

## **CONSENSO PARA LA DEFENSA, SOSTENIBILIDAD Y SUFICIENCIA DE NUESTRO SNS**

(Real Decreto Ley 16/2012, de 20 de abril, de medida urgentes para garantizar la sostenibilidad del SNS y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones)

*Aprobados en la Asamblea General de  
16 de Junio de 2012*

**CONSEJO GENERAL DE  
COLEGIOS OFICIALES DE  
MÉDICOS**

La Asamblea del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España, celebro el día 16 de Junio una sesión extraordinaria para analizar someramente el Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones.

Con el objetivo de elaborar un documento, que bajo el nombre de **Documento de Consenso para la defensa, sostenibilidad y suficiencia del SNS**, que sirva como herramienta básica a la hora de elaborar nuestros pronunciamientos como colectivo de representación de la profesión médica y también como hoja de ruta a la hora de valorar la implementación y sus consecuencias de la puesta en marcha del Real Decreto Ley.

Para su análisis y valoración se ha dividido el Real Decreto en siete apartados correspondiente a diferentes ítems que afectan a la profesión médica:

1. Financiación y Modelo Sanitario.
2. Cartera de Servicios.
3. Política de Medicamentos.
4. Recursos Humanos: aspectos laborales y retributivos.
5. Recursos Humanos: aspectos profesionales.
6. Profesionalismo Médico en tiempo de crisis.
7. Conclusiones.

El procedimiento de trabajo ha sido dividir a los miembros de la Asamblea en seis grupos, moderados, cada uno de ellos, por un representante portavoz designado con anterioridad a propuesta de la Comisión Permanente y otro miembro que actúa como Secretario, también a propuesta de esta. Igualmente para elaborar los puntos fuertes a incluir en las conclusiones finales se ha creado un grupo séptimo compuesto por la Comisión Permanente, actuando como portavoz el Presidente y como Secretario, el Secretario General.

Los miembros de la Asamblea que han participado en los diferentes grupos son:

### **1. Financiación y Modelo Sanitario.**

- Moderador/Portavoz:  
Ramón Garrido. Presidente Colegio Médicos Ciudad Real
- Secretaria:  
Rosa M<sup>a</sup> Pérez Pérez. Presidenta del Colegio de Médicos de Lleida.
- Miembros:  
Antonio Bennasar Arbos. Presidente del Colegio de Médicos de Baleares  
Ramón Ochoa Mejias. Presidente del Colegio de Médicos de Guadalajara  
Isidro Lago Barreiro. Vicepresidente del Colegio de Médicos de Pontevedra.  
Juan José Días Franco. Representante Nacional de Atención Primaria Urbana

### **2. Cartera de Servicios.**

- Moderador/Portavoz:  
Juan Luis González Fernández- Presidente del Colegio de Médicos de Huelva.
- Secretario:  
Berta M<sup>a</sup> Uriel Latorre. Vicepresidenta del Colegio de Médicos de Ourense
- Miembros:  
Francisco Parra Rodriguez. Presidente del Colegio de Médicos de Albacete  
José Ig. Domínguez Torre. Presidente del Colegio de Médicos de Huesca  
Andrés Buforn Galiana. Vicepresidente del Colegio de Médicos de Málaga  
Manuel Gómez Benito. Presidente del Colegio de Médicos de Salamanca

### **3. Política de Medicamentos.**

- Moderador/Portavoz:  
Pedro Hidalgo Fernández. Presidente del Colegio de Médicos de Badajoz
- Secretario:  
Manuel Carmona Calderón. Representante Nacional de Medicina Privada por cuenta propia.

- Miembros:
  - Antonio Arroyo Guijarro. Presidente del Colegio de Médicos de Alicante.
  - Carlos Arjona Mateos. Presidente del Colegio de Médicos de Cáceres.
  - Carlos Molina Ortega. Presidente del Colegio de Médicos Cuenca.
  - Francisco Fernández Montero. Presidente del Colegio de Médicos de Jaén
  - Jesús Delgado Aboy. Presidente del Colegio de Médicos de Melilla
  - Rosa M<sup>a</sup> Fuster Torres. Presidente del Colegio de Médicos de Valencia

#### **4. Recursos Humanos: aspectos laborales y retributivos.**

- Moderador/Portavoz:
  - Kepa Urigoitia Saudino. Presidente del Colegio de Médicos de Araba
- Secretario:
  - Antonio Fernández- Pro Ledesma. Representante Nacional de Administraciones Públicas.
- Miembros:
  - Manuel García Bengoechea. Vicepresidente del Colegio de Médicos de Gipuzkoa
  - Inmaculada Martínez Torre. Presidenta del Colegio de Médicos de La Rioja
  - Isabel Montoya Martínez. Presidenta del Colegio de Médicos de Murcia
  - Antonio Gutiérrez Martín. Vicepresidente del Colegio de Médicos de Sevilla
  - José Antonio Otero Rodríguez. Presidente del Colegio de Médicos de Valladolid

#### **5. Recursos Humanos: aspectos profesionales.**

- Moderador/Portavoz;
  - Miguel Vilardell Tarrés. Presidente del Colegio de Médicos de Barcelona.
- Secretario:
  - Cosme Naveda Pomposo. Presidente del Colegio de Médicos de Bizkaia
- Miembros:
  - M<sup>a</sup> Carmen Rodríguez Menéndez. Presidenta del Colegio de Médicos de Asturias
  - Francisco J. Hernández de Sande y de Prada. Vicepresidente del Colegio de Médicos de Cantabria
  - Pedro Cabrera Navarro. Presidente del Colegio de Médicos de Las Palmas

M<sup>a</sup> Teresa Fortún y Pérez de Ciriza. Presidenta del Colegio de Médicos de Navarra  
José Ramón Huerta Blanco. Presidente del Colegio de Médicos de Soria.  
Sebastian Martínez Fernández. Presidente del Colegio de Médicos de Zamora  
Aurelio González Palacios. Representante Nacional de Médicos Jubilados.

## **6. Profesionalismo Médico en tiempo de crisis.**

- Moderador/Portavoz:  
Juan Manuel Garrote Díaz. Presidente del Colegio de Médicos de Segovia.
- Secretario:  
Javier Font Celaya. Representante Nacional de Médicos de Hospitales
- Miembros:  
M<sup>a</sup> Begoña Sahagún Salcedo. Presidenta del Colegio de Médicos de Avila  
José Antonio Herranz Martínez. Presidente del Colegio de Médicos de Castellón  
José Ig. Vidal Pardo. Presidente del Colegio de Médicos de Lugo.  
Fco. José del Riego Tomás. Presidente del Colegio de Médicos de Palencia.  
Fernando Vizcarro Bosch. Presidente del Colegio de Médicos de Tarragona  
José Luis Santos Casas. Representante Nacional de Médicos con Empleo Precario.

Este Documento que presentamos es fruto del trabajo de los diferentes grupos y de la puesta en común y consensuada de todas sus propuestas y conclusiones.

## GRUPO DE TRABAJO I

### FINANCIACIÓN Y MODELO SANITARIO

---

- Nuestro sistema sanitario actual ha sido un sistema de calidad, universal, con amplias prestaciones y sustentado en la progresión de impuestos y en la solidaridad. Se trata de un modelo de atención sanitaria que favorece la cohesión social y que consideramos imprescindible mantener.
- Se establece un cambio de modelo sanitario con ajuste de financiación del sistema. Esta circunstancia plantea cambios trascendentales tanto en los usuarios como en los profesionales que intervienen.
- Si a los usuarios se les incrementa su aportación económica cuando necesitan del Sistema Sanitario, se altera el acceso o recepción de atención sanitaria a determinadas poblaciones, afectando el principio de solidaridad y perjudicando a grupos poblacionales más vulnerables, enfermos crónicos, patologías específicas, tercera edad, pluripatologías, etc. No es aceptable penalizar al enfermo y además la gestión burocrática de estos cambios pueden provocar que los costes vayan a ser mayores que lo que se pretende recaudar y mayor que haciéndolo vía impositiva.
- El médico debe reflexionar y tener siempre presente el uso más adecuado de los recursos y del SNS, pero también y en primer lugar que su primera obligación es el paciente y el ejercicio de la profesión en el correcto marco deontológico. Esta situación puede derivar tanto hacia un aumento de reclamaciones ante la negativa a atender demandas injustificadas, en base a las expectativas creadas en los paciente, como a una falta de regulación y concienciación de

la población en el uso correcto de la asistencia sanitaria y de las prestaciones que de ella se derivan.

- Se altera la vocación de universalidad del sistema sanitario, aparece un nuevo modelo de asegurado y beneficiario que los médicos rechazamos, porque deja fuera del derecho automático a la asistencia a los mayores de 26 años sin trabajo. Como consecuencia de ello, es inaceptable el riesgo patológico que pueden padecer determinados grupos poblacionales, (emigrantes sin permisos de residencias) de los que se deriven problemas de salud pública, situaciones disfuncionales y sobrecargas asistenciales en los servicios de urgencia; todo esto sin olvidar las consecuencias deontológicas derivadas.
- Esta normativa, el RD Ley 16/2012, no define globalmente que se entienda por asistencia sanitaria.

## GRUPO DE TRABAJO II

### CARTERA DE SERVICIOS

---

- Nos parece positivo que se establezca una regulación y unificación estatal de la cartera de servicios, por lo tanto en principio saludamos positivamente esta primera estructura de la cartera. Debemos ser conscientes de que habrá que valorar posteriormente cual es su desarrollo y garantías pero sobre todo cual es el contenido de la cartera común.
- No consideramos razonable utilizar los niveles de renta para la financiación de la cartera común suplementaria ni la cartera común de servicios accesorios, porque ya la financiación vía impuestos es progresiva y las rentas medias son las más transparentes para Hacienda, con lo que resultarán sobrecargadas. Además propicia que se llegue a una fractura del sistema sanitario universal que conducirá hacia un sistema público tipo beneficencia, con sistemas de aseguramiento privado, desapareciendo el actual modelo de sistema sanitario público.
- Queda muy inconcreto lo que no se considera esencial de cara a definir la cartera común de servicios accesorios. Proponemos que se consensue con las Sociedades Científicas, Colegios Profesionales y las Asociaciones de Pacientes.



## GRUPO DE TRABAJO III

### POLITICA DEL MEDICAMENTO

---

- El médico debe disponer de libertad de prescripción (art.23.1 Código de Deontología Médica (CDM)) y está obligado a procurar la mayor eficacia de su trabajo y rendimiento de los medios que la sociedad pone a su disposición (Art. 7.4 CDM).
- El gasto farmacéutico en España es desmesurado respecto a la OCDE, y entendemos que nuestro compromiso es mantener una prescripción de calidad.
- Es necesario un catálogo farmacéutico común para todo el Sistema Nacional de Salud en beneficio de la política de costes.
- Exigimos rigurosidad en el control de la venta y dispensación de los fármacos que precisen receta médica.
- La prescripción por principio activo deberá ser la base de la actuación médica, respetando siempre su autoridad y liderazgo, evitando problemas con excipientes y con los derivados de la fármaco-apariencia.
- La aportación del usuario en la prestación farmacéutica se realizará atendiendo a la cronicidad de su patología.
- Nos preocupan los criterios de exclusión de la prestación farmacéutica de medicamentos y productos sanitarios porque introducen criterios no sanitarios (mercado etc.) y su indefinición deja puntos abiertos a la arbitrariedad. También nos preocupa la posibilidad de sustituir principios activos basados en la biosimilitud, que consideramos un

criterio susceptible de interpretaciones sesgadas que pueden modificar la prescripción de origen.

## GRUPO DE TRABAJO IV: RECURSOS HUMANOS

---

- La publicación del Real Decreto Ley 16/2012, de 20 de abril, de medida urgentes para garantizar la sostenibilidad del SNS y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, ha traído como consecuencia la modificación de las siguientes Leyes :
  - ✓ 44/2003 de 21 de noviembre: Ordenación de las profesiones sanitarias.
  - ✓ 16/2003 de 28 de mayo: Cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.
  - ✓ 55/2003: Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud.
    - Apartados 3 y 4 del artículo 41:
      - Las retribuciones se adecuará a lo que dispónganlas correspondientes leyes de presupuestos. Evaluación del desempeño del personal estatutario bajo los principios de igualdad, objetividad y transparencia. Retribuciones complementarias vinculadas precisamente a la productividad.
      - Ordenación de puestos de trabajo, ordenación de los puestos de trabajo, ordenación de retribuciones complementarias, etc, que garanticen el pago de la actividad.
    - Nueva disposición adicional decimoquinta: Incapacidad laboral y prestación económica
    - Nueva disposición adicional decimosexta: Funcionarios y cupos
- Como consecuencias de ello:
  - ✓ Se prescinde de un importante número de médicos.
  - ✓ Los recortes en las retribuciones nos aleja más de nuestros compañeros europeos.

- ✓ Los recortes asistenciales afectan a la calidad: cierre de camas hospitalarias, cierre de consultas, etc, que, aunque con gran variabilidad entre las Autonomías, está suponiendo un incremento en las Listas de espera.
  - ✓ Se modifican las prestaciones económicas durante la incapacidad laboral transitoria que lejos de conseguir el mejor control del defraudador, castiga especialmente al profesional enfermo.
  - ✓ Se producen cambios en la situación administrativa de los colectivos médicos de APD y Cupo y Zona, que suponen un incremento del gasto y una evidente indefensión e inseguridad jurídica de estos profesionales al modificar su estatus de funcionario, con el consiguiente riesgo de “contagio” hacia otros colectivos profesionales.
- 
- Todas estas medidas que el Gobierno define como coyunturales deben revertir de manera inmediata por el bien de la calidad en la asistencia sanitaria. En este sentido, desde esta Institución exigimos la reversión de esta política de recursos humanos, que prima más los criterios economicistas que los clínico-asistenciales.
  
  - En cuanto al sistema retributivo, entendemos que debe tener presente el componente de productividad, de manera que sirva tanto para mejorar la eficiencia del sistema, como para no deteriorar mas el poder adquisitivo de los médicos españoles cada día más alejado los médicos europeos.
  
  - Por último, creemos que merecen un análisis específico algunos indicadores de demanda del sistema.

## GRUPO DE TRABAJO V

### RECURSOS HUMANOS: ASPECTOS PROFESIONALES

---

- Disponemos de un sistema MIR que debe continuar adaptándose a las nuevas realidades.
- En relación a las Áreas de Capacitación Específica, es importante su desarrollo. En éste se debería añadir que en las medidas para el acceso a los nuevos diplomas participen las Comisiones Nacionales de Especialidades en Ciencias de la Salud y que sean de carácter transitorio mientras se vayan implementando los programas formativos, así como la propuesta de modificación del Capítulo V, art. 8.4.
- Ante los nuevos títulos de especialista, deben ser oídas y consultadas las Sociedades Científicas implicadas en esa área de conocimiento y los Colegios profesionales
- No se proponen modificaciones sobre la acreditación de centros docentes.
- La fiabilidad de los datos obtenidos en el Registro de profesionales es esencial, por lo que debe nutrirse exclusivamente de los datos recogidos por los Colegios de Médicos y el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos, en base a la inscripción obligatoria de los médicos, tanto con ejercicio público como privado, en su Colegio correspondiente.

