

SR. D. FRANCISCO JAVIER RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ

CONSEJERO DE SANIDAD DE LA COMUNIDAD DE MADRID

Reclamación de inspección de las retribuciones especiales de la actividad de trasplante en los hospitales públicos del Servicio Madrileño de Salud.

La excepcional eficacia del «modelo español» de trasplantes, en contra del discurso oficial repetido hasta la saciedad por sus responsables y asumido por la mayoría de la comunidad científica y gran parte de la sociedad, no se basa como nos quieren hacer creer en un supuesto modelo original de trabajo. Más allá de esta recurrente explicación esgrimida desde un principio por los principales agentes del sistema español de trasplantes, a todas luces insuficiente para poder acreditar su posición exclusiva y destacada al frente de todos los demás países desarrollados, su liderazgo a nivel mundial es más bien el resultado consecuente, lógico e intrínseco de una incentivación específica de la obtención de donaciones de órganos para trasplante: la Organización Nacional de Trasplantes promueve esta actividad en los hospitales públicos en todo el territorio nacional mediante el uso de fuertes estímulos financieros. Un importante flujo de dinero, invisible desde el exterior y nunca puesto en cuestión, sostiene y fecunda el «modelo español».

El procedimiento es el siguiente: el director gerente, en cada hospital del Sistema Nacional de Salud donde se realizan trasplantes de órganos, de una manera absolutamente opaca y extraoficial, acuerda con los médicos y enfermeras de los equipos de trasplante una cantidad especial por cada trasplante realizado, que se añade al salario mensual bajo el concepto de productividad variable y guardias específicas (aparte de la productividad por objetivos y guardias normales que percibe todo el personal). Estos pagos extraordinarios se abonan incluso cuando los trasplantes son realizados durante la jornada laboral ordinaria. Este sistema permite al director gerente remunerar a los equipos de trasplante con una cifra mucho más alta (el doble o incluso mayor) que a cualquier otro médico o profesional de enfermería del sistema sanitario español. Los pagos resultantes son los más altos en el sistema y los coordinadores de trasplante reciben aún un salario todavía mayor. Mientras que el salario medio de un médico con una antigüedad de 10-15 años y 3-4 guardias mensuales es alrededor de 65.000 euros, un médico que realiza trasplantes puede ganar hasta 130.000 euros. Gracias a estos elevados ingresos, los especialistas que realizan trasplantes están siempre alertas y diligentes para identificar y seguir la evolución de todos los potenciales donantes que ingresan en el hospital y persuadir a sus familias para que donen sus órganos. A mayor número de donaciones, mayor es el número de trasplantes y mayor el salario especial que se abona en la nómina. Los equipos de trasplante constituyen, de hecho, una extensa red de conseguidores de órganos muy persuasivos, muy bien pagados y con mucha influencia. Esta es, lisa y llanamente, la clave del éxito del «modelo español».

Estos estímulos para aumentar la producción (no la calidad o la eficiencia del procedimiento), atípicos y desproporcionados, son también únicos y contradictorios en un sistema público de salud abrumado por un gran número de necesidades insatisfechas. No pueden explicarse sólo por sus objetivos explícitos de salud sino principalmente por intereses políticos, institucionales y económicos: el gobierno presenta los resultados de los trasplantes de órganos como un "triunfo" de su excelente administración. Los gobiernos regionales utilizan las actividades de trasplante para eclipsar muchas ineficiencias de atención básica hospitalaria. Pregonan estos procedimientos como avances tecnológicos que avalan el prestigio de sus instituciones. La industria de equipos y materiales médicos necesarios en los trasplantes obtienen ventas importantes por cada procedimiento. La industria farmacéutica cautiva a los pacientes en tanto consumidores vitalicios de medicamentos caros para evitar el rechazo del

trasplante. Los medios de comunicación obtienen reportajes y entrevistas de pacientes en espera de un trasplante y otras noticias de carácter similar. Por último, los profesionales, médicos y enfermeras de los equipos de trasplante, como se menciona anteriormente, están altamente satisfechos con esta situación de privilegio.

