

TRIBUNA SEMFYC Y SEMI CRITICAN LA AMPLIACIÓN DE LAS ESPECIALIDADES MÉDICAS SÓLO CON CRITERIOS POLÍTICOS

'Pluralitas non est ponenda sine necessitate'

→ Los presidentes de Semfyc y de SEMI creen que el anuncio de la ministra de crear cuatro nuevas especialidades médicas -entre ellas, Urgencias- sin esperar al decreto de troncalidad será una decisión de peso que tendrá mucho que decir en el futuro del Sistema Nacional de Salud. Según ellos, genera una tendencia a la superespecialización perjudicial para el futuro.



JOSEP BASORA
Presidente de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (Semfyc)



España es el país europeo con más especialidades médicas: 50, frente a las 36 del siguiente



JAVIER GARCÍA ALEGRÍA
Presidente de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI)



La aprobación de especialidades trae peticiones en cascada por parcelas cada vez menores

El miércoles 13 de abril la ministra de Sanidad, Leire Pajín, anunció en el Pleno del Congreso de los Diputados la próxima aprobación de un decreto que incluirá la creación de cuatro nuevas especialidades médicas: Psiquiatría infanto-juvenil, Genética, Urgencias y Emergencias, y Enfermedades Infecciosas. Las sociedades profesionales tenemos el compromiso y la obligación de orientar a las autoridades sanitarias, y a la sociedad en su conjunto, acerca de cómo mejorar la atención sanitaria en nuestro ámbito de dedicación. Desde esa premisa y como presidentes de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (Semfyc) y de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI), y en representación de 25.000 socios, expresamos nuestro profundo rechazo y oposición ante esta decisión que compromete el sistema sanitario para las próximas décadas.

España ha logrado uno de los mejores sistemas sanitarios del mundo, pero no está exenta de problemas de gran calado. El primero de ellos, y más importante, es su sostenibilidad económica. El segundo es la falta de orientación hacia las enfermedades crónicas prevalentes, fruto del envejecimiento poblacional y, por último, la falta de adaptación de los programas formativos de las especialidades médicas a las necesidades actuales, que originó el proyecto de la troncalidad. Las decisiones en política sanitaria deben solventar problemas sin crear otros mayores, y cualquier planteamiento se haga, en el actual escenario de incertidumbre política y de crisis económica, debe tener en consideración su impacto. Se trata por tanto de una responsabilidad histórica, pues una decisión como ésta compromete el sistema sanitario para varios decenios.

España es, con mucho, el país europeo con mayor número de especialidades médicas: 50 frente a las 36 del siguiente país en la lista. Por tanto, tendrían que existir razones muy poderosas y justificadas para proceder al reconocimiento de nuevas especialidades médicas, y de esta manera alejarnos más, si cabe, de la realidad europea. Una mayor cantidad de especialidades no es sinónimo de calidad y lleva aparejada una fragmentación del conocimiento y de la atención sanitaria. Sobre este peligro alertan muchos de los informes que el propio ministerio promueve, como es el estudio de necesidades de especialistas, en el que se advierte de la repercusión de la parcelación sobre el falso incremento de necesidades sentidas en la planificación de recursos y el incremento de problemas de coordinación.

Criterios de aprobación

Los criterios de aprobación de nuevas especialidades médicas en un país como Estados Unidos son los siguientes: representar un cuerpo único de conocimiento que no puede incorporarse a la disciplina relacionada, tener aplicación clínica, estar basada y contribuir a la investigación, ofrecer evidencia de que la disciplina mejora los cuidados del paciente, requerir supervisión y entrenamiento formal, implicar el uso de tecnología compleja o lugares específicos de trabajo, y tener un efecto positivo que sobrepase los efectos negativos en la práctica general. En España

estos criterios no están ni acordados ni explicitados y la decisión actual parece responder a la presión de grupos de poder. Los problemas asociados a la multiplicación de las especialidades y subespecialidades médicas en Estados Unidos, que responden a los intereses del mercado, son conocidos, y una de las consecuencias más graves es la falta de médicos de atención primaria y de medicina interna, lo que ha puesto en riesgo la pervivencia del sistema y ha obligado a importar médicos de otros países. Esto sucede a pesar de que sabemos que los estados con una relación más favorable de generalistas por población tienen unos costos menores por beneficiario y unos mejores indicadores de salud y estándares de calidad que aquéllos con mayor número de subespecialistas *per capita*. Las consecuencias de la multifragmentación en un país de cobertura sanitaria pública afectan a su efectividad, es decir, a la salud de la población y a su eficiencia -porque incrementa los costes-, a la equidad y a la viabilidad.

