

Mesa de debate

¿QUÉ ORGANIZACIÓN NECESITAMOS?



De izqda. a dcha. Bermejo R, Micó R, Blanco M y Lozano C

Moderador: D. Rafael Micó Pérez.

Vicepresidente de SEMERGEN (Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria)

Participantes:

Dña. Rosa Bermejo Pareja.

Directora Gerente. Hospital Universitario Infanta Sofía. San Sebastián de los Reyes

D. Martín Blanco García.

Gerente de la Escuela Andaluza de la Salud Pública

D. Carlos Lozano Trotonda.

Vocal de la Federación de Asociaciones Científico Médicas Española - FACME

RAFAEL MICÓ (PENDIENTE DE COMPLETAR, FALLO DE GRABACION):

ROSA BERMEJO: Una de las variables que debemos considerar para la organización sanitaria que necesitamos en el futuro, sería la organizativa, para la atención de una población determinada, un área geográfica, con una visión transversal orientada al paciente no solo a la enfermedad aguda, en el que somos muy expertos y lo hacemos muy bien, si no también a la enfermedad crónica, esto necesitará de un cambio cultural, nos hará cambiar nuestra organización del trabajo, con una visión de conjunto con los profesionales tanto de especializada, como de primaria, para conseguir una gestión integral en la atención a los pacientes afectados por enfermedades crónicas, con pluripatologías, con gran impacto en los costes y así orientar las organizaciones hacia un modelo de asistencia que se base en procesos horizontales y continuos.

Otra será la visión del paciente, sus necesidades de salud, sus expectativas. La libre elección de servicio o de centro mejora la percepción del usuario le trasfiere sensación de libertad y seguridad. Los hospitales deben buscar no solo la excelencia técnica, sino la calidad percibida, en el acceso fácil, también el trato adecuado, no solo amable, sino también destacando la información sobre su enfermedad.

Los profesionales sanitarios son los que llevan a cabo todo el trabajo y es necesaria su participación activa en la organización y su experiencia, son ellos los que definirán los estándares de calidad

Pero para todos los actores es imprescindible sistemas de información potentes, robustos y compartidos que hagan más fáciles y oportunas las decisiones.

El sistema de financiación debería estar basado en resultados no en el volumen de actividad, que creo no es recomendable en si mismo. Debemos romper esta tradición y pasar a trabajar con criterios de coste eficiencia. Los centros deberían trabajar para una población, el sistema podría ser la cápita, base de financiación poblacional, estimuladora de la continuidad asistencial. Es importante también la competitividad entre centros, pero, sabiendo que lo importante es la eficiencia del sistema, “dejar de ganar si gana la organización”

En cuanto a si es necesario reconstruir el estatuto marco... Los profesionales son el principal activo de cualquier organización, necesitamos profesionales comprometidos con la misión de la organización, formados adecuadamente y motivados. Para tener el mejor hospital es preciso atraer a los mejores profesionales y conservarlos.

Sería importante flexibilizar el modelo de selección para asegurar el ajuste entre el perfil y el puesto, una selección que permita asegurar la competencia y capacitación correctas, para asegurar que la función desarrollada se ajusta a las necesidades de la organización. Flexibilidad en los horarios de trabajo para adecuarlos a las necesidades asistenciales y organizativas, diseñando la jornada según necesidades de la población y permitiendo opciones personales.

Para la motivación, son importantes los incentivos económicos y que estos depen-

dan de lo que haga y como lo haga y sean sólo para el que lo merece, no para todos.

Si todos los profesionales sanitarios acaban percibiendo el mismo salario, aunque unos sean magníficos y otros no tanto, la culpa no es del Estatuto, sino la filosofía con la que gestionamos los RR.HH. dominada por la tradición, la comodidad o el temor a la presión a los agentes sociales. Y esto no hay ley que lo arregle.

