

**ASUNTO: DIAGNÓSTICO DE SITUACIÓN SOBRE “PACTO POR LA
SANIDAD”**

La Confederación Estatal de Sindicatos Médicos (CESM), a petición expresa de la Comisión del Ministerio de Sanidad y Consumo, y a través del Secretario General de Sanidad, José Martínez Olmos, ha examinado la propuesta del PACTO POR LA SANIDAD y damos traslado de nuestra aportación como organización más representativa del sector, incluyendo la opinión mayoritaria de las diferentes Comunidades Autónomas recogidas en el último Comité Ejecutivo Confederal celebrado el pasado 20 de noviembre.

En el seno del Foro de la Profesión, y como una de las instituciones que lo integran, adquirimos el compromiso de elevar hasta su Secretaría General, la opinión del Consejo Estatal de Estudiantes de Medicina (CEEM). Por ello, adjuntamos las conclusiones a las que los representantes de los estudiantes de Medicina han llegado en sucesivas asambleas, que pueden ser de gran interés ya que ofrecen una visión distinta pero complementaria a nuestra aportación.

Madrid, 26 de noviembre de 2008.



EL SECRETARIO GENERAL

Patricio Martínez Jiménez
Confederación Estatal de Sindicatos Médicos (CESM)
C/ Veneras, 9, 4º planta.
28013-Madrid

DIAGNÓSTICO DEL “PACTO POR LA SANIDAD”

Un Pacto por la Sanidad resulta necesario y urgente en España a dos niveles, por un lado, entre los profesionales sanitarios y la Administración Pública, y por otro, entre el gobierno central y las comunidades autónomas. Pero también tiene que tener en cuenta las diferencias entre la Atención Primaria y Atención Especializada. Debe reflejar el consenso entre Administración, agentes sociales, opciones políticas, y organizaciones profesionales con el fin de conseguir un respaldo más democrático que incluya la opinión mayoritaria de los agentes que intervienen en su elaboración.

Valoramos positivamente que los contenidos del Pacto versen sobre la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud a través de criterios de equidad, calidad, cohesión, innovación y seguridad para los profesionales y usuarios pero creemos que además, el modelo de financiación debe ser ajeno a los intereses partidistas y a las diferencias culturales entre comunidades autónomas.

Se debería incorporar a los médicos en la gestión a través de fórmulas más flexibles porque sólo el compromiso real de representantes de médicos (como el Foro de la Profesión), políticos, Ministerio y autonomías podría dar lugar a soluciones reales.

Un pacto por la sanidad en un estado de las autonomías, a nuestro modo de ver, se trataría de eliminar las arbitrariedades en las CCAA en la toma de decisiones sanitarias motivadas por criterios políticos-electorales. Creemos que el sentido de un pacto serio, responsable y prudente sería basar la toma de decisiones sanitarias en criterios profesionales (clínicos-asistenciales-técnicos-investigación), en estándares éticos (equidad-seguridad-calidad) contando con la participación de los pacientes (necesidades-expectativas). Es necesario alcanzar un acuerdo político estable para erradicar la interferencia de los partidos políticos en el desarrollo del sistema sanitario público y terminar con la confrontación política en el SNS para poder afrontar procesos de mejora a corto, medio y largo plazo.

El pacto se podría resumir en un Consejo Interterritorial que abandone criterios políticos en su toma de decisiones, y que utilizará criterios de cohesión y calidad verdaderos. El fin último del pacto sería conseguir un entorno asistencial en el que los profesionales puedan asumir sus cargas de trabajo (en condiciones de elevada incertidumbre, emocionalmente muy comprometido), sintiéndose satisfechos con unas condiciones laborales que les permitieran ejercer con estándares de seguridad y calidad ética (garantía de confidencialidad, de información y de participación del paciente en la toma de decisiones), mantener su competencia profesional y el desarrollo profesional continuo, garantizar la calidad asistencial, controlar con criterios profesionales los procesos asistenciales y la organización de su trabajo, modernizar con criterios profesionales y clínicos los elementos burocráticos y administrativos actualmente obsoletos e ineficientes, y conciliar su vida familiar y laboral. En resumen: un sistema sanitario que permita a los profesionales tomar decisiones prudentes y seguras para los pacientes.

