc H. *Profesionalidad y professionalism: fundamentos, contenidos, praxis y docencia*. Med Clin (Barc).2006;127(9):337-42

² Varela J, Craywinckel G, Esteve M, Pica JM. *Implicación de los médicos en la gestión basa en el profesionalismo y en el liderazgo de equipos multidisciplinares*. Med Clin (Bar). 2010; 134(1)35-39.

Sobre el buen gobierno y lo mucho que importa.

Al igual que sucede con la definición de *salud* en relación a la enfermedad, la expresión *buen gobierno* alcanza todo su significado y valor en el contraste con su contrario, el *mal gobierno*, cuya realidad es desgraciadamente menos teórica y más conocida. En nuestro sistema sanitario entre esos males destaca como raíz y síntoma, la ocupación partidaria y discrecional, como botín electoral, de todos los cargos de responsabilidad (gerentes, directores, etc.), llegando en los últimos años en algunas Comunidades Autónomas (CCAA) a los responsables clínicos (Jefaturas de Servicio). Las consecuencias nefastas de todo ello son bien conocidas y caen en cascada en toda la organización sanitaria: desprofesionalización y desprestigio de los gestores, alta rotación de directivos, pérdida de autoridad en los centros, desmotivación de los profesionales, falta de transparencia y de rendición de cuentas, ineficiencia, baja calidad, y un largo etcétera.

El sistema sanitario público español sigue destacando en la comparación internacional con sistemas similares (el NHS británico, la sanidad de los países nórdicos, los hospitales públicos de Francia, e incluso la sanidad de Portugal e Italia) por el altísimo nivel de ocupación política partidaria que se da a todos sus niveles de responsabilidad, por carecer de órganos colegiados de gobierno (Consejos de Administración/de Gobierno, Patronatos³), por la desprofesionalización de la gestión y por carecer de instrumentos eficaces de participación y consulta a profesionales sanitarios en la toma de decisiones que afectan a su trabajo.

Una profesión médica abierta al mundo no puede pasar por alto esta excepcionalidad negativa de la sanidad española y dejar de reclamar una política sanitaria basada no solo en la evidencia de lo que funciona, si no también en los valores de la transparencia democrática y la ética de los servicios públicos.

Vigencia del Decálogo de la OMC de 2005

En 2005, siendo su presidente de Dr Guillermo Sierra, la OMC, en III Foro de opinión “Pedro Laín Entralgo” sobre “El nuevo profesionalismo en la clínica y la gestión” lanzó la propuesta de “*Decálogo para el buen gobierno de los centros sanitarios y la profesionalización de la dirección*” que figura en el ANEXO y cuyos puntos se recogen en el Cuadro de abajo.

³ Los centros de nueva creación tipo “nuevas formas de gestión” tienen órganos colegiados de gobierno pero su composición es políticamente endogámica y sus directivos de nombramiento discrecional por lo que en la práctica no resultan muy diferentes del modelo tradicional.

OMC (2005): Decálogo para el Buen Gobierno de los Centros Sanitarios y la Profesionalización de la Dirección

1. Órganos colegiados para el buen gobierno
2. Ciudadanía y transparencia para el buen gobierno
3. Órganos consultivos profesionales para el buen gobierno
4. Contratos y objetivos explícitos para el buen gobierno
5. Sistema de información y cultura de evaluación para el buen gobierno
6. La buena gestión exige la existencia de órganos colegiados para buen gobierno
7. La buena gestión exige profesionalidad directiva
8. Criterios de excelencia en la selección para promover la buena gestión y la profesionalización directiva
9. Contrato directivo para una gestión estable y profesionalizada
10. La promoción del desarrollo directivo y la buena gestión en el sistema nacional de salud

Estos diez puntos recogen los aspectos más importantes de los cambios que deberían tener lugar en el diseño los órganos de gobierno y gestión de centros e instituciones sanitarias. Desgraciadamente siguen siendo vigentes porque en ninguna CCAA se ha avanzado en esta línea, ni parecen estos temas estar en la agenda política para un futuro inmediato, con la excepción del País Vasco.

Sigue por tanto siendo válido el objetivo de situar estos puntos en la agenda social y política de la sanidad el debate que permita avanzar en el buen gobierno de la sanidad pública, y en la eficacia y profesionalización de su gestión.

El proceso de internalización por parte de la OMC de los valores de la *profesionalidad médica* añade una nueva fuerza y nuevos argumentos para reclamar los cambios que propugna el Decálogo de 2005 y para llevar este debate al conjunto de la sanidad, a los actores sociales y a la agenda política. En este sentido, las próximas elecciones de 2011, que afectan a la mayoría de las CCAA, pueden ser una excelente ocasión de situar estos planteamientos en el debate político.