Los sistemas sanitarios ofrecen calidad cuando los profesionales sanitarios que asignan los recursos disponen de la información y los incentivos convenientes para tomar decisiones coste-efectivas. Aquello por lo que se paga tiene bastante influencia en lo que se consigue. Otra de las cosas que creo que motiva a los profesionales es la participación en la organización de su servicio y de su centro, para ello es necesaria la información y la comunicación.

El Informe Abril ,todavía actual, apuntaba en dos direcciones: reforma de las finanzas y reforma de las organizaciones. Se inició una racionalización tendente a reducir el gasto, mediante una racionalización económica. Se comenzó por lo mas urgente y progresivamente se ha ido olvidando lo importante, se ha comenzado por facilitar fórmulas para contener o disminuir el gasto, pero no han facilitado fórmulas para elevar la calidad de las relaciones humanas, para motivar a los equipos, para incentivar la excelencia profesional. Racionalizar se ha identificado con ahorrar, contener, disminuir, controlar, fiscalizar, vigilar e incluso advertir a ciertos profesionales de lo que no están ahorrando Se ha olvidado la recomendación explícita de: “motivar e incentivar al colectivo de profesionales de la sanidad ya que son ellos, con sus decisiones diarias; los que pueden conseguir la

eficiencia en la utilización de los recursos sanitarios.

“En principio, identificamos racionalidad simplemente por ahorrar, disminuir, contener, controlar, vigilar, etc., y nos olvidamos de la recomendación explícita de motivar e incentivar al colectivo de los profesionales de la sanidad, porque son ellos los que con sus decisiones diarias pueden conseguir la eficiencia del sistema”.

Rosa Bermejo

Importante en la motivación es la dedicación no solo a la asistencia, también a la docencia y a la investigación. Gestionar es coordinar y motivar y con el estatuto podemos tener una herramienta y citando a Benedetti “para cruzarlo o para no cruzarlo ahí está el puente”

RAFAEL MICÓ: Hablando de salud del ciudadano, Doctor Martín, una organización asistencial inmersa en una visión global de salud, salud en torno a las políticas.



Martín Blanco

MARTÍN BLANCO: Quería poner un punto de inflexión en la salud de la que hablaba Rosa, sobre todo desde mi punto de vista de economista. En los últimos quince años, hemos asistido a una hipertrofia del siste-

ma asistencial y evidentemente a un incremento del gasto sanitario muy por encima del PIB. Nuestro sistema se ha basado en su desarrollo, con un incremento del gasto. Ese incremento tiene que parar con este entorno de crisis y tenemos que buscar una fórmula diferente. Esta hipertrofia, que Vicente Ortún ha dado en llamar muy gráficamente la burbuja sanitaria, es porque hemos destinado recursos financieros extraordinarios para hacer frente a los gastos ordinarios, lo que a medio y largo plazo nos lleva de forma segura a una situación de crisis. Esta hipertrofia la vemos los que trabajamos en el mundo de la salud. Por ejemplo, en poblaciones pequeñas se han creado hospitales con muchas camas y con servicios asistenciales que son un desastre económico y asistencial: un servicio de maternidad donde hay una media de dos partos semanales es un desastre, porque además hay falta de profesionales en la atención. Esta burbuja sanitaria nos ha llevado a una crisis de financiación del gasto, que surge por el modelo que hemos utilizado para crecer en nuestras organizaciones. Cuando hablamos de crisis financiera, nos preguntamos, sobre todo cuando tenemos los ingresos limitados por ser administración pública, cuáles son las inversiones y estrategias que aportan mayores ganancias en términos de salud para la sociedad y que ayudan a eliminar las desigualdades en salud.

Desde este punto de vista, y viendo que los determinantes de salud no están asociados directamente con los recursos asistenciales, sino más bien con las cuestiones genéticas, culturales, etc., posiblemente la crisis económica que estamos viviendo nos puede facilitar reorientar los recursos financieros que destinamos a la sanidad a aquello que parece más rentable en términos de salud. Sería bueno reorientar y unificar los

centros asistenciales con el concepto de salud pública.