**GRUPO DE TRABAJO VI**  
**PROFESIONALISMO Y ACTO MEDICO EN**  
**TIEMPOS DE CRISIS.**

---

- El médico velara por la atención a cualquier ciudadano independientemente del reconocimiento de la condición de asegurado o beneficiario e igualmente independiente de si este es extranjero no registrados, ni autorizados, como residente en España, correspondiendo al INSS y a las CC.AA. el reconocimiento y control de esta condición.
- La calidad de la atención y la buena praxis no puede ser un concepto cambiante a pesar de las medidas administrativas dictadas en cada momento.
- Los criterios de eficiencia son exigibles al profesional en cualquier situación (art. 7.4 del Código de Deontología Médica)
- Los médicos han de velar para que se den los requisitos de calidad, suficiencia asistencial y mantenimiento de los principios éticos, estando obligados a denunciar las deficiencias, en tanto puedan afectar a la correcta atención de los pacientes (art. 7.5 del Código de Deontología Médica)
- Dejar constancia de la preocupación ante las barreras al acceso a la prestación sanitaria que puedan desencadenar un problema de salud pública.
- La asistencia a pacientes crónicos, y que por este Decreto dejen de recibir la prestación podría identificarse como abandono del paciente, agravando su enfermedad y sería contrario a un comportamiento ético.

## CONCLUSIONES FINALES

---

1. El SNS precisa de una financiación de carácter finalista. Los recortes deben dirigirse a otras partidas presupuestarias públicas prescindibles como instituciones políticas innecesarias, servicios autonómicos, hipertrofia cargos públicos y condiciones para su ejercicio, medios de comunicación oficiales nacionales y autonómicos deficitarios, etc., así como idéntica reducción de la masa salarial con carácter lineal, semejantes a la que se está aplicando al personal sanitario.
2. La reducción ilimitada de gasto público, centrada con gran intensidad en Sanidad y Educación, propuesta por grupos y responsables políticos y económicos que son responsables de la crisis e incapaces de contenerla y que puede estar seguida de cerca por grupos con intereses empresariales y financieros, son inaceptables y rechazables sin paliativo alguno.
3. Una disminución del 20% del PIB dedicado a sanidad para el 2015, con una reducción media de las retribuciones de los profesionales sanitarios superior al 23%, así como los numerosos despidos que se están produciendo en algunas Comunidades Autónomas, solo nos lleva a un callejón sin salida y sin futuro para el SNS y para los médicos.
4. **Un presente amenazador y desmotivador** para los médicos solo puede generar un futuro incierto e inestable para la asistencia sanitaria y para el SNS. La sanidad española estará herida de muerte si el debate de los recortes impide y no se acompaña de las necesarias reformas estructurales para la sostenibilidad desde el interés sanitario, la ética y la justicia.
5. Para cumplir lo que se espera de los médicos, los profesionales sanitarios precisamos de un marco retributivo y laboral estable que despeje las incertidumbres y haga posible el mejor ejercicio profesional

y la adecuada respuesta a las necesidades de los pacientes. El médico es el principal activo de la calidad asistencial y el SNS la mayor garantía para realizarlo. En nuestro SNS no sobra ningún médico por lo que no podemos tolerar ningún despido.

6. La tensión que vive el SNS se ha conseguido paliar, esencialmente por el trabajo y la dedicación de los médicos, pero la violencia y la tensión que se vive en el día a día en nuestro SNS nos preocupa especialmente por las posibles respuestas que pueda generar.
7. Denunciamos la irresponsabilidad de los partidos políticos que son incapaces de llegar a un Pacto de Estado para salvar el SNS por lo que se lo exigimos sin reservas.
8. A pesar de la situación de crisis y los recortes del SNS la defensa sin reservas de la calidad del Acto Médico, es parte fundamental de nuestro compromiso y responsabilidad con nuestros pacientes y con la sociedad en su conjunto.