

El valor añadido de las Sociedades Científicas a la gestión sanitaria

Vera Ruiz C

Patrona de la Fundación Signo
Asesoría Técnica Agencia Lain Entralgo
secretaria@fundacionsigno.com



Aspecto general del encuentro

Participantes:

Francisco García Cosío. Jefe del Servicio de Cardiología del Hospital de Getafe. Miembro de la Sociedad Española de Cardiología.

José Ramón González Escalada. Jefe del Servicio de la Unidad del Dolor del Hospital Ramón y Cajal. Secretario de la Sociedad Española del Dolor.

José Ignacio Landa García. Jefe de la Sección de Cirugía General del Hospital La Paz. Vicepresidente de la Sociedad Española de Cirugía.

Teresa Rivera. Jefe del Servicio de ORL del Hospital de Fuenlabrada. Miembro de la Sociedad Española de ORL.

Francisco de Paula Rodríguez Perera. Director Gerente de la Fundación CNIC. Miembro del Comité de Redacción de la revista *Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios* de la Fundación Signo.

Moderadora: **Concepción Vera Ruiz.** Asesora Técnica. Agencia Lain Entralgo. Patrona de la Fundación Signo.

El pasado 28 de febrero se celebró este Punto de encuentro en la sede de la Fundación Signo para debatir sobre el papel de las Sociedades Científicas (SS.CC. en adelante) en la gestión sanitaria con los invitados que se han relacionado y con las siguientes cuestiones como guión del debate:

Las SS.CC. se constituyen con el objetivo genérico de fomentar el desarrollo de la especialidad médica en el ámbito territorial al que pertenezcan. La gestión sanitaria abarca la planificación, organización, dirección y evaluación de recursos sanitarios con el fin de que presten un servicio de calidad a la población a la que pertenecen.

1. ¿Qué elementos comunes, objetivos o intereses compartidos podemos identificar de las SS.CC. con la gestión sanitaria?
2. ¿Podemos identificar asuntos o ámbitos en los que exista conflicto de intereses entre la gestión sanitaria y las SS.CC.?
3. ¿Podemos afirmar que la sostenibilidad del sistema sanitario es de interés común?
4. ¿Cuál sería el valor añadido de las SS.CC. a la gestión sanitaria?
5. ¿Qué vías o fórmulas de colaboración podemos desarrollar entre las SS.CC. y los responsables de gestión?

Cristina Leube, Directora de la revista, da la bienvenida a los asistentes y, agradeciéndoles su asistencia, hace una breve presentación de la Fundación Signo, sus objetivos, líneas de actividad y, en concreto, la revista y lo que suponen estos Puntos de encuentro.

A continuación se inicia el debate con la introducción que realiza la coordinadora.

C. Vera: Antes de empezar el debate quiero hacer un repaso de las razones de este Punto de encuentro, de por qué hemos planteado un debate con las SS.CC. Tratamos de encontrar fórmulas para superar el desencuentro en el que tanto tiempo llevamos instalados clínicos y gestores. El incremento del gasto sanitario que en la década de los 80 se produjo en los países industrializados llevó a los gobiernos a adoptar medidas centralizadoras orientadas a controlar el crecimiento del gasto sanitario, lo que en nuestro país se tradujo en un reforzamiento de la figura del gerente de los centros sanitarios. La pérdida de poder de los médicos junto con la, quizá, poca habilidad integradora de los gestores, obligados a mantener una disciplina presupuestaria en un contexto de recursos limitados, desembocó en un conflicto de poder que no ha beneficiado a nadie. Todos estamos hoy convencidos de que para avanzar es imprescindible superar este conflicto, buscar fórmulas que aproximen a clínicos y gestores.

En este contexto abordamos el debate sobre la posibilidad de colaboración entre las SS.CC. y la Fundación Signo por alcanzar este objetivo.

J.R. González-Escalada: las SS.CC. tienen como misión favorecer el desarrollo de la especialidad. Sensibilizan a la sociedad sobre la necesidad de la actividad de cada especialidad. En general, muchas de las iniciativas que llevan a cabo las SS.CC. se deben a que la Administración no las realiza; un ejemplo claro es la formación continuada. Una iniciativa propia de la sociedad científica, y que constituye un elemento común con la gestión sanitaria, es la definición de la cartera de servicios de la especialidad por

cuanto que afecta a la distribución de los recursos y establece cuáles de éstos son necesarios para llevar a cabo su actividad asistencial específica en el marco de una integración de su labor con la de otras especialidades. Igualmente ocurre con los planes globales de actuación, tanto a nivel nacional como autonómico, actuando de expertos en las materias de su especialidad, para aconsejar sobre la forma de actuar en un área sanitaria o en un período determinado.

T. Rivera: las Sociedades tienen un papel muy importante en la práctica de la especialidad, por ejemplo en la elaboración de indicadores consensuados de calidad, estableciendo estándares. Esto sería muy útil para un jefe de servicio en una tarea de organización como la que he tenido que realizar en el Hospital de Fuenlabrada, a la hora de ordenar las consultas externas, los quirófanos, listas de esperas, etcétera. Sí que hay protocolos consensua-

dos sobre determinados procesos, como sinusitis, cáncer de laringe... que son muy útiles, pero desde un punto de vista médico. Piénsese que las SS.CC. tienen la autoridad moral que permite a clínicos y gestores acogerse a los criterios que establezcan. Sería también muy útil que abordaran el establecimiento de criterios para el uso de determinados medicamentos con indicadores de gasto que permitieran análisis posteriores. Otro objetivo interesante sería la elaboración de una historia clínica común con parámetros fijos y unos métodos de evaluación preestablecidos para determinadas patologías, por ejemplo el cáncer de laringe; así, si queremos hacer un estudio a nivel nacional, podemos evaluar todos los servicios con los mismos parámetros.

F. García Cosío: es evidente que hay muchos elementos comunes e intereses compartidos, otra cosa es que se lleven a cabo. Las SS.CC. empezaron



J.I. Landa García, T. Rivera y F. de Paula Rodríguez Perera

como un "club" de profesionales en el que se animan unos a otros para seguir; luego el desarrollo del sistema de salud cambió mucho las cosas, aumentó los recursos diagnósticos y terapéuticos y llevó a un mayor papel de la industria. Esta colaboración es en principio muy positiva, pero el incremento rápido del consumo de recursos lleva a la preocupación de los gestores y a la restricción presupuestaria. El problema es que en muchos casos los recortes se hacen no de una forma ordenada por prioridades, sino en función de qué profesionales tienen más capacidad de hacer oír su opinión y más habilidad desarrollan con gestores y/o proveedores.

Pero pese a todo el ambiente actual es muy positivo; los médicos agrupados en las SS.CC. son cada vez más conscientes de la necesidad de ordenar los recursos y se elaboran recomendaciones oficiales en este sentido, basadas en la mejor evidencia disponible, con confianza en que se contará con ellas para establecer criterios de calidad, objetivos asistenciales. Sin embargo, esto no siempre es así y las prioridades son con frecuencia muy ajenas a este marco. Por ejemplo, si el periódico dice que hay que operar hernias o juanetes, éstas eran las prioridades que se marcan. Da la sensación de que hay un divorcio entre la alta gestión o, mejor dicho, la política sanitaria y las estrategias de gestión necesarias para su aplicación a nivel de cada centro sanitario, y los gerentes están condicionados por esto.

¿Existe un objetivo común al sistema de salud y las SS.CC.? Sin duda que sí. Las SS.CC. llevan años preparándose para asesorar en la priorización y ordenación de recursos en el sistema de salud. La Sociedad Española de Cardiología, y no es la única, tiene registros nacionales de determinadas patologías e intervenciones que recogen

datos de todo el territorio nacional. Éste es un esfuerzo siempre iniciado por el interés de los profesionales de las SS.CC., y sólo en algunos casos llega a recibir un apoyo oficial. Con esta información se pueden analizar los recursos necesarios en determinadas áreas o para determinadas patologías, y un modelo puede ser el reciente Plan Nacional de Cardiopatía Isquémica, pero no sé si su vitalidad se mantiene después del último cambio de gobierno.

Los ejemplos de coordinación de política sanitaria en base a datos no son abundantes. Una experiencia muy concreta a nivel de los hospitales entonces englobados en el INSALUD fue la elaboración de un plan estratégico en los hospitales. Los profesionales participamos con entusiasmo; seguimos el juego haciendo un gran esfuerzo y se generaron grandes expectativas e ilusión. Al final todo ha sido para nada, todo se ha olvidado. Estos cambios de dirección sin rumbo son un factor distorsionador tremendo y muy desmoralizador. Al final el profesional se plantea ¿qué hay que decir y hacer para que



F. de Paula Rodríguez Perera

me dejen trabajar en paz? En cualquier empresa los técnicos responsables de la producción han de sentirse personalmente involucrados, ser cómplices del esfuerzo empresarial. En el sistema de salud esto es muy complicado, muy improbable.

J.I. Landa García: en primer lugar quiero presentar la sociedad a la que hoy represento y de la que soy vicepresidente: la Asociación Española de Cirugía (AEC), que fue creada en 1935 y aglutina al 60% de los especialistas del país. Yo estoy muy de acuerdo con lo que se ha expresado en la introducción del debate; creo muy acertado el análisis de la evolución que hemos vivido en los hospitales, y en nuestra asociación creemos también muy necesario que los médicos se impliquen en la gestión, de hecho desde hace tiempo se han programado cursos de gestión clínica para los asociados. Nos hemos responsabilizado a través de la AEC y la Comisión Nacional de la Especialidad (CNE) para que los futuros cirujanos se formen en gestión a la vez que se hagan cirujanos. Ya se ha pasado la época en la que se decía que la salud no tiene precio. Estamos en la época de control del gasto sanitario ante el reconocimiento de que los recursos son limitados. ¿Cómo incorporar a los clínicos a la gestión? Las SS.CC. pueden jugar un papel fundamental en este objetivo, sobre todo en el momento en el que nos encontramos de disgregación del sistema nacional de salud tras las transferencias sanitarias, con diecisiete modelos de gestión diferentes. Las SS.CC. estarán dispuestas a colaborar siempre que se persiga la mejor calidad de la asistencia a los pacientes y que a través de ellas se puedan establecer criterios organizativos, de actividad, etcétera, a los que los médicos se adherirían más fácilmente que si fueran establecidos por la Administración. Yo creo que, solamente a través de las sociedades científicas, se

logrará acercar e implicar a los médicos en la gestión clínica.

F. Rodríguez Perera: yo quiero animar el debate, voy a ser provocador, si me lo permiten claro. Tal como se han expresado algunas cuestiones se podría entender que las SS.CC. no dan cancha a la decisión política, que estamos diciendo que en materia sanitaria no hay decisiones políticas, que las decisiones son técnicas y, como los técnicos somos nosotros, han de contar con nosotros porque cuando se toman decisiones políticas ignorándonos, nos desvinculan del sistema. Usted, político, dice treinta días de demora y el que lo tiene que hacer soy yo. Por tanto, las sociedades científicas no consideran que pueda haber decisiones políticas en materia sanitaria; ésta es una cuestión técnica para la que se tiene que contar con el que conoce del asunto. ¿He entendido bien que las SS.CC. es esto lo que están diciendo? Primera cuestión. Segunda cuestión, las SS.CC. ¿son también sociedades profesionales? Alguien decía que tienen una función de defensa de la especialidad, de lo que se podría deducir esta parte profesional; si es así, ¿se les podría exigir un quantum de responsabilidad social? Por ejemplo, en el caso de un período de restricción económica ¿están dispuestos a compartir la responsabilidad de administrar los recursos escasos? O ¿en ese momento, y también lo digo con afán provocador, hay que replegarse en las indicaciones, oiga, aquí lo que hay que hacer es esto, es que no hay dinero, entonces ordénemelo, obligando al gerente o a la Administración a tomar las decisiones?

J.R. González-Escalada: el planteamiento de que las SS.CC. entren a participar en las decisiones de gestión sanitaria global es difícil, ya que nos ocupamos fundamentalmente de una parte científica; somos sociedades de

profesionales especialistas, no somos una sociedad profesional como los Colegios. Sin embargo, ante la insistencia de que los recursos son escasos, está claro que las SS.CC. tienen mucho que decir, aunque son los propios médicos los que deben hacer un buen uso de ellos por imperativo ético. No ha sido necesario que ningún político se dirija a las SS.CC. para confeccionar una guía de práctica clínica, ya que desde las sociedades profesionales somos conscientes de que son necesarias para que haya calidad asistencial y se haga un buen uso de los recursos; eso lo estamos haciendo nosotros, porque ya lo inventamos nosotros: cuando estamos impartiendo docencia o hacemos sesiones clínicas, estamos enseñando a hacer buen uso de los recursos. Esto es hacer gestión. Y esto es en lo que pueden entrar, en mi opinión, las SS.CC.: en determinar criterios de calidad de las actuaciones asistenciales y del marco estructural donde se realizan. Sobre lo otro que has planteado,

me parece mucho más difícil intervenir, sobre todo en este momento en el que hay diecisiete gobiernos gestionando y haciendo política sanitaria. En este contexto no es posible identificar planes de actuación global, como por ejemplo la política sobre la lista de espera, aunque sí se pueden marcar los criterios y la atención adecuada que debe recibir un paciente aquejado de una enfermedad, desde que llega al médico de Atención Primaria hasta que sale del hospital. Es decir, en determinar la calidad del proceso asistencial.

C. Vera: ¿pero no es también un criterio de calidad el tiempo que ha de esperar un paciente en ser atendido?

J.I. Landa García: efectivamente, nuestra asociación tenía establecidos unos tiempos de espera recomendados y consensuados entre los cirujanos, según la situación clínica de los pacientes y para determinadas enfermedades como la coleditiasis, hernias, sinus pilo-



C. Vera Ruiz, J.R. González Escalada y F. García Cosío

nidal, etcétera. Las patologías que suponen más de 80% de la cirugía general y cuya espera es aceptablemente variable entre 30 y 90 días. Igual han hecho otras SS.CC., recuérdese la de cirugía cardíaca en su momento cuando el plan de choque. Pero, claro, es muy difícil aceptar tiempos “estándar” porque no es lo mismo el tiempo que puede esperar un muchacho de 16 años que padece un sinus pilonidal, que un adulto o anciano que no tiene ascensor en su casa, una persona con una enfermedad no grave que le impida la actividad laboral o un jubilado con la misma enfermedad. Todo esto hay que tenerlo en cuenta. Los sistemas lineales de puntos son los más justos por decirlo así, ya que tratan de diferenciar por la situación clínica del paciente y por los beneficios que se puedan obtener con el tratamiento y establecer tiempos de espera razonables. Pero los políticos no hacen esas matizaciones.

C. Vera: no sé si nos hemos desviado y hemos dejado sin respuesta las preguntas que hacía Paco, y una era que a la hora de formular objetivos sanitarios los políticos tenían que contar con las SS.CC.

J.R. González-Escalada: en cuanto a marcar líneas generales u objetivos globales de política sanitaria creo que no, porque cada Sociedad está centrada en el desarrollo de su especialidad. Es muy difícil que el cirujano piense en asuntos que sean de interés del internista. Tendría que haber una Sociedad de Sociedades para que, con una visión más integradora, se pudiera postular algo así.

T. Rivera: yo creo que sí, se debe tener en cuenta el papel de las SS.CC. Por ejemplo, en la CAM que se formó la Unidad de Control Central de LEQ, formada por miembros de la Consejería y miembros de cada una de las SS.CC.;

no se nos llamó para establecer el criterio de los treinta días, pero sí se ha pedido la elaboración de protocolos consensuados sobre determinados procesos, lo que es muy positivo. Y creo que hubiera sido muy positivo que se nos hubiera preguntado sobre los tiempos de espera, porque un paciente que precisa una septoplastia puede esperar más de treinta días, pero no así un paciente para una consulta médica con disfonía, ya que es necesario descartar una patología laríngea que pudiera ser importante. Yo creo que sí, que se debe contar con nosotros.

F. García Cosío: sí, en esto estoy de acuerdo, las SS.CC. pueden disponer de los datos que ayuden a definir cuáles son las necesidades, complementando las demandas de los ciudadanos. También su voz es importante para definir las condiciones en las que los médicos deben trabajar para que los enfermos y ellos mismos no estén desamparados.

Respecto a si se pueden tomar decisiones políticas en materia sanitaria, yo creo que sí, pero tienen que estar basadas en el conocimiento de la realidad, y éste difícilmente lo llegan a tener los políticos si cada vez que hay un cambio de gobierno se cambian desde los gerentes de los centros al Consejo Asesor del Ministerio o la Consejería. Tú estás en un hospital en el que llevas años trabajando en una línea, convenciendo, demostrando a tu gerente la necesidad de impulsar determinada área de actividad y, de pronto, por un cambio político, que no por otra cosa, te viene otro, con otras consignas. Parón y vuelta a empezar. Se toman muchas decisiones en altos despachos que sorprenden a nivel de asistencia. Mirando el conjunto del sistema de salud uno se pregunta si todos somos igual de conscientes de que los recursos son limitados. Y la respuesta evidente es que

no, todos no. No lo son algunos profesionales que trabajan en centros privilegiados y tampoco lo son los ciudadanos. Nadie les ha dicho a los ciudadanos que hay un límite en lo que se puede hacer, y esto crea tensiones añadidas cuando se acercan a recibir asistencia sanitaria. El político tiene que asumir esa responsabilidad y para ello le podría ayudar el que confiase en la posición muy objetiva, muy profesional, de las SS.CC.

J.I. Landa García: yo también estoy de acuerdo en que habría que buscar formas de contar con los ciudadanos. Las guías de práctica clínica, tan de moda para evitar la variabilidad de los actos médicos, cuentan con la opinión de los ciudadanos. Además, nos podríamos llevar muchas sorpresas pues, probablemente, serían mucho menos exigentes que médicos y políticos lo estamos siendo. En Navarra se hizo una encuesta sobre el tiempo que parecía razonable esperar en determinados procesos, entre médicos y ciudadanos, y éstos pusieron unos tiempos más altos que los médicos.

F. García Cosío: y volviendo al asunto de la contención del gasto. Se ha ha-



J.R. González Escalada

blado mucho del uso racional del medicamento, pero hay una visión muy corta en este sentido. Recientemente se publicó un artículo en JAMA sobre el tratamiento de la hipertensión comparando la higrótona con betabloque antes e IECA. El resultado era que, a largo plazo, el mejor resultado se obtenía con la higrótona, el más barato y el que ninguna empresa promociona, porque no produce beneficios jugosos. La Administración de EE.UU., a través del NIH, destinó dinero a esta investigación independiente con unos resultados que, a largo plazo, ahorrarán más dinero que todos los folletos y campañas de opinión juntos.

El sistema de salud tiene un enorme presupuesto y tiene unos magníficos profesionales que son reclamados nacional e internacionalmente. Estos profesionales son atraídos frecuentemente por la industria del medicamento y de la tecnología sanitaria porque les ofrece oportunidades de investigar, de expandir su conocimiento. Pues bien, si el sistema de salud destinase dinero para que sus profesionales y científicos llevaran a cabo estudios independientes, probablemente se desarrollarían métodos y protocolos más eficientes y hasta más eficaces, disminuyendo o, al menos, optimizando el gasto. El sistema de salud tiene los medios y las personas, le falta la decisión de hacer a sus colaboradores auténticos "cómplices" en el funcionamiento del sistema. Esto exige confianza, que con frecuencia ha faltado. Está por hacer lo más básico. Al político le asusta porque no tiene tiempo en tres o seis años de ver los resultados de medidas como éstas. Y aquí volvemos al tema de los cambios. Es necesario profesionalizar las Consejerías y los Ministerios hasta los niveles más altos para que se mantenga una línea estable en la política sanitaria.