“Viendo que los determinantes de salud no están asociados directamente con los recursos asistenciales, sino más bien con las cuestiones genéticas, culturales, etc., posiblemente la crisis económica que estamos viviendo nos puede facilitar reorientar los recursos financieros que destinamos a la sanidad a aquello que parece más rentable en términos de salud”.

Martín Blanco

En este sentido, el sistema asistencial que necesitamos no puede permitir, por ejemplo, que el problema de salud pública derivado de los aumentos de la movilidad temporal por la globalización, así como de la incorporación de los inmigrantes de otros países, con vuelta de enfermedades que considerábamos extinguidas, deje al descubierto algunas necesidades de salud, sino que tiene que darle cobertura. Esto pone en riesgo los valores de salud como un elemento universal y la salud de la población.

Hay que romper la visión exclusivamente asistencial desde el punto de vista de atender la enfermedad aguda y hay que avanzar en un modelo que se amplíe e incorpore conceptos de salud pública, que obviamente pase por introducir temas de promoción, temas de políticas saludables, etc. Hay que incorporar a nuestra visión de salud aquellos elementos que cada vez son más trascendentes para ganar calidad de vida en la sociedad. Si a la vez que envejecemos y tenemos más enfermedades crónicas pivotamos en los modelos asistenciales tradicionales, es decir, hospitales y centros de atención primaria, nos encontraremos con un modelo no sostenible, por lo que tendremos que buscar esa visión

global del proceso asistencial, atendiendo a la vida y acercando lo más posible a la muerte la autonomía de las personas. Hay que trabajar en ello y en eso inciden más los hábitos de vida que la cercanía de un centro sanitario.

“Si a la vez que envejecemos y tenemos más enfermedades crónicas pivotamos en los modelos asistenciales tradicionales, es decir, hospitales y centros de atención primaria, nos encontraremos con un modelo no sostenible, por lo que tendremos que buscar esa visión global del proceso asistencial, atendiendo a la vida y acercando lo más posible a la muerte la autonomía de las personas”.

Martín Blanco

RAFAEL MICÓ: Gracias, Martín. Creo que has dicho un par de cosas muy interesantes con respecto al lazo con atención primaria, relacionada con los hábitos de vida, promoción de la salud... Es importante que en la zona geográfica en la que estemos tengamos un diagnóstico de salud certero; hay que saber qué movilidad y qué mortalidad tiene una zona para saber a qué problemas nos enfrentamos. Los problemas de salud pueden ser similares en el sur de Andalucía y en el norte del País Vasco, pero no iguales, y eso va a condicionar políticas sanitarias diferentes, independientemente de que la prevención tenga que ir orientada a esa mortalidad evitable. Volviendo a hablar de valores, Carlos, ¿FACME puede aportarnos soluciones con algún código?

CARLOS LOZANO: Coincidiendo un poco con lo que decía Martín, creo que estamos viviendo un momento muy complicado. Quiero retomar lo que decía también Rosa con respecto a la motivación del profesional. Habrá algunos profesionales muy motivados, pero actualmente en este país y en

las diferentes comunidades autónomas hay una desmotivación total y absoluta. Es muy difícil motivar al profesional y mucho más difícil si vamos a una sociedad como la que nos ha tocado vivir en este momento, con una demanda médica sin límites y con unos recursos limitados; eso es imposible.



Rafael Micó

“Es muy difícil motivar al profesional y mucho más difícil si vamos a una sociedad como la que nos ha tocado vivir en este momento, con una demanda médica sin límites y con unos recursos limitados; eso es imposible”.

Carlos Lozano

Ahí es donde nos tenemos que poner los que estamos en activo y tenemos cierta capacidad de liderazgo o representatividad. Cualquiera entiende que dentro de una economía doméstica es imposible llevar la mejor calidad de vida con unos recursos limitados; pues en sanidad es algo parecido. Si a eso le unimos tomas de decisiones multilaterales, no olvidemos que hay diecisiete comunidades autónomas que cada una lidera proyectos en un sentido, lo complicamos más. Hay que ponerse de acuerdo.

