



AVANZAR

hacia la sostenibilidad
del Sistema Nacional de Salud

Propuestas para su viabilidad
presente y futura



CCOO

**federación de sanidad
y sectores sociosanitarios**

AVANZAR

hacia la sostenibilidad
del Sistema Nacional de Salud

Propuestas para su viabilidad
presente y futura

*La FSS-CCOO agradece
a todas las personas, agentes e instituciones
que han que han participado para alcanzar
las propuestas que se presentan,
y a todas aquellas que defienden, cada día,
con sus medios,
los principios fundamentales
para que siga avanzando nuestro
Sistema Sanitario Público*



Edición y maquetación: Área de Comunicación de la Federación de Sanidad y Sectores Sociosanitarios de CCOO (FSS-CCOO) Plaza Cristino Martos, 4, 2ª planta. 28015. MADRID

📞 91 540 92 85

🌐 www.sanidad.ccoo.es

Junio 2011

La reproducción parcial o total del contenido de este documento está permitida, siempre que se cite la fuente.

Depósito Legal:

Impreso: OFFKA Artes Gráficas

📞 91 318 07 51





Índice

1. Justificación	7
2. Pacto por la Sanidad	9
• Comité Institucional Diálogo Social Reforzado	11
• Comité Institucional de Recursos Humanos	39
• Comité Institucional de Cartera de Servicios; Centros, Servicios y Unidades de Referencia y Listas de Espera	47
• Comité Institucional para la Racionalización del Gasto Sanitario	53
• Comité Institucional de Políticas de Calidad e Innovación	59
• Comité Institucional para el desarrollo de una Política de Salud Pública	65
• Comité Institucional para las Políticas de Salud sobre el Consumo de Drogas	69
3. Conclusiones I Jornada ‘Gestión de las Listas de Espera en el SNS’	77
4. Valoración del Acuerdo del CISNS, de 18 de marzo de 2010	89
5. Conclusiones Jornada ‘Atención Primaria en el buen gobierno del SNS’	97





1. Justificación

25°

Aniversario de la Ley General de Sanidad

Esta ocasión representa una magnífica oportunidad que la Federación de Sanidad y Sectores Sociosanitarios de CCOO (FSS-CCOO) quiere aprovechar para presentar, en un único documento, el fruto de todo el trabajo que ha venido realizando en su defensa por el sistema sanitario público. Máxime cuando esta ley, impulsada por Ernest Lluch y base del actual Sistema Nacional de Salud, celebra su 25 aniversario en un complicado escenario político, social y económico.

En la actualidad, nadie pone en duda la alta valoración y legitimidad social que la sanidad pública tiene hoy en nuestro país; por su amplia cartera de servicios, por el nivel científico-técnico de las prestaciones que ofrece y por la cualificación de sus profesionales. Y todo ello, con un gasto sanitario en relación al PIB por debajo de la media de los países de la OCDE, con una cobertura casi universal, y con muy bue-

nos resultados en los indicadores de salud.

Sin embargo, la FSS-CCOO considera que muestra debilidades en aspectos tan esenciales como la organización y la gestión de recursos, que hacen que el Sistema Nacional de Salud (SNS) deba enfrentar una serie de desafíos para mejorar su eficiencia y consolidar este modelo que representa “una gran conquista social”.

El contexto de crisis económica no es el factor que conduce a esta Federación a exponer estas consideraciones. En el mes de octubre del año 2004, en la sede del Consejo Económico y Social, tuvo lugar la primera cita en la que alertaba sobre esta cuestión. CCOO organizó entonces unas jornadas a las que convocó a agentes políticos, académicos, institucionales y sociales para una reflexión inicial sobre la necesidad de un “pacto sanitario”. De estas jornadas se desprendió un estudio que tras un análisis de partida, recogía conclusiones y propuestas para asegurar la sostenibilidad futura del SNS, y se hizo público a través de una edición impresa a la que se tituló: “Nuevo contrato social, por un Sistema Nacional de Salud sostenible”.

Hoy, el aumento de la población, su pau-

latino envejecimiento y el incremento de los costes sanitarios, así como la reiterada infrafinanciación en los presupuestos de cada comunidad autónoma agudizada con la crisis económica, están provocando serias dificultades en el sistema sanitario, hasta el punto de que puede poner en cuestión su sostenibilidad futura, que arrastra un déficit superior a los 10.000 millones.

No sólo la FSS-CCOO, también, desde distintos ámbitos y con muy distintas intenciones, se alerta sobre su sostenibilidad. La preocupación por la sostenibilidad es, no sólo legítima, sino imprescindible para quienes defienden la pervivencia del modelo sanitario público. Por ello, CCOO reclama la necesidad de garantizar su suficiencia financiera e implementar medidas organizativas que aumenten su eficiencia.

Lo que preocupa es que, en una situación de crisis como la actual, sea utilizada por quienes, ahora y siempre, pretenden “liberar al sistema sanitario del cautiverio en que lo mantiene el Estado” para devolvérselo al mercado, convirtiendo lo que ahora es un servicio público que consideran insostenible en una oportunidad de negocio para los grandes inversores privados. Porque, como enseñan los libros sagrados de la mitología liberal, el mercado, a diferencia

del Estado, sí que es eficiente. No hay más que observar el ejemplo del modelo sanitario norteamericano: con su impresionante nivel de desarrollo científico-técnico, es el más caro e ineficiente del mundo en términos de salud, aunque muy rentable para sus propietarios.

La amenaza de recortes como los anunciados en Cataluña, y Madrid, los realizados en La Rioja, Murcia y Canarias, y los que puedan sobrevenir en determinadas CCAA ante el nuevo mapa político tras los procesos electorales, crea un contexto económico, social y político que no hace más que agravar los riesgos que debe afrontar el SNS y exigir una respuesta inmediata a estos desafíos.

La FSS-CCOO presenta sus principales propuestas, fruto de los más de diez años en los que viene trabajando y defendiendo la sostenibilidad futura del SNS, y se hizo público a través de una edición impresa a la que se tituló: “Nuevo contrando además un esfuerzo conjunto con el resto de agentes sociales, políticos y Administraciones para alcanzar un pacto común que consiga blindar el sistema, y que contribuya a potenciar el Estado de bienestar, a promover la cohesión social y a reducir las desigualdades sociales, en el presente y el futuro.



2. Pacto por la Sanidad

Documento de análisis de la situación del SNS y propuestas de la FSS-CCOO, aprobado en su Comisión Ejecutiva





Comité Institucional
Diálogo Social Reforzado



1. LA SOSTENIBILIDAD FINANCIERA DEL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD

El 27 de octubre de 2004, en la sede del Consejo Económico y Social, la FSS-CCOO tuvo la primera cita para analizar la sostenibilidad del SNS. Para ello, organizó una jornada a la que convocó a agentes políticos, académicos, institucionales y sociales para abordar una reflexión inicial sobre la necesidad de un “pacto sanitario”. Las conclusiones y propuestas alcanzadas se hicieron públicas en el libro: “Nuevo contrato social, por un Sistema Nacional de Salud sostenible”.

Los expertos plantearon la necesidad de buscar reformas estructurales en cinco grandes ejes de trabajo, todos ellos fuertemente interconectados: la suficiencia financiera, la equidad y la solidaridad, la sostenibilidad (mediada por agentes externos y por agentes internos), la gobernabilidad, y la racionalidad de la sanidad y la práctica clínica. Un mensaje central fue que las reformas estructurales deben estar en el centro de las estrategias políticas, al menos al mismo nivel que los debates de financiación y, además, que los esfuerzos por resolver problemas financieros deben estar alineados, e incluir compromisos de sostenibilidad y responsabilidad de todos los agentes del gasto.

La FSS-CCOO no cree que el SNS esté en crisis; pero si no se toman medidas a corto plazo, podemos asistir a un declive difícil de recuperar. En todo caso, la “crisis de financiación” a la que se alude insistentemente, no es sino la manifestación externa de problemas más profundos que afectan a la racionalidad, la solidaridad, la gobernabilidad y comprometen la sostenibilidad futura.

Es seguro que el SNS necesita más recursos; pero si no abordamos los problemas

estructurales, los recursos adicionales tendrán una influencia marginal decreciente en la salud de los españoles.

Además, la demanda de más recursos seguirá en la espiral creciente; una parte estará acreditada por mayores necesidades sanitarias, por la incorporación de algunas innovaciones efectivas, y por la eventual ampliación de la cartera de prestaciones que pueda decidirse desde el ámbito político y social para ampliar la cobertura del SNS. Por otra parte, de la presión sobre los costes (posiblemente mayoritaria) estará alimentada por agentes externos e internos que objetivamente se benefician de que aumente el tamaño del sector, aunque no crezca significativamente la efectividad en términos de ganancia individual o social de salud.

La adición de recursos no se traducirá en mayor eficiencia social sin otras acciones que garanticen la racionalidad.

1.1. La financiación de la asistencia sanitaria descentralizada

a.) Breve descripción de la financiación de la asistencia sanitaria en el vigente modelo de financiación autonómica.

Puede afirmarse que uno de los principales obstáculos para la contención del crecimiento del gasto sanitario en las décadas pasadas fue el reducido grado de corresponsabilidad de los actores, ya que no había un desincentivo para no hacerlo.

Tradicionalmente se ha considerado que la devolución de responsabilidades fiscales (en su doble vertiente de financiación y de gasto) a las Comunidades Autónomas, podría ayudar al control del gasto sanitario, fundamentalmente a través de la racionalización de los niveles de utilización.

Así, se ha entendido que la integración de la sanidad en la financiación general introduciría mecanismos de autocontrol que servirían al objetivo general de sostenibilidad futura de la sanidad pública. El logro de esa corresponsabilidad fiscal, de la que puede derivarse un mayor control del crecimiento del gasto sanitario, es uno de los objetivos del actual sistema de financiación de la sanidad descentralizada.

Aprobado al tiempo que se cerraban los traspasos sanitarios, y nacido con vocación de permanencia, integra la función “sanidad” de forma definitiva en el esquema general de financiación de las Comunidades Autónomas. Esta integración de sistemas supone el paso de un modelo basado en recursos condicionados, a uno centrado en recursos de naturaleza incondicionada, lo que, a su vez, puede significar una notable ganancia en autonomía para los gobiernos regionales.

El nuevo sistema de financiación autonómica ha supuesto que gran parte de las cantidades que recibían las CCAA para la financiación de la sanidad, así como para otros servicios, hayan pasado a convertirse en participación en los ingresos del Estado.

Los nuevos mecanismos del vigente sistema de financiación, entendidos como garantía de los principios de equidad y de suficiencia en la prestación de los servicios sanitarios en el SNS, son los siguientes:

- La incorporación de nuevas variables, a modo de ajustes del criterio capitativo básico, para el reparto de los recursos financieros.
- La obligación de las CCAA, como garantía de suficiencia dinámica, de destinar al gasto sanitario una cantidad mínima igual a la que reciben como transferencia,

y de incrementarla en cada ejercicio de acuerdo con la evolución de los ingresos tributarios del Estado (ITE). Este principio de suficiencia dinámica, implica un compromiso bilateral.

- La creación de un Fondo de Cohesión, cuya finalidad es la de compensar a las Comunidades Autónomas por la atención sanitaria prestada a pacientes desplazados. Este Fondo implica abandonar la posibilidad de acudir a una “cámara de compensación entre comunidades” en la línea de lo aprobado en el artículo 82 de la Ley General de Sanidad (LGS). El diseño del Fondo, cuya dotación presupuestaria es claramente insuficiente, supone un avance respecto a la situación previa.

Por primera vez se establecen criterios objetivos para la compensación del coste generado por desplazados, lo que otorga cierta capacidad de planificación. A su vez, el Fondo se ha constituido en torno a un principio de solidaridad interterritorial, por el que las comunidades mejor dotadas en recursos han de compartir solidariamente parte de los costes que, en última instancia, se derivan de una desigual capacidad territorial, para garantizar el principio de igual posibilidad de acceso a los servicios para necesidades iguales.

En su actual concepción como parte del sistema de financiación de la sanidad descentralizada, el Fondo de Cohesión no deja de ser una pieza menor si, bien, es posiblemente un instrumento idóneo siempre que se le dote de los recursos oportunos para implantar medidas efectivas de reducción de las desigualdades en la distribución de recursos.

- Otra novedad introducida para garantizar la suficiencia dinámica del sistema es la concreción de las Asignaciones de Nivelación. El objetivo de este instrumento es

el de garantizar la provisión de un nivel equivalente de aquellos servicios públicos considerados fundamentales, en todo el territorio nacional.

b.) Valoración del actual sistema de financiación de la asistencia sanitaria

El actual sistema de financiación autonómica ha supuesto un avance desde la perspectiva de la corresponsabilización de las CCAA, tanto por el lado de la prestación del servicio como desde la obtención de recursos directamente de sus administrados, dado que ahora el conjunto de fuentes de financiación es más amplio y equilibrado que en fases anteriores del proceso de descentralización. No obstante lo anterior, el sistema incorpora nuevos riesgos para el objetivo de cohesión del SNS y para su suficiencia.

Desde el punto de vista de la suficiencia, la experiencia muestra que la evolución de las necesidades de gasto de las CCAA dista de ser homogénea.

Tampoco los costes sanitarios pueden asumirse como homogéneos. Si bien las estimaciones del diferencial regional en los costes sanitarios pueden resultar complejas, una simple aproximación por medio de los precios regionales puede servir de Proxy de incidencia cada vez más notable de ciertos costes sobre la gestión y provisión descentralizada de la asistencia sanitaria.

La diferente evolución de los ingresos regionales es uno de los principales riesgos del sistema.

Por todo lo anterior, puede afirmarse que el actual modelo de financiación de la sanidad ha supuesto claras mejoras respecto del cumplimiento de los objetivos de equidad y de suficiencia respecto de las etapas

previas, pero incorpora suficientes factores de incertidumbre para el logro de ambos principios.

En este contexto, se hace necesario revisar el sistema de financiación de la sanidad descentralizada, a la vez que se debe reclamar el abordar el déficit sanitario de las CCAA.

1.2. Las vías de financiación: alternativas

El análisis anterior muestra que los recursos destinados a la sanidad siguen estando en España por debajo de los dominantes en el contexto de países desarrollados; que los recursos transferidos a las CCAA parecen relevarse como insuficiente; que es necesario buscar fórmulas para solucionar el desequilibrio financiero, que empiezan a consolidarse de forma explosiva en algunas comunidades. Todo ello, sin perjuicio de las indudables mejoras posibles que cabe introducir en el sistema.

Las cifras apuntadas nos situarían en la necesidad de financiación estable de no menos del 0,25% del PIB para cubrir el déficit autonómico corriente. Otro tanto para permitir amortizar la deuda generada en el último periodo y, quizás, cuando menos, similar porcentaje para el fondo de cohesión nacional. En suma, un mínimo de un 0,8% del PIB que, ya en un plazo inmediato, permitiera cubrir las necesidades más urgentes y acercar el gasto sanitario español al de los países de nuestro entorno.

La solución que se busque ha de ser:

Equitativa, de forma que permita el acceso universal a los servicios básicos, y tenga en cuenta la capacidad de pago de los sujetos. Debe asegurarse que el acceso a la asistencia sanitaria pública no dependa de la capacidad adquisitiva de los sujetos.

Eficiente, de forma que provoque las mínimas distorsiones posibles sobre el conjunto del sistema productivo, e implique los mínimos costes de gestión para la administración y para los administrados.

Sostenible, de forma que garantice los recursos necesarios no sólo en el corto plazo, sino en un futuro razonablemente previsible.

Desde esa perspectiva, analizaremos ahora las posibles vías para conseguir esa financiación adicional:

- Reasignación de recursos: un juego de suma constante.

Cualquiera de las posibilidades apuntadas en este apartado consiste simplemente en aplicar a sanidad algunos de los recursos que hoy están dedicados a otros fines. Esta alternativa supone mantener sin variación el nivel de los fondos públicos y, consecuentemente, la presión fiscal.

- De otras funciones a sanidad.

La primera opción es reducir los créditos asignados a otras funciones presupuestarias y aumentar los de sanidad en la misma cuantía. Implica tan sólo una decisión de cada administración, que reordena las prioridades de gasto según valore la urgencia e importancia de las distintas necesidades. El inconveniente de esta solución es obvio: los departamentos o funciones afectados por la reducción presentarán lógicas objeciones y podría resentir la calidad de los servicios correspondientes.

- Incrementar los porcentajes de participación autonómicos.

Todo lo antedicho puede aplicarse igualmente a la segunda posibilidad; que la Administración reduzca sus propios recursos

y se incrementen paralelamente los afectados al nivel autonómico. Sin embargo, no es ésta una solución que pueda considerarse óptima. También aquí la cesión implica la reducción paralela de otros créditos presupuestarios, aunque sea en nivel distinto de la Administración. Con el agravante de que también la Administración General estaría necesitada de fondos adicionales para la sanidad, para incrementar los recursos de cohesión y servicios comunes.

- El superávit de la Seguridad Social.

La tercera opción es posiblemente la solución más tentadora dentro de este apartado: recurrir al superávit del sistema de Seguridad Social. Sin embargo, como en el caso anterior, es una solución no deseable, que sólo podría aceptarse como paliativa de urgencia.

De nuevo estamos ante un parche que no soluciona la futura evolución de necesidades. Esa detracción de recursos introduce un factor de tensión sobre el sistema de Seguridad Social, ya calificado sobradamente como instalado en la inestabilidad. Y supone un retroceso en el proceso de consolidación de un SNS definitivamente independiente del sistema de cotización, históricamente superado.

En suma, que las opciones de reasignación de recursos podrían permitir un alivio momentáneo, y probablemente insuficiente, del problema, pero en ningún caso ofrecen la solución estructural y estable que se necesita.

1.3. Fondos nuevos

1.3.1. El endeudamiento

Una solución estructural y definitiva exige contemplar la posibilidad de conseguir

nuevos fondos. La reasignación no sólo supone problemas, como hemos visto, sino que, sobre todo, sólo podrá conseguir cuantías insuficientes, necesitaría varios años para alcanzar los objetivos necesarios y no garantiza soluciones estables.

Algo parecido a lo que podría suponer recurrir al endeudamiento. Para empezar, esta solución se justificaría para financiar posibles inversiones, pero resulta más discutible para cubrir gastos corrientes. Y son éstos los que están generando el déficit general del sistema. Por otra parte, el Pacto de Estabilidad europeo y la necesidad de mantener controlado el déficit presupuestario impiden grandes alegrías. O lo que es lo mismo, sólo podría aceptarse excepcionalmente y por cantidades muy controladas.

1.3.2. El copago

La primera posibilidad de incrementar los recursos de cualquier actividad económica es subir el precio que se cobra por los correspondientes servicios.

En el caso de la sanidad pública española, tanto la atención hospitalaria como la asistencial parten de la gratuidad, por lo que estaríamos ante supuestos de no subida de precio sino de introducción de una fórmula de pago por el usuario hasta ahora inexistente. Esta fórmula, que se ha venido a denominar genéricamente de copago, resulta así difícil de poner en práctica, porque siempre encontrará más resistencia la introducción de un precio para lo que era gratuito que la elevación del ya existente.

Dentro de la asistencia sanitaria, se admite que determinadas prestaciones no consideradas básicas queden fuera del sistema público y su correspondiente gratuidad. Que nos encontremos ante un derecho im-

plica no tanto la inexistencia de precio como la exigencia de que el precio no sea un obstáculo que impida el acceso a la atención básica debida.

Por lo tanto, aunque las fórmulas de copago de los servicios médicos singulares pueden reducir algunas ineficiencias del sistema, una aplicación indiscriminada de ellas implicaría reducciones indeseables; bien porque los usuarios no valoraran adecuadamente los perjuicios para la salud, o la idoneidad de los presuntos ingresos que a los realmente innecesarios o más superfluos.

Cualquier fórmula de copago debe analizarse desde la perspectiva de su incidencia en función de la capacidad de pago de los sujetos, y de los efectos redistributivos que conlleva. En ese sentido, no es fácil defender que los medicamentos tengan que ser gratuitos para un pensionista en razonable estado de salud y elevados ingresos y no para un parado sin recursos y salud precaria. Ni tiene mucho sentido que trabajadores con salarios mínimos estén pagando los medicamentos de jubilados de alto poder adquisitivo.

Un sistema óptimo de copago implicaría arbitrar alguna fórmula progresiva que garantizara una escasa incidencia proporcional en el presupuesto de cada persona, y la exclusión de aquellos servicios en los que la percepción del usuario infravalorara los beneficios derivados del servicio. Podría pensarse también en la penalización de aquellos comportamientos que pudieran contribuir al deterioro de la salud o a un mal uso de los propios servicios médicos.

Desde la perspectiva financiera, no parece que las opciones que se vislumbran como posibles a corto plazo puedan aportar grandes soluciones, ni para la reducción

significativa del gasto ni para la obtención de fondos adicionales relevantes.

En resumen, que desde una perspectiva de eficiencia general del sistema, el copago podría resultar beneficioso tan sólo en casos muy específicos. En todo caso, cualquier sistema que intente aplicar algún tipo de participación directa del usuario en el pago de los servicios ha de ser necesariamente diferenciado según personas, rentas, enfermedades y tratamientos. Y cabe preguntarse, en buen número de casos, si las ventajas compensarán los costes derivados de las complicaciones para la gestión y para los usuarios.

1.4. Fórmulas tributarias

1.4.1. La imposición directa

Cuanto antecede parece abocar a la necesidad de arbitrar algún mecanismo de financiación estable, adicional a lo existente y ligado a las administraciones autonómicas que son las que gestionan y financian las prestaciones sanitarias. En otras palabras: que el debate sobre la sostenibilidad del sistema sanitario está hoy ineludiblemente ligado al que afecta al sistema de financiación autonómica y al incremento necesario de la corresponsabilidad fiscal.

Una vía aceptable sería la inclusión en el IRPF de una prima de aseguramiento, una cantidad fija anual por el mero hecho de ser usuario potencial del sistema. Una cantidad inicialmente igual para todos los ciudadanos pero que podría ser objeto de variación por parte de las haciendas autonómicas, beneficiarias de la recaudación correspondiente. De esta forma se aseguraría un montante fijo para el mantenimiento del servicio de salud, y quedarían exentas las rentas más bajas.

La fórmula óptima sería probablemente la

imputación de una renta en especie en la base del impuesto (y una elevación parecida en el mínimo exento), que aseguraría la nula incidencia en los hogares con menores rentas, y una contribución progresiva de acuerdo con la capacidad de pago.

Es difícil, no obstante, que tal medida no encontrara un cierto rechazo por parte del contribuyente, que no entendería la imputación de una renta ficticia y la sentiría probablemente equivalente a una simple elevación del impuesto. Contando con ese posible rechazo, quizás fuera más fácil de fender una solución más sencilla, aunque menos progresiva, consistente en una cantidad fija, a modo de prima, que se sumaría directamente en la cuota del impuesto. Siempre acompañada de una revisión de los mínimos exentos que garantizaran la exención para los ciudadanos con menores ingresos.

1.4.2. La imposición indirecta

Vistas las limitaciones de la imposición directa, conviene reflexionar sobre las posibilidades de la indirecta para encontrar la solución que buscamos. De hecho, la primera solución que se arbitró en nuestro sistema fue precisamente un impuesto sobre el consumo. El Impuesto sobre las Ventas Minoristas de determinados hidrocarburos marca, efectivamente, la dirección correcta.

Se trata de un impuesto cuyo montante viene decidido por cada Comunidad Autónoma, y cuyos recursos están afectados a la financiación de los servicios sanitarios. Lo soportan usuarios que consumen en el ámbito territorial correspondiente lo que, como hemos visto, mantiene una coherencia global entre quienes soportan el tributo y se benefician del servicio financiado.

Este último razonamiento podría hacer re-

comendable extender la solución a otros tributos especiales. El consumo de tabaco y de bebidas alcohólicas parece especialmente gravable en relación con las consecuencias sanitarias que de aquél se derivan. Sin embargo, estos tributos plantean la dificultad de ser recaudados en la fase de fabricación, y el control minorista resulta mucho más complejo. La imputación de rendimientos sería estadística o indirecta, y no cabría fácilmente reconocer capacidad normativa diferenciada a cada comunidad.

La imposición sobre el consumo aporta ventajas evidentes: es más eficiente e implica menores distorsiones sobre el sistema económico, recae sobre los usuarios incluso aunque no sean residentes, aporta una recaudación más estable y menos sensible a los ciclos económicos que la imposición directa, presenta también menos diferencias entre regiones y, por último, es más fácilmente aceptable por los ciudadanos, en la medida en que se paga en muy pequeñas dosis, y es menos visible.

La figura indirecta por excelencia es, naturalmente, el IVA. La solución ideal ha de caminar en la línea que apuntan las tres soluciones finales, probablemente ordenadas en orden creciente de idoneidad. El objetivo es conseguir acercarse al óptimo que consistiría en que:

- La participación autonómica en la recaudación derivada de la imposición general sobre el consumo esté directamente ligada con la presión efectivamente soportada por el consumo realizado en su ámbito territorial.

- La Comunidad Autónoma disponga de capacidad normativa para elevar o reducir la presión final.

- La Comunidad Autónoma gestione el tri-

buto de forma que su eficacia en la gestión repercute en los ingresos correspondientes.

Las opciones del recargo o la cesión de fase minorista cubren dos de las tres condiciones óptimas señaladas, pero sólo la última responde a las tres características deseables: la introducción de un impuesto monofásico sobre las ventas minoristas con normativa básica homogénea, pero gestión y recaudación territorial.

En cualquier caso, las soluciones financieras para el sistema sanitario español exigirán, probablemente, la utilización en pequeña medida de más de una de las soluciones apuntadas, de forma que se proporcione a las Comunidades Autónomas financiación suficiente y estable para la administración del sistema, y se dote adecuadamente el Fondo de Cohesión sanitaria. Ambas circunstancias, a su vez, potenciarían la eficacia del Consejo Interterritorial del SNS.

Pero con la conciencia de que una solución definitiva debe ir ligada a la revisión en profundidad del sistema de ingresos autonómicos. Es necesario dar pasos valientes y resultará imprescindible un pequeño incremento de la presión fiscal. Ese esfuerzo inicial permitirá que cada administración asuma íntegramente sus responsabilidades y que, paralelamente, se afronte la evaluación en profundidad de los sistemas de salud, de sus prestaciones y de su gestión.

En la medida en que ya no sea posible otra vía de exigir mayores recursos que subir la presión impositiva sobre los ciudadanos, y que asumir directamente la impopularidad correspondiente ante los votantes, las administraciones se verán obligadas a reforzar su preocupación por la calidad y la mejora en la gestión de los recursos, que

siempre serán escasos. Por ello, adquiere una importancia sublime el Pacto con todos los grupos parlamentarios para consolidar y dar estabilidad al Sistema Sanitario Público.

2. LA COBERTURA POBLACIONAL DEL SNS: IMPORTANCIA Y RETOS DE LA UNIVERSALIZACIÓN Y LA EQUIDAD EN EL ASEGURAMIENTO

Haber alcanzado de hecho en 1990 la cobertura universal fue un gran éxito, pero, desde entonces la sanidad y la sociedad han experimentado cambios importantes, y el aseguramiento sanitario no se ha modificado, de modo que los problemas de equidad e igualdad y las disfuncionalidades de entonces se han cronificado y dejan sentir su peso en el sistema sanitario.

- La raíz de todos los problemas relacionados con el aseguramiento sanitario y su cobertura poblacional es que el derecho a la atención sanitaria del SNS todavía no es un derecho cívico, igual para todos los españoles, y ligado únicamente a la condición de ciudadanía o residencia.

- La situación actual de la cobertura sanitaria del SNS es injusta, y contraria al principio de equidad y a la solidaridad: porque no es igual para todos con igual título de derecho, porque excluye a algunos ciudadanos, y porque permite privilegios no justificados para ciertos colectivos que, precisamente, pueden ser considerados privilegiados en relación al conjunto de la población.

- Las desigualdades existentes en el aseguramiento y en la provisión son también lesivas para el propio SNS financieramente, sobre todo, porque expulsan del mismo a los colectivos de menores riesgos médicos y mayores niveles de renta, em-

pobrecen a la sanidad pública excluyendo de la misma a los sectores más informados e influyentes de la sociedad, hacen posible la selección de riesgos por parte de los afiliados a mutualidades, empresas colaboradoras y otras entidades con convenios especiales.

- La existencia de distintos títulos de derecho a la cobertura del SNS, el que éstos puedan variar con el tiempo y con los avatares laborales del titular, es causa de molestias e incertidumbre para un cierto número de ciudadanos, ocasiona costes administrativos innecesarios, hace posible fraudes al SNS y, en la medida en la que llevan al incumplimiento de los controles que legalmente serían obligados, da lugar a una pedagogía negativa de tolerancia al incumplimiento de las normas.

- La naturaleza e indefiniciones del aseguramiento sanitario están muy relacionadas con crisis de identidad del propio SNS, que sigue siendo una entidad virtual, carente de identidad y sin órganos capaces de gestionar la coordinación y colaboración de los Servicios de Salud que lo forman.

Por todo ello, es necesario, y no se debiera demorar por más tiempo, proclamar el derecho a la cobertura sanitaria pública a toda la población por igual, con igual título, e igual contenido en todo el territorio. En definitiva, como un derecho cívico, personal, ligado a la condición de ciudadanía y residencia.

El establecimiento por ley de este derecho es una exigencia de equidad, pero también de coherencia entre política fiscal y social y, además de su importancia para fortalecer al SNS, significaría un gran paso moral de progreso para la sociedad española. Por lo demás, implementar la universalización de iure de la cobertura del SNS tiene

en el actual contexto sanitario una vía sencilla e inmediatamente operativa: establecer por ley, con todas sus consecuencias prácticas y operativas, que la cobertura de la asistencia sanitaria es una prestación universalizada y no contributiva de la Seguridad Social.

- La implementación de la definitiva universalización sanitaria debería hacer real la igualdad de todos los españoles ante el SNS, y permitir la integración al mismo de todos los colectivos actualmente excluidos (con los periodos transitorios que en cada caso sean oportunos), actualmente acogidos a las Mutualidades de funcionarios, al Seguro Escolar, a las empresas colaboradoras, así como la integración sanitaria en los Servicios de Salud de las respectivas CCAA de todos los colectivos que hoy tienen situaciones excepcionales y privilegios no justificables.

- En la misma línea, sería la ocasión para atraer hacia el SNS los servicios sanitarios y la asistencia médica que en la actualidad vienen desempeñando las Mutuas de Accidente de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la SS, reforzando con ello la financiación de la sanidad y su dispositivo asistencial, al tiempo que permitiría una mayor concentración de las Mutuas en la prevención, tan urgente en un país con el mayor índice de accidentes laborales de la UE.

- Igualmente, sería la ocasión para abordar y racionalizar la situación de la atención médica a los accidentes de tráfico, atribuyendo en principio al SNS esta responsabilidad y su correspondiente financiación.

- Asimismo, la universalización efectiva debería implicar la supresión de las actuales subvenciones fiscales en el IRPF al aseguramiento sanitario privado gestionado por las empresas.

- Por último, la importancia real y simbólica de la universalización debería ser la oportunidad de abordar reformas estructurales en el propio SNS hasta ahora propuestas. Estas reformas deberían dotar al SNS de una entidad propia reconocible por los ciudadanos, diseñando sus órganos de gobierno de modo que faciliten la cooperación, la colaboración entre los Servicios de Salud de CCAA, para ofrecer servicios y, sobre todo, gestionar un sistema común de información, sin el cual no es posible hablar de SNS.

Para todo ello es preciso voluntad política y un amplio consenso social. La culminación de las transferencias, que implica directamente a todos los partidos políticos del arco parlamentario en la gestión del SNS a través de los Servicios de Salud de las CCAA, debería contribuir a lograr un consenso político, similar al Pacto de Toledo, no sólo para hacer efectiva la universalización de iure y de facto de la sanidad, sino para abordar las reformas estructurales y de gestión necesarias para el buen funcionamiento del SNS.

3. BUEN GOBIERNO DEL SISTEMA SANITARIO

El gobierno de las instituciones se articula en base a dos pilares estratégicos:

a) El principio institucional, que representa las creencias y los valores orientados desde la unidad de acción hacia el bien común y los intereses preferentes de la sociedad.

b) El principio organizativo, que se articula en base a las políticas y los servicios para crear valor económico y social, manteniendo la integración y la coherencia en el conjunto del sistema.

Estos dos elementos constitutivos de la estrategia institucional en el SNS deben de contribuir a mejorar la calidad de los servicios sanitarios, así como la reputación de los agentes profesionales y sociales. La orientación de este buen gobierno del sistema debe sustentarse en los principios éticos que guían las prácticas y comportamientos organizativos; en la forma, métodos e instrumentos de la gestión aplicada; en la capacidad y competencia de la directiva; y en la responsabilidad social como eje rector de todas las actuaciones públicas.

Son prácticas de buen gobierno las que se sustentan en el respeto, compromiso, ejemplaridad, dedicación, integridad, transparencia y honestidad, en los comportamientos de la dirección y de todos los agentes con derechos de decisión. Es decir, la ética institucional deberá estar integrada en la estrategia de la organización por medio de un conjunto de valores internalizados en todos sus miembros.

La dirección y la praxis política en los servicios sanitarios debe articularse en base a criterios de competencia social:

- a) Contribuyendo a hacer a las instituciones más responsables.
- b) Creando capacidad dialógica entre los interlocutores sociales.
- c) Desarrollando sistemas de información y evaluación que contribuyan a racionalizar las decisiones y mejorar los resultados de salud.
- d) Promoviendo la calidad en la comunicación entre las instituciones y la sociedad
- e) Impulsando un liderazgo creativo basado en el buen gobierno y en el funcionamiento eficiente de los organismos sanitarios.

f) Estableciendo equipos y formas de trabajo cooperativo para averiguar la verdad práctica y dotar de “autoritas” las decisiones esenciales, buscando la excelencia a través de la investigación y la innovación

Se hace necesario cambiar el ciclo de las reglas burocráticas, induciendo el cambio en las instituciones sanitarias bajo una cultura de anticipación y de vanguardia en el progreso social. Esto implica, en primer lugar, crear una visión innovadora para gestionar lo nuevo, lo imprevisible y todo aquello que conlleva incertidumbre e inseguridad como determinantes de la propia naturaleza de la práctica gestora y asistencial. En segundo lugar, impulsar formas educativas y de aprendizaje para mejorar la capacidad de encontrar soluciones a problemas no convencionales ni preestablecidos, de difícil estandarización y control, como una exigencia permanente de las sociedades avanzadas y complejas.

Por tanto, no es suficiente con elaborar un código de buen gobierno para fomentar una cultura institucional y mejorar la imagen corporativa de la organización, bajo un enfoque legalista o utilitarista. En los sistemas sanitarios públicos la orientación de la estrategia y el comportamiento de los miembros de la organización debe obedecer, no ya a razones de índole práctica, sino a principios básicos de identidad y legitimidad moral ante la sociedad.

Una concepción renovada en el gobierno del SNS exige no sólo ajustar las prácticas institucionales a los principios de legitimación social “conformance”, sino mejorar el proceso de lealtad y transparencia en la toma de decisiones de los agentes sanitarios “performance”. Redefinir la estrategia desde una visión de liderazgo e innovación en los servicios sanitarios públicos implica centrarse en las funciones básicas de la cadena de valor del sistema, evaluando los

determinantes de la sostenibilidad, del capital financiero, humano, tecnológico y social. La mejora de la productividad asistencial entendida como el valor añadido agregado por unidad de prestación o servicio, y la rentabilidad de los recursos sociales esenciales, constituyen la base para definir los límites de la sostenibilidad del conjunto del sistema.

El gobierno de las instituciones sanitarias deberá dotarse de nuevas competencias y capacidades para asegurar una rectoría coherente con la misión del SNS. El contenido de la misma deberá resolver los dilemas y paradojas implícitos en la dirección de los servicios sanitarios, facilitando una revisión permanente de la estrategia, analizando las necesidades sociales preferentes, protegiendo la reputación institucional, promoviendo la confianza entre los agentes, difundiendo información significativa y veraz, dotando a la organización de instrumentos de participación y garantizando el cumplimiento del “contrato de ciudadanía ante la sociedad”.

3.1. Propuestas de futuro

Desarrollar iniciativas de política institucional que garanticen el gobierno de las funciones esenciales del sistema sanitario y articulen las bases e instrumentos de cohesión social:

3.1.1. Atribuir rango ejecutivo con naturaleza jurídica vinculante a aquellas decisiones que emanan del Consejo Interterritorial en su función de autoridad sanitaria, cuando afecten a políticas primordiales para la sostenibilidad financiera, unicidad de aseguramiento, garantías públicas y cohesión social:

- Financiación sanitaria y desarrollo del Fondo de Cohesión.

- Regulación de la política farmacéutica y de la cadena de valor del sector.

- Estrategias y programas de salud pública.

- Ordenamiento del aseguramiento público.

- Marco general de las prestaciones sanitarias.

- Desarrollo del Estatuto Marco y de las funciones de participación social.

- Políticas de calidad para el conjunto del sistema.

- Ordenación y desarrollo de las profesiones sanitarias.

- Establecimiento de garantías jurídicas en los servicios sanitarios públicos.

- Regulación e instrumentación del sistema de información sanitaria en el SNS.

- Desarrollo de la función de I+D+i y gestión del conocimiento.

- Programas de cooperación y salud internacional.

3.1.2. Creación de órganos de gobierno en las instituciones sanitarias, otorgando credenciales representativas institucionales y sociales: por ámbitos geográficos y estructuras sanitarias.

3.1.3. Regular la función y el desarrollo directivo en las instituciones sanitarias públicas, tanto en su dimensión profesional o competencial como social.

3.1.4. Establecer un sistema de garantías públicas en el acceso y la calidad prestacional, como parte sustantiva del contrato social del sistema con la sociedad y el propio ciudadano sanitario. Ámbitos de garantía:

- Aseguramiento público.
- Cartera prestacional.
- Calidad del servicio, proceso y resultados
- Sistema de resarcimiento por incumplimiento de atención sanitaria o mala praxis.
- Responsabilidad administrativa, civil y penal.

3.1.5. Reforzar la institucionalización del SNS: Carta Magna Sanitaria:

- Valores universales e intemporales como base de legitimación social.
- Credenciales del buen gobierno sanitario.
- Desarrollo del principio de subsidiaridad.

3.1.6. Revitalizar los mecanismos e instrumentos de participación social en los órganos de representación del SNS y de sus instituciones

3.1.7. Definir los elementos constitutivos de la arquitectura estratégica del SNS y el ámbito de la dirección institucional, al objeto de gestionar las interdependencias y garantizar la efectividad de los derechos sustantivos que definen su propia misión.

3.1.8. Estructurar el diálogo político para el gobierno del SNS, basado en la confianza, cultura de consenso y lealtad institucional, que permita desplegar con visión integradora las actuaciones y programas para el conjunto de las administraciones sanitarias, aprovechando el liderazgo autonómico en iniciativas creativas, reformas y experiencias socialmente relevantes que mejoren el valor añadido económico y social del sistema.

3.1.9. Diversificar la gama de políticas sa-

nitarias financiadas a través del fondo de cohesión en función de las prioridades sociales y de la equidad distributiva para el conjunto del SNS

4. SOSTENIBILIDAD, LEGITIMIDAD Y PRÁCTICA CLÍNICA EN EL SNS

Los términos y conceptos han sido y son objeto de atención e interés en España, al igual que en otros países del mismo entorno socioeconómico. No obstante, el énfasis puesto en cada uno de ellos es desigual, así como el ámbito de medios de información y comunicación más o menos generalista o especializado donde habitualmente se abordan. Poco se ha escrito en cambio de la interrelación y entrecruzamiento de los tres elementos señalados, lo que parece tarea necesaria y paso inexcusable para sentar unas bases sólidas de futuro de un sistema de atención a la salud.

4.1. Sostenibilidad

De la sostenibilidad financiera del SNS se viene hablando insistentemente desde hace más de dos décadas, lo que no es de extrañar a la vista de los crecimientos del gasto sanitario público (GSP), así como de la aparente tendencia expansiva del mismo que, superando todos los voluntarismos políticos, ha ocasionado persistentes desviaciones presupuestarias que a su vez han requerido repetidas operaciones de saneamiento, y siguen siendo objeto de debate y tensión entre administraciones centrales y autonómicas por un lado, y financiadores y proveedores de servicios por otro. Para unos, el mencionado crecimiento es fuente de distorsión y desequilibrio al competir en el escenario presupuestario con otros rubros del capítulo de protección social tradicionalmente abandonados; para otros un creciente

GSP se configura como indicador positivo de un área de actividad económica en expansión que no debe ser señalada con alarma, cuando además España se sitúa en la cola de los países avanzados de la UE por lo que al mencionado índice se refiere.

En todo caso, se duda de la sostenibilidad financiera del SNS con cargo a fuentes exclusivamente públicas, y buscando soluciones se ha señalado repetidamente el copago de algunos servicios como procedimiento de finalidad doble: disuasión para su uso y fuente de financiación complementaria. Las propuestas planteadas en este sentido han sido en general recibidas con rechazo desde el ámbito social, y con cierto escepticismo desde el campo técnico, por creerse que fomenta la inequidad además de conllevar costes administrativos adicionales que probablemente neutralizarían el teórico efecto cofinanciador de la medida.

Casi nunca, sin embargo, se habla de la legitimidad del modelo que se pretende sostener y, menos aún, de los fundamentos en que debiera asentarse y los indicadores con que debiera medirse.

4.2. Legitimidad

Un sistema de atención a la salud con vocación de legitimidad podrá ser caro o barato, de financiación exclusiva o parcialmente pública, gestionado por proveedores públicos o privados, jacobino o descentralizado, pero siempre debería cumplir con ciertos criterios razonablemente medibles que acrediten que responde a las razones por las que ha sido creado, y a las expectativas de la mayoría de la población a la que sirve.

El primero y fundamental de estos criterios que podría denominarse criterio de efectividad, es que repare, conserve y eventual-

mente mejore el nivel de salud individual y colectiva de la población derechohabiente a él asignada. Con cierta frecuencia las propuestas políticas y las demandas sociales y profesionales se orientan más al crecimiento cuantitativo de la estructura y de la producción de servicios que al logro medible de mejoras en la salud. No es casual por ello, que sepamos tanto de infraestructura y producción y tan poco de resultados del SNS y sus subsistemas.

Ante estas carencias de información, es pertinente señalar aquí que un sistema público de salud no se legitima por las comparaciones interterritoriales o temporales en la porción de PIB que consume, cantidad de consultas o intervenciones que realiza, ratio médicos y/o camas por mil habitantes o producción científica; sólo los indicadores de salud y la satisfacción de los ciudadanos aproximan a establecer el grado de legitimación alcanzado.

El segundo sería el de accesibilidad, que requiere de poca glosa y aclaración. Cuanto más próximo en tiempo y espacio esté el dispositivo de atención del SNS, mejor cumplirá con este criterio. Y, como es obvio, a él alude el tiempo de espera para recibir el cuidado o la atención solicitada, tema éste, sí, muy tratado.

El tercero correspondería al de equidad, que debiera medirse por el grado de igualdad en el acceso a todas las atenciones que el SNS tiene previstas en función de las necesidades sanitarias para las poblaciones y personas asignadas. Ello debería implicar también igualdad en la expectativa de calidad de la atención a recibir.

Un cuarto criterio podría denominarse de amabilidad en el sentido más lato del término, que tiene que ver con el trato personalizado, la eliminación o reducción de actuaciones molestas o innecesarias y la

minimización de barreras burocráticas.

Por último, el SNS debiera estar en condiciones de rendir cuentas, lo que supone medir el cumplimiento de todos los criterios hasta aquí mencionados, y poner esa medida a disposición regular y periódica de los receptores de las atenciones del sistema y de los diferentes agentes sociales implicados en su financiación y gestión.

Un sistema de salud efectivo, accesible, equitativo, amable y accountable encontrará pocas dificultades para ser públicamente sostenible en términos financieros. Es dudoso en cambio que deba sostenerse con fondos públicos si no cumple mínimamente con esos criterios, aunque financieramente ello fuera posible. El binomio sostenibilidad-legitimidad se revela pleno de sentido, de modo tal que el primero de sus términos depende casi totalmente del valor del segundo.

4.3. La práctica clínica en la España del Siglo XXI

Al igual que en el resto del primer mundo desarrollado, el fin de siglo español ha sido testigo de un crecimiento espectacular en la producción de actuaciones médicas. La conjunción de envejecimiento poblacional, disponibilidad de más y mejores tecnologías diagnósticas y terapéuticas, y crecimiento del número de profesionales especializados dispuestos a indicárlas y usarlas, en un marco asegurador generoso con ocasionales incentivos a la producción, explican sobradamente la existencia de indicadores cuantitativos expansivos de consumo de medicamentos, pruebas diagnósticas, consultas e intervenciones quirúrgicas.

Semejante hecho fácilmente verificable, parece en principio satisfactorio, por cuanto evidencia cada vez que hay más

intervenciones en salud técnicamente posibles y un colectivo profesional cuantitativo y cualitativamente preparado para aplicarlas. Sin embargo, junto a ese imparable crecer se constata la existencia de algunos fenómenos inquietantes, tales como la introducción precipitada, desordenada y no regulada de nuevas tecnologías, la variabilidad inexplicada de uso y resultados, de multitud de prácticas clínicas, que inducen a sospechar que es probable que existe un uso no adecuado de medicamentos, técnicas y procedimientos, lo que se ha dado en llamar práctica clínica inapropiada.

Son muchos los patrones de organización y conducta profesional que pueden inducir o facilitar diferentes modalidades de práctica inapropiada, y en general determinan una superproducción de actuaciones.

El abordaje asistencial multidisciplinar, necesario por inevitable, y positivo por cuanto refleja la posibilidad de proporcionar cuidados médicos complejos con alto nivel de excelencia técnica, no debe hacer olvidar un importante riesgo inherente a la participación de varios profesionales en la atención a un único paciente: el troceamiento desorganizado y despersonalizado del proceso asistencial, que paradójicamente puede determinar un deterioro de la calidad asistencial. Riesgo y potencial deterioro que se ven hoy, además, amplificadas por el recomendado uso de guías y protocolos diseñados para el manejo de enfermedades específicas a pacientes reales afectados de más de una condición clínica, en los que los teóricos beneficios de actuaciones basadas en la evidencia se pueden convertir en pura yatrogenia, al colisionar entre ellas y/o operar sobre biología y contextos distintos de aquellos en las que probaron su bondad.

De lo dicho se concluye que pudiera ocu-

rir que se estuvieran consumiendo cuantiosos recursos en acciones inapropiadas, al tiempo que se dejan de invertir en omisiones igualmente inapropiadas. Parece pues que la práctica clínica apropiada y el conocimiento sobre los resultados en salud de las intervenciones médicas vienen a constituirse en los pilares de la legitimidad, y por ende de sostenibilidad del SNS.

4.4. Práctica clínica apropiada: rasgos definitorios y requerimientos

Se admite como definición de tal aquella que se ejerce bajo el principio de búsqueda de la mejor relación beneficio-riesgo para el paciente individualmente considerado, teniendo en cuenta sus expectativas y escala de valores.

Implica valoraciones probabilísticas técnicamente fundadas del beneficio y del riesgo de actuaciones médicas en cada paciente, además de una visión con perspectiva integral de su biografía sanitaria. Exige por tanto una cuidadosa atención individual ejercida por profesionales cualificados capaces, además, de interpretar las necesidades y demandas vitales del paciente.

REQUERIMIENTOS

Desarrollar una práctica profesional que cumpla con los criterios señalados precisa de unos requerimientos que, con carácter sintético, se señalan a continuación:

- a) Disponibilidad de tiempo.
- b) Delimitación precisa y aceptación consciente de ámbito de acción y responsabilidad de cada profesional en el

proceso de atención.

- c) Formación continua fundamentada en la mejor evidencia disponible.
- d) Destreza clínica y rigor ético.
- e) Conocimiento de interés por los resultados de la acción

4.5. PROPUESTAS DE ACTUACIÓN

Después de todo lo expuesto no es difícil extraer tres afirmaciones programáticas y alguna propuesta de acción consistente con las mismas.

- I.) El SNS deberá hacer explícito su compromiso con la efectividad, accesibilidad, equidad y rendimiento de cuentas (accountability) y organizarse explícitamente para su logro.
- II.) La medida del resultado en salud de las intervenciones médicas será un objetivo operacional del mismo nivel e importancia que su producción.
- III.) El fomento y facilitación de la práctica clínica apropiada se configura como un eje rector básico de la política organizativa y profesional en el SNS

La traducción en acciones de estos principios exige un nivel de estudio y detalle que sobrepasa con mucho la extensión de este trabajo. En todo caso se avanzan algunas propuestas de carácter general:

- a) Impulso decidido a la instrumentación efectiva de la Ordenación de Prestaciones, tal como ya se propone en normas legales vigentes (RD de Ordenación de Prestaciones y Ley de Cohesión) con especial énfasis en la introducción ordenada y uso tutelado de nuevas tecnologías.

b) Promoción, fomento y dotación económica preferente de sistemas coordinados de registro sistemático y líneas de investigación específica y dirigida, relativos a resultados en salud de las intervenciones médicas y sanitarias.

c) Establecimiento de mecanismos incentivos efectivos para la permanente alimentación de los sistemas de registro.

d) Redefinición de la misión del médico de Atención Primaria, enfatizando y posibilitando un papel de auténtico director de biografía sanitaria e hilo conductor permanente de los procesos asistenciales que tienen lugar en sus pacientes (especialmente en los crónicos).

e) Delimitación precisa de la función de los especialistas en los procesos diagnóstico-terapéuticos en que participan, con el norte y la orientación de reducir a lo estrictamente necesario la participación simultánea de varios de ellos en el manejo de pacientes que en todo momento deben disponer de una dirección de proceso responsable identificada.

f) Modificación del contenido curricular y de formación pre y posgrado de los profesionales sanitarios (especialmente los médicos), dotándolos de orientación acorde con una práctica clínica más integral basada en el uso crítico de la mejor evidencia disponible junto a un reforzamiento de formación en los aspectos ético-humanistas del ejercicio profesional.

g) Estímulo institucional efectivo a la práctica clínica apropiada mediante el establecimiento de políticas de personal que a través de sistemas de acreditación, formación continua y audit clínico vinculen la carrera profesional y parte de las retribuciones al nivel de cumplimiento de dicha práctica.

5. LÍNEAS ESTRATÉGICAS PARA LA REVITALIZACIÓN DEL PACTO POR LA SANIDAD POR UN SNS SOSTENIBLE

5.1. Cinco consideraciones como punto de partida

El punto de partida para el análisis y propuestas, se concreta en las cinco afirmaciones siguientes:

a) La sociedad española apoya profundamente los valores constitucionales de garantía de la protección de la salud, desarrollados en la Ley General de Sanidad, y sigue exigiendo a los poderes públicos que a través del sistema público de salud hagan realidad dichas garantías para todos los ciudadanos.

b) La sociedad española tiene derecho a que el SNS funcione adecuadamente y se configure como el marco organizativo para las acciones de los poderes públicos sobre la salud, en donde se pueda dar a la vez sinérgicamente la descentralización a las Comunidades Autónomas y la cooperación entre todos los territorios.

c) La sociedad española sufre con preocupación una serie de problemas de organización y financiación de la sanidad, que pueden ya estar dando lugar a problemas importantes de equidad en el acceso, de calidad y adecuación de los servicios sanitarios, y por ello exige a los poderes públicos que otorguen a la sanidad la prioridad política que le da la sociedad, y se realice un esfuerzo de reflexión y concertación para presentar alternativas que permitan la sostenibilidad de un SNS que responda a las expectativas de los ciudadanos, y al espíritu de las normas constitucionales y legales de protección del derecho a la salud.

d) La sociedad española entiende que la

expansión del conocimiento y la tecnología, así como las nuevas exigencias que plantea las necesidades, demandas y preferencias de las familias en relación con la atención a la salud y los cuidados a la dependencia, suponen desafíos muy importantes para los servicios públicos, y que por ello debe estar dispuesta a hacer un esfuerzo mayor de solidaridad; pero la sostenibilidad de un modelo más ambicioso de protección sometidas, que se justifiquen y legitimen desde la racionalidad del conocimiento experto, y desde la evidencia del acuerdo amplio de los agentes políticos, institucionales y sociales.

e) Por todo lo anterior, interpretamos que la sociedad española pide que se abra una reflexión profunda y comprometida en sede parlamentaria, orientada a evaluar los problemas de suficiencia, solidaridad, sostenibilidad, gobernabilidad y racionalidad del SNS, sobre el cual se plantee un nuevo acuerdo, un PACTO POR LA SANIDAD para la mejora y revitalización del SNS.

5.2. Suficiencia

Problemas:

El SNS no ha seguido en el pasado la senda del equilibrio y la suficiencia financiera, y el nuevo modelo iniciado en 2002 está dando síntomas claros de insuficiencia y de dificultad de control y autocontrol. Además, se visualiza la necesidad de obtener fondos adicionales para afrontar los desequilibrios que ya se han materializado.

Diagnóstico:

El modelo de corresponsabilidad fiscal limitada, basado sobre todo en la autonomía responsable por el lado de los gastos, aunque avanzó en una senda interesante, ha sido muy vulnerable a presiones exter-

nas e internas, las cuales han influido en una deriva inflacionista del gasto. Ello ha llevado, en un tiempo sorprendentemente corto, a anular las virtudes fundamentales del autocontrol y el autogobierno, y reeditar el problema de la financiación en clave de petición de más fondos al gobierno central.

Alternativas:

El modelo debe recuperar la senda de la corresponsabilidad, incorporando en dicho concepto decididamente la gestión por el lado de los ingresos para las administraciones autonómicas: debe haber un claro acuerdo de que si las CCAA deciden con amplia autonomía sobre los servicios que deben prestar a los ciudadanos, deben estar en condiciones de afrontar económicamente dichas decisiones. El papel de la Administración General del Estado debe situarse en clave de fomentar la solidaridad entre territorios y, en sanidad particularmente, debe desarrollarse a través de un fondo de cohesión de magnitud significativa y de gestión eficiente para corregir desigualdades y necesidades en salud.

Respecto a los problemas cuantitativos, será necesario derivar más fondos al SNS, lo que no parece desproporcionado si se tienen en cuenta los datos comparados con otros países de nuestro entorno. Aunque, por razones de eficiencia social, deberá hacerse teniendo en cuenta las variables que se plantean desde el criterio de sostenibilidad; dada la dificultad para plantear o justificar cambios en la asignación de fondos desde otros orígenes, no se podrá descartar el empleo de mayor fiscalidad (junto con otras medidas que favorezcan y premien la mayor eficiencia recaudatoria).

Además deberán revisarse las relaciones entre el sistema de Seguridad Social y el SNS, dado que existen decisiones de uno

que afectan a otro y viceversa, que tienen efectos económicos importantes (bajas laborales, gratuidad de medicamentos a pensionistas, aseguramiento de accidentes laborales y enfermedades profesionales); y también que el origen y vinculación con la Seguridad Social del SNS debe considerarse un activo de responsabilidad social cuyo reconocimiento es relevante para el sistema público de salud.

5.3. Solidaridad

Problemas:

El SNS, basado en un modelo de Seguridad Social que extiende su acción protectora a la población sin recursos, no ha completado su evolución normativa y organizativa hacia un sistema universal de aseguramiento público de salud, y ello crea desequilibrios y trastornos que afectan a los valores del sistema y a los derechos de las personas: en la definición de la ciudadanía sanitaria, en la delimitación de cobertura, en el fomento de valores colectivos y su correlato de desarrollo de instrumentos horizontales de colaboración y, en el impulso de la solidaridad con otros países y pueblos.

Diagnóstico:

La ciudadanía sanitaria es un nuevo concepto que puede ayudar a definir el conjunto de derechos subjetivos que tienen las personas en relación con la protección de la salud y con el SNS

Si todos somos iguales ante la Ley, y si el SNS se financia por impuestos, no tiene sentido definir el derecho a cobertura del SNS en clave de relación con el mercado de trabajo o con leyes de ampliación de cobertura.

Igualmente, determinados regímenes de

aseguramiento sanitario, como el mutualismo administrativo, las entidades colaboradoras de la Seguridad Social, las mutuas patronales de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, así como otras coberturas de aseguramiento que tienen área de solapamiento con la cobertura pública de salud (seguro escolar, de accidentes de tráfico, etc...) deben revisarse y actualizarse a la luz de las nuevas realidades del aseguramiento público universal de la sanidad, así como de la gestión autonómica a través de los servicios regionales de salud.

La falta de una visión común y universalista de la sanidad pública española, y la dificultad para que ésta cristalizara dentro del proceso de traspaso de competencias, ha debilitado enormemente la gestión por valores, y la creación de un claro referente colectivo de sistema; a esto se añade el hecho de que en la transferencia se dejaron decaer algunos valiosos instrumentos de gestión común que venía aportando el extinto INSALUD, y que podrían haber dado lugar a una base de funciones compartidas en la cadena de valor de los servicios sanitarios, sobre la cual haber cohesionado una arquitectura colaborativa y una conectividad para las abundantes economías de escala que plantea la gestión sistémica.

Alternativas:

Definir en torno al concepto de ciudadanía sanitaria el derecho positivo que dé seguridad jurídica a todas las personas en relación con su aseguramiento sanitario y el SNS, estableciendo los mecanismos de exigibilidad para hacer valer los derechos.

Definir con rango normativo de ley la universalización efectiva y directa de la acción protectora de la Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social que atiende el SNS, y re-

visar las situaciones anacrónicas y disfuncionales de otros regímenes de aseguramiento público o privado, en el sentido de hacer prevalecer la cobertura pública y única, con los mecanismos de transición que se consideren apropiados en cada caso. En el modelo sanitario español, los servicios de salud de las CCAA deben jugar un papel fundamental en la colaboración en la acción protectora sobre todos los riesgos laborales o especiales que afectan a la salud.

La Administración General del Estado deberá propiciar valores e instrumentos de cooperación para la gestión del SNS: el Fondo de Cohesión como instrumento central de acción sanitaria y redistributiva, y el fomento de estructuras y procesos comunes y compartidos para la logística del sistema, son dos aspectos fundamentales a considerar para institucionalizar en la práctica los valores de solidaridad del SNS.

Finalmente la Administración General del Estado deberá asumir un papel dinámico fundamental en el desarrollo de la solidaridad sanitaria con otros países y pueblos, con particular referencia a Latinoamérica y Magreb.

5.4. Sostenibilidad

La sostenibilidad es una dimensión fundamental para dar garantías de futuro al SNS; los principales factores que la condicionan pueden considerarse como externos, internos y finalmente, aquellos que tienen que ver con la adecuada utilización del conocimiento.

- EXTERNA

Problemas:

Los propulsores del gasto más importante

no son el envejecimiento ni el cambio de población, sino el aumento de la intensidad diagnóstica y terapéutica; el mayor consumo de inputs es claramente potenciado por agentes industriales externos (tecnología y farmacia) que tienen una gran capacidad de influencia en el mundo profesional y científico de la medicina, y en las decisiones clínicas de los médicos individuales. El problema en términos de eficiencia social no radica sólo en el crecimiento de costes, sino sobre todo en el limitado y desigual impacto en resultados en cantidad y calidad de vida, de forma que la ganancia marginal de salud de este mayor gasto es decreciente.

Diagnóstico:

Hay una dificultad para discriminar la innovación efectiva y establecer la forma más adecuada de difundir y aplicar las innovaciones para conseguir la mayor eficiencia social. A ello se añade una crisis de innovación en el mundo industrial, donde cada vez resulta más difícil encontrar nuevas tecnologías o fármacos que tengan un efecto disruptivo o supongan saltos cualitativos en la mejora de la efectividad diagnóstica o terapéutica. A lo anterior hay que añadir déficit en la acción de gobierno que dificultan desde la perspectiva de la gestión minimizar los conflictos de interés para facilitar mayores grados de libertad responsable e informada a los profesionales.

Alternativas:

Las acciones sobre tecnología están planteadas en torno a la evaluación de las tecnologías sanitarias para analizar su seguridad y su eficacia: una alternativa muy prometedora son los sistemas de uso tutelado, de donde se obtiene información de la efectividad de nuevas tecnologías en un pilotaje adecuadamente monitorizado,

y se obtiene el conocimiento necesario para tomar decisiones sobre su generalización en el SNS y las condiciones y recomendaciones para su utilización.

Más complejidad tienen las políticas del medicamento, aunque parte de la filosofía puede ser similar al de las tecnologías. Obviamente la evaluación de seguridad y eficacia están ampliamente reguladas y establecidas, pero la valoración de su efectividad puede plantearse en términos de si se incorpora o no a la financiación pública o con qué restricciones de indicación y control se hace.

Éste es el único camino para favorecer desde la función de compra pública el que la industria tecnológica y farmacéutica recuperen la senda de la innovación socialmente eficiente, de forma que se recompense los verdaderos avances en la investigación y desarrollo.

Otros campos de actuación deben revisarse; las políticas de precios del medicamento, el impulso de los precios de referencia de forma que pueda mantenerse el apoyo a los medicamentos genéricos, la revisión de competencias entre Administraciones para armonizar la acción del SNS, dejando que los que tienen responsabilidad final en el pago del gasto farmacéutico (CCAA) tengan también instrumentos de modulación sobre el uso racional.

La limitación de los conflictos de interés debe ser un objetivo común para las Administraciones, la industria y los profesionales; para ello las Administraciones deben asumir un papel activo en la formación de los profesionales y en la promoción del conocimiento; la regulación y autorregulación deben limitar los aspectos de ética más dudosas en la relación entre industria y profesionales.

- INTERNA

Problemas:

Los profesionales y trabajadores sanitarios no se sienten tan identificados como sería deseable con el SNS, hay una pérdida de legitimidad interna del SNS que se produce por la divergencia de visiones e intereses de los que en él trabajan; la necesidad de una convergencia estratégica no ha estado realmente en la agenda sindical y gestora del sector.

El envejecimiento de muchas plantillas, y la falta de políticas de promoción y carrera complica dicho panorama. Las mayores exigencias de los ciudadanos sobre el sistema repercute en las organizaciones como mayor presión de respuesta a sus empleados. Las transferencias no han tenido un efecto significativo en el clima laboral, aunque han implicado efectos de agravios comparativos entre CCAA que plantean problemas adicionales a la sostenibilidad.

Estos problemas se viven de forma particular en el ámbito de los profesionales (médicos fundamentalmente): la configuración burocrática de las instituciones públicas hacen difícil una praxis responsable y autónoma de los grupos profesionales, pero además han llevado a adormecer el profesionalismo y a inhibir liderazgos que puedan propiciar cambios de abajo a arriba, o desde los propios ámbitos de organización científica o colegial de las profesiones.

Diagnóstico:

Hay problemas de visión que subyacen a otros de políticas de personal; sin una visión de sindicatos y profesiones más próxima a sentimientos de copropiedad, es difícil esperar verdaderas soluciones. A partir de aquí se plantea como rediseñar

las políticas de personal en el SNS, de forma que aunque se respeten las condiciones de estabilidad y calidad del empleo público, se vayan abandonando las coordinadas burocráticas originales, a través de una mayor flexibilidad para adecuar la oferta a las necesidades cambiantes de la población, y una mayor capacidad de recompensar desempeños leales y comprometidos con los pacientes y con el Sistema Público de Salud.

Hay además una práctica inexistencia de políticas profesionales, que desde los centros sanitarios y desde los distintos niveles del SNS fomenten un nuevo profesionalismo, y añadan los elementos de promoción del conocimiento, de la autoorganización responsable y del reconocimiento a la excelencia en el desarrollo profesional.

Alternativas:

Se debe buscar un nuevo clima de encuentro entre Administraciones y representantes de los trabajadores del SNS y sobre esta base fundamentar un consenso fundamental para consolidar el contrato social para el SNS, como patrimonio de todos este consenso debe informar el desarrollo normativo en curso, y proyectarse como un referente en las políticas de personal y en las prácticas de negociación.

Junto a ello es necesario promover en distintos planos del SNS un marco de políticas profesionales que permitan generar liderazgos profesionales que impulsen el difícil camino de romper las burocracias profesionales para ir hacia un nuevo profesionalismo autoexigente y capaz de promover desde su iniciativa cambios en su entorno para hacer valer su papel de agente esencial al servicio y en defensa de sus pacientes.

Las administraciones sanitarias deben enfocar la sostenibilidad interna del sistema como un proceso de capitalización; no sólo el capital tangible es importante: es fundamental incrementar el capital intangible basado en el conocimiento, habilidades y motivaciones del factor humano, que se alimenta tanto por la formación como por la información y por la innovación; en otras palabras, promover que en nuestros centros y servicios sean organizaciones con capacidad de autoevaluarse, de compararse, de aprender a mejorar, de introducir innovaciones y, sobre lo anterior, incrementar la base de conocimiento o capital humano de la organización y sus componentes.

- DE LA BASE DE CONOCIMIENTO

Problemas:

A pesar de que el SNS y el sector sanitario juegan un papel fundamental en la sociedad del conocimiento contribuyendo decisivamente a la producción científica española, los instrumentos de gestión de la investigación científica y el desarrollo tecnológico no están claramente alineados con las necesidades y prioridades del SNS. Los instrumentos para la gestión de la investigación están también dificultados por la naturaleza burocrática de las instituciones sanitarias.

Un cambio disruptivo central en la sanidad viene por las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (TIC); sin embargo, las condiciones en las cuales está produciendo la aplicación de las TIC adolece de ajuste con un marco estratégico, lo que lleva a soluciones ineficientes.

Diagnóstico:

Definir una política científica implica replantear marcos de prioridades; el sesgo hacia

estudios básicos o biomédicos orientados a la eficacia llevan a una desatención o un subdesarrollo de la investigación epidemiológica, de intervenciones comunitarias en salud, o de investigación en servicios de salud; en otras palabras, se trataría de cambiar el foco desde la eficacia hacia la efectividad, e introducir la preocupación por la eficiencia en las innovaciones. Y esto lleva a que determinados problemas de salud que producen mayor daño o carga de enfermedad se visualicen en las políticas de investigación como problemas importantes que apelan al interés de la comunidad científica.

La investigación precisa una investigación dinámica, con capacidad de vincular ágilmente personas a proyectos, de motivar e impulsar desarrollos profesionales, de favorecer la horizontalidad y la cooperación entre profesionales, servicios y centros. Los desarrollos de redes temáticas de investigación cooperativa, de estructuras especializadas para la gestión de fondos de investigación en los centros, o el avance en la calidad de los contratos de los investigadores, son cambios relevantes para modernizar la organización, pero aún son insuficientes.

El desarrollo de las TIC debe pasar de la agenda de compras de recursos informáticos y telemáticos, a la agenda estratégica de la organización sanitaria, ya que conlleva oportunidades tremendas de aportar soluciones a importantes problemas de coordinación e interoperabilidad para sistemas complejos y distribuidos como el SNS.

Alternativas:

Sobre la base de las ideas anteriores, la sostenibilidad del SNS en términos de políticas de conocimiento orientaría alternati-

vas en tres frentes:

- Políticas de investigación y desarrollo, que permita modular el esfuerzo científico hacia objetivos socialmente relevantes.
- Políticas de modernización de la gestión y fomento de una infraestructura organizativa para la función de la investigación.
- Definición de una estrategia de TIC para el SNS, en la cual los principales retos como la Tarjeta Sanitaria, la Historia Clínica electrónica, la Telemedicina, la receta electrónica, los sistemas expertos, o el uso de bases de datos clínicas y administrativas sean piezas de innovación generadas desde el propio sector, como desarrollos alineados con las utilidades propias, y dentro de una racionalidad global del propio SNS.

5.5. Gobernabilidad

Problemas:

En la macrogestión, el SNS tiene una evidente debilidad de diseño y adolece de instrumentos efectivos para su gobierno y gestión. El SNS sigue siendo poco más que la mera definición que del mismo hizo la Ley General de Sanidad: sin personalidad jurídica, sin presupuesto, sin cabeza visible, sin órgano alguno permanente, su realidad es tan virtual como la del Sistema Nacional de Transportes... Además, la dificultad de papeles entre administraciones lleva una relación adversarial compleja (de ámbito institucional y político) que explica en parte la dificultad de funcionamiento experimentada por el Consejo Interterritorial. La estructura fragmentada del SNS se confronta con la centralización de agentes económicos, industriales y sindicales lo que añade mayor debilidad y problemas de sostenibilidad. La búsqueda de instru-

mentos de cohesión emprendida por la Ley de dicho nombre no parece estar jugando un papel relevante.

En la mesogestión, tras una década de esfuerzos por diseñar nuevas formas de gestión, el grueso del funcionamiento de los hospitales y centros de salud sigue anclado en modelos burocráticos, e incluso buena parte de la innovación en gestión contractual (contrato programa y de gestión) se ha debilitado tras las transferencias del Estado a las CCAA.

Nuestros servicios de salud, hospitales e instituciones sanitarias siguen careciendo de órganos colegiados de gobierno, etc... No parece posible la existencia de gestión sin gobierno. La idea de impulsar la calidad y la excelencia ha llevado a iniciativas gerenciales importantes pero aisladas.

En la microgestión se acumulan los problemas de la práctica clínica en condiciones de expansión del saber y de las expectativas y demandas de la población. La práctica clínica tiene un reto de racionalidad que luego comentaremos, pero que conduce a una dificultad para gobernar el proceso asistencial de forma efectiva y satisfactoria.

Diagnóstico:

En relación a los problemas de la agenda macro, al estar las competencias autonómicas ancladas en constitución, estatutos de autonomía, y desarrolladas por la LGS, el marco normativo, no parece por sí mismo muy relevante para imponer regulaciones a la función de coordinación y cohesión. Otras alternativas exigen movilizar instrumentos económicos, informativos o de conocimiento, que parecen poco disponibles en el corto plazo. La voluntad de construir un marco de cohesión entre par-

tes parece difícil ante las evidencias de bloqueo del Consejo Interterritorial.

La mesogestión va a ser sin duda el tema central de discusión y experimentación en la presente década: buscar una alternativa a la cultura burocráticas que no nos introduzca en la ética del mercado, pero que nos permita recompensar aquellos que más y mejor hacen su tarea. La gestión clínica exigen como condición un mayor otorgamiento de autonomía a los centros, y que haya un ambiente en el cual éstos tengan algo que ganar y algo que perder del cumplimiento de los objetivos y las expectativas formalizadas por el sistema a través de contratos, o bien, a través de mecanismos que permitan la comparación válida de desempeños y la incentivación de la calidad y la excelencia.

Pero la gestión clínica también se relaciona con la macrogestión a través de acciones de gestión del conocimiento que permiten estudiar las intervenciones sanitarias para hacer recomendaciones basadas en la mejor evidencia y en el mejor consenso profesional, y que se hagan disponibles a los profesionales para facilitar buenas decisiones.

Alternativas:

Los puntos anteriores señalan una agenda innovadora en la gestión institucional: los tres niveles apelan a cambios generales del SNS.

Obviamente en la macrogestión radica el problema principal de cómo hacer gobernable el SNS; esto implica utilizar elementos económicos (fondo de cohesión), informativos (creación de un SIS, bases de datos compartidas para funciones comunes y un sistema interoperable para la gestión de la interdependencia), y organizativos (repensar el Consejo y las es-

estructuras que, diferenciadas del Ministerio de Sanidad y Política y Social, deben prestar servicios comunes y horizontales a todo el SNS).

En el Estado de las autonomías actual, el rediseño que precisa el CI del SNS no puede menos de partir de un cierto carácter de cooperativa de los Servicios de Salud de las CCAA, en la que el Gobierno Central es un socio con especial peso y responsabilidades, la experiencia del Consejo Nacional de Salud de Suecia puede ser un punto de partida interesante para explorar nuevas alternativas a un modelo que ha demostrado sobradamente que no funciona.

Y además hay que usar instrumentos políticos, pues sólo un nivel de acuerdo y de lealtad entre las principales fuerzas políticas puede asegurar que la cooperación se instaure y deje vía libre para que los instrumentos económicos, informativos y organizativos cumplan su función.

La agenda de mesogestión tienen, obviamente, una mayor relevancia para las administraciones autonómicas, no obstante, desde la agenda-SNS se debe plantear con fuerza la necesidad de avanzar en la modernización de la administración pública: la flexibilización en las funciones de gestión económico-financiera, de gestión de personal, y de gestión contractual y logística, no plantea ningún conflicto insuperable con los principios que deben informar una buena gestión de recursos públicos (transparencia, concurrencia, mérito, capacidad, eficiencia, seguridad jurídica, etc...). Es preciso el rediseño organizativo de los servicios de salud, creando en ellos, y a todos los niveles, órganos de gobierno colegiados.

Finalmente, la agenda de microgestión para el gobierno clínico nos vuelve de

nuevo a situar en las responsabilidades del SNS como un todo para impulsar la buena medicina, a través del impulso a la evaluación de las intervenciones y la innovación, y de la elaboración de guías y otros instrumentos que puedan dar un soporte a las decisiones clínicas.

5.6. Racionalidad

Problemas:

Las políticas de salud y las reformas han ignorado los microsistemas (unidades clínicas) que en primera línea de relación con el paciente prestan servicios y determinan la calidad final de la asistencia. Hay problemas de calidad en la asistencia pública sanitaria, muy relevantes y que deber ser abordados de forma inaplazable.

Pero, además, nos encontramos con un desajuste creciente entre las expectativas de la población (inducidas desde la oferta), el crecimiento de la demanda y las posibilidades de que el sistema sanitario pueda avanzar significativamente en mejorar la salud de las personas y la población. Hay un patrón consumista de los servicios sanitarios que se estimula aún más desde una concepción medicalizada de las acciones preventivas, y que lleva a un perfil intervencionista generalizado que no solo plantea problemas de efectividad asistencial y eficiencia social, sino que implica peligros de yatrogenia a los pacientes.

El desarrollo del conocimiento y la técnica, y la mayor exigencia en los derechos de los ciudadanos, llevan a la expansión de los problemas bioéticos; conflictos ante nuevos procedimientos (clonación), conflictos por temas de autonomía del paciente y consentimiento informado, judicialización de la asistencia, etc...

Diagnóstico:

La mejora de la calidad asistencial implica redefinir la macro y la mesogestión hacia los microsistemas donde se desarrollan los procesos asistenciales y la interacción con el paciente; las crecientes interdependencias que provienen tanto de la mayor especialización de la oferta (medicina) como de la mayor cronicidad y comorbilidad de la demanda (los pacientes), llevan a que los problemas de gestión y logística clínica estén en el centro de la calidad. La gestión clínica no debe ser considerada un mero problema de cómo estructurar los servicios, institutos o unidades, sino un reto de manejo cooperativo y científicamente fundado del proceso asistencial y de las decisiones clínicas.

La fragmentación del sistema sanitario en niveles asistenciales, en servicios de especialidad, en vertientes asistenciales y de salud pública, o incluso su separación del ámbito sociosanitario, hacen muy difícil buscar estrategias sensatas para desarrollar intervenciones sanitarias. En este contexto, el poco poder y autonomía de la atención primaria, hace difícil que cumpla el desafío de actuar de elemento vertebrador del sistema asistencial; la dificultad para hacer progresar un enfoque poblacional (y no sólo de población usuaria) se corresponde también con la marginalidad de la salud pública.

En relación a los aspectos bioéticos debemos profundizar en el análisis de las causas que subyacen en los desajustes entre los principios de beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia; los sistemas sanitarios y los profesionales deben estar en condiciones de prestar una mayor atención a las expectativas, preferencias y derechos de los pacientes como elemento esencial de la calidad, y no como un aspecto acompañante de lo científico-técnico.

Alternativas:

La mejora de la calidad asistencial implica acciones de apoyo a los microsistemas clínicos, mejorando las bases científicas que apoyan las decisiones, pero muy especialmente la difusión e implementación del conocimiento existente, para mejorar los “gaps” entre eficacia y efectividad. Las estrategias mencionadas de gestión del conocimiento desde la red sanitaria empiezan a ser una prioridad fundamental. Pero también necesitamos incluir estrategias de mejoras de conocimiento y habilidades por parte de los profesionales, particularmente en áreas deficitarias como son las habilidades relacionales, el manejo de determinadas tecnologías que permiten una conectividad mayor (TIC), y el conocimiento de los métodos para detectar y mejorar los problemas de calidad. Obviamente, los problemas mencionados de motivación e incentivos son fundamentales: desde la perspectiva de la calidad, hay que favorecer la migración desde el “pagar por estar” o el “pagar por hacer”, hacia el pagar por “hacer bien lo que debe hacerse”.

Debe promoverse una reflexión sobre los elementos de crisis que conllevan la medicina moderna, y la medicalización de la vida cotidiana de las personas. Los sistemas sanitarios deben ayudar a promover el consumo responsable, las actuaciones preventivas que den a la persona mayor autonomía y capacidad de controlar su propia salud, y la orientación de corresponsabilidad de la comunidad y de las asociaciones de familiares y pacientes. La potenciación de la salud pública como elemento de impulso a la perspectiva poblacional, así como de la atención primaria, reforzada en su papel de consejero de los pacientes, promotor de estilos de vida saludables y agente para intermediar en su relación con el resto del sistema de salud.

Y, finalmente, se deben buscar un modo de respuesta proactiva hacia los derechos de los pacientes y el principio de autonomía que les asiste.

Es tarea de todos configurar la medicina y la asistencia clínica evitando en lo posible las prácticas inútiles, inseguras, innecesarias, inclementes e insensatas; aprender a situar al paciente informado en el centro de las decisiones sobre su salud, y aprender

a sopesar riesgos y beneficios desde la perspectiva combinada de los principios bioéticos.

A la vez, los sistemas sanitarios deben avanzar en aquellos aspectos de estructura y organización que permitan garantizar el respeto a la dignidad personal de los pacientes (intimidad, confidencialidad), así como el acceso, acogida y trato en el uso de los servicios sanitarios.



Comité institucional
Políticas de Recursos Humanos



Los recursos humanos son uno de los pilares básicos del Sistema Nacional de Salud (SNS).

Son los profesionales quienes atienden a los pacientes y a los ciudadanos. Su trabajo es consistentemente bien valorado por ellos, a menudo por encima de los factores tecnológicos y organizacionales. No cabe duda de que las políticas de recursos humanos inciden de forma decisiva en la calidad y en la eficiencia de la atención sanitaria del SNS. En los países desarrollados, la retribución de los profesionales es, y seguirá siendo, la de mayor peso proporcional dentro del gasto.

Por estas razones, las administraciones sanitarias deberían establecer unas líneas básicas para las políticas de recursos humanos a fin de consolidar un modelo de actuación basado en:

- a) la búsqueda del equilibrio entre la oferta y las necesidades de profesionales
- b) una dotación adecuada de los mismos de acuerdo a estándares aplicables al SNS
- c) su adecuada motivación.
- d) la excelencia de su formación.
- e) el fortalecimiento de su compromiso con el sistema sanitario público.

De igual modo y por la influencia directa que tienen sobre los profesionales, los servicios y la atención a la población, se deberá considerar la incorporación en las estrategias de planificación y gestión de los recursos humanos otros elementos como: las áreas de conocimiento médico emergentes, la producción constante de conocimiento en áreas ya existentes, los retos de atención al paciente en condiciones de seguridad clínica y su incorporación en las

decisiones individuales y estratégicas de salud y la necesaria sostenibilidad del sistema sanitario público que nos obligan a impulsar la innovación y la mejora continua, proponiendo la necesaria definición de un modelo de gestión del conocimiento del SNS que aborde el impulso de redes y nodos que promueva y difundan la innovación en organización de servicios, la promoción de la investigación traslacional, en el desarrollo de perfiles profesionales y en la implantación de modelos de aprendizaje más eficaces y eficientes, todo ello con la máxima utilización de las tecnologías de la información y comunicación.

En materia de planificación de recursos humanos deberán adoptarse medidas que permitan asegurar un número suficiente de profesionales para atender las necesidades del SNS en el mediano y el largo plazo. Esta planificación tiene que acompañarse de medidas de gestión de personal y de organización de los servicios que permitan hacer frente a los desequilibrios entre oferta y demanda de profesionales, y que sean consistentes con aquellas.

La formación de los profesionales sanitarios debe ser vista como un proceso continuo que empieza en el grado, prosigue con la formación especializada y se mantiene a lo largo de toda la vida del profesional con la formación continuada, que ha de ser acreditada y evaluada para de este modo dar consistencia y coherencia al modelo de desarrollo profesional, como elemento de incentiación y reconocimiento público e institucional de los profesionales.

Las actuaciones que se realicen en el ámbito de los recursos humanos deben ser coherentes con las impulsadas desde la Unión Europea. Por tanto, deben realizarse teniendo en cuenta el Espacio Europeo de Educación Superior, las directivas comunitarias generales que inciden en el sector y

aquellas otras que le afectan o le pueden afectar de forma específica (por ejemplo, sobre formación de profesionales, titulaciones, la futura directiva sobre derechos de los pacientes en la atención transfronteriza, etc.)

Además, en aspectos relacionados con la demografía sanitaria, se han de considerar también las recomendaciones que se recogen en documentos de la Organización Mundial de la Salud (Colaboraremos por la Salud. Informe sobre la Salud en el Mundo. 2006. OMS) y de la Unión Europea (Libro Verde de las Profesiones Sanitarias) (Human Resources for Health in Europe. 2006).

Como es sabido, en España la gestión de los recursos humanos está descentralizada en las Comunidades Autónomas y sus respectivos servicios de salud. Sin embargo, ello no debería impedir definir una serie de aspectos sobre los que, respetando las competencias propias de cada administración, puedan articularse acuerdos tendentes a mejorar la cohesión y la calidad del SNS.

El objetivo general de este documento es establecer un marco estratégico común para las políticas de recursos humanos del SNS, con pleno respeto a las competencias del Estado y de las Comunidades Autónomas. Este marco deberá funcionar como un referente en el diálogo de las administraciones sanitarias con los agentes sociales, y contribuir a fortalecer la cohesión y la calidad de la atención del SNS.

PROPUESTA DE ACUERDOS

1. Planificación

1.1. Desarrollar una planificación de los recursos humanos que permita asegurar en

número suficiente de profesionales, adaptando la oferta y a demanda de éstos a las necesidades del SNS considerando las distintas variables territoriales, funcionales y organizativas.

1.2. Establecer las herramientas necesarias para la planificación del Sistema Nacional de Salud, entre las que son prioritarias el desarrollo del registro de profesionales sanitarios del SNS y por ello se debe impulsar de modo firme su regulación y establecimiento por los responsables autonómicos así mismo se deben consensuar las variables que permitan la realización de estudios prospectivos, actualizar periódicamente dichos estudios, y definir y revisar estándares de necesidades de especialistas en particular y en su caso de otros profesionales sanitarios. Asimismo, las CCAA deberán aprobar Planes de Ordenación de Recursos Humanos, previa negociación en las Mesas Sectoriales de ámbito autonómico y en consonancia con lo contenido en el Estatuto Marco.

El Ministerio aprobará una norma que regule la libre colegiación para los profesionales que ejerzan su actividad con carácter exclusivo en el sector público.

1.3. Definir los perfiles competenciales de las distintas profesiones sanitarias, valorando su incidencia en la organización de los servicios de salud. Para ello, los grupos de trabajo ya constituidos, sobre enfermería, técnicos y auxiliares proseguirán sus trabajos en la línea acordada por la Comisión de Recursos Humanos del SNS, y presentarán sus conclusiones en un plazo no superior a seis meses.

1.4. Reforzar la relación entre las administraciones educativas y universitarias para el establecimiento de nuevos marcos de trabajo, que permitan avanzar en los desarrollos normativos apropiados, con el ob-

jetivo de adecuar las necesidades de los profesionales definidas en los estudios elaborados a tal efecto, con la oferta de Plazas MIR, y con las plazas universitarias de cada colectivo profesional.

1.5. Desarrollar perfiles profesionales de gestión y servicios, tales técnicos, juristas, economistas, sociólogos, psicólogos, profesores de primaria y secundaria, etc, con alta capacidad de implicación, y de generación de conocimiento en el ámbito de la salud y de responsabilidad para un buen funcionamiento de las organizaciones sanitarias.

1.6. Negociar la disposición transitoria recogida en el EBEP sobre clasificación profesional, en consonancia con el Modelo Bolonia y Copenhage.

2. Gestión de personal y organización de los servicios.

2.1. Desarrollar un sistema de información de Recursos Humanos para el SNS, que forme parte y de soporte a un Observatorio de Políticas de Recursos Humanos del SNS, y donde se recoja información sobre carrera profesional (incorporando el actual Observatorio de Carrera), retribuciones, jornadas, categorías y pactos sociales alcanzados en las diferentes servicios de salud, todo ello con la finalidad de minimizar las dificultades existentes a la hora de valorar los diferentes elementos del mercado de trabajo, de manera que se consiga mantener un nivel de corresponsabilidad entre la Administración y los representantes de los trabajadores, promoviendo el equilibrio en el conjunto del Sistema Nacional de Salud.

2.2 Acordar políticas comunes sobre aspectos relacionados con la aplicación de la normativa básica aplicable a la relación

funcionarial especial del personal estatutario, clarificando los problemas de solapamiento normativo que, en determinadas materias, se han producido entre el Estatuto Marco y el Estatuto Básico del Empleado Público, y estableciendo la aplicación preferente de las especialidades normativas contenidas en el Estatuto Marco en adecuación a las singularidades del servicio sanitario.

2.3. Desarrollar un marco estratégico común sobre retribuciones, condiciones laborales, selección, provisión de plazas, traslados y categorías profesionales.

2.4. Garantizar la incorporación del reconocimiento adecuado de la formación y la investigación, potenciando el papel de ambas en la carrera de los profesionales del sistema sanitario, así como impulsar una línea de investigación en sociedad y salud. La investigación es y debe seguir siendo en el sector sanitario una línea de trabajo preferente. Una de las cuestiones que se debe desarrollar en breve es la regulación del personal becario que trabaja en las instituciones sanitarias o fundaciones de investigación.

2.5. Analizar el impacto de la feminización de las profesiones sanitarias, al objeto de adecuar la organización del trabajo a la nueva realidad existente.

2.6. Mantener en el Ministerio de Sanidad un sistema actualizado de categorías profesionales existentes en cada servicio de salud, y homologadas, que garantice el derecho de libre circulación o movilidad de los profesionales en el conjunto del SNS.

2.7. Fomentar el análisis previo, y participación, de las Administraciones Sanitarias autonómicas y estatal, en materias objeto de negociación en la Mesa General de Negociación, cuando se negocien condicio-

nes de trabajo que afecten al personal estatutario de los Servicios de Salud.

3. Formación

3.1. Adaptar los sistemas de formación especializada a las necesidades de los profesionales, de la sociedad y de los servicios de salud, desarrollando el sistema troncal de formación especializada, regulando la reespecialización, desarrollando las Áreas de Capacitación Específica (ACES) y potenciando el desarrollo profesional continuo. Para ello:

a.) Se impulsara la troncalidad de las especialidades sanitarias en línea con los trabajos que está desarrollando la Comisión de RRHH del SNS.

b.) Revisión y actualización del catalogo de especialidades. En esta misma línea se debe iniciar una revisión y actualización del Catalogo de Especialidades acordes a las actuales prestaciones sanitarias (Cuidados Paliativos, Urgencias y Emergencias, Psiquiatría Infantil, ...)

c.) Se definirán los diferentes modelos de reespecialización que prevé la LOPS

d.) Se definirán las diferentes ACES, en consonancia con el modelo formativo resultante en aplicación de la troncalidad y el nuevo mapa de especialidades y se promoverá la identificación de una red de servicios acreditados para la formación en ACES.

e.) Se consolidará el sistema de acreditación de actividades de formación continuada del SNS, se definirán los diplomas de acreditación de acreditación avanzada y se impulsará la certificación y recertificación de los profesionales (incluido el personal de gestión y servicios), promoviendo la

coordinación entre los diferentes órganos de las comunidades autónomas y las agencias certificadoras de las administraciones sanitaria y universitaria.

Se homogeneizará en el conjunto del Estado el valor del crédito horario, así como se acordarán baremos tanto para selección como para provisión de plazas con horquillas que valoren el peso de la formación, experiencia profesional y otros méritos. El Ministerio creará una Agencia de evaluación de ámbito estatal, que auditará a las agencias de acreditación de las CCAA y del propio Ministerio.

3.2. Adecuar la oferta de plazas y los contenidos formativos de las diferentes titulaciones sanitarias, así como la titulación de los especialistas a la capacidad docente del SNS garantizando el nivel de calidad y el carácter continuo de la formación potenciando el papel de la Agencia de Calidad del SNS y la colaboración de las agencias certificadoras de las comunidades autónomas.

3.3. Completar el desarrollo del Real Decreto 183 y su aplicación a las Comisiones de Docencia y demás estructuras docentes, como elemento de mejora en la gestión de la formación especializada.

3.4. Potenciar la formación en diseño curricular y en metodologías docentes para profesionales sanitarios promoviendo la constitución de una red de expertos en educación en ciencias de la salud, en la que se tendrá en cuenta de forma preferente las Escuelas de Salud Públicas existentes.

3.5. Impulsar el conocimiento y desarrollo en su caso de competencias de acción sociosanitaria de los profesionales del sistema nacional de salud.

3.6. Impulsar el desarrollo de las especialidades de Enfermería.

4. Coordinación y cohesión

4.1. La Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, creada por la LOPS, se considera el órgano de coordinación y cohesión adecuado para la definición de las estrategias concretas en el desarrollo de los diferentes acuerdos alcanzados por el Comité Institucional de RRHH.

4.2. Debe estimularse que, tanto en Comisión Técnica Delegada como en el Pleno, se establezca un funcionamiento suficientemente dinámico que posibilite el debate específico de cada uno de los temas del Pacto en el ámbito de los RRHH, promoviéndose para ello la celebración de sesiones monográficas que permitan la definición y ejecución de acciones concretas.

5. Estrategias de cooperación internacional en materia de recursos humanos

Las administraciones sanitarias españolas son conscientes del papel que el SNS

juega en el escenario internacional y en el desarrollo de las políticas de salud de la OMS y de la UE.

En consecuencia:

5.1. Se definirán estrategias básicas comunes de cooperación para la formación de profesionales sanitarios, con la intención de colaborar en el fortalecimiento de los sistemas de salud en los países en desarrollo.

5.2. Se establecerán las bases para modelos de colaboración bidireccional con los países proveedores de profesionales sanitarios que garanticen el respeto a los criterios éticos para su reclutamiento y que garanticen la formación de calidad de estos profesionales.

5.3. Con vistas a lo anterior, y sin perjuicio de otras acciones que puedan emprenderse, se diseñarán líneas comunes de colaboración con los servicios asistenciales y centros de formación de profesionales sanitarios de excelencia en los diferentes países europeos.



Comité Institucional
Cartera de Servicios, Centros, Servicios y
Unidades de Referencia y Listas de Espera



La cohesión del Sistema Nacional de Salud (SNS) en lo relativo a las prestaciones sanitarias y a centros, servicios y unidades de referencia (CSUR) es indispensable para garantizar la equidad en el acceso y la eficiencia en la atención sanitaria de todos los españoles.

La cartera de servicios comunes del SNS tiene una doble trascendencia: por un lado, garantiza prestaciones sanitarias de calidad a todos los usuarios del SNS y, por otro, tiene una clara repercusión en la financiación, ya que cualquier modificación en las prestaciones tiene su impacto en el gasto del sistema sanitario público.

La designación de CSUR tiene como objetivo garantizar la calidad, la seguridad y la eficiencia de la atención sanitaria a aquellas patologías que, por distintas razones, precisan una concentración de casos y de los recursos diagnósticos y terapéuticos. El sistema de designación se ha de sustentar sobre la base de la mejor evidencia disponible, en procedimientos de acreditación reglados y en la participación de las administraciones interesadas en la toma de decisiones.

La existencia de demoras en el acceso a los servicios sanitarios es común a muchos sistemas de salud. En nuestro país, las comunidades autónomas (CCAA) han aprobado normas sobre garantías de tiempos máximos de espera, sin perjuicio de lo cual en diversas ocasiones han manifestado la necesidad de que exista una norma básica y común para todo el SNS.

En el momento actual, se cuenta con regulación sobre la incorporación o exclusión de técnicas, tecnologías y procedimientos (Orden SCO/3422/2007, por la que se desarrolla el procedimiento de actualización de la cartera de servicios comunes del SNS), así como sobre la designación de

CSUR (Real Decreto 1302/2006, por el que se establecen las bases del procedimiento para la designación y acreditación de los CSUR del SNS).

En ambos terrenos el papel del Consejo Interterritorial y de los órganos que de él dependen (la Comisión de Prestaciones, Aseguramiento y Financiación y el Comité de Designación de CSUR del SNS) es muy relevante.

En la actualidad se dispone de experiencia, tanto en lo referente a la actualización de la cartera de servicios como en la designación de CSUR (se han designado 68 centros durante los ejercicios de 2008 y 2009). De ella se debe partir a la hora de formular compromisos de mediano plazo entre la Administración General del Estado y las CCAA, dirigidos a aumentar la eficacia y eficiencia de las prestaciones sanitarias.

A continuación se detallan los posibles acuerdos derivados de las reuniones celebradas por el Comité Institucional los días 30 de septiembre, 12 de noviembre de 2008 y 12 de febrero de 2009. También se han considerado las aportaciones recibidas de distintas organizaciones profesionales y agentes sociales.

CARTERA DE SERVICIOS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

1.- Mayor coordinación en las carteras de servicios

- Potenciar la coordinación en esta materia entre las administraciones con base a lo establecido en el art. 11 del Real Decreto 1030/2006, respetando las competencias de las CCAA en la introducción de prestaciones complementarias en sus carteras de servicios.
- El Consejo Interterritorial debe conocer,

debatir y, en su caso, realizar recomendaciones sobre las prestaciones comunes y complementarias que vayan a ser establecidas tanto por la Administración General del Estado como por las CCAA.

2.- Evaluación previa a la inclusión en la cartera de servicios comunes

- Proseguir, en el seno de la Comisión de Prestaciones, Aseguramiento y Financiación, el trabajo de priorización y análisis de las solicitudes de actualización de cartera, teniendo en cuenta tanto su impacto poblacional como las disponibilidades existentes.

- Continuar reforzando las acciones de potenciación de las Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, mejorando su capacidad de coordinación y de trabajo en red e incrementando la difusión de sus informes técnicos. En particular, se requiere impulsar la detección de técnicas, tecnologías y procedimientos emergentes, tal como se recoge en la Orden SCO /3422/200.

3.- Desarrollar la cartera actual de servicios comunes:

- Avanzar en la concreción de la actual cartera de servicios comunes. En particular, precisar el contenido del apartado de la atención especializada para clarificar si determinadas tecnologías, procedimientos e indicaciones se hallan incluidos o no entre las prestaciones del Sistema Nacional de Salud.

- Impulsar el desarrollo de la atención a la discapacidad sobre la base de una creciente coordinación entre el Sistema de Salud y los Servicios Sociales, con particular atención a la asistencia en el ámbito domiciliario.

- Promover las garantías de accesibilidad a las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud, impulsando la eliminación de barreras para el acceso de las personas con discapacidad.

4.- Estrategias de desarrollo de sistemas de información de cartera de servicios

- Impulsar el desarrollo del sistema de información de la cartera de servicios en el que se recoja el contenido de la cartera común del SNS y el de las carteras complementarias de las CCAA, conforme a lo dispuesto en el artículo 12 del Real Decreto 1030/2006.

- Continuar desarrollando sistemas de información y guías descriptivas para diferentes prestaciones tales como: productos dietéticos, ortoprotesis e implantes quirúrgicos.

- Utilizar plataformas de intercambio de información (eRoom) entre el Ministerio y las CCAA que permitan compartir las diferentes actuaciones en relación con las carteras de servicios comunes y complementarias.

5.- Estrategias para una gestión más eficiente de las compras en el Sistema Nacional de Salud.

- Compartir información sobre precios, características y calidades de los productos.

- Desarrollar el acuerdo del Consejo Interterritorial sobre importes máximos de financiación para los productos dietéticos (en aplicación de la Ley 53/2002, de 30 de diciembre, de Medidas Fiscales, Administrativas y del Orden Social) y preparar las propuestas correspondientes a ortoprotesis e implantes quirúrgicos.

CENTROS, SERVICIOS Y UNIDADES DE REFERENCIA DEL SNS

Estrategias de consolidación del proceso de designación de centros, servicios y unidades de referencia

- Avanzar en la consolidación del proceso en marcha, completando la determinación de las patologías y técnicas a atender en CSUR, incluidas las enfermedades raras, e impulsando la mejora continuada del procedimiento a través de su evaluación anual con indicadores de proceso y resultados.
- Impulsar los registros de pacientes en los CSUR ya designados, para recoger la información del proceso de atención y obtener los indicadores de procedimiento y resultados que en cada caso se definan.
- Elaborar protocolos de atención y guías de práctica clínica para las patologías que tienen designados CSUR, con la participación de los centros.
- Favorecer la coordinación entre los

CSUR y el resto del sistema sanitario para facilitar una atención continuada a los pacientes.

- En el marco de la Unión Europea, seguir defendiendo el principio de que los centros de referencia europeos deberán serlo con el acuerdo previo de los Estados Miembros.

TIEMPOS DE ESPERA EN EL SNS

Estrategia de establecimiento de garantías de tiempos máximos de espera

- Desarrollar una norma básica y común en materia de garantías de tiempos máximos de espera para todo el SNS. Para su desarrollo se ha de partir de la consolidación de los sistemas de información sobre tiempos de espera en intervenciones quirúrgicas, consultas externas y pruebas diagnósticas ya existentes y alcanzar un consenso sobre las prestaciones que han de tener tiempos de atención garantizados.



Comité Institucional
Racionalización del Gasto Sanitario



ESTRATEGIAS PARA UNA GESTIÓN COMUN Y EFICIENTE DE LAS COMPRAS EN EL SNS

- El Comité propone que todos los servicios regionales de salud adopten políticas de centralización de las compras, dados los resultados positivos alcanzados en las Comunidades Autónomas que han puesto en marcha este tipo de iniciativas.
- En este ámbito se considera la conveniencia de compartir información sobre precios, características y calidades de los productos ya que estas actuaciones podrían redundar en una menor variabilidad y en una reducción de los precios.
- Se propone la constitución de un equipo técnico, integrado por representantes de las Comunidades e impulsado y coordinado por el Ministerio de Sanidad, para el desarrollo del sistema que permita dicho intercambio.

ANÁLISIS DE LAS EXPERIENCIAS DE GESTIÓN DESARROLLADAS A NIVEL MACRO EN NUESTRO PAÍS

El Comité Institucional:

- Considera necesario compartir información sobre las características de las experiencias de los diferentes modelos de gestión que se desarrollan en el conjunto del Sistema Nacional de Salud y sus resultados en términos de salud y de eficiencia mediante la realización de estudios ad hoc que se encargarán desde el Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

Los resultados servirán para arrojar luz e información útil para la toma de decisiones, que deberán ir orientadas a potenciar el Sistema Sanitario Público, extendiendo

las medidas que se consideren positivas al Modelo de Gestión Tradicional (entre otras, eliminación de la intervención previa).

- Propone al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud que, en una próxima reunión, proceda al encargo de los trabajos sobre las experiencias de gestión mencionados en el apartado anterior. Dichos trabajos deberán delimitar claramente el contexto del estudio, ofrecer información verificable sobre experiencias contrastadas y basadas en evidencias, no en percepciones, y, en la medida de lo posible, incluir también los resultados en salud.

EVALUACIÓN DE INICIATIVAS DE GESTIÓN CLÍNICA DESARROLLADAS EN LOS SERVICIOS DE SALUD

El Comité Institucional:

- Considera conveniente compartir información sobre las características de las experiencias desarrolladas en los servicios de salud y conocer su impacto en la eficiencia de la gestión de recursos, con estudios ad hoc encargados desde el Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.
- Propone al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, que en una próxima reunión, proceda al encargo de los trabajos sobre iniciativas de gestión clínica mencionados en el apartado anterior.
- Recomienda la progresiva implantación, ampliación y/o homogeneización de los sistemas de contabilidad analítica en los sistemas regionales de salud de forma que permitan el conocimiento detallado de los costes vinculados a la asistencia sanitaria, la comparación y benchmarking entre CCAA y, con ello, el incremento en la disponibilidad de información para la mejora

de la eficiencia. El desarrollo los trabajos de homogeneización debe llevarse a cabo con el liderazgo y coordinación del Ministerio de Sanidad.

ESTRATEGIAS DE INFOMACIÓN Y EDUCACIÓN PARA EL USO CORRECTO DE SERVICIOS POR PARTE DE LOS CIUDADANOS

El Comité institucional

- Considera conveniente articular acciones institucionales que contemplen la realización de campañas y acciones informativas y educativas dirigidas tanto a ciudadanos en general como a usuarios de la sanidad, con el objetivo de promover un uso correcto de los servicios sanitarios.

- Propone al Consejo Interterritorial que defina, para todo el conjunto del Estado, los contenidos de los mensajes institucionales, que habrán de ser homogéneos e iguales, para todas las campañas que se realicen tanto por la Administración del Estado como por las Comunidades Autónomas.

Igualmente se propone que el inicio y desarrollo de las campañas y acciones previstas se haga de forma simultánea, para conseguir un efecto multiplicador y llegar así mejor al ciudadano, implicando a los sectores extrasanitarios y evitando efectos indeseados.

ESTRATEGIAS PARA LA MEJORA DE LA CAPACIDAD DE COBRO A TERCEROS

El Comité Institucional:

- Propone la constitución de un grupo de trabajo técnico integrado por representan-

tes de las Comunidades e impulsado y coordinado por el Ministerio de Sanidad, para compartir experiencias, coordinar y establecer acciones conjuntas y mejoras que permitan la detección de asistencias facturables, agilizar la gestión del cobro y buscar soluciones a los problemas existentes en la facturación a terceros, bien se deba a la existencia de una lesión facturable, a la condición del asegurado o a la existencia de un tercer país obligado al pago.

- Considera necesario avanzar en los trabajos de armonización de tarifas a través del equipo técnico ya creado a tal efecto, con el objetivo final de que el Ministerio establezca unas tarifas para el cobro de la actividad que deban abonar otros estados.

EFICIENCIA EN LA AUTORIZACIÓN Y USO DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS

El Comité Institucional considera necesario:

- Seguir reforzando y potenciando las acciones de las Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias.

- Mejorar e incrementar la coordinación y el trabajo en red de las Agencias.

- Potenciar al máximo la difusión y el conocimiento de sus informes técnicos, a través de diversas vías, tales como "GuiaSalud", biblioteca del Sistema Nacional de Salud (SNS) en la que participan las Comunidades Autónomas, que promueve la elaboración y uso de Guías de Práctica Clínica (GPC) y otras herramientas y productos basados en la evidencia científica.

- Seguir trabajando y potenciando la capacitación de los profesionales en evaluación de tecnologías sanitarias.

ESTRATEGIAS PARA EL USO ADECUADO DE MEDICAMENTOS EN LA POBLACIÓN Y PARA EL USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS

El Comité Institucional considera conveniente:

- Trabajar en la adecuación de los formatos de presentación de los fármacos a criterios estandarizados (de acuerdo con la posología de su indicación principal), para evitar los excedentes de unidades de medicamentos en determinados tratamientos y en el desarrollo de dispositivos y sistemas personalizados que ayuden al mejor cumplimiento de los tratamientos especialmente en pacientes crónicos polimedicados.
- Realizar acciones de educación sanitaria e información sobre uso adecuado de medicamentos y prevención de la automedicación.
- Impulsar actuaciones en la oferta de medicamentos con impacto en la atención primaria y también en atención hospitalaria.
- Revisar la actual normativa de publicidad y promoción de los medicamentos, así como incidir en la coordinación de la atención primaria y especializada.
- Continuar con las estrategias de Uso Racional del Medicamento que vienen llevándose a cabo en las Comunidades Autónomas en el ámbito de la atención primaria y avanzar más en atención hospitalaria.
- Estrategias para optimizar los mecanismos de financiación y oferta de medicamentos. Promoción de iniciativas que incidan sobre la oferta de medicamentos, especialmente sobre los aspectos de inclusión en la oferta pública, la fijación de

precios, y la definición de las condiciones de financiación. En este sentido, sin perjuicio de las competencias que le corresponden al Ministerio de Sanidad y Política Social, se cree conveniente contar con la participación de las CCAA en el desarrollo de dichas políticas.

ESTRATEGIAS PARA EL ESTABLECIMIENTO DE POLÍTICAS RETRIBUTIVAS COMUNES EN EL SNS

El Comité Institucional considera conveniente:

- Establecer mecanismos que permitan limitar la actual espiral inflacionista, para lo que se podrían fijar bandas retributivas comunes para "conceptos retributivos iguales" existentes en todas las CCAA.
- Una revisión de los modelos retributivos, en general, que deberían modificarse para propiciar la retribución de la producción, el especial rendimiento, la excelencia y el cumplimiento de objetivos de la organización.
- La constitución de un Observatorio de Retribuciones del Sistema Nacional de Salud (derivado de la Mesa Sectorial de Sanidad) que facilite el intercambio de información sobre los criterios en relación a la política retributiva de las comunidades autónomas.

POLÍTICAS COMUNES EN RELACIÓN A PRÓTESIS Y TRANSPORTE SANITARIO

El Comité Institucional propone al Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud:

- La conveniencia de compartir e intercambiar Información sobre indicaciones protésicas, los mecanismos de indicación que

se siguen en las Comunidades Autónomas, y en igual sentido sobre otras prestaciones complementarias como el transporte sanitario.

- La constitución de un grupo de trabajo técnico, integrado por representantes de

las Comunidades e impulsado y coordinado por el Ministerio de Sanidad, para plantear y resolver los problemas que generan los traslados de pacientes entre las distintas CCAA a través de la ordenación, el establecimiento de protocolos y criterios comunes.

A microscopic image showing several cells, likely bacteria or yeast, with a blue tint. The cells are in various stages of division or growth, with some showing internal structures.

Comité Institucional
Políticas de Calidad e Innovación



Este Comité Institucional de Políticas de Calidad e Innovación ha realizado hasta el momento tres reuniones presenciales (Madrid 30 de septiembre de 2008, Santiago de Compostela 16 de diciembre de 2008 y Madrid 20 de abril de 2009).

Este Comité reconoce los logros en materia de calidad e innovación en el SNS, así como los hitos que han supuesto para ello la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, aprobada en el 2003 y el Plan de Calidad que comenzó en 2006 y sigue en vigor. La colaboración entre las administraciones sanitarias y autonómicas ha sido la base para el desarrollo hasta el momento, y deberá serlo para la mejora en el futuro.

La Ley de Cohesión y Calidad tiene dos propósitos fundamentales: garantizar la cohesión entre los Servicios de Salud de un Sistema descentralizado y facilitar su modernización.

Para plasmar el segundo objetivo en el título de dicha Ley se ha utilizado la palabra calidad, por entender que es el objetivo de la modernización del sistema sanitario.

La Ley de Cohesión y Calidad es el marco que define el funcionamiento del Sistema Nacional de Salud para los próximos años. La actualización y modernización del Sistema Nacional de la Salud es una necesidad para garantizar que el sistema público se adapta a las necesidades de los ciudadanos.

El Plan de Calidad permite operativizar y financiar actuaciones concretas para la mejora del SNS.

Tras algo más de un lustro (desde el 2002) de haberse completado el proceso de descentralización del SNS, parece un buen momento para la reflexión conjunta y el es-

tablecimiento de líneas estratégicas de futuro comunes. En este sentido, se regulará el derecho universal a todos los ciudadanos de las prestaciones sanitarias.

En este sentido, el OBJETIVO de este Comité es identificar aspectos de la calidad e innovación sanitaria que requieran de un esfuerzo conjunto para producir un avance, una mejora sustancial, en los procesos y resultados del SNS en estos campos.

En este marco y con este objetivo, se han definido **tres ejes transversales de actuación, que son principios generales del SNS:**

- **Equidad**, considerando que la igualdad en el acceso a los servicios de salud es necesaria pero no suficiente para garantizarla. Asegurar una calidad homogénea en todos los procesos asistenciales para todas las personas, independientemente de sus características personales y sociales (edad, sexo, lugar de residencia, clase social, nacionalidad, discapacidad), es la mejor manera de alcanzar la equidad.
- **Participación**, de todos los agentes implicados, sean profesionales como personas usuarias, como reconocimiento de derechos y para la mejora de la calidad, acercando los servicios sanitarios a quienes mejor conocen las necesidades en la práctica.
- **Gestión del conocimiento** de manera democrática y efectiva, promoviendo la reflexión inteligente y la generación de innovación en todos los ámbitos y niveles asistenciales, así como su difusión a todos los agentes implicados para que se incorpore en la toma de decisiones en la planificación y gestión de los servicios, en el ejercicio de la práctica clínica y en la parti-

cipación informada de la ciudadanía. Las líneas de acción son las siguientes:

- Estrategias de salud
- Sistemas de información
- Formación

ESTRATEGIAS DE SALUD

El trabajo aplicado en los últimos años por las distintas administraciones sanitarias españolas ha puesto en vanguardia a nuestros servicios sanitarios y ha permitido la colaboración institucional en aspectos tan relevantes como las Estrategias de Salud aprobadas unánimemente por el Consejo Interterritorial. Los retos que se plantean para el futuro próximo, y que son motivo del presente Pacto por la Sanidad son los siguientes:

- Desarrollar la metodología de evaluación de las estrategias, de manera que permita compartir el conocimiento de lo realizado y de sus resultados para mejorar su calidad de manera continua. Debe ser una metodología elaborada por consenso con todas las partes implicadas, especialmente por todas las administraciones sanitarias, y que proporcione información tanto cuantitativa, con indicadores de procesos y resultados, como cualitativa, con análisis de buenas prácticas.
- Establecer mecanismos de coordinación y cooperación de las estrategias entre sí y de cada estrategia con los planes correspondientes en las CCAA, para mejorar la efectividad y eficiencia de los recursos destinados en todos los ámbitos.
- Desarrollar y evaluar la estrategia de seguridad de pacientes, con proyectos específicos en las unidades de cuidados intensivos y en atención primaria, mejorando la información a pacientes y la formación de profesionales, la cultura en

seguridad, así como fomentar la notificación de incidentes y efectos adversos.

- Desarrollar y evaluar una estrategia de equidad de género en el SNS, que proporcione la guía para la aplicación de la LEY ORGANICA 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres, en Sanidad, incluyendo el abordaje de enfermedades específicas que presentan desigualdades de género, así como las acciones transversales a todas las actuaciones del SNS (sistemas de información, recursos humanos, planificación y prestación de servicios).
- Profundizar en el desarrollo y el impacto en la práctica clínica de las herramientas para la evaluación de las tecnologías sanitarias y del conocimiento científico, como son los informes de las Agencias de evaluación de tecnologías, las guías de práctica clínica y otras.
- Avanzar en la normalización de estándares de calidad de centros y unidades sanitarias.

SISTEMAS DE INFORMACIÓN

Sistemas que generen conocimiento útil para mejorar tanto el SNS, proporcionando indicadores comunes a todos los servicios de salud que lo componen, como la práctica clínica, compartiendo la información de las historias clínicas. Así, en esta línea de acción, se plantean tres proyectos fundamentales:

- Análisis y mantenimiento de los Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud aprobados por el Consejo Interterritorial y que suponen un importante elemento innovador para el análisis de la eficiencia y la cohesión del SNS. El correcto desarrollo de los subsistemas de información, bajo criterios de pertinencia y normalización son requisitos imprescindibles para lograr este objetivo.

- Desarrollo de proyectos de interoperabilidad de la información clínica en el Sistema Nacional de Salud de modo que los datos relevantes de salud de cada persona estén disponibles siempre que deban ser atendidos el cualquier punto del sistema, sea dentro o fuera de la CA donde residen. Para ello, deberá alcanzarse consenso sobre todos aquellos aspectos relativos a contenidos, sistemas de normalización y estándares de intercambio. Los dos principales proyectos se refieren a historia clínica y a receta electrónica en el SNS. Con los que se podrá disponer de información clínica (informes, pruebas diagnosticas, imagen digital) en cualquier punto del territorio español y se agilizará la prestación farmacéutica. Además las y los ciudadanos podrán tener acceso a su información clínica y saber donde y cuando esta ha sido consultada.

- Análisis, desarrollo e implantación de un sistema que permita compartir buenas prácticas en materia de formación, calidad, y tecnologías y sistemas de información.

FORMACIÓN

- Del personal sanitario: los recursos humanos son la base de los servicios de salud, y la calidad y actualización continúa de sus conocimientos, habilidades y actitudes, las herramientas para la buena práctica. Se plantea:

- Fortalecer el proceso de auditoría docente de centros y unidades del Sistema Nacional de Salud para la formación de postgrado.

- Impulsar el acceso al conocimiento científico, utilizando las tecnologías de la información y la comunicación, y en colaboración con las sociedades científicas y profesionales.

- De la ciudadanía: facilitar información de

calidad sobre salud y cuidados de la enfermedad a la población general, para mejorar su salud y su participación y la toma de decisiones en sus cuidados. También, se desarrollaran redes de pacientes para su formación, así como mecanismos para mejorar su acceso a información de calidad utilizando las tecnologías de la información y la comunicación.

Tras las reuniones celebradas en las que se debatieron estos temas, se plantea proponer los siguientes acuerdos de actuaciones conjunta para el futuro PACTO POR LA SANIDAD:

1. Garantizar la disponibilidad en el SNS de un conjunto priorizado de indicadores relevantes sobre la salud y el sistema sanitario (indicadores Clave) que proporcionen información comparable entre todas las CCAA y de España con la UE.

2. Asegurar a la ciudadanía que la información clínica relevante para su atención sanitaria es accesible desde cualquier punto del SNS, bajo garantías de confidencialidad y protección de los datos.

3. Proveer al SNS de un mecanismo fiable y útil para que los profesionales realicen la notificación de incidentes y efectos adversos en la atención sanitaria, con el fin de mejorar la seguridad de los pacientes mediante el aprendizaje a partir de los errores.

4. Evaluar las estrategias, programas y planes de salud del SNS con metodología común basada en el mejor conocimiento científico e información sanitaria disponible.

5. Asegurar la sostenibilidad de las agencias de evaluación de tecnologías y su impacto en la toma de decisiones en la práctica clínica y de cuidados y en la evaluación de las de salud.





SISTEMAS COORDINADOS DE INFORMACIÓN EN MATERIA DE SALUD PÚBLICA

Se acuerda que el Ministerio de Sanidad y Política Social en colaboración con las Comunidades Autónomas y Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla establecerá un modelo de colaboración en Salud Pública que favorezca la integración de la información, aporte eficiencia, así como mayor vertebración, consolidación y armonización al Sistema Nacional de Salud. Para ello es necesario disponer de un sistema coordinado de información en Salud Pública con parámetros comunes, prioridades consensuadas, soportes tecnológicos y aplicaciones compatibles entre las distintas Administraciones.

CALENDARIO VACUNAL COMÚN DEL SNS

El Sistema Nacional de Salud dispone de un calendario vacunal común acordado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el 10 de octubre de 2007.

Se acuerda promover el fortalecimiento del calendario vacunal común. Para ello, mediante orden de la Ministra de Sanidad y Política Social, se definirán las modificaciones del mismo, previo acuerdo del Consejo Interterritorial adoptado a propuesta de la Comisión de Salud Pública. La Comisión de Salud Pública revisará los criterios y procedimientos para hacer las modificaciones del calendario vacunal común asesorándose de los órganos que de ella dependen así como de otras instancias científicas que estime oportunas. Se valorará la posibilidad de una norma jurídica que respalde estas decisiones.

Se acuerda estudiar las estrategias de adquisición de las vacunas, al objeto de al-

canzar la máxima eficiencia y la consideración de un sistema de incentivos que facilite la cohesión en el ámbito del calendario vacunal común.

Se debe aplicar una política de inspección en el ámbito de la Salud Pública, común en todo el Estado. Para ello, se regulará una norma básica que homogeneice la actual regulación sobre inspección.

POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS

Desde un enfoque multidisciplinar se acuerda crear una nueva especialidad con formación específica en Salud Pública abierta a todas las disciplinas sanitarias y no sanitarias. El Espacio Educativo Europeo, en el marco de la formación de pregrado y postgrado, posibilita la creación de esta nueva especialidad que habilite a profesionales sanitarios y no sanitarios para trabajar en el área de la Salud Pública. En este sentido debe tenerse en cuenta la necesaria troncalidad en la formación que permita una cierta flexibilidad en el cambio de especialidad.

Se acuerda promover el desarrollo de una carrera profesional para todo el personal que trabaja en Salud Pública. Esta carrera debe ser homogénea en todo el territorio del Estado, con mecanismos equivalentes a los de otros profesionales sanitarios que permitan reducir la pérdida de recursos humanos en Salud Pública y mejorar su reconocimiento social y laboral en el Sistema Nacional de Salud.

Se acuerda establecer los mecanismos necesarios para la creación de un perfil de Formación Profesional en Salud Pública.

Se acuerda asumir la aplicación del Catálogo de Competencias Profesionales en Salud Pública acordado por la Sociedad Española de Salud Pública y Administra-

ción Sanitaria (SESPAS) y la Sociedad Española de Epidemiología (SEE) con las necesarias actualizaciones.

CARTERA DE SERVICIOS EN MATERIA DE SALUD PÚBLICA

Se acuerda aprobar una Cartera de servicios comunes en Salud Pública que garantice estándares de calidad y equidad en todo el Estado. Para ello se hace preciso dar los siguientes pasos:

- Consolidar el proceso en marcha, reforzando el Grupo de Trabajo que estudia la Cartera de servicios comunes en Salud Pública dentro de la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, completando la designación de los vocales que faltan para la representación de todas las Comunidades Autónomas y Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla.
- Establecer vínculos de conciliación y engrace con el resto de las Carteras de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud, especialmente con las de Atención primaria y Atención especializada.
- Incorporar en el Proyecto de Ley de Salud Pública un capítulo que recoja los principios básicos y puntos relevantes de las Prestaciones de Salud Pública en el Sistema Nacional de Salud.
- Conexión permanente con el Comité Ins-

titucional de Cartera de Servicios Sanitarios y Servicios y Unidades de Referencia del Sistema Nacional de Salud, al objeto de conseguir la mejor coordinación.

NORMATIVA EN SALUD PÚBLICA

Se acuerda respaldar la necesidad de disponer de una Ley Estatal de Salud Pública como instrumento para:

- La coordinación, cooperación y cohesión de la Salud Pública en el Estado español.
- Impulsar políticas que protejan la salud de los ciudadanos desde todos los ámbitos de intervención, basadas en el conocimiento y la evidencia científica.
- La reducción de desigualdades en salud.
- La participación y concertación.
- La articulación de los recursos humanos en Salud Pública.
- Contribuir a la sostenibilidad del sistema.
- La evaluación de las actuaciones que se desarrollan.

El Comité acuerda que en esta tarea el Ministerio de Sanidad y Política Social debe desempeñar un papel de liderazgo efectivo y trabajar en estrecha colaboración con las Comunidades Autónomas y Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla.

A microscopic image showing several cells with prominent nuclei and nucleoli, set against a light blue background. The cells are in various stages of division or activity.

Comité Institucional
Políticas de Salud
sobre el Consumo de Drogas



El 30 de Septiembre de 2008, el entonces ministro de Sanidad y Consumo, Bernat Soria Escoms, presentó los Comités Institucionales creados en el marco del Pacto por la Sanidad. La nueva ministra de Sanidad y Política Social, Trinidad Jiménez García-Herrera, ha asumido el compromiso de impulsar y dotar de operatividad esta iniciativa cuyo fin es el de buscar puntos de encuentro entre las administraciones sanitarias para garantizar y reforzar la calidad y sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud.

En este sentido, la creación del Comité Institucional de Políticas de Salud sobre el Consumo de Drogas es una oportunidad para avanzar en la respuesta política y social a los retos que, en la actualidad se plantean en el ámbito de la atención sanitaria a los drogodependientes.

El fenómeno del consumo de drogas tiene importantes implicaciones para la sociedad tanto en términos de salud como en términos de costes sociales. Se han producido muchos cambios desde la década de los ochenta en la que se produjo el aumento de los consumos de droga, especialmente de heroína, y de los problemas sanitarios, sociales y de seguridad asociados a este. Aquellas circunstancias obligaron a las Administraciones Públicas a establecer respuestas que diesen solución a las demandas planteadas.

El resultado fue la creación del Plan Nacional sobre Drogas (PNSD) en 1985 y el establecimiento de estructuras y redes asistenciales, específicas y paralelas a la red sanitaria general, para el tratamiento de los drogodependientes, que exigieron un enorme esfuerzo y dedicación a esta labor tanto por parte de las Administraciones Central, Autonómicas y Locales como por parte de las organizaciones no gubernamentales y el voluntariado. En justicia, tras

el tiempo transcurrido, se puede afirmar que, este abordaje fue apropiado y sirvió para encauzar respuestas efectivas a las demandas existentes en aquel contexto histórico concreto.

El escenario actual es bien distinto y plantea retos que, en el momento de la creación de las redes de atención pública a las drogodependencias no se podían siquiera vislumbrar.

El consumo de heroína ha descendido ostensiblemente, si bien no ha desaparecido. Por otro lado, se ha producido un aumento considerable de los consumos de otras sustancias, en especial de cocaína y cannabis, pero también asociados a otros (alcohol, tabaco y drogas de síntesis) y se ha pasado de un consumo predominantemente marginal asociado a la exclusión social, a un patrón de policonsumo centrado mayoritariamente en los contextos recreativos que alcanza en algunos casos, por extensión, al resto de la vida de los que consumen.

Del mismo modo, los problemas asociados a estos consumos se han desplazado tanto desde el punto de vista social (menor número de problemas judiciales y de seguridad ciudadana) como sanitario (patología infecciosa o asistencia urgente a la abstinencia) hacia patologías mas crónicas y variadas como la cardiovascular o la mental y una distinta problemática social (fracaso escolar, violencia, etc.).

A pesar de este cambio de escenario, se debe hacer hincapié en que el consumo de drogas y los problemas que a el se asocian afectan con mayor frecuencia y severidad a las poblaciones mas vulnerables y tienen mucho que ver, en su origen, con la existencia de desigualdades sociales, que constituyen un factor causal muy relevante del riesgo de enfermar, tanto como conse-

cuencia del consumo de drogas como debido a cualquier otra enfermedad.

Se hace así evidente que, aunque las estructuras creadas entonces han sabido dar respuesta satisfactoria a las necesidades surgidas, el éxito en la aceptación social de los consumos y los consumidores conlleva también una disminución e la visibilidad del problema, de la percepción del riesgo asociado a los consumidores y, en conclusión, una banalización de los consumos de drogas, tanto legales como ilegales, que no es tolerable ni deseable para la sociedad y que no se corresponde, ni mucho menos, con la carga sanitaria y social que éstos llevan asociada.

Así los últimos datos de la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EADDES 2007), nos indican que el 73% de la población general de 15 a 64 años ha consumido alcohol en los últimos 12 meses, el 41,7% ha fumado y el 10% mientras que el 3% han consumido cannabis y cocaína respectivamente tomando como referencia el mismo periodo.

En general, se observa una tendencia reciente al descenso de las prevalencias de consumo de tabaco, alcohol y cannabis para la mayoría de los indicadores de consumo, con la excepción de la cocaína, que mantiene niveles de prevalencia altos aunque se observa una estabilización de su consumo.

En el grupo de estudiantes de 14 a 18 años (Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias, ESTUDES 2008) se muestra también un descenso del consumo de tabaco con respecto a ediciones anteriores (prevalencia de consumo diario: 23,0% en 2000, 21,5% en 2004 y 14,8% en 2008) y una estabilización de la prevalencia del consumo de alcohol (prevalencia mensual:

60,2% en 2000, 65,6% en 2004, 58,5% en 2008), aunque persisten elevadas e incluso aumentan las prevalencias de los consumos asociados a riesgo, como es el caso de las borracheras o del consumo intensivo de alcohol (binge drinking), muy a pesar del aumento del riesgo percibido por los jóvenes encuestados en relación con estos hábitos. Por otra parte, se confirma la tendencia descendente de la prevalencia de consumo de cocaína en este grupo, que se inició ya en 2006.

En cuanto a los problemas relacionados con la asistencia sanitaria por consumo de drogas, el indicador "Admisiones a Tratamiento por Abuso o Dependencia de Drogas (excluidos tabaco y alcohol)" informa en 2007 de un total de 50.555 casos (sin incluir alcohol y tabaco), cifra muy similar a la de los tres años anteriores que, sin embargo, esconde un hecho muy significativo: la heroína ha dejado de ser la droga ilegal que motiva más admisiones a tratamiento. En 2007 provocó 18.904 admisiones a tratamiento frente a 23.037 la cocaína, siendo las diferencias a favor de la cocaína mucho más importantes si consideramos solo los tratamientos por primera vez en la vida.

La evolución del indicador "Urgencias Hospitalarias Relacionadas con el Consumo de Drogas" muestra también como desde hace más de un lustro, la cocaína es la droga ilegal más frecuentemente mencionada en las urgencias hospitalarias directamente relacionadas con las drogas. En 2006, del total de episodios de urgencias directamente relacionadas con el consumo no terapéutico de drogas psicoactivas (7.022), la cocaína fue mencionada en el 59,2% de los casos e incluso el cannabis (30,9%) ha superado en protagonismo a la heroína (21,8%), cuya importancia en este ámbito y cifras asociadas han ido descendiendo desde 1999 hasta nuestros días, si

bien es cierto que en la actualidad se ha interrumpido este descenso y el indicador se mantiene en una fase de estabilización.

La heroína, sobre todo inyectada, sigue siendo la principal responsable de la mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas, aunque la detección de cocaína en estas muertes ha venido aumentando en los últimos años.

El perfil de los consumidores pues, ha cambiado, pasando de un consumidor no integrado socialmente y relacionado, en muchos casos, con actividades delictivas a un consumidor integrado social, familiar y laboralmente, cuya problemática se torna menos visible.

Al mismo tiempo, al igual que ha ocurrido con otros problemas, que afectan a la salud, la sociedad en general y los propios afectados en particular, están mejor informados y desarrollan un papel más activo en las decisiones sobre su salud, planteando exigencias y necesidades cada vez mayores.

La nueva Estrategia sobre Drogas 2009-2016 incluye como uno de sus trece objetivos generales: "Garantizar una asistencia de calidad y adaptada a sus necesidades, a todas aquellas personas directa o indirectamente afectadas por consumo de drogas" y apela a la equidad, uno de sus principios rectores, como condición necesaria que debe impregnar todas las actividades impulsadas a partir de la Estrategia, incluyendo, muy especialmente, las desarrolladas en el ámbito asistencial.

Los trabajos llevados a cabo en el Comité Institucional de Políticas de Salud sobre el Consumo de Drogas han propiciado la puesta en común de las circunstancias propias y de los aspectos organizativos de la asistencia a los drogodependientes en

las diferentes Comunidades y Ciudades Autónomas, mostrando un panorama bastante claro del estado de situación en esta materia.

Ello ha permitido a los miembros del Comité, a través del conocimiento de los problemas surgidos y las soluciones planteadas en otras Comunidades Autónomas, identificar algunos aspectos que son susceptibles de mejora para el propio funcionamiento de la actividad asistencial en cada Comunidad Autónoma así como para mejorar las condiciones de equidad, accesibilidad y calidad de la asistencia prestada a los drogodependientes.

Por otra parte, desde la Administración Central (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas) se han revisado algunos aspectos y actuaciones que aportan un valor añadido a las propuestas realizadas por las Comunidades Autónomas.

La revisión del fenómeno de las drogas pone de manifiesto, como hemos visto, numerosos cambios a lo largo de estos años, tanto en lo referente a las pautas de consumo y los perfiles de los consumidores como a las diferentes estrategias priorizadas para su prevención o tratamiento y sobre todo a la muy diferente percepción social de las drogodependencias por parte de la sociedad actual que ha permitido y favorecido la concepción de las adicciones como una enfermedad más y, por tanto, el reconocimiento del derecho de los afectados a recibir una atención sanitaria en igualdad de condiciones que los afectados por cualquier otra enfermedad que incluya todos aquellos avances de la investigación que cuenten con evidencia científica.

Es por ello que la "normalización" de la asistencia a los drogodependientes ha constituido, sin duda, el objetivo general a

tratar por los miembros del Comité, entendiéndolo como la "armonización funcional del conjunto de las unidades que realizan labores asistenciales a drogodependientes con financiación pública para responder a planteamientos estratégicos y operativos comunes y para garantizar la igualdad efectiva (equidad) de todos aquellos ciudadanos que precisen atención en relación al consumo de drogas".

La normalización de la asistencia es, por tanto, un proceso evolutivo que se encuentra en fases diferentes según se trate de una Comunidad Autónoma u otra y los mecanismos para alcanzarla son también propios de cada una de ellas y adaptadas a sus características históricas y sociales.

La nueva Estrategia sobre Drogas 2009-2016 establece claramente que "Las características de la atención sanitaria al drogodependiente deben contemplar como principios básicos, la individualización del tratamiento, el reconocimiento como enfermedad cualquier tipo de adicción determinada por informes médicos, analizar el impacto que sobre la salud laboral tienen todo tipo de adicciones en el mundo del trabajo, la atención normalizada desde los diferentes recursos sanitarios de la red asistencial pública, la integralidad y coordinación de los recursos implicados, así como la posibilidad de presentar una cartera de programas diversificados y flexibles adaptados a la realidad del usuario, a la hora de establecer el plan terapéutico".

El debate surgido en el marco de las reuniones y el trabajo virtual desarrollado por el Comité Institucional de Políticas sobre el Consumo de Drogas mostró la existencia de un claro consenso entre los miembros sobre que la normalización de la asistencia es el objetivo final que se debe alcanzar, para garantizar que la asistencia a los drogodependientes sea prestada, por la vía

que cada CCAA crea más conveniente, en iguales condiciones de accesibilidad, equidad y profesionalidad que cualquier otra patología tratada en el Sistema Nacional de Salud y con independencia del lugar de residencia del afectado.

Además, en esta misma línea, la de la convergencia de las actuaciones hacia la normalización de la asistencia de los drogodependientes, la existencia de este Comité se antoja como una oportunidad excelente para que el Plan Nacional sobre Drogas pueda contar, como interlocutor, con el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Esto es, en sí mismo, un paso hacia delante en la normalización por cuanto ofrece una oportunidad para plantear ante el Consejo Interterritorial la situación actual, las demandas y posibles soluciones del ámbito asistencial de las drogodependencias, en igualdad de condiciones que el resto de asuntos y patologías que son objeto de propuesta y estudio en este órgano.

Con este fin, **el Comité Institucional de Políticas de Salud sobre el Consumo de Drogas acuerda:**

- Potenciar la interrelación y la coordinación entre la asistencia específica a los drogodependientes y los diversos escalones de los sistemas públicos sanitario y social.

Se debe así promover la coordinación entre la atención primaria, los centros de atención a drogodependientes, los centros de salud mental y los diferentes tipos de dispositivos de apoyo, con el fin de generar sinergias y suprimir barreras en el abordaje de la actividad asistencial a los drogodependientes.

De igual modo, se debe favorecer la implicación de las oficinas de farmacia y de los farmacéuticos en los programas de reduc-

ción de daños y en su potencial como agentes preventivos en materia de reducción del riesgo.

Así mismo, se fomentará el enfoque multidisciplinar y el aprovechamiento del carácter multiprofesional de la asistencia a los drogodependientes, promoviendo la mejor formación y capacitación de los distintos profesionales que en ella intervienen.

- Impulsar el desarrollo de la Cartera de Servicios de atención al drogodependiente que se encuentra recogida en el R.D. 1030/2006 de 15 de Septiembre, en los siguientes apartados:

Atención Primaria:

- Apartado 6.2.1: "Anamnesis y consejo sobre hábitos que comporten riesgos para la salud como uso de tabaco, alcohol y otras sustancias adictivas"

- Apartado 6.4: "Atención al adulto, grupos de riesgo y enfermos crónicos"

- 6.4.4: Atención a personas con conductas de riesgo:

- a) Atención a fumadores y apoyo a la deshabitación de tabaco.

- b) Atención al consumidor excesivo de alcohol.

- c) Atención a otras conductas adictivas. Detección y apoyo sanitario especializado para abandono de la dependencia y la prevención de enfermedades asociadas.

- Apartado 8: Atención a la salud mental en coordinación con los servicios de atención especializada.

Atención Especializada:

- Apartado 7. Atención a la Salud Mental.

- 7.4 Diagnostico y tratamiento de conductas adictivas, incluidos alcoholismo y ludopatías.

En este sentido, se concentraran los esfuerzos en:

- Desarrollar en el sistema público de asistencia sanitaria, actuaciones de detección precoz e intervención temprana con adolescentes y jóvenes consumidores en riesgo y con personas que abusan y dependen de las drogas.

- Las actuaciones irán dirigidas a aumentar la implicación y formación de los profesionales de atención primaria (haciendo especial hincapié en los profesionales de enfermería) y en los servicios de urgencias hospitalarios, por medio de:

- Desarrollo de intervenciones breves, protocolizadas, de información, motivación, consejo y derivación de casos, priorizando las actuaciones sobre fumadores habituales y sobre personas que presentan consumo de riesgo de bebidas alcohólicas.

- Fomento de la detección precoz del abuso de drogas en los servicios de urgencias hospitalarios, a través de información verbal y escrita sobre los riesgos del consumo y sobre los recursos de prevención indicada y de tratamiento existentes y procurando, también, la mejor capacitación de los profesionales de estos servicios, atendiendo a sus características y circunstancias especiales.

- Fortalecer el sistema de información para la atención a los drogodependientes.

Resulta evidente que el refuerzo de los sistemas de información es clave para garantizar una asistencia de calidad. Es un elemento que supone per se un avance en el proceso de normalización de asistencia

a los drogodependientes por cuanto que una información suficiente, actualizada y precisa permite esbozar el estado de situación del panorama asistencial en materia de drogodependencias y, lo que es más importante, permite y propicia el análisis y la planificación anticipada que más se adecua a las necesidades en un determinado escenario.

En este ámbito, se identifica, por una parte, la conveniencia de promover la convergencia de los diferentes sistemas de información existentes hacia los sistemas de información operativos en el ámbito asistencial y, por otra, la oportunidad de mejorar la calidad de la información ofrecida por tres de los indicadores del consumo problemático de drogas del SEIPAD (Sistema Estatal de Información Permanente sobre Adicciones a Drogas):

1. Indicador Admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de drogas:

Se acuerda la introducción de la notificación de las demandas de tratamiento por alcohol y de las drogas secundarias consumidas por los admitidos a tratamiento.

2. Indicador de Urgencias hospitalarias relacionadas con el consