



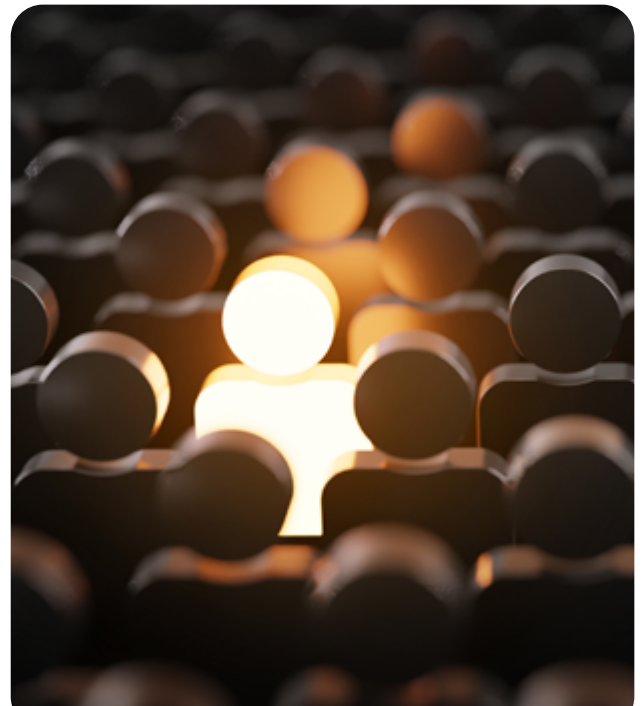
## Estrategia, liderazgo y coraje

Javier Carnicero  
Giménez de Azcárate

**D**espués de la pandemia por COVID-19 el Sistema Nacional de Salud se encuentra en una difícil situación que no parece mejorar con el transcurso del tiempo. Los últimos datos publicados por el Ministerio de Sanidad, que corresponden a junio de 2022, lo que en sí mismo es un dato, indican que el número de pacientes en lista de espera quirúrgica es de 742.518 personas con una demora promedio de 113 días. Un 17,6% de esos pacientes esperan más de 6 meses su intervención quirúrgica. El promedio de espera para una consulta de hospital es de 79 días y un 43,9% de los pacientes esperan más de 60. Estas cifras no registran los casos de lista de espera sucesiva, esto es cuando un paciente que ha esperado 79 días para su consulta inicia otra lista de espera para las pruebas o consultas que solicite el médico, sin contar lo que tendría que esperar para su intervención quirúrgica si ese fuera el caso. La situación de atención primaria es cualquier cosa menos satisfactoria, con una escasez manifiesta de médicos que genera importantes problemas de accesibilidad al que se supone primer nivel asistencial y puerta de entrada al sistema.

Una de las consecuencias de la pandemia es el cansancio y sensación de maltrato que tienen los profesionales, que alcanza su grado máximo en los médicos de familia y pediatras de atención primaria. Parece como si el malestar acumulado durante muchos años se hubiera condensado y expuesto a la opinión pública de forma abrupta. Estos días estamos asistiendo a la puesta de manifiesto de algunos de sus antiguos problemas de fondo, como la falta de continuidad asistencial entre los niveles de hospital y de atención pri-

maria; la jubilación de numerosos profesionales que pertenecen al mismo grupo de edad sin médicos que los sustituyan; y una especie de desánimo general. El impacto de la lista de espera en la demanda que atienden los médicos de primaria no se ha evaluado, pero la situación de un paciente y también la de su médico cuanto deben esperar un promedio de 79 días para una consulta de hospital, más las esperas sucesivas por otras exploraciones o consultas, merece que se estudie a fondo para ponerle remedio. Los hospitales suelen quejarse del abuso de las urgencias, pero rara vez se reflexiona sobre el impacto que sobre esa demanda de urgencias tiene la lista de espera. La informática ha mejorado el manejo de los datos y de la información, contribuyendo a mejorar la continuidad asistencial. Sin embargo, como es lógico porque informatizar sin mejorar la organización no mejora el resultado, la digitalización no ha eliminado algunas carencias y algunos de los problemas llamados burocrá-



ticos. El ejemplo que más se menciona estos días es el de los partes por incapacidad temporal, que están a cargo de los médicos de primaria – aunque la normativa no diga eso- incluso en pacientes hospitalizados. No es un problema de la tecnología, es un problema de mala y anticuada organización. Por otra parte, aunque extraña que no se mencione con mayor frecuencia e intensidad, las retribuciones de los médicos de familia, tan especialistas como sus compañeros del hospital, son menores que las de estos últimos, salvo excepciones.

La respuesta de los servicios regionales de salud está siendo la misma desde hace algún tiempo y recuerda a la evolución que han seguido los hospitales, lo que quiere decir que ni es innovadora ni mejorará la situación. Varios servicios de salud están llegando a acuerdos con la representación sindical para aumentar el precio de la guardia, limitar el número de consultas en la agenda del médico y mejoras salariales para los médicos que continúen en activo después de la edad de jubilación. La limitación del número de consultas se tendrá que acompañar con los necesarios cambios en la organización para evitar una nueva lista de espera de atención primaria, porque de lo contrario tendremos listas de espera del tamaño de los hospitales también en el primer nivel asistencial y el sistema colapsará. El aumento de la demanda de guardias es un problema clásico en los hospitales y se da la paradoja de que es relativamente frecuente que se refuerce esa demanda con la subida de la remuneración por este servicio, en vez de remunerar mejor a quienes muestren mejor desempeño. Ninguna de estas medidas tendrá efectos más que en un corto plazo, para desactivar las huelgas ya convocadas o en vías de convocarse, pero no en el medio y mucho menos largo plazo. La falta de atractivo de la atención primaria para los médicos no mejora por la limitación del número de consultas y mejora retributiva de las guardias. Se da la circunstancia de que un número importante de los que terminan la especialidad de medicina de familia buscan su puesto de trabajo en los servicios de urgencias de los hospitales donde se está siempre de guardia y con agendas sin límite.

Es una lástima que las sucesivas crisis por las que ha pasado el Sistema Nacional de Salud no hayan servido para reconsiderar su modelo y su organización. La recesión económica, de la que empezábamos a recuperarnos cuando estalló la pandemia, sirvió para recortar el gasto en todas las comunidades autónomas, pero en cambio no se aprovechó para introducir alguna in-

“

Informatizar sin mejorar  
la organización no mejora  
el resultado

”

novación en el modelo de prestación de servicios ni tampoco en la gestión de los profesionales. No hubo reforma, hubo recortes. Tampoco se ha analizado lo ocurrido durante la pandemia – ¿qué fue de su evaluación? - ni se ha iniciado reforma alguna después de sus peores momentos. Todo ello conduce a la situación, que es de alto riesgo, de que se mantenga el desinterés de los médicos jóvenes por la atención primaria y de que se incremente el modelo funcional tanto en atención primaria como en los hospitales.

La innovación en el sistema de salud exige estrategia, liderazgo y coraje. Estrategia para planificar su modelo. Liderazgo para conducir los cambios y permitir que los profesionales se organicen, evitando el nuevo centralismo de los servicios de salud, clones del INSALUD del que copiaron su estructura, que asfixia tanto a los médicos que apenas pueden planificar su agenda. Coraje, porque los cambios que son imprescindibles se acompañarían de tensiones y eso es lo último que quiere un político o un político-gestor en un año electoral y también en los demás.

El sistema de salud necesita una nueva gestión de profesionales, una profunda innovación para organizarse de otra manera y con otro modelo, y un sistema retributivo que tenga en cuenta factores como la calidad, el rendimiento, las personas adscritas a cada médico de primaria y el cumplimiento de objetivos. Estrategia, liderazgo y coraje.

Consultor de sistemas y servicios de salud

[javercarnicero@cognitiosalud.es](mailto:javercarnicero@cognitiosalud.es)