

Queridos amigos:

Muchas gracias por dirigiros a mí en la doble condición de apoyo y de solicitud de ampliación de información sobre los momentos tan tremendos en los que está metiéndose la organización sanitaria de Madrid. Os lo agradezco especialmente, porque ambas actitudes son las que adornan a mi manera de ver el espíritu universitario y solidario que ha generado nuestro encuentro en los Planes de las Especialidades de la Comunidad de Madrid. Todos los que habéis trabajado en ellos, desde la primera responsabilidad hasta la última, y así más de mil profesionales, han venido trabajando con el espíritu de revisión y modernización de nuestra organización.

Aunque en estos momentos, os encontréis desilusionados, los Planes Estratégicos están incluidos por voluntad expresa del Consejero en el Documento del Plan de Viabilidad de la Consejería. El compromiso en este asunto trasciende a la Dirección de Hospitales y será el marco en el que se han de desarrollar los servicios en la Comunidad de Madrid, cualquiera que sea el modelo de gestión.

Los acontecimientos que están ocurriendo, pueden invitar al posicionamiento de los médicos en una actitud beligerante. Y, también de aquellos que han dedicado un esfuerzo para hacer un documento al que algunos creen que la Consejería o la Dirección de Hospitales y yo mismo, hemos hecho tabla rasa de sus conclusiones y objetivos. Pero precisamente es el espíritu revisionista el que debería atender en primer lugar a preguntarse qué le está pasando a la Consejería y hacia donde camina en su devenir y como ha dado apertura a unas proyectos que nada más entrar en circulación han generado una actitud de "lucha contra las medidas, no negocies". Este es el gran mensaje que se ha extendido por todo el sector como la pólvora, y no me gustaría que contagiara al conjunto de médicos que se han responsabilizado de los Planes Estratégicos. Pero me temo que llego tarde.

Y pienso que es así cuando, Rosa de Andrés me comunica que los Responsables de los Planes, le han pedido una sala para reunirse el lunes de 1 a 3. Ella me pidió la sala que obviamente se adjudicó y que finalmente va a ser trasladada al Hospital Clínico, para que tenga el aforo suficiente para albergar a todos los componentes de los mismos. Con toda naturalidad, planifiqué mi tiempo para estar con todos y poder explicar de primera mano, cuales son los contenidos de los Planes de la Consejería y poder tomar buena nota sobre el pensamiento de quienes han escudriñado durante dos años sobre la organización. Finalmente me dice, la Dra de Andrés que la reunión es para hacerla entre los Jefes, si finalmente, tengo interés en ir, puedo hacerlo a las tres menos cuarto, con lo cual se me aclara que la intención es desgraciadamente, o al menos coinciden con esa consigna, "lucha pero no negocies". Y mi tristeza como español, como universitario y como responsable de una Dirección General en un Gobierno, me ha alborotado en mis esencias.

Esta posición, no puede ser para mí, tan negativa pues me hace pensar en que nuestra sociedad, no ha sabido entender, que pasamos y salimos de una Dictadura, para acceder a los tiempos de una Transición, en la que la sociedad se construyó con la participación abierta y con el contraste de opinión de los ciudadanos. Y desde luego contradice el espíritu de revisión, que conlleva el análisis y la crítica y después la toma de posiciones y la lucha por mantener las ideas que uno considera justas. Y con ello, me voy a resistir como médico y como responsable

en estos momentos de una parcela de la organización a luchar por lo que siempre me fue negado en mi posición de trabajador sanitario y ahora hurtado precisamente por los que estando en esa posición se niegan a oír para después analizar y posteriormente atacar.

Era alumno interno como estudiante de Medicina, en la sala del Profesor Jiménez Díaz, regida por el Dr. Ortega Núñez, cuando apareció por ella, el Dr. Segovia, que había sido llamado para encargarse de la Medicina Interna de la Clínica Puerta de Hierro. Estaban abriéndose los Centros de la Seguridad Social, La Paz, Puerta de Hierro, y se estaba haciendo encontrándose los profesionales seleccionados desde la seguridad Social, entre magníficos médicos, pero rompiendo los modelos de selección que tenían los Hospitales Provinciales y del Estado, que seguían teniendo Oposición.

En el año 1997, una concentración de médicos en Madrid, de menos de diez años de ejercicio, nos trajo a médicos que ejercíamos en distintos lugares de España, y yo desde mi pueblo, pues a la sazón era médico rural, para oír y gritar, que la profesión médica en su pura esencia es una profesión liberal, que tiene un contrato sagrado con el enfermo que jamás podía ser perturbado por el Estado, que ya a esas alturas, había demostrado la perversa intención de hacer empleado público al psiquiatra y al médico de cabecera y al cirujano y a toda la profesión. Y nos llegaban los cantos de Europa y del mundo entero, que eso solo ocurría en los países totalitarios que entonces eran los países soviéticos. Desde la sala de la calle Villanueva de la entonces OMC, fuimos saliendo prácticamente escoltados, a nuestros lugares de origen. ¿Pero qué hacer?. Resignarnos y a trabajar por el camino obligado. Oposiciones, Acumulo de trabajos. Especialidad. Y enrolarse en la corriente. Los Hospitales que no eran del sistema, se fueron convirtiendo al mismo. Todos también empezaban con salas de privados y un remedo de medicina abierta, para ir cerrándose paulatinamente a ser homologados por la norma.

Esa homologación vino, ¿cómo?, por el camino de la imposición más absoluta. La Ley de Incompatibilidades, y el Decreto de Exclusividad. Y a partir de ahí, un ejercicio condicionado por alguien, no se sabe muy bien quien en cada momento que condiciona tu vida y tu ejercicio profesional. ¿Dónde, cuándo y cómo reclamar?. Esa es la constante de nuestra historia. Ir al contencioso y ganar, esa es la solución a nuestra vida de empleados públicos.

Más tarde, la Transición y con ella la posibilidad de una revisión del sistema sanitario. Desde el primer Gobierno, se anuncia la Reforma Sanitaria que no podía ser realidad, por el momento político. Pero inmediatamente, la Ley de Incompatibilidades, con ella la exclusividad y más adelante, la adaptación paulatina al sistema. Y nos hemos acostumbrado a una organización mandada por el poder político y acomodada si ningún grado de participación.

Al final, en las crisis económicas del sistema se aventura una apertura hacia la liberalización de la prestación entrando en una similitud de modelos similares al resto del mundo. Esto es, lo que preconizaba el Informe Abril Martorell, en cuanto a la recomendación más importante del documento, la separación de la financiación de la provisión. Es decir, deje usted (Estado) la prestación en manos de la sociedad y continúe, mientras pueda, aportando los recursos financieros al sistema.

La Comunidad de Madrid, después de sus dos primeras legislaturas, realizando la expansión del sistema sanitario a las poblaciones demandantes de tener un recurso sanitario accesible,

con centros básicos y comunitarios, se ha puesto en los tres últimos años a ordenar el sistema, por tres mecanismos, la introducción del concurso oposición en todas las plazas de Jefe de Servicio o de Jefe de Sección, así como las numerosas OPE tarea que continúa. La introducción de la libre elección del médico por parte del enfermo y por último ha contado con la colaboración inestimable de los Planes Estratégicos de las Especialidades, en los que habéis trabajado intensamente y que están creando el substrato de entendimiento de la especialidad en cada hospital de la Comunidad de Madrid.

En esto estábamos, cuando estalla, la sospecha, más tarde va cuajando la realidad de que el presupuesto del año próximo para la Comunidad de Madrid, no cuadra si no es bajando 2.700 M de euros. Y que a la sanidad le tocan 533 millones lo que supone en la práctica un 7% menos de lo que ya el año pasado había supuesto de esfuerzo para todos los que trabajan en el sistema. Y aquí viene el escenario actual, que ha motivado una respuesta contundente como jamás en la historia de la sanidad se ha dado. Y en aras de la clarificación, voy a tratar de enumerar, los pasos y las medidas.

Lo primero es la cautela. Muy pocas personas se han puesto a trabajar sobre las medidas que al final se hacen propuestas a la asamblea. La confidencialidad de los momentos en la toma de decisiones es muy importante. Primero porque el propio Gobierno, puede tener posibilidades de obtener fondos de otras partidas, o negociar con el Gobierno de la Nación otras formas de financiación. Porque estamos asistiendo al alcance real de la reducción de costes con las medidas del Decreto Ley de primavera. Y, por último porque en democracia, el Gobierno tiene la responsabilidad de las medidas y el Parlamento el primero en conocerlas, antes de que la sociedad pueda tener oportunidad de debatirlas. Por tanto los tiempos que son muy importantes en cualquier estrategia de comunicación, están condicionados a la relación política. Una vez que entran en la Asamblea, apresurarnos para explicar los planes a los interesados y aún el Consejero, no se los había expuesto a los medios de comunicación, cuando ya se entraba en la Consejería con vandalismo.

Esta cronología de actuaciones, nos iba a generar una intensificación de mensajes, hasta conseguir un debate sosegado que pudiera enriquecer y mejorar los planes. La imposibilidad de poder explicarlos ha conducido a esta consigna, referida más arriba. Y esto es tan real que poco a poco podemos ir viendo que el Consejero en la Asamblea, y los demás donde se nos acepta podemos a duras penas, esgrimir cada uno de los planes y podemos recibir las apreciaciones a los mismos.

Y enlazando con el largo preámbulo de mi carta, es donde vengo a decir que jamás en nuestra historia sanitaria de los últimos cincuenta años, la Administración ha estado tan permeable a exponer intenciones, propuestas y planes y tan solicita a enriquecerlos con la aportación de los trabajadores del sistema. Es posible que alguien haya conseguido tener una sospecha sobre el alcance de los planes, lo que nadie tiene es un detalle de los mismos, porque es evidente que estaban abiertos a ser enriquecidos en los dos meses que transcurren entre la presentación en la Asamblea y su aprobación final y todo ello, teniendo en cuenta la responsabilidad de un Gobierno en sacar adelante una situación tan complicada como la actual.

Y en esta situación los Responsables de los Planes Estratégicos, pensábamos que serían una pieza muy adecuada para hacer extensivas algunas de las medidas y poder matizarlas y

enriquecerlas, con el tejido desarrollado precisamente a raíz de los mismos. Cuál es la sorpresa que ojala, sea errónea por mi parte, de que no hace falta esgrimirlos porque ya la posición está tomada. Eso a mi juicio es lo que trato de entender, y no me resulta fácil.

Y vaya entonces la exposición de los planes, para que si os parece oportuno, en la reunión del lunes se hagan análisis y aportaciones sobre los mismos. Bien entendido que estoy a vuestra entera disposición, para cualquier ampliación, aclaración y obviamente sugerencias que necesitamos.

Los planes tienen tres modelos de medidas. Las que tienen un carácter de racionalización del uso de los recursos, como es la controvertida del cobro de un euro por receta, con un gravamen final de 72 euros al año como tope máximo de aportación. Otras que son del mismo marco, pero no en la esfera del ciudadano sino en el marco de la asistencia y que se refiere a la mejora de la adquisición de medicamentos, insumos de todo tipo, aprovechando diversos mecanismos, volumen de la compra, la explotación al máximo de la competencia de los suministradores, a la mejor información sobre las características de los productos en los que nos están asesorando los profesionales de los diversos hospitales de Madrid. Y entrar en un marco de racionalizar la prescripción de gran número de medicamentos, productos y suministros. Todos los médicos nos fijamos en el uso de múltiples productos que nos asustan cuando conocemos el precio, hasta que tocan a los de nuestra especialidad en cuyo caso su necesidad nos parece imprescindible e imperiosa. Las medidas contemplan un elevado grado de actuaciones, y ojala pudiéramos añadir más con vuestras sugerencias y fuesen más exitosas de lo que los escépticos propician, porque del éxito de las mismas dependen en alto grado, el aminoramiento de las medidas que afectan al personal. Desde indicaciones, cargadas de voluntarismos en especialidades diversas, hasta las más radicales fórmulas de racionamiento en áreas tan dispares, como la oncología, la cardiología, psiquiatría y cualquier especialidad cuyos incrementos de costes se hacen muy difíciles, para los propios presupuestos.

Las medidas de obtener los bienes y servicios lo más competitivos posibles, son aquellas del bloque de meter la competencia en los servicios logísticos de los centros, de toda naturaleza. Estos servicios han evolucionado en nuestro medio y en todo el mundo, para obtener la tecnología y el modo de abastecernos lo mejor y más barato posibles.

Y ahora vienen las medidas que afectan seriamente a la Plantilla de Médicos y Enfermeros de los centros. Unas son, de cambio de modelo. En esa dirección van los planes en atención Primaria de encontrar interlocutores de la Especialidad, que estamos seguros que los hay, que tengan deseos, yo diría necesidad esencial, porque está en la propia entraña del médico, de ser un médico y enfermero que se desprege de la administración y bajo su "paraguas" de seguridad en la toma de su decisión pueda optar por ejercer su actividad como profesional, libre en relación con unos pacientes que le elijan, dentro de un centro de salud, en el que confluyan otros profesionales con las mismas ganas de ejercicio autónomo. Y de esa forma poder formar un grupo profesional que tengan las personas que les han elegido y les presten sus servicios, dentro de una cartera definida y con plenitud de decisiones en horario, dedicación a su consulta y a sus enfermos en domicilio. Y que de la espontaneidad de la libre decisión y el encuentro y acuerdo con otros que simpaticen en la idea se puedan encontrar en un Centro de Salud, en el cual ya sean ellos mismos o ayudados por empresas diversas, y solo

para lo que se desprende de la necesidad administrativa y logística se unan con esas posibles empresas que respeten los principios asistenciales de toda índole, libertad de elección de médico, tiempos y salarios y les suministren los servicios que el equipo requiera.

Un verdadero cambio que solo se puede producir si los profesionales lo visualizan y en el ritmo que se vaya generando, bajo ese principio, y con una aproximación de un 10% de los centros, para el primer año. La definición de los centros, es la que los médicos en su libre decisión puedan hacer que haya confluencias de opinión y proyecto. Una ayuda de la administración podrá facilitar que se puedan dar esas confluencias si se facilitan los traslados entre aquellos decididos a apostar. ¿ Alguien puede entender, que este modelo de transformación de la Primaria, no es lógico, y ambicioso?. Y adónde apunta, a ser un país con un sistema de Primaria tan potente como el que tenemos, pero en el que quepa el modelo de médico que ejerce con mayor satisfacción y con más incentivos económicos que los españoles del resto de Europa. Pues esa es una medida.

Otra medida en el cambio de relación del profesional con el enfermo es la de alejarse del marco empresarial de la empresa pública, para hacerlo en un marco de empresa privada. Y si las empresas privadas tienen “cuernos”, como es posible que esa medida sea atractiva para los profesionales de la salud. El sector de la salud, en toda Europa está sembrado de empresas sanitarias de toda índole, desde las que tienen ánimo de lucro, de las que no tienen ánimo de lucro y las menos veces y cada día más escasas, empresas del ámbito estatal. Y las pocas que había se están transfiriendo en el marco occidental.

Las reglas de juego de las empresas es muy conocido en el mundo económico. La empresa maximaliza los resultados, sin exponer el riesgo de perder el negocio en el que está instalada. En ese camino puede estar tentada de envilecer al cliente y a su trabajador. Y estas condiciones se pueden cumplir en los mercados que son monopolios y aún en los oligopolios. Con las reglas del mercado bien equilibradas, las empresas valoran al cliente muy por encima de cualquier otro empresario por angelical que sea su vocación. Y cuando se dan las circunstancias de un mercado laboral abierto, competitivo y de información transparente entre el cliente y el trabajador, este obtiene la patente de su invulnerabilidad.

En el modelo de concesión de servicios públicos sanitarios, se dan las circunstancias de que se crean condiciones de las que Saltzman, uno de sus preconizadores, llama de “cuasi mercado”, porque no está abierto a todos los proveedores de un mercado abierto sino solo a aquellos que ha elegido el promotor y han aceptado las reglas de juego. Por tanto generemos un escenario en el que se den esas condiciones. En efecto, tenemos tres hospitales de concesión privada por un modelo de actividad muy bien equilibrado. Cada uno se encuentra en una zona que en principio tiene una población asignada por la cual recibe una bolsa económica basada en una cantidad capítativa, para prestar los servicios sanitarios de Atención Especializada. Dada la piedra angular que ya era nuestro principio filosófico de nuestros planes estratégicos, la libertad de elección del enfermo, generemos un flujo de recursos que lleven los mismos al lugar elegido por el paciente. De tal manera que la empresa concesionaria, estará muy interesada en no perder la calidad asistencial, ni la percibida por el paciente, cuya base está en la transferencia de la enfermera y el médico sobre el mismo. Ni tampoco la calidad técnica del servicio, porque va a ser valorada con medios fijados y porque la información en Madrid es

fluida dentro del sistema sanitario y será imposible aparentar una mala calidad dentro de un paquete muy bien envuelto para el paciente.

Cualquier atributo que a este modelo de relación empresarial se quiera decir que se va a seleccionar al enfermo de una forma adversa, quitándose del caro y cogiendo el barato, será la ruina del concesionario. Porque por ese mecanismo abonaría los procesos que se le vayan perdiendo la bondad de la capita por la carestía de un proceso. De ese equilibrio Madrid tiene ya constancia a través de los hospitales que ejercitan en este modelo su actividad.

Si tenemos pocas dudas sobre la bondad del modelo de cara a los enfermos y a los estímulos positivos que genera en nuestro sistema prestador, no es menos cierto que también se benefician los trabajadores del mismo y de ellos los más beneficiados son los médicos y las enfermeras.

El escenario de al menos nueve hospitales en los que el profesional vale tanto por lo que vale, como por lo que hace, es el que va a tener la sanidad de Madrid en un período corto de tiempo. En un momento de nuestra sanidad en el que se van perdiendo los referentes sociales, estos van a adquirir el valor real de su vocación, preparación y desempeño. Por primera vez, en nuestros hospitales se van a dar las circunstancias para fidelizar a un enfermo, a su entorno familiar y a su entorno de amigos detrás de un profesional, y de un equipo que está conducido por alguien que se ha conquistado al enfermo y a su familia. Y en todos ellos se requiere una intensificación del modelo y de las inversiones para poder comprometerse con la tarea que ahora no se hace, y que el concesionario le conviene que se realice en el centro.

Los Planes Asistenciales de las Especialidades han creado un marco que no nos olvidemos se basaba en la libertad de elección y a ninguno se nos escapaba, las dificultades que tiene la consecución de este principio sin el incentivo positivo que conlleva para el centro, para el equipo y para el profesional el aporte de los recursos, que llega al incentivo de quien más hace por ser el más elegido. Ha sido la "sombra" que enturbiaba el "desiderátum" de nuestro objetivo. Por este mecanismo que se pone en marcha, generamos un escenario que va a propiciar un marco de juego diferente. Tardaremos menos en llegar al objetivo porque el estímulo para encontrar a los mejores y esos existen en toda sociedad, que no están relacionados con los más dotados, sino con los más tercos en ser y estar al servicio de los enfermos.

Y esto afecta a todos los profesionales. Afecta a los médicos con enfermos a su cargo. Afecta a los Jefes y a los que les siguen que se convertirán en imprescindibles para el primero. Afecta a los que están detrás de un microscopio y a los que están en una sala de radiología, porque la medicina está interrelacionada. Este será el valor que van a buscar las empresas en cuanto entren en un escenario abierto de competencia.

Y es obvio que los puestos asistenciales cubiertos por personal de enfermería se basará en los mismos criterios. La valoración de una responsable de quirófano, o de un control de enfermería será una referencia para quien sea la supervisora del área o para la Directora de Enfermería del Hospital. Apreciaría muy poco su tarea si creyera que la plantilla de un hospital se hace a base de seleccionar las más baratas. Ese criterio en este modelo, al menos va al traste económico.

Y ¿Dónde están los beneficios?. En saber y facilitar el hacer. Ahí es donde están los beneficios. No están en hacer las tareas con menos gente, sino en hacer más tareas con los mismos recursos. Parece lo mismo, lo siento no es igual. Procede en que la rotación de las camas, que se hace en base a la concatenación de los procesos, de la tecnología del centro, en la celeridad de las pruebas se realice de tal manera que cien camas, generen lo más cerca posible de 36.500 estancias y de ellas, 7.000 ingresos, o las mismas, no pasen de 5.000 ingresos. No es lo mismo, ni lo hacen otros que no sean los mejores. Y siempre que se invierta en personal adecuado en calidad y en el número de personas.

También está la rentabilidad, en relacionarse con la primaria, en interesarse por el enfermo en su casa, en estar alerta en las relaciones con otros especialistas, en saber molestarse por seguir la pista del enfermo que sale de urgencias y se va a su casa en una situación "bordeline" que obligue a contacto telefónico riguroso y responsable. Que se puede hacer en la prestación pública, no lo dudamos, pero lo vamos a hacer mejor porque vamos a tener el estímulo para ello.

Este cambio de modelo de profesional, no había que haberlo hecho con personal "ex novo"? Quizás sí, pero ahora no se invalida. Lo que hay que ver es como transformamos los hospitales y como hacemos partícipes a los profesionales que quieran ver en ello una oportunidad. Veamos a los distintos colectivos que nos podemos encontrar, en los hospitales de transformación..

Médicos con plaza fija en el sistema sanitario de Madrid, con OPE antigua o bien reciente. ¡Vaya faena!. Dejar que cojan la plaza, para meterles en este lío, es una de las malas notas que nos llegan. Y esto cuando estamos dando muestras de que Madrid, por fin es un área abierta, por la que circulan los profesionales con motivo de una vacante, sin que medie otra circunstancia de su deseo o la oportunidad de ser llamado. Evidentemente, no es lo mismo, estar de jefe de servicio en un hospital ya constituido que en otro de adjunto. Si lo hubiéramos dicho y no se hizo porque no se sabía, hasta el mismo día que se inicia la labor del Gobierno en aras a llevar unas medidas y no otras.

En esta situación ya se ha dicho que ese profesional, podrá ir al hospital en el que tenía sus esperanzas si quiere salir de los que van a ser concesionados. Pero ¿qué problema debe tener para esperar ese momento a que el día que llegue el concesionario con una obligatoriedad contraída de conservar la plantilla porque el hospital ha de seguir funcionando al pronto por igual, pero todos "in crescendo", le haya de ofrecer su continuidad al menos podrá oír las condiciones que se le proponen?. En muy pocas ocasiones de la vida de un profesional se le puede dar la oportunidad de celebrar una entrevista de trabajo, con una carta cerrada encima de la mesa. Esa carta su posibilidad de traslado, la pueda hacer efectiva, como ha dicho ya más de cuatro veces a quienes nos han escuchado el Director de RRHH, en el momento que quiera. No en el momento de la oferta sino a lo largo de su vida profesional. ¡Una gran desgracia!.

Si es el caso, de profesionales en situación de interinidad y de eventualidad, podrá esperar a que el concesionario obligado, también por el número de trabajadores cuya proporción se marque en el pliego y que va a ser amplia, porque se entiende que la gestión eficaz ha de demostrarse con la consecución de más tarea, acorde con la demanda que todos los centros

tienen y en la expansión es donde se va a poner en juego las dotes de gestión de las empresas. Por ello, el personal de todas las categorías debería pensar que el modelo y la decisión de aplicarlo les permite una continuidad en el empleo, puesta en peligro con la entrada de un desgobierno en el centro que genere inquietud al concesionario. Al menos estarán hasta el mes de Agosto, y van a recibir la mayor parte, sino todos, la oportunidad de seguir. Y en muchos casos condicionado a que el propio Jefe defienda la integridad mayor de su servicio y del proyecto que llevan bien fundamentado.

Si estas son las medidas que afectan al cambio de modelo en la relación del profesional con la empresa, hay dos observaciones que conviene señalar. Una que no deberíamos dejar de seguir acreditando a los profesionales de Madrid por medio de las OPE. Este irá siendo el distintivo cada día más necesario en cuanto estemos en un Sistema Nacional de Salud que acredita a sus profesionales mediante ese rango. Y eso aunque estén prestando servicios en centros de concesión privados. De esa forma el profesional está en condiciones de similitud con otros del territorio nacional. Y otro que el gestor del Sistema Público considera bueno, perder el poder de ser el continuo patrón de los profesionales de salud. Este último punto debería ser aplaudido por aquellos, si se percataran adecuadamente de su alcance. Los políticos que están dispuestos a perder poder sobre personas son escasos en nuestra cultura política. Este dato debería ser motivo de reflexión en cuanto entraña un paso más en la separación de funciones en un Estado moderno.

Con esto, podemos pasar a otro punto en el Plan de Medidas. La concentración de servicios y Unidades de Alta complejidad. Este objetivo, figura en algunos de vuestros Planes Estratégicos. Y, además el Ministerio también está en esa línea. Como está en la mente de cada uno de los profesionales que ejercen una Especialidad y, hasta en una Unidad de Proceso, en el que se requiere una cantidad elevada de actividad para garantía de la seguridad del paciente. No debería extenderme en este punto. Solamente, decir que estando en esta tarea, ¿Qué Unidad se une a la otra?. Lo mejor es ver cómo evolucionan y en un año, quizás dos, diversas circunstancias generan un punto de acuerdo más fácil entre ellas. Pero, llevamos años diciendo que se dejen cautivar unos por otros, si bien esta cultura es inédita en nuestro sistema. Es obvio que esta medida es de doble efecto de cambio de modelo y restricción de costes, por medio de la optimización de los servicios.

Hay tres medidas que afectan al profesional, porque le suponen recorte económico. La primera es la jubilación efectiva a los 65 años. Está aplicada en el resto del territorio nacional. Y únicamente en estos momentos hemos podido salvar a un elevado porcentaje un tercio de los mismos, de profesionales que aporten un plan de trabajo asistencial, investigador y docente, que el centro precise. La segunda medida de este cariz es muy importante y tremendamente trascendente puesto que afecta a un buen número de profesionales eventuales y aún puede que algún interino, puesto que se elimina parcialmente y dependiendo de la especialidad, centro y tarea, la capacidad de contratarlo en las condiciones actuales en el año próximo. Esta es la medida que va afectar a muchos médicos y enfermeros y personal auxiliar. Y es la medida que va afectar a la actividad que hoy exhibe nuestro sistema. Es obvio, que la raíz de la medida es de ahorro de costes. Es muy dura y no admite discusión en cuanto al cariz de la misma. La realidad económica la impone, De eludirla no cuadran las cuentas, y no se pueden pagar nóminas de otros profesionales a partir de un mes del verano. Para paliar el

efecto del paro, se abre un programa que es el contrato de tarde, para poder hacer actividad dentro del sistema del presupuesto de lista de espera. Pero supone la anulación de las "peonadas". Estas medidas son un paréntesis, en el computo total, y desde luego esperemos también en el tiempo que dure, ojala sea poco, la crisis económica de Madrid. Y está claro la transitoriedad de la misma al poder afectar determinados procesos que se verán alargados.

Y, por último la propuesta de la transformación de La Princesa. Ni una sola línea para ponderar el Hospital, al que no vamos a apostar quien lo aprecia más. Me han honrado por mi edad y suerte, la relación con Don Placido, con Castro Fariñas, con Piñeiro, Pajares o Sabando, pasando por Fernando Ocaña y a los que actualmente trabajan en el centro a los que admiro y de los que aprendo. Hay varios puntos que conviene precisar respecto al centro que no son imputables a esta Administración que le hacen vulnerable y lo es en gran medida:

- La carencia de servicios de Pediatría, Maternidad condiciona un retraso en la edad de entrada del enfermo en el Hospital.
- La carencia de Ginecología, con una particularidad que habla muy mucho de nuestras debilidades de gestión. Hemos sido incapaces de hacer que los Ginecólogos de Santa Cristina se hagan cargo de las interconsultas y las necesidades del servicio, incluidos los que pasan consulta externa en el CEP de La Princesa en Hermanos García Noblejas.
- La propia dimensión del Hospital en número de camas y consultorios, que le impiden tener la potencialidad de un centro terciario ante los Hospitales contiguos, Marañón, Clínico, La Paz y aún la FJD que con más camas y una rotación mayor le condiciona sacar 10.000 procesos más al año de ingresados. Con todo esto La Princesa hace 15.000 altas, frente a más del doble y triple de los colindantes o de los hospitales terciarios que se meten en las cotas de los 40.000 en adelante. Esto le hace perder capacidad competitiva en procesos de los que vamos a entrar en fase de concentración.
- El último factor y muy perverso para el Hospital es su ubicación, en la zona de Madrid de más alto nivel socioeconómico. Sus más de 300000 personas de referencia son de una franja, que va desde Cibeles a Odonell, M30, Chamartín hasta La Plaza de Castilla. Esta población genera una baja demanda, que le motivan 10.000 ingresos por la urgencia, con una tasa de ingresos muy elevada precisamente por su gravedad motivada en la edad. Y es que en esa zona se da el mayor índice de aseguramiento privado de España. Y esto genera una huída del proceso de edad media del hospital público de referencia. Al declinar el aseguramiento por efecto del coste de las primas, piensan en el centro público en la tercera edad-

De este dilema que pocas administraciones se han planteado sobre La Princesa, surge un Proyecto de darle al Hospital un segmento de mercado que dentro de la libertad de elección juegue a su favor. Generemos en la Princesa una cultura de atención de los procesos peculiares por su frecuencia y su trascendencia clínica de las personas mayores que le haga singular, y altamente cualificado. Dada su tendencia a la atención de los enfermos de esa edad, generemos tecnología, concentración de esfuerzos y de procedimientos para crear modelos de atención desde las patologías quirúrgicas a determinadas agudizaciones médicas en personas

mayores, infartos, ictus, hemorragias abdominales, tumores. Exactamente, algo muy distante de un geriátrico al que le está condenando la evolución natural, la edad media de Medicina Interna es de 82 años. Y eso es exactamente lo que no queremos. En las plantas del Hospital actualmente hay enfermos añosos que no deben estar ahí, sino en un centro de mínimos, al que conducimos otros recursos.

Con este Proyecto , se puede discutir, se puede perfeccionar y se puede moldear y con ese objetivo entraba yo mismo en el mismo instante en el que el Presidente de la Comunidad que tiene la hegemonía de la primicia, entraba para discutirlo en la Asamblea. A partir de ahí un posicionamiento de expertos, a los que me une amistad y relación de toda mi vida. Ninguno me ha preguntado por el Proyecto, ya estábamos posicionados con etiquetas como la que se da periodísticamente en El País. Pues bien, unos seleccionados Jefes de Servicio de La Princesa está dialogando, como pretendíamos desde el principio, con la Consejería, mientras el Hospital se ha convertido en una “trinchera de lucha”.

El traslado al Clínico del Instituto de Cardiología o aquilatar la realidad de Hospital de Apoyo del Carlos III, en Centro con rehabilitación funcional de convalecientes, con pervivencia de algunos servicios específicos ambulatorios que le han caracterizado siempre, no es una cuestión menor para aquellos afectados, pero en menor escala en el contexto global.

Estas son las medidas, vistas desde mi puesto, al que afortunadamente no me siento apegado. Todas ellas, discutibles, y todas ellas capaces de ser mejoradas, si en los órganos de análisis y de reflexión se aportan criterios de calidad en la atención al enfermo. Pero para ello se requiere la paz de la discusión y la falta de posicionamiento. Cualquiera de los que hemos participado en su puesta en circulación, y desde luego yo mismo, somos gente dialogantes y modestos que aceptamos los errores que cometemos si se nos aportan los criterios. Es por ello por lo que os pedía vuestra opinión con mi mayor modestia, dada la estima y la admiración que tengo a los que habéis estado trabajando en los Planes.

Madrid, entra en unos días en una huelga de médicos indefinida, sin que nadie hasta el momento haya dado las razones insalvables. El Sindicato que la promueve, se quedó sin argumentos ante la discusión llevada a efecto en la sede de la Consejería ante el Director de RRHH y yo mismo. Pero, dos días más tarde convocaba la huelga, más dura de cuantas se recuerdan en Sanidad. La consecuencia de paralizar una gran parte de consultas , de quirófanos y de servicios centrales es de una responsabilidad tal que no se puede centrar en decir al Gobierno, “no negociamos, retire usted las medidas”.

Un abrazo Antonio Burgueño.