POLÍTICAS DE RECURSOS HUMANOS

- 1) **Definición de perfiles competenciales de las distintas profesiones sanitarias.** La percepción de una falta de definición de los perfiles competenciales nos parece interesada y no se corresponde con la realidad ya que estos perfiles vienen reflejados en la legislación vigente (LOPS) y está pendiente su desarrollo en cada CCAA. Sin embargo, no deberían estar incluidos en el apartado de Políticas de RRHH ya que no es un tema de planificación sino de capacitación; capacitación definida por el Ministerio de Educación, y el Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios salud (Ley 55/2003, de 16 de diciembre) por lo que su desarrollo no debería ser objeto de un Pacto por la Sanidad.

Además leyendo los perfiles de las profesiones sanitarias, parece que hay cierta reticencia al empleo de la palabra “médico”, así que desde esta organización aprovechamos para reivindicar su empleo como un paso más hacia la dignificación de la profesión.

- 2) **Papel de los profesionales de enfermería en el uso y prescripción de medicamentos.** La falta de desarrollo de la LOPS conduce a equívocos como “prescripción de enfermería”. Lo realmente importante sobre este tema, es la definición de las funciones y competencias de los profesionales que intervengan en ese acto, en especial la definición de la responsabilidad de cada uno, y su adecuada formación.

No existe a la fecha más que una participación en la repetición de recetas y en la administración de los medicamentos. La tarea de seguimiento y control en el cumplimiento terapéutico es una fortaleza en seguridad del paciente, a potenciar, y un área de mejora podría ser el contemplar la prescripción enfermera en lo correspondiente a diagnósticos de enfermería y material de cuidados.

- 3) **Conclusiones de la actualización del estudio de necesidades de especialistas.** No se conocen las conclusiones sobre la actualización de este estudio (llamado “II Mapa de Necesidades”) aunque sí podemos adelantar que bajo el término “especialistas” no se incluyen a todos los médicos que prestan su asistencia dentro del SNS ya que los médicos generalistas, y los MESTOS quedan excluidos.
- 4) **Planificación de la oferta anual de plazas de formación sanitaria especializada, según las necesidades reales y la capacidad docente del SNS.** A la fecha la planificación ha sido parcial y fragmentada por especialidades, sin una clara evaluación de las necesidades a nivel nacional, ni de las repercusiones de los abandonos y cambios de especialidad, lo que es en definitiva, una clara área de mejora.

No hay una concreción real de las necesidades de especialistas, y no existe una planificación adecuada de plazas de formación especializada vía MIR. En lugar de atender al criterio formativo se recurre a las necesidades asistenciales como criterio

de oferta, necesidades que en realidad se ven obligados a cubrir los residentes ante el déficit público de especialistas.

- 5) **Medidas en relación con la jubilación de profesionales de la salud.** No hay un criterio uniforme. Es necesaria la flexibilidad del sistema tanto en tema de jubilaciones como de movilidad, reducciones de jornada y flexibilidad horaria. Todo esto ayudaría a la fidelización de los profesionales y evitaría sus fugas. Hay una seria falta de medidas para la captación y fidelización de profesionales y las escasas medidas existentes, son de aplicación irregular en las distintas CCAA.
- 6) **Creación del Registro Central de Profesionales de la salud.** Todavía no existe un Registro Central de Profesionales de la Salud, ni a nivel autonómico, y ya debería estar creado y legislado. No se puede planificar sin conocer los recursos reales disponibles. Este registro permitiría una planificación más adecuada de las necesidades presentes y futuras. La falta de información sobre el número de profesionales, su distribución por edad y sexo, así como su distribución geográfica, distribución por especialidades, ámbito, y nivel de actividad permitiría anticiparnos y modelar las tendencias futuras.

Debería subdividirse en profesiones sanitarias y en especialidades. Las Sociedades Médicas Científicas y la Organización Médica Colegial deberían participar en su elaboración aunque el depositario último fuera el Estado a través del Ministerio de Educación como garante de todas las titulaciones, homologaciones, y convalidaciones por él expedidas.

- 7) **Desarrollo del RD 450/2005 de especialidades de enfermería.** No se ha desarrollado el RD 450/2005 de especialidades de enfermería aunque en general solo resultan necesarias algunas especialidades a niveles muy concretos (instrumentación de quirófanos, unidades de críticos, obstetricia, salud mental, etc.). El personal de enfermería «general», incluyendo diplomados y auxiliares, es en España muy inferior al de los países de nuestro entorno, lo que obliga al médico a asumir funciones que no le son propias, incrementando el «déficit percibido» de facultativos.

II.- Criterios comunes en relación con la gestión de personal y la organización de los servicios.

Acuerdos en materia retributiva y condiciones laborales. En CESM se publicó el *“Estudio de las condiciones de trabajo, retribuciones y carrera profesional de los médicos en España”* (Autores: Juan Carlos Sánchez de la Nava, Mercedes Elizalde Usechi, y María Aurelia Mena Mur), que mostraba las desigualdades retributivas en las CCAA.

La actual transferencia de competencias a las CCAA hace que en la actualidad no se llegue a acuerdos interautonómicos en materias esenciales para fidelizar a los profesionales (retribuciones, jornadas, permisos y licencias, incentivos...), siendo un

hecho las diferencias notorias entre CCAA (según nuestro propio estudio CESM). Evidentemente, está es otra área de mejora esencial en la que el Pacto pudiera tener sentido como freno a la competencia desleal entre CCAA

Desde el punto de vista retributivo, España se encuentra muy por debajo de los Estados de la UE, si excluimos a los países del este europeo. Ello no se debe al tipo de modelo implementado sino al desarrollo del mismo porque resulta compatible el carácter estatutario y “salarizado” del médico con la incorporación de nuevos conceptos, fijos y variables. Mientras no se acometa la dignificación retributiva de una profesión como la medicina, el sistema sanitario se resentirá porque el profesional lo seguirá considerando como algo ajeno a sus intereses; intereses que seguirá buscando en el ejercicio libre. Tal dignificación, no podrá acometerse con los actuales abanicos salariales sino en marcos autónomos tipo “convenios-franja”. Desde la CESM, no nos cansamos de explicar y exigir que para llegar a este tipo de acuerdos es imprescindible la participación directa de los profesionales, y la existencia de mesas compuestas por profesionales que no sean sólo de negociación, sino también de participación, y representación; por ser el médico el poseedor del conocimiento y el depositario de la confianza del ciudadano, pues a excepción del Consejo de la Profesión Médica de Cataluña, no existe nada parecido.

Medidas para fidelización de profesionales. La fidelización del profesional depende, no sólo de los estímulos materiales, sino de factores como el respeto y la dignificación de sus funciones.

Se observan diferencias en la fuga de profesionales entre CCAA, siendo más atractivas las que tienen mejores condiciones retributivas (pago hora atención continuada, carrera profesional, trienios en interinos, pago de excesos de jornada y exceso de carga de trabajo...) y laborales (jornadas flexibles, conciliación de la vida familiar y laboral posible, turnos no exclusivos de tarde, bajas tasas de interinidad, apoyo de personal auxiliar, incentivos en puestos de trabajo más penosos, etc). También son valoradas por los profesionales las posibilidades de ejercer un control real sobre los procesos asistenciales y cargas de trabajo (control de agendas y demanda). Esto es otra evidente área de mejora esencial.

Para facilitar la movilidad interautonómica de profesionales, tanto asistenciales como de Salud Pública, sin diferenciar su relación contractual, se deberían homologar y unificar criterios para las categorías profesionales, cuerpos funcionariales, o carrera profesional. Respecto a esta última, su aplicación es irregular e incompleta y no está reconocida para todos los médicos (como por ejemplo forenses, o médicos de Instituciones penitenciarias).

No hay un reconocimiento al Desarrollo Profesional.