Hay un artículo reciente de Enrique Costas Lombardía en El País que expone con mucha claridad la situación actual de la salud, estoy totalmente de acuerdo con sus aseveraciones. En este artículo, insta a los políticos a que afronten las reformas que este país necesita, porque son los que tienen poder para hacerlo; si no se hace, va a ser muy difícil mantener el sistema, y no soy pesimista, sino al revés.

Retomando la pregunta, a pesar de vivir en un mundo muy tecnificado, muy materialista, muy cómodo y donde vivimos mejor que antes, lo más importante de una sociedad son los valores y todo aquello que no comporte valor añadido y transparencia está condenado al más absoluto de los fracasos. En este sentido, la inquietud de la sociedad va en ese camino; el valor mueve a la sociedad, no la economía.

Tanto la Organización Médica Colegial, como Farmaindustria, como Fenín como empresa distribuidora del área de diagnóstico general, han iniciado unos códigos éticos de conducta que son los que al final mueven a la sociedad. En este sentido, nuestra organización, FACME, ha aprobado recientemente, con el consenso de las treinta y nueve sociedades profesionales, un código de buenas prácticas. Lo que viene a decir el código de buenas prácticas de FACME es que nos tenemos que poner de acuerdo todas las partes implicadas, tenemos que ser transparentes en nuestra gestión y tenemos que conectar con todos los estamentos, con pacientes, administración, industria farmacéutica y sociedad civil.

Somos humanos y nos dejamos influenciar por muchos factores. En este sentido, las implicaciones económicas de la exigencia de los contactos económicos con la industria farmacéutica hacen que tengamos que

ser todos mucho más transparente. La Sociedad Española de Epidemiología, en octubre del año pasado, hizo una declaración de intenciones de todos sus miembros con respecto a la transparencia. Creo que ese es el camino, la transparencia para poder documentar ante la sociedad que hacemos las cosas como hay que hacerlas. Esto es voluntario para los profesionales, por lo que supone un paso muy importante.

RAFAEL MICÓ: Rosa, desde tu punto de vista directivo, ¿crees que es factible que los profesionales sean los protagonistas de ofrecer la continuidad asistencial entre primaria y hospitalaria?

ROSA BERMEJO: Sí, seguro que sí. Creo que además de ser necesario, muchos de los profesionales lo ven ya así, y en muchos casos depende de la relación entre unos y otros o de su empeño. De todas maneras, como estáis hablando todo el rato de valores y esto me gusta, me toca hablar de lo mismo. Uno de los modelos más fecundos en la teoría de las organizaciones es que todas las empresas debemos conseguir que la empresa se dedique a los grupos de interés, que en el sector sanitario son los pacientes, los médicos, los enfermeros, los gestores, los proveedores... Los grupos de interés son los que se benefician con la acción de la empresa o son dañados por ella. Tenemos que conseguir que los profesionales nos impliquemos para oír a todos los actores.

“Tenemos que conseguir la continuidad asistencial entre niveles con el empeño de todos, porque va a ganar el paciente, que es el grupo de interés más importante desde mi punto de vista”.

Rosa Bermejo

Tenemos que conseguir la continuidad asistencial entre niveles con el empeño de todos, porque va a ganar el paciente, que es el grupo de interés más importante desde mi punto de vista.



Rosa Bermejo

MARTÍN BLANCO: Estoy de acuerdo con Rosa, pero quiero hacer una reflexión sobre la organización no neutral. Está claro que los profesionales son los que tienen que conseguirlo, pero los que organizamos tenemos que facilitarlos; es decir, una organización establecida en niveles, difícilmente puede no separarse, por lo que habrá que buscar otros modelos organizativos que rompan con eso. Por tanto, habrá que buscar áreas y habrá que buscar unidades de gestión clínica supra-centro, donde intervengan tanto los profesionales de primaria como los de hospitales, para conseguir que haya ese traspaso de conocimientos y esa continuidad asistencial del paciente, que es el objetivo último.

PARTICIPANTE 1: Buenos días. Les he escuchado con mucho interés y he tomado notas, porque como soy un clínico, mis gerentes, con los que me llevo francamen-

te bien, me han pedido que tomara notas. Soy jefe de servicio de rehabilitación del área sanitaria de Ferrol. Tengo a mi cargo cinco facultativos, treinta y cinco fisioterapeutas, tres hospitales, cinco centros de salud y ciento ochenta mil habitantes. El único fleco es que hay un concierto singular con el Hospital General de Ferrol, al cual van pacientes directamente. Me parece muy interesante todo lo que han dicho de atención a la población, de que necesitamos un cambio cultural, de la opinión del paciente, de los programas sanitarios, de los sistemas de información, de la necesidad del dinero, etc.

Ahora vamos a hablar de valores. Me he educado en Valladolid, he hecho la carrera aquí y agradezco que Carlos Fernández haya organizado estas jornadas. Estoy totalmente de acuerdo en que la salud es un bien intangible, no es cuantificable y es un derecho, pero no estoy de acuerdo en que sea la seguridad social la que lo tenga que proporcionar. Hay otra serie de entidades que pueden proporcionar salud, como las entidades tipo mutuas, que atienden al paciente de un latigazo cervical, le dan dos sesiones de rehabilitación y a los dos meses me le mandan a mí; las mutuas tienen que asumir al enfermo agudo y crónico, para que la seguridad social no cargue con eso.

Hay que ver en qué entorno estamos y qué queremos obtener, porque ahora mucho hablamos de valores, pero cuando yo llegué allí en el año 80 había un desbarajuste horrible porque con la situación política que había nadie sabía por dónde iba a tirar la sanidad. En ese momento, se hablaba simplemente de cantidad de pacientes a atender. Al final de los años 90 se empezó a hablar de calidad asistencial y ahora se habla de poner en valor, porque han asu-

mido los criterios de don Diego Gracia, los cuales conozco porque he sido miembro del Comité de Bioética del hospital. Cuando se habla de la participación del ciudadano, de los profesionales, del servicio, no es verdad. La organización marca determinado tipo de objetivos y los profesionales los firman o no, y de paso tienen que firmar un cinco por ciento que es la productividad del gerente, la cual trabajamos los facultativos.

Estoy de acuerdo con el Doctor Lozano. Me alegro mucho de esa organización, a la que espero que la Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física pertenezca. Es impensable que el gestor no cuente con los profesionales ahora, pero han pasado siglos sin que se contara con nosotros.

Hablan ustedes de que hay una situación económica grave, con lo que hay una investigación científica cada vez más complicada.

PARTICIPANTE 2: Buenas tardes. Soy la Doctora Pilar Ayala, del Hospital Clínico de Barcelona, y quería hacer una pregunta a cada uno de los ponentes. A la Doctora Rosa Bermejo quería preguntarle cómo es posible que se flexibilice la financiación de las organizaciones sanitarias si tenemos en cuenta que tenemos asignada una población determinada, y de alguna manera estamos recibiendo financiación por esa población, pero queremos que exista libertad de elección de centro para el paciente. Aquellos centros en los que hay una alta calidad, serán más elegidos por los pacientes expertos que tienen libertad de elección. Por tanto, ¿cómo podemos flexibilizar nosotros el sistema de financiación para que esos centros que tengan mejores resultados puedan obtener de alguna manera la financiación por esa actividad? En

estos momentos, solo están financiados por la población de referencia que tienen.