C. Vera: bueno, creo que en lo que llevamos de debate ya han salido casi

todas las cuestiones que teníamos planteadas. Incluso algunas nuevas que llevaremos a conclusiones por el acuerdo común que habéis manifestado como la necesidad de hacer partícipes a los ciudadanos de la problemática sanitaria. Pero hay un asunto de los planteados para el debate que aún no ha salido. ¿En qué ámbitos existe conflicto de intereses entre la gestión sanitaria y las SS.CC.? ¿El desarrollo de la especialidad con la necesidad de incorporar tecnología es el único punto de conflicto cuando estamos en el escenario de recursos limitados?

J.R. González-Escalada: en mi opinión es el primero, porque la medicina de calidad es cara y es difícil convencer a los gestores de que la inversión es rentable a largo plazo. Además, se parte de un desacuerdo en el establecimiento de la jerarquía de las necesidades sanitarias. En este sentido, la

Administración muestra mucha desconfianza hacia las SS.CC. Se necesita confianza.

F. García Cosío: sí, estoy de acuerdo. Siempre es una batalla conseguir que te compren un equipo. Pero la verdad es que se incorpora mucha tecnología al mercado que no ha demostrado suficientemente su utilidad, o su utilidad en nuestro medio. Necesitamos un equipo de profesionales cualificados que estén evaluando permanentemente las nuevas tecnologías que nos presenta la industria, y orienten y determinen su ámbito de utilización. Yo he oído expresar a algunos gestores que el 30% de la tecnología es innecesaria. Bueno, es evidente la necesidad de objetivar esto.

I. Landa: otro punto de conflicto que no hemos comentado es el referente a la formación continuada de los médicos, tradicionalmente abandonada



J.I. Landa García, T. Rivera y F. de Paula Rodríguez Perera

por la Administración y que está en manos de la industria farmacéutica. ¿Cómo resolver este conflicto? Nadie cuestiona la necesidad de formación continuada del médico, y la sociedad demanda de éstos que mantengan la competencia debida a lo largo de toda su vida profesional. ¿Quién la financia? No está bien visto que lo haga la industria y se presta a interpretaciones comprometidas, pero lo cierto es que son las casas comerciales las que llevan el peso económico de la formación de los médicos y, para colmo, la misma industria se ha atrevido con un código deontológico que bajo dudosos criterios éticos, que han hecho sonrojar a muchos profesionales, esconde objetivos economicistas.

F. García Cosío: y pese a las críticas que desde sectores cercanos a la Administración hemos recibido, hemos de decir a nuestro favor que las SS.CC. han jugado un papel muy positivo canalizando

de forma transparente y adecuadamente los fondos recibidos de la industria hacia actividades de formación o a la publicación de las correspondientes revistas a las que nadie negará el valor científico que tienen. Ahora bien, no hay duda de que se genera evidencia fundamentalmente sobre lo que la industria financia en su investigación porque le puede producir beneficios.

T. Rivera: yo vuelvo a insistir en que en todo esto las SS.CC. tienen un papel muy importante, acreditando programas de formación continuada o la utilización y eficacia de determinadas técnicas. Otro tema importante es el papel que tenemos que jugar en la definición de la carrera profesional, sobre todo en este momento de descentralización que puede dar lugar a soluciones muy heterogéneas.

JR. González-Escalada: esto sí que puede ser una gran fuente de conflicto,



J.R. González Escalada y F. García Cosío

porque el tema está muy politizado y es muy difícil que los propios políticos lo dejen de su mano. Lo malo es que si cada comunidad autónoma desarrolla un modelo diferente, además de las dificultades para su implantación y coherencia, el modelo no va a ser bien aceptado por los médicos y generará mucha conflictividad para la movilidad entre comunidades. Lo inteligente sería contar con la opinión de las SS.CC., que son supraterritoriales.