No se puede poner en duda la aportación realizada al progreso de la Medicina por los subespecialistas, esencialmente por el desarrollo de procedimientos y técnicas específicas. Sin embargo, la subespecialización esconde muchas veces la coartada para la defensa de espacios profesionales, puestos de trabajo y parcelas de poder que mayoritariamente se acompañan de ineficiencia e incremento no justificado de costes. Las necesidades asistenciales de alta especificidad, que sin duda existen, especialmente en hospitales de referencia debido a la complejidad creciente de la práctica médica, tienen su cabida y un marco en la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias con el reconocimiento de las áreas de capacitación específica. Esta ley, ocho años después de su aprobación, está aún por desarrollar, de manera injustificada, por parte de las autoridades sanitarias.

Otra consecuencia, no menos importante, de la aprobación de nuevas especialidades es el fenómeno de reivindicaciones en cascada por parcelas cada vez menores y más selectivas de conocimiento y dedicación. Esta es una espiral que no tendría final y que podría afectar a todas las especialidades médicas. Así, en Estados Unidos se han aprobado subespecialidades de Adolescencia, Obesidad, Trastornos del sueño..., por lo que no es difícil atisbar lo que se puede avecinar en un futuro cercano.

Los cambios demográficos que se están produciendo en España dibujan una de las poblaciones más envejecidas del mundo y un rápido incremento de pacientes que comparan múltiples enfermedades crónicas, frágiles y avanzadas. Nuestras dos sociedades, basadas en el conocimiento empírico del perfil de pacientes que atendemos, ven con preocupación el fenómeno de la fragmentación de la asistencia, el desconcierto de los pacientes y de sus cuidadores, la multiplicidad de actos médicos descoordinados y la ineficiencia global. Las consecuencias son la insatisfacción de los enfermos, el alejamiento del humanismo clínico y, por tanto, de la consideración integral del paciente, y un riesgo notable para la sostenibilidad económica del Sistema Nacional de Salud. Por nuestra ex-

periencia, nivel formativo, capacidades, número de especialistas y de residentes, implantación nacional y orientación profesional podemos contribuir de manera relevante a abordar el problema de la cronicidad en nuestro país. La iniciativa de ambas sociedades de implantar un Plan Nacional de Atención al Paciente con Enfermedades Crónicas, que ha sido ratificada por las consejerías de salud de todas las comunidades autónomas y por numerosas sociedades científicas, creemos que merece la máxima consideración y apoyo político, ya que puede contribuir a la sostenibilidad económica del sistema sanitario.

La modificación de la troncalidad

Queremos también hacer referencia al proyecto de modificación del sistema de formación especializada con la troncalidad. El programa MIR, con una formación reglada, tutorizada y de responsabilidad progresiva, ha sido crucial para situar al sistema sanitario español donde está. Sin embargo, la iniciativa de reformar la formación médica con el proyecto de troncalidad viene a reconocer el problema de la especialización temprana de muchos especialistas, y las consecuencias las conocemos todos. El envejecimiento de la población, la elevada prevalencia de enfermedades crónicas y la polifarmacia es un escenario que no se puede afrontar con la actual formación. Por otra parte, estamos alejados de los sistemas de formación médica europea, en donde existe un periodo formativo común de 2 ó 3 años, y hacia donde tenemos que converger. La filosofía que subyace en la troncalidad es la construcción formativa lógica que apuesta por sustentar la troncalidad sobre competencias transversales, comunes a varios especialistas, y así favorecer la continuidad asistencial en el itinerario de cada paciente. Y sobre este tronco, compacto, desarrollar la especificidad de cada especialidad y desde ahí construir las áreas de alta especialización. Eso profundiza, pero a la vez flexibiliza el sistema. La formación de los profesionales de la salud tiene que estar orientada a construir sistemas de salud fuertes y sostenibles. La idea de una formación troncal es buena para los pacientes y para el sistema, y ambas sociedades firmantes hemos colaborado activamente en su planteamiento y desarrollo hasta la fecha. Con el anuncio de la ministra se quiebra el fondo y la forma de esta reforma, así como el acuerdo de no emprender el planteamiento de nuevas especialidades hasta tener finalizado el proyecto de troncalidad, y nos obliga a replantear nuestros compromisos.

Por último, una decisión como la planteada obliga a modificar la estructura de nuestras carteras de servicios como especialidades médicas, los programas formativos, la organización de los centros sanitarios, la negociación de las posibles dobles titulaciones de especialistas, la oferta de plazas docentes y las responsabilidades médico-legales. Todo ello sin habernos pedido una opinión. Desde nuestra responsabilidad, y por todas las razones expuestas, solicitamos que se reconsidere esta decisión con tan graves consecuencias, que podrían ser irreparables, para nuestras especialidades médicas y para el sistema sanitario en su conjunto.