ROSA BERMEJO: Podría poner el ejemplo que comenzamos este año en Madrid. A cada centro le corresponde una población y por eso tiene una financiación, pero como en Madrid existe libre elección, todos aquellos pacientes que eligen para pruebas, para consultas, para intervenciones quirúrgicas o para hospitalización se cuantifican. Si en mi hospital hay gente que se va a otro centro porque no existe toda la cartera de servicios o porque al ciudadano le gusta más otro, esa cantidad de asistencias se quitan de mi financiación. De esta manera, empezamos a sentir que queremos conservar a nuestro paciente con nosotros. Por eso decía que si somos capaces de la continuidad asistencial, el paciente se sentirá a gusto con su médico de cabecera y con el experto en el hospital. Hemos empezado a hacer las cuentas, las tenemos en nuestro contrato de gestión ya este año, pero se hará poco a poco y tendremos que definir qué es lo que elige el ciudadano, por lo que habrá unos mejores que seguirán avanzando y otros que tendrán que trabajar más.

PARTICIPANTE 2: En el sentido de que a mí me preocupa mucho la formación de los médicos, creo que no tenemos cuidado en las organizaciones en educarlos en lo que es la cultura de la eficiencia y de la calidad. ¿Qué es lo que tenemos que hacer para

que las nuevas generaciones de médicos, ya en la facultad y en la residencia, asuman estos niveles de eficiencia y de calidad? Creo que estamos abandonando un poco estos dos conceptos en el sentido de intentar que sean técnicos. Quizás a nivel de las tutorías que se hacen en los hospitales no lo estamos haciendo todo lo bien que deberíamos para que después estos profesionales puedan ejercer con esa motivación, esa cultura y esos valores.

“Lo que viene a decir el código de buenas prácticas de FACME es que nos tenemos que poner de acuerdo todas las partes implicadas, tenemos que ser transparentes en nuestra gestión y tenemos que conectar con todos los estamentos, con pacientes, administración, industria farmacéutica y sociedad civil”.

Carlos Lozano

CARLOS LOZANO: Este es un tema muy interesante. Creo que existe un cauce que está ya en marcha, que es el fondo de la profesión sanitaria, donde están inmersos todos los agentes: universidad, decanos, sindicatos, pacientes... El tema es muy importante: los estudios de pre-grado, posgrado, la oposición para la que se preparan, etc. El enfoque que se da en este momento al alumno que va a hacer la licenciatura creo que difiere bastante a lo que era hace quince o veinte años. El estudiante que va a empezar la licenciatura tiene un objetivo claro, que es prepararse para el MIR, y abandona otra serie de aspectos más importantes, como los valores de lo que es una formación integral. El compañero que acaba su licenciatura, hace el MIR y desarrolla su actividad profesional, pero se ha abandonado un poco la formación integral. Por tanto, el profesional no tiene esa visión integral y eso es un reto, pero muy difícil. De todas formas, esto no es nuevo,

sabemos que existe y estamos tratando de fomentarlo, pero es complicado.



Carlos Lozano

PARTICIPANTE 3: Buenos días. Soy Gloria Fores. Primero quería dar la enhorabuena a la mesa, porque se han tratado unos temas muy valientes. Me gustaría preguntaros de todas estas cosas que se han analizado con tintes novedosos, ya que las llevamos analizando mucho tiempo. En el informe abril se hablaba de muchas cosas de las que se han hablado aquí también. Si tenemos claro esto, ¿por qué no lo hemos hecho? ¿A qué tenemos miedo? El diagnóstico está hecho y es casi perfecto, pero no nos lanzamos. ¿Dónde está el problema? ¿Por qué no empezamos con la movilidad entre profesionales para concentrar una cartera de servicios específica? ¿Por qué no nos lanzamos a que los profesionales se muevan entre centros? Rosa ha comentado que el Estatuto Marco permite hacerlo, por lo que no sé por qué no lo hacemos.

CARLOS LOZANO: En algunas comunidades como la de Madrid hay una herramienta legal creada para la movilidad entre profesionales.