C. Vera: nos queda hablar de la sostenibilidad del sistema sanitario. Se había formulado la pregunta de si se consideraba un tema de interés común; a esta altura del debate parece que no queda ninguna duda al respecto, pero yo preguntaría, al hilo de lo tratado, si el desarrollo tecnológico, la permanente incorporación de innovaciones en el mercado sanitario, ¿pone en peligro la sostenibilidad del sistema sanitario tal y como lo conocemos en nuestro país? Porque autores hay que sostienen lo contrario⁽¹⁾.

F. García Cosío: en la asistencia sanitaria cada vez se abordan más problemas y cada vez más sin límite, con resultados increíbles hace unos años. Otras cosas que ya se hacían se hacen mejor, con mayor seguridad para el paciente y mayor eficacia, y algunas hasta, quizá, con menor coste. Evidentemente la posibilidad de abordar enfermedades que antes no se trataban hasta edades muy avanzadas puede hacer crecer la demanda de recursos al infinito. El sistema es insostenible salvo que el consumidor se dé cuenta de lo que está pasando. El político tendrá que atreverse a decir, señores esto es la ruina, a ver cómo lo hacemos entre todos para que sea viable. Y para que esto ocurra la

sanidad tendrá que salir del *pim-pam-pum* político y convertirse en un tema de estado, como ocurrió con las pensiones. Yo lo veo así digan lo que digan esos expertos.

J.R. González-Escalada: yo estoy totalmente de acuerdo con Paco; por el camino que vamos no es sostenible y creo que sin los médicos no es posible hacerlo sostenible. El médico tiene que asumir de nuevo el papel perdido en la toma de decisiones y en la priorización de las actuaciones sanitarias, y debe sentirse menos presionado por la imposición realizada por los gestores políticos. Es un movimiento que tiene que ir de abajo hacia arriba; es decir, el médico debe ser el que decida quién debe dirigir y gestionar los hospitales y tomar conciencia de que debe participar activamente en esta gestión desde la responsabilidad.

I. Landa: sin duda la incorporación de tecnología sin control es uno de los problemas para sostener el sistema, junto al envejecimiento de la población, la inmigración, la medicalización de la sociedad, la falta de recursos sociales y un largo etcétera. Yo creo que el sistema no podrá ser sostenible



C. Vera Ruiz

⁽¹⁾ Olmsted E, Porter ME. "Making competition in health care work". In Harvard Business Review, julio-agosto 1994.

sin un pacto entre autonomías y una implicación de los profesionales en la gestión clínica.

F. García Cosío: pero tenemos que trabajar por que sea sostenible. Estamos de acuerdo que con barra libre no será sostenible y que hay que priorizar, ¿quiénes pueden priorizar? Los políticos necesitan a clínicos a través de las SS.CC.

C. Vera: y los ciudadanos, que ya lo hemos dicho varias veces. Bueno, tenemos que finalizar el debate, voy a resumir algunos de los asuntos sobre los que ha existido acuerdo para poderlos extraer como conclusiones:

1. El universo de intereses de las SS.CC. es el universo de intereses de la gestión sanitaria y viceversa.
2. La sostenibilidad del sistema sanitario es el punto donde confluyen los intereses entre las SS.CC. y la gestión sanitaria.
3. Las SS.CC. creen que su opinión debe ser tomada en consideración para marcar y definir políticas o estrategias de intervención en materia sanitaria.
4. Las SS.CC. están dispuestas a corresponsabilizarse con los gestores políticos en la gestión de los recursos y en la priorización de las actuaciones si se ha contado con ellas en la definición de las estrategias de actuación.
5. Los principales elementos de conflicto están en la incorporación de nuevas técnicas a la práctica asistencial, en la formación continuada de los médicos que está sin asumirse por la Administración y en el desarrollo de la carrera profesional.
6. Es necesario concienciar a los ciudadanos de que los recursos son limitados y encontrar fórmulas para corresponsabilizarlos en la priorización de las actuaciones.