Medidas en relación con las convocatorias de selección y traslado de personal estatutario. No sólo hay estatutarios en el SNS, y las dificultades tanto en la selección como en los traslados se derivan de la actual situación de las ofertas que son irregulares

y dispares. No existen criterios comunes en los distintos procesos selectivos, y se añade además, la dificultad del conocimiento de las lenguas co-oficiales. Esta también sería un área de mejora esencial para garantizar la libre circulación de profesionales.

Las convocatorias de selección y traslado de personal estatutario son procedimientos aleatorios y desiguales en cada CCAA, y por norma general, deberían ser anuales, ya que el porcentaje de interinos en el ámbito sanitario es escandaloso desde hace décadas. En realidad, se está utilizando la precariedad como un instrumento destinado, por un lado, a dotar de mano de obra a las instituciones con fórmulas de gestión alternativas, y por otro, a estimular un sobreesfuerzo aún a costa de la propia salud del profesional.

Debería haber una promoción profesional permanente mediante Ofertas Públicas de Empleo, concursos de traslados periódicos (nacionales y autonómicos), una estructuración de las plazas de refuerzos, y fomentar una mayor estabilidad en los puestos ocupados por personal temporal; así se evitaría la huida de médicos a otras comunidades autónomas o a otros países.

Revisión de categorías profesionales de personal estatutario y homologación de las mismas. No ha habido una homologación dentro del SNS, y se han creado nuevas categorías. No se trata de revisar categorías sino de valorar si las existentes han sido creadas arbitrariamente, en función de las necesidades de momentos determinados.

Ello impide la movilidad dentro del sistema, pues no existe la movilidad transversal para profesionales.

Se debe garantizar la calidad que dentro de la UE debe ser homogénea, evitando que con las homologaciones y acreditaciones se formen bolsas de empleo “de segunda”.

Por último, las categorías profesionales deben ser revisadas ante la aplicación de las nuevas realidades europeas. Cuando la práctica totalidad de las titulaciones de grado alcance los 4 años, los médicos ya no podrán ser asimilados a los funcionarios del Grupo A, y se deberá articular para ellos, un reconocimiento social y económico, no sólo a sus 6 años de pregrado, sino también a los 5-6 años que implica la especialización.

III.- Reforma de la formación sanitaria especializada.

Hay que hacer una valoración de las nuevas especialidades en coordinación con Europa, y con las necesidades asistenciales. Reformar el sistema de acceso y de formación para las especialidades médicas, sin valorar donde están los fallos y las fortalezas del modelo actual, es una irresponsabilidad. Por ello, es necesario un abordaje serio y no sería materia de un Pacto por la Sanidad.

La planificación de la oferta de plazas de formación especializada es deficiente. Existe cierta arbitrariedad por parte de la Administración en este tema, pues se deja en mano de las Comisiones Nacionales de la Especialidad, sin analizar las necesidades reales

marcadas por los criterios demográficos, de cartera de servicios y del modelo sanitario existente. Además hay un paulatino incremento del número de plazas MIR, pero como no hay coordinación entre la oferta y las plazas, siempre están desajustadas.

En la actualidad, hay cierta recuperación de los médicos sin actividad asistencial previa, y se ha incrementado considerablemente la presencia de extranjeros.

La troncalidad es una posibilidad, sugerida por los propios profesionales, que presenta algunas fortalezas sobre todo en cuanto a una mayor integralidad de los cuidados y una coordinación mayor entre especialidades, que pudiera permitir también una distribución de RRHH más flexible y adaptada a las nuevas necesidades de los pacientes. Responder de forma ágil a nuevas necesidades clínico-asistenciales con la valoración de la creación de nuevas especialidades o redefinición de las previas parece un área de mejora prudente.

De todas formas, la troncalidad permitirá al profesional reorientar su actividad con lo que se convertiría en una herramienta de gestión además de un buen instrumento para el desarrollo profesional.

Elaboración del proyecto de RD por el que se reforma el acceso a la formación sanitaria especializada. No se han evaluado los cambios recientes en el acceso a la formación MIR, los abandonos, las especialidades con plazas vacantes, la incorporación de licenciados extranjeros. El sistema de formación MIR es una de las fortalezas de nuestro sistema sanitario actual, que debe adaptarse a los cambios señalados. Esto es un área de mejora esencial.

IV.- Desarrollo profesional continuo y formación continuada.

Aunque no existen datos objetivos, los profesionales señalan en todas las CCAA las enormes dificultades que tienen para mantener sus competencias y conocimientos a través de la formación continuada, derecho y deber inexcusable tanto de los profesionales como de las administraciones sanitarias. Es sin duda una de las fortalezas del sistema para garantizar la seguridad y la calidad de la asistencia. La falta de profesionales deriva en una mayor concentración de actividad asistencial en detrimento de la formación (y de la investigación). Existen pocas experiencias en las CCAA sobre modelos de DPC, sin evaluar dada su escasa implantación. También es esta, un área de mejora esencial.

Los profesionales quieren un modelo de Carrera único para todos los médicos, y una Evaluación de Competencias y Formación Continuada uniforme y homogénea.

Para tomar en serio estos temas tan manidos e incumplidos durante mucho tiempo, sería preciso desarrollar normativa para poder abordar estos temas, y normalizar su aplicación.

CARTERA COMÚN DE SERVICIOS SANITARIOS Y SERVICIOS Y UNIDADES DE REFERENCIA EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.

La participación de los pacientes en la definición de los servicios es nula en nuestro país, no existiendo experiencias parecidas a las iniciativas del estado de Oregón (EEUU). Es también escasa la participación de los profesionales sanitarios, no existiendo claros criterios clínicos o epidemiológicos para la introducción de determinados servicios sanitarios. Ambas participaciones son una clara fortaleza para una mejor utilización de los servicios.

En la definición de la cartera no se toman en consideración la disponibilidad de recursos (humanos y materiales), las cargas de trabajo y de tiempo que supone para cada profesional, así como la formación continua en las nuevas técnicas y procedimientos; es un área de mejora esencial.

Hace falta revitalizar una legislación general de sanidad de carácter básico que establezca claramente los criterios mínimos de desarrollo del derecho a la protección de la salud, derecho que es del ciudadano, previamente a la entidad gestora (CCAA) o prestadora de los servicios. Y desde CESM pedimos que se armonice las prestaciones ante la cierta descoordinación existente entre las CCAA.

Los procedimientos que se incluyan en la cartera, tendrán que ajustarse a los recursos humanos y deberán realizarse con criterios de calidad sin crear falsas expectativas a los usuarios, cuyas repercusiones recaen en los profesionales.

Urge la promulgación del RD de garantías en tiempos de espera, al objeto de unificar los mismos criterios en todas las CCAA del territorio nacional. Las actualizaciones de las carteras de servicios se deberán realizar de forma equitativa en todas las CCAA, para no agravar más la falta de equidad en el sistema.

La incorporación de nuevas tecnologías, se deberá hacer con la aprobación del CISNS y de forma igual para todas las CCAA, donde previamente se habría presentado el correspondiente acuerdo fundamentado, que evitaría, una vez más, la falta de equidad.

Por último, es necesario reforzar el papel del Consejo Interterritorial ante la desmedida ambición de las autonomías, es decir, concederle más competencias y darle más fuerza ejecutiva a la hora de implementar sus decisiones.

POLÍTICAS PARA LA RACIONALIZACIÓN DEL GASTO SANITARIO

Las políticas para la racionalización del gasto sanitario, están redactadas desde la perspectiva única de la gestión, y creemos que habría que comenzar reconociendo el compromiso del Estado de promover y proteger la salud de sus ciudadanos (art. 43.1 CE), y la necesidad de equilibrar estos derechos con el resto de derechos establecidos en la Carta Magna. Habría que optimizar el uso de los recursos sanitarios, o lo que es lo mismo, fomentar la educación sanitaria.

El médico posee el conocimiento y gestiona más del 80% del gasto; por lo que se debería de buscar el instrumento para que este conocimiento esté suficientemente representado en los órganos de gobierno y gestión del SNS.