ROSA BERMEJO: Gloria es mi compañera en el trabajo y en la gestión. Ha sido geren-

te y ahora está en un equipo directivo, por lo que sabe de esto casi como nosotros. Creo que nos dan miedo algunas cosas, como el tema del ruido, de los pactos con los agentes sociales. Pero creo que poco a poco vamos consiguiendo algunas cosas con el esfuerzo y apoyo de muchos profesionales de algunos hospitales y con algunas personas de equipos directivos. Pienso que deberíamos ser más lanzados y, con los tiempos que corren, tendríamos que hacer fórmulas innovadoras que nos cambien el pensamiento. Estoy de acuerdo en que llevamos muchos años hablando de lo mismo y en que ya es hora de que tiremos para adelante. Sin embargo, hay centros donde si se han ido haciendo cosas, aunque quizás no todas.

MARTÍN BLANCO: Estoy totalmente de acuerdo. Posiblemente nada de lo que hablamos sea novedoso, pero cambia la visión que tenemos y el momento histórico en el que la abordamos, que son las dos variables que van a hacer que evolucionemos hacia un lado o hacia otro. Prácticamente todo está escrito, pero las organizaciones insisten en perpetuarse como son, porque esto es una ley física de resistencia al cambio y quizás sea lo más difícil en lo que trabajar. Llevamos años hablando de la participación del profesional, pero nos da miedo ponerla en práctica a los gestores y a los propios profesionales. Ahora hay un momento de inflexión social que nos va a permitir volver a afrontar los temas de discusión desde otra perspectiva.

PARTICIPANTE 4: Buenos días. Mi nombre es Manuel Huerta y soy el Gerente de la Agencia Sanitaria Bajo Guadalquivir, que es una empresa pública de la Junta de Andalucía que tiene como función suministrar servicios hospitalarios públicos. Es difícil no compartir la visión acerca de cómo debe

ser la organización asistencial que necesitamos y las opiniones que se han dado en la mesa. El problema es cómo afrontar la urgencia económica a la que nos enfrentamos. Llevamos años trabajando y seguiremos trabajando; no creo que haya sido tan decepcionante lo que ha ido ocurriendo en esta materia en nuestro país. Creo que las diferencias entre comunidades autónomas están sobrevaloradas. Soy partidario de la diversidad como fuente de aprendizaje, pero el problema es cómo afrontar la emergencia económica que hoy tenemos, porque de eso va a depender el futuro. Ante esta situación nos tenemos que plantear qué es lo que hay que podar para hacer viable el sistema sanitario público. Creo que en esta emergencia económica es donde no está habiendo un debate demasiado productivo: cómo se decide la cartera de servicios, cómo hacemos la disminución de costes profesionales, la accesibilidad con sus elementos geográficos y temporales, la cobertura sanitaria, la equidad, el copago, la introducción de la gestión empresarial en el proveedor de servicios públicos, etc. Éste es el auténtico debate a mi juicio y realmente no lo estamos teniendo.

MARTÍN BLANCO: Ciertamente esas son las claves, pero en concreto esta mesa no tenía ese enfoque. De todas maneras, sí hemos apuntado esas claves cada uno de nosotros, aunque posiblemente de forma matizada. Discutir estos temas es la clave, pero partiendo de un consenso inicial, que es lo que intentaba poner sobre la mesa. Cuando uno habla de valores, aunque parezca que en algunos oídos sienta mal, es algo clave. Dar respuesta a esos elementos es fundamental, teniendo en cuenta el entorno para hacer cambios y recortes.

RAFAEL MICÓ: Vamos a ir terminando. Gracias a todos por su presencia. Nos

hemos quedado en que hay un cambio cultural que transmitir a la organización, sin perder el marco de valores, con los actores, con el tema de la motivación, de la prevención y promoción de la salud, de la

transparencia y la continuidad asistencial, etc. El diagnóstico está hecho y las soluciones vienen de abajo a arriba también.