El círculo de personas que se benefician del «modelo español» es muy amplio, y silencia los efectos perversos sobre la salud pública y la sociedad de múltiples formas:

1) Ausencia de altruismo: el «modelo español» establece una moral equívoca que subvierte el altruismo de las familias de los donantes y lo reduce a mera apariencia. Oficialmente, los donantes son altruistas porque no se paga ni se indemniza a sus familiares. Sin embargo, los incentivos que reciben los profesionales a cambio de obtener donaciones rompen ese altruismo. En la proporción en la que estos incentivos generan donaciones, o por así decirlo, en la proporción en la que las donaciones se reducirían si estos incentivos fuesen suprimidos, el «modelo español» compra indirectamente órganos y "comercializa" el cuerpo humano. No paga a las familias de los donantes, pero paga a los médicos intermediarios.

La ausencia de un incentivo monetario específico explica que la tasa de donación de sangre en nuestro país, una de las más bajas de la Unión Europea, contraste insólitamente con la tasa líder a nivel mundial de donación de órganos, catapultada al máximo por esta inyección presupuestaria. Efectivamente, España está a la cabeza en donación de órganos, con una tasa de 34,8 donantes por millón de personas en 2012, mientras que la tasa promedio de donación en la UE fue de 19,2 p.m.p. Ese mismo año, Estados Unidos tuvo una tasa de donación de 25.8 p.m.p., Canadá de 12,2 p.m.p. y Australia de 15,5 donantes p.m.p. (Registro Mundial de Trasplantes, Organización Mundial de la Salud, *Newsletter Transplant* Vol 18; No. 1, Septiembre 2013). Habría que preguntarse realmente por las razones que, más allá de los fuertes estímulos financieros existentes únicamente en el «modelo español», podrían justificar la distancia en donación y trasplante de órganos entre España y el resto de países desarrollados. ¿Alguien podría sostener seriamente que los españoles somos los más solidarios en donación de órganos y, al mismo tiempo, los menos solidarios a la hora de donar sangre? ¿O que el sistema funciona con éxito en la donación de órganos, pero es ineficiente –sin saberse muy bien por qué supuesta razón técnica– en la donación de sangre?

2) Arbitrariedad en el sistema: el trasplante de órganos, dentro de la sanidad pública, es el único tratamiento médico con privilegios especiales: estímulos salariales, apoyo técnico específico, y colaboración incontestable de todas las áreas del hospital. No es, sin embargo, el único tratamiento que salva vidas o aumenta la vida útil o la calidad de vida. Otros tratamientos destinados a pacientes con necesidades médicas mucho más prevalentes (como infarto de miocardio, insuficiencia pulmonar aguda, tumores malignos, enfermedades cerebrovasculares, traumatismos, enfermedades mentales con riesgos de suicidio) también tienen que ser proveídos por el sistema con limitaciones presupuestarias ampliamente conocidas. En la atención médica de patologías agudas y crónicas (no nos olvidemos de la enfermedad de Alzheimer), el caso de los trasplantes de órganos crea graves desigualdades, agravadas por la falta de transparencia.

3) Desigualdad en el trabajo: los médicos y enfermeras que trabajan en el Sistema Nacional de Salud son funcionarios públicos, y su salario mensual (salario base, guardias de presencia o localizada y otros complementos) es homogéneo sin que se tenga en cuenta el tipo o la dificultad de sus actos clínicos. Un patólogo o un cirujano ganan el mismo sueldo independientemente del tipo de procedimiento o prueba que realizan. Todo está incluido en el sueldo. Excepto para los trasplantes, que se pagan independientemente como si fueran una tarea sublime. Esta excepción separa a profesionales de la salud en dos categorías: los que trabajan en los trasplantes ganan un salario mucho más alto (pago mensual más incentivos), parecen formar parte de una nueva "elite" médica y reciben también reconocimiento público en los medios de comunicación con ocasión de una historia particular o en la divulgación de una nueva

tecnología. El resto de los profesionales dedicados a la práctica clínica, con similar formación y dedicación, recibe sólo el salario mensual.