Análisis de las experiencias de gestión desarrolladas a nivel macro en términos de eficacia y eficiencia, y la evaluación de iniciativas de gestión clínica. Estos párrafos hacen alusión a las experiencias en "gestión clínica", y a su impacto en la eficiencia, pero como profesionales de la Medicina, nuestro principal compromiso es con el paciente y la calidad de su atención. Sin embargo, todos estos modelos de "gestión clínica", y su compromiso con la eficiencia (relación entre utilidad y gasto) ponen por delante el interés general sobre el del paciente individual.

Este criterio es lícito desde la perspectiva de la justicia y desde la óptica de la autoridad sanitaria o del asegurador de la asistencia, pero de ningún modo lo es, desde la óptica centrada en el paciente de los profesionales sanitarios.

Debe hacerse un esfuerzo para alinear el interés individual con el social, con criterios de gestión que partan de la peculiaridad de la práctica clínica. Se unirían la mejor decisión clínica (propia del profesional) con la decisión más eficiente, o, dicho de otro modo, de la voluntad de pagar del asegurador. El profesional dejaría así de percibirse como empleado al servicio de la Administración sanitaria, y recuperaría su papel de agente del paciente. Por otro lado, hay que recordar que promover una Medicina de calidad siempre es barato, pero promover una Medicina barata no siempre es de calidad.

Estrategias informativas y educativas que deberían implantarse para asegurar un uso correcto de los servicios sanitarios por parte de los ciudadanos. Estas estrategias están destinadas a promover el uso correcto de los servicios sanitarios, y debería partir de una perspectiva más amplia que sería la de "desmedicalizar" la sociedad -en línea con el párrafo sexto del Pacto por la Sanidad sobre las **estrategias sobre la demanda de medicamentos**- de forma que se fomente el auto-cuidado.

Ello debería ir complementado de una promoción de la mejora de la calidad asistencial, en colaboración con las organizaciones profesionales de forma que se pueda frenar el progresivo crecimiento de ese fenómeno de "medicalización" de la sociedad.

POLÍTICAS DE SALUD PÚBLICA

Los profesionales están siempre sometidos al escrutinio público. ¿No deberían también las autoridades sanitarias -central y autonómicas- plantearse su propia responsabilidad en la situación actual de descoordinación entre CCAA?

Debería definirse por Ley un ámbito común de Salud Pública en el marco de la legislación europea, y dejar de comportarse como auténticos "taifas" donde lo que preocupa no es la Salud Pública en sí, sino su rentabilidad.

La salud laboral es una de las actuaciones más deficitarias de nuestro sistema sanitario, en el que confluyen competencias de distintas administraciones. En cuanto a los profesionales al servicio de las administraciones públicas, aún es más deficiente el desarrollo de políticas y actuaciones tanto de prevención de riesgos laborales (evaluación de riesgos, información y formación a los trabajadores, vigilancia periódica de la salud...) como a la implantación de medidas de mejora o reducción de riesgos en los ámbitos de mayor impacto: riesgos psicosociales (estrés, burnout, mobbing, agresiones...), riesgos biológicos, seguridad, y otro tipo de riesgos. Las dotaciones de personal en los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales son en la actualidad claramente insuficientes para mantener unos mínimos estándares de actividad de calidad (preventiva y de intervención ante lesiones y daños). Esta es un área que requiere una urgente mejora.

POLÍTICAS DE CALIDAD E INNOVACIÓN

Todos coincidimos en que el uso creciente de la tecnología puede mejorar la eficacia de los servicios sanitarios, ante la tendencia cada vez mayor por parte de los centros sanitarios, a crear historiales clínicos digitales en vez de en papel. Los usuarios confían en la capacidad de las organizaciones sanitarias para proteger y salvaguardar la información personal contenida en este formato electrónico.

Sería conveniente que estas políticas se acompañarán con medidas para fomentar la igualdad de todos los ciudadanos en el acceso a los tratamientos innovadores y a las nuevas tecnologías. Aunque España ocupa un lugar relativamente destacado en el ranking de países europeos en cuanto a la agilidad de incorporación de nuevas técnicas diagnósticas y tratamientos al Sistema Nacional de Salud, la situación real de accesibilidad a dichos tratamientos, no llega a ser óptima debido, principalmente, a las barreras que ponen los diferentes agentes a nivel autonómico e incluso hospitalario, para que estos tratamientos se pongan a disposición del paciente.