Iniciativas para avanzar

Los cinco años transcurridos desde que la OMC lanzó el *Decálogo para el Buen Gobierno de los Centros Sanitarios y la Profesionalización de la Dirección* obliga a preguntarse qué se ha avanzado desde entonces. La respuesta no es muy alentadora.

La promulgación de 2005 de los criterios para el buen gobierno de la sanidad fue un importante paso delante, pero si se han de producir resultados es necesaria una actitud mucho más proactiva y un compromiso mucho más decidido y unánime de la profesión médica con todo lo que implica el buen gobierno en la sanidad. Ello significa una estrategia institucional de la profesión médica para introducir los instrumentos de buen gobierno de las instituciones sanitarias, que debería incluir, entre otros, los siguientes siete puntos:

1. La ejemplaridad: una profesión comprometida con los valores de la profesionalidad médica (*professionalism*) tiene una gran legitimidad social para reclamar que las instituciones y centros sanitarios españoles dejen de ser parte del botín electoral partidario y sean gobernados por Consejos/Juntas/Patronatos ante los que respondan gestores profesionales con transparencia, rendición de cuentas y asesoramiento profesional;
2. Promover la adopción formal por todos los Colegios y sociedades científicas del Decálogo de 2005 (u otra versión del mismo);
3. Atraer e involucrar a las demás profesiones sanitarias y a sus organizaciones, así como a todos los sindicatos del sector, hacia los objetivos del buen gobierno en sanidad y a hacer de ello un objetivo compartido;
4. Llevar a todos los ámbitos de encuentro institucional con las administraciones públicas y sanitarias los puntos del buen gobierno;
5. Lanzar una campaña de explicación a la sociedad, sindicatos, partidos políticos e instituciones de cuál es la situación actual del gobierno de nuestras instituciones y centros sanitarios públicos, cómo está contrasta con la de los países más ejemplares de nuestro entorno, los costes de todo tipo que ocasión y las ventajas de todo tipo que se derivarían de adoptar los instrumentos del buen gobierno;
6. Desarrollar más en profandidad las implicaciones de cada uno de los puntos del Decálogo de 2005 a través de estudios, publicaciones, seminarios, etc. para disponer de una base conceptual sólida que sirva de referente para las reformas de todo tipo que implica la adopción de los valores, principios e instrumentos del buen gobierno en las instituciones y centros sanitarios.
7. Revisar periódicamente esta estrategia haciendo de ella un punto regular de la agenda de trabajo. °

Nota final

Las ideas del buen gobierno tienen un gran potencial de mejora de la sanidad a todos los niveles, pero no resolverán todos los problemas. Aplicándolas, solo es posible afirmar que las cosas mejorarán, con mejores instrumentos para resolver conflictos, para la participación profesional y social en las decisiones, para responder a los cambios y necesidades de cada momento. No sería pequeño el avance.

Acabar con privatización partidaria de los puestos de responsabilidad en la sanidad es una obligación de la ética democrática y servicio público, pero ello en modo alguno quiere decir, suprimir o marginar la *política* de la sanidad. En una sociedad democrática ni es posible ni

deseable. Lo que sí implica es una un nuevo estilo de hacer política, política de más calidad, que es la que posibilita el buen gobierno de lo público.

ANEXO

PRINCIPIOS PARA EL BUEN GOBIERNO DE LOS CENTROS SANITARIOS

Decálogo para el Buen Gobierno de los Centros Sanitarios y la Profesionalización de la Dirección

(OMC, 9 de febrero 2005)

1. ÓRGANOS COLEGIADOS PARA EL BUEN GOBIERNO

Todas las organizaciones de alta especialización y complejidad precisan de la existencia de un órgano colegiado de gobierno (consejo de administración o junta de gobierno) con autonomía para tomar las decisiones estratégicas, y con autoridad para supervisar la función directiva y la gestión. Las organizaciones sanitarias públicas españolas, no pueden seguir siendo una excepción.

Este órgano colegiado de gobierno tendría la virtualidad de representar de forma más eficaz, transparente y cercana en la vida del centro a los poderes públicos que en último término detentan los derechos de propiedad, en nombre de los ciudadanos y de la propia sociedad.

Se necesita mayor autonomía de gestión para los centros, y ello requiere de la existencia de órganos de gobierno, que garanticen la transparencia y la rendición de cuentas ante la sociedad, y que eviten los sesgos de arbitrariedad a los que puede llevar una gestión autónoma sin un gobierno institucional bien articulado.

2. CIUDADANÍA Y TRANSPARENCIA PARA EL BUEN GOBIERNO

El órgano colegiado de gobierno de los centros sanitarios, sin perjuicio de la representación de control que corresponde a la institución propietaria, debiera garantizar una presencia amplia y diversa de instituciones, entidades locales, y/o personas de alta reputación profesional o social, para que exista la mayor transparencia y rendición de cuentas ante el Gobierno y la sociedad, y también para facilitar la imbricación cívica del centro sanitario.

3. ÓRGANOS CONSULTIVOS PROFESIONALES PARA EL BUEN GOBIERNO

El buen gobierno de los centros sanitarios se asienta en la existencia y vitalidad de órganos consultivos profesionales para la participación de los médicos y otros profesionales en la gestión del centro, así como en las comisiones de mejora de la calidad asistencial y de cuidados. La actividad profesional médica y sanitaria necesita de la autonomía responsable de las unidades clínicas, que deberá promoverse alineando objetivos y motivaciones, dotando de instrumentos de información para la gestión, transfiriendo capacidad de decisión y organización, y creando sistemas explícitos y transparentes de rendición de cuentas basados en resultados.

4. CONTRATOS Y OBJETIVOS EXPLÍCITOS PARA EL BUEN GOBIERNO

El buen gobierno exige tanto la explicitación de los objetivos y metas del centro, como la definición de los recursos puestos a su disposición los financiadores para lograrlos: la relación contractual entre los sistemas públicos de salud, la formalización de compromisos e indicadores, la evaluación periódica y explícita de resultados, y la existencia de incentivos y penalizaciones en función de desempeños, son elementos centrales para garantizar una gestión participada y responsable.

5. SISTEMA DE INFORMACIÓN Y CULTURA DE EVALUACIÓN PARA EL BUEN GOBIERNO

El buen gobierno de los centros exige un sistema de información y cuadro de mando que tenga las características de estabilidad, integración, veracidad, accesibilidad, referencia poblacional de indicadores, y transparencia interna y externa, para hacer posible la rendición de cuentas a la sociedad, y la cultura de evaluación y de la mejora continuada.

El sistema de información de los centros y servicios sanitarios debe permitir su comparación con otros centros de la misma y de distintas comunidades autónomas, como condición para poder valorar desempeños, mejorar los estándares de productividad y emular desarrollos efectivos y eficientes.

6. LA BUENA GESTIÓN EXIGE LA EXISTENCIA DE ÓRGANOS COLEGIADOS PARA BUEN GOBIERNO

El órgano colegiado de gobierno tendrá un papel central en la aprobación de los documentos clave de la vida de los centros: reglamentación y normas de funcionamiento, presupuesto anual, planes de

inversiones, estructura de activos patrimoniales, planes estratégicos y directores, cambios en cartera de servicio, contrato programa o similar, evaluación control y seguimiento de los contratos programa, decisiones estratégicas, y la Memoria Anual. La Memoria Anual debería constituir un documento central en la rendición de cuentas y balance de la gestión, en donde se concrete el principio de transparencia y cultura de la evaluación.

7. LA BUENA GESTIÓN EXIGE PROFESIONALIDAD DIRECTIVA

En los órganos colegiados de gobierno están representados los responsables políticos e institucionales de los que depende el centro sanitario, así como representantes de la comunidad y la ciudadanía a la que sirve. Sin embargo, los puestos directivos deberían ser desempeñados por profesionales de la gestión sanitaria. Para ello es esencial que la selección de los gestores de los centros se realice a través de una convocatoria abierta (publicación en diarios oficiales o en prensa general) para propiciar la máxima difusión y atracción de candidatos, y con un procedimiento de concurrencia competitiva. El órgano de gobierno deberá resolver el nombramiento, o como mínimo conocer las candidaturas y emitir informe razonado a la entidad propietaria del centro que estatutariamente tenga la autoridad de nombrar al directivo. Los dictámenes del órgano de gobierno, serán accesibles a los candidatos y a cualquier institución social representativa.

8. CRITERIOS DE EXCELENCIA EN LA SELECCIÓN PARA PROMOVER LA BUENA GESTIÓN Y LA PROFESIONALIZACIÓN DIRECTIVA

En los procesos de selección de directivos, se deben asumir unos criterios o principios básicos y comunes que den unas garantías mínimas de competencia profesional, y que en su aplicación generalizada favorezcan el desarrollo de la excelencia directiva vía capitalización de competencias. Cabría formular los siguientes tres principios: acreditar formación directiva apropiada, demostrar experiencia anterior que avale la adquisición de habilidades y competencias suficientes y evaluar de forma documentada los desempeños en experiencias profesionales y gerenciales anteriores.

9. CONTRATO DIRECTIVO PARA UNA GESTIÓN ESTABLE Y PROFESIONALIZADA

Los directivos deben tener un contrato por tiempo determinado, en el que se debe establecer un mecanismo formalizado y transparente para la eventualidad de un cese antes de finalizar el mismo. Estos ceses serán siempre motivados y decididos, o en su caso informados, por el órgano colegiado de gobierno del centro sanitario. Los dictámenes del órgano de gobierno, serán accesibles a cualquier institución social representativa

Estos procedimientos buscan aumentar la estabilidad de los directivos para que sean factibles proyectos de gestión y cambio institucional más dilatados y menos vulnerables a alternancias políticas, siempre bajo la supervisión del órgano colegiado de gobierno. Cuando se establece que el cese de directivos tiene que guardar relación con factores objetivables del desempeño, estamos: aportando estabilidad institucional, creando incentivos para un comportamiento eficiente, favoreciendo la selección progresiva de los mejores, consolidando mecanismos de aprendizaje y desarrollo directivo, y haciendo identificable la responsabilidad social corporativa de la organización.

10. LA PROMOCIÓN DEL DESARROLLO DIRECTIVO Y LA BUENA GESTIÓN EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Se debe acordar desde una perspectiva de Sistema Nacional de Salud, y en el contexto de la Ley de Ordenación de Profesiones Sanitarias, una línea de actuación para el desarrollo directivo que apoye los procesos anteriores; promoviendo la investigación en servicios sanitarios y la formación en administración y gestión sanitaria; fomentando los estudios comparativos entre centros y servicios sanitarios; buscando medios de agregar y hacer disponible la información de recursos, actividad, resultados y costes de los centros sanitarios; facilitar repositorios de información donde sean fácilmente accesibles los planes estratégicos, los presupuestos, los planes directores, las Memorias Anuales, y en general los documentos clave para obtener información sobre la planificación, gestión y evaluación de los centros; facilitar procedimientos para recopilar y transferir entre los distintos servicios de salud autonómicos, información de resultados y desempeños de instituciones y cuadros directivos.

Estas actividades desplegadas de forma colaborativa por todos los agentes, dotan de legitimidad institucional y social a todo el proceso de desarrollo directivo, y tienen un efecto a medio plazo de favorecer ganancias de competencias profesionales, y mejoras de eficiencia en el propio sistema al aumentar la capacidad de comparar y emular los desarrollos y resultados excelentes.

Mecanismos de protección social para nuestra profesión en el siglo XXI

“A aquel quien me enseñó este arte, le estimaré lo mismo que a mis padres; él participará de mi mantenimiento y si lo desea participará de mis bienes”. Juramento Hipocrático

A) Introducción

La conceptualización de protección social no se presenta como algo sencillo, una vez que existe una diversidad de factores que contribuyen, en mayor o menor grado, a la satisfacción de las necesidades humanas. Pero podemos intentar una definición general, tomando como base la evolución del concepto de bienestar social y su consecuente aplicación en el denominado Estado de Bienestar (Welfare State).

Así el Banco de Desarrollo Asiático y el Banco Mundial en 2001, da una definición parecida y que podríamos sintetizar como: El conjunto de políticas y programas diseñados para reducir la pobreza y la vulnerabilidad, promoviendo la eficacia de los mercados laborales, disminuyendo la exposición de las personas a riesgos y fortaleciendo su capacidad para protegerse de interrupciones o pérdidas de ingreso.

El Sistema Europeo de Estadísticas de Protección Social (SEEPROS) define la Protección Social como todas las actividades de organismos destinadas a aligerar las cargas que representan para los hogares e individuos una serie determinada de riesgos o necesidades, siempre que no haya un acuerdo simultáneo ni recíproco, ni individual.

Esta definición del SEEPROS da lugar a una clarificación de lo que sería el conjunto de medidas para la calidad de vida. Según Navarro y Quiroga, la Protección Social debe incluir las siguientes funciones:

- Enfermedad y atención sanitaria: actividades relacionadas al mantenimiento de la salud y al tratamiento de enfermedades.
- Invalidez: prestaciones de mantenimiento de la renta y las ayudas en efectivos o en servicios relacionados a atención de las personas con disminución de sus capacidades físicas o psíquicas.
- Vejez: prestaciones de jubilación y ayudas dinerarias o en servicios relacionados con la vejez.
- Supervivencia: Incluye las prestaciones por viudedad y orfandad y las ayudas en efectivo o en servicios relacionados con la muerte de un miembro de la familia.
- Familia e hijos: Prestaciones en efectivo o servicios de atención al embarazo, nacimiento, adopción y maternidad.
- Paro: mantenimiento de una renta mínima para los parados y servicios relacionados con la situación de desempleo.
- Vivienda: Financiación de la vivienda.
- Exclusión social no clasificada en otros apartados.

La protección social existente actualmente en los países de la UE ha experimentado un gran desarrollo, aumentando las prestaciones que configuran su acción protectora. Todo ello ha supuesto que el gasto en protección social represente un porcentaje importante del PIB, y aún con ello no se satisfacen todas las medidas deseables de protección social.

La protección social en Europa, puede clasificarse en cuatro niveles, hallándose España en un tercer nivel de baja protección social.

El Estado del Bienestar suele prestar la protección social en parte de los apartados definidos anteriormente, pero no todos, y éstos se han intentado prestar por otros sistemas de protección establecidos como Mutualidades, etc...

B) La profesión médica y la protección social

La creación del Colegio "Príncipe de Asturias" para Huérfanos de Médicos por R.D. de 15/05/197, tuvo como consecuencia la colegiación obligatoria (R.O. de 28/05/197) y la creación de los Colegios de Médicos en las provincias donde no los hubiera, y así nuestra profesión ha prestado siempre a través del Colegio, y después desde el Patronato de Huérfanos y de Previsión Social, o actualmente desde la Fundación de Huérfanos de Médicos "Príncipe de Asturias" la protección social según los distintos tiempos y su disponibilidad económica, dirigiéndose principalmente a cubrir las necesidades de los Huérfanos/as y viudas/os de los médicos colegiados...respecto a aspectos económicas y educacionales., y así los fines de la Fundación se definen en el artículo 7º de sus Estatutos.

Artículo 7º.

Fines: La Fundación tendrá un carácter benéfico de asistencia social y educativa, orientada a satisfacer las necesidades más inmediatas y básicas de sus beneficiarios.

Los Estados miembros de la Unión Europea están experimentando profundos cambios demográficos, económicos y sociales, no pudiendo llegar al máximo en las prestaciones sociales, y esto lo podemos observar bien en nuestra profesión, por el efecto directo sobre los profesionales y sus familias, pues el Estado del Bienestar incluye generalmente la asistencia sanitaria y las pensiones, dejando insuficientemente cubiertas el resto de las prestaciones.

Es por ello que debemos realizar una profunda reflexión sobre los mecanismos de protección social que podemos otorgarnos desde nuestra Fundación como complementarios a los que el Estado no pueda brindarnos.

1. ¿Son suficientes las prestaciones que otorga la fundación?
2. ¿Debemos ampliar las prestaciones de acuerdo con las funciones que deben cumplir las protecciones sociales?
3. ¿Debemos desarrollar los objetivos de nuestra fundación y sus prestaciones?

Se deberían seguir los principios de:

- Universalidad: Para garantizar la protección sin ninguna discriminación en todas las etapas de la vida.
- Solidaridad: Que permite la ayuda mutua entre las personas, las generaciones y las comunidades
- Integridad: Para ampliar la cobertura a todas las contingencias en

salud, ingresos y condiciones de vida
-Unidad: Que permite la articulación de políticas, instituciones, regímenes procedimientos y prestaciones
-Participación: De todos los miembros, a través de sus representantes en la organización, gestión, control y fiscalización.

4. ¿Debemos definir nuestra misión y nuestra visión de una renovada fundación?

Misión: Orientar la Fundación "Patronato de Huérfanos de Médicos Príncipe de Asturias hacia su integración y consolidación, mediante la aplicación de los principios básicos de Universalidad, Solidaridad, Calidad, Eficiencia y Equidad, con el objeto de tener un manejo integral de los posibles riesgos de los miembros de nuestra profesión, y sus familias.

Visión: Ser la entidad que fije las políticas que correspondan aplicar en cada momento dependiendo de las circunstancias económicas y/o profesionales modificando las prestaciones de previsión social, pudiendo cumplir así con su función.

Por último recordar que nuestra profesión se ha obligado desde siempre en la protección de sus miembros y sus familias, según se recoge en el JURAMENTO HIPOCRÁTICO.

Dr. José María Rodríguez Vicente
Tesorero del Consejo General de Colegios de Médicos