4) Irresponsabilidad financiera: los gastos de trasplante en el sistema público de salud son muy importantes, pero increíblemente no existe ninguna partida presupuestaria oficial asignada específicamente a esta actividad, salvo la atención continuada-servicios localizados para diplomados en enfermería. Los procedimientos de pago son necesariamente irregulares: asignaciones dinerarias opacas basadas en decisiones discrecionales de la dirección, pagos disfrazados. Los costes reales son desconocidos por el resto de los agentes del sistema (el resto de profesionales sanitarios, los pacientes, la sociedad en general) y todo el «modelo» es financieramente irresponsable. Sería muy conveniente conocer el destino y tratamiento que se da a los informes preceptivos emitidos anualmente por los interventores de los hospitales del Sistema Nacional de Salud en relación con los gastos de trasplante generados en estos centros. La fiscalización de estos pagos por parte de la Intervención de los hospitales necesariamente debería recoger las irregularidades que existen y que son fundamentalmente tres: i) su elevada cantidad; ii) se abonan cantidades en concepto de productividad variable por una actividad asistencial dentro de la jornada ordinaria de trabajo, a diferencia de cualquier otra actividad; iii) al facultativo de guardia localizada por trasplante, si tiene que ir al hospital, se le abona la guardia y, además, una cantidad en productividad variable. También a la enfermera con busca de localización por trasplante, se le incrementa la cantidad mensual que percibe en atención continuada, en este caso, en concepto de productividad variable, si tiene que participar en un trasplante.

5) Desconocimiento de la sociedad: la Organización Nacional de Trasplantes no puede decir la verdad. Sus responsables muestran cifras de donaciones de órganos, pero ocultan el flujo de dinero que hay detrás. Son conscientes de que decir la verdad induciría a todos los demás pacientes a reclamar un apoyo financiero similar, plantearía cuestiones éticas difíciles de justificar y, sobre todo, reduciría las donaciones de órganos puesto que las familias de los donantes no aceptarían incentivos financieros. La desinformación de la sociedad es una condición indispensable para el éxito del «modelo español». España reclama la primera posición en el mundo en la obtención de órganos para trasplante, pero esta posición no se debe a que el modelo sea el mejor: su éxito se basa en el flujo de dinero y en los privilegios. Esta es probablemente la única y verdadera razón por la que después de más de 22 años de éxitos estadísticos, no haya sido nunca imitado por ningún otro país desarrollado del mismo o mayor nivel tecnológico incluso que el nuestro.

6) Discriminación en los ajustes fiscales: en los últimos años, los gobiernos nacional y autonómicos han recortado sin miramientos los gastos del Sistema Nacional de Salud. No han tocado, sin embargo, precisamente el único desembolso irregular: las retribuciones especiales al personal de los equipos de trasplante, tan irregulares que oficialmente no existen. Cada año los coordinadores, médicos y enfermeras que participan en los trasplantes cobran retribuciones especiales que seguramente suponen varias decenas de millones de euros en total. Y resulta inexplicable que, en estos momentos de grave asfixia financiera de la sanidad pública, las autoridades sanitarias preserven del recorte general ese gasto irregular que además corrompe el Sistema al desnaturalizar el altruismo de las familias de los donantes, introducir arbitrariedad en la financiación de las necesidades médicas de los pacientes, y tratar de forma desigual a unos profesionales en detrimento del resto. El trasplante no es un acto sagrado sino un procedimiento terapéutico como otros muchos. ¿Por qué en un momento de crisis económica tan grave como el actual es eximido de las estrecheces impuestas a todos para, se dice, sostener la sanidad pública? Sin duda, se trata de un elemento más del estatus de privilegio que mantienen los profesionales del sistema español de trasplantes.

En base a todo lo expuesto, y considerando que se han aportado suficientes argumentos de distinta índole que ponen en cuestión y en entredicho el sistema de remuneración de la actividad de trasplante, los abajo firmantes

SOLICITAN a la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid

Que revise los procedimientos de pago y las cuantías especiales abonadas en relación con la actividad de obtención de donaciones y trasplante de órganos de los hospitales del Servicio Madrileño de Salud, con el fin de que pasen a formar parte de la actividad remunerada de manera ordinaria o, en su caso, extraordinaria mediante la realización de guardias de presencia física y/o guardias localizadas, como es habitual para el resto de procedimientos médico-quirúrgicos hospitalarios.

Firmado en Madrid, a 3 de julio de 2014