La inequidad en el acceso a las nuevas tecnologías y tratamientos, y a las listas de espera, son dos de las principales asignaturas pendientes del sistema sanitario español.

- 1) **Desarrollo del proyecto de Historia Clínica Digital del Sistema Nacional de Salud.** Desarrollar las herramientas digitales necesarias para la perfecta atención de cualquier ciudadano en todo el territorio español: historia clínica, receta electrónica, etc, y corregir la absoluta descoordinación entre CCAA que hay actualmente, en este campo. Su desarrollo debe tener en cuenta las condiciones y garantías de seguridad suficientes tanto para los pacientes como para los profesionales (confidencialidad, protección de datos, no manipulación por otros profesionales, accesos, etc). Sería una fortaleza por las potencialidades clínicas, pero es un área de mejora con debilidades potenciales muy relevantes.
- 2) **Estrategia de Equidad en Género y Salud.** Aunque entendemos que es un tema muy actual, no hay que olvidarse de las otras inequidades existentes (entre CCAA, entre clases sociales, etc). No se aplica en la actualidad de forma homogénea la Ley de Igualdad efectiva entre mujeres y hombres (LO 3/2007) en el ámbito de las

Administraciones Sanitarias públicas, en lo que respecta a permisos, licencias, salud laboral y acoso sexual y acoso por razón de sexo, nombramientos de cargos de responsabilidad, contrataciones, planes de igualdad...

- 3) **Estrategias de práctica clínica.** Como ya hemos señalado es importante una clara separación de los criterios clínicos y de financiación (sería conveniente tener por un lado la guía clínica, y por otro la correspondiente evaluación de su eficiencia y guía de actuación).
- 4) **Estrategias de seguridad del paciente.** No se cuenta con las organizaciones profesionales. y de los Profesionales. DX: La Estrategia de Seguridad de los pacientes está aún en vías de desarrollo con multitud de propuestas prudentes, y que ha contado con la participación de asociaciones de pacientes (FORTALEZA). No se ha tenido tan en cuenta la seguridad de los profesionales, tanto en la relación clínica con los pacientes y sus familiares (estrategias de prevención de situaciones conflictivas, que existen pero con escaso desarrollo en la práctica) como a nivel de salud laboral y prevención de riesgos fundamentalmente de tipo psicosocial. La seguridad genera satisfacción y compromiso. La inseguridad, lo contrario. Son áreas de mejora urgente.
- 5) **Estrategia de acreditación de centros y unidades.** En el segundo punto falta concreción; habría que desarrollar un sistema público de acreditación de calidad.

POLÍTICAS DE SALUD EN EL ÁMBITO DE LAS DROGAS

- 1) Las políticas de salud en el ámbito de las drogas, no pueden continuar desvinculándose de la salud mental, como viene siendo reflejado en los numerosos estudios clínicos al respecto.
- 2) Las redes de drogodependencia no deberían haberse desintegrado de la salud mental.
- 3) Existen equipos con escasa formación en salud mental.
- 4) Se aprecia una cierta dilución de la responsabilidad en materia de salud mental en la red de drogodependencias, lo que conduce a una duplicidad de servicios y a un incremento de costes.
- 5) Los recursos no se han adecuado a las demandas sociales en drogodependencias.
- 6) Falta de una red única de asistencia a la patología dual y a las nuevas adicciones.

CONCLUSIONES:

En definitiva, es imprescindible que se implique al profesional en la redacción de las normas que el legislador pretende recoger y que le van a condicionar, de lo contrario quedaríamos abocados a la insatisfacción y al fracaso en nuestras pretensiones como colectivo. En este sentido, la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos



Confederación
Estatad de
Sindicatos
Médicos

(CESM), se ofrece a aportar cuanto sea preciso por esta Administración y con esta intención, se ha emitido el presente diagnóstico de situación.

Madrid, 26 de noviembre de 2008.

EL SECRETARIO GENERAL

Patricio Martínez Jiménez
Confederación Estatal de Sindicatos Médicos (CESM)
C/ Veneras, 9, 4º planta
28013-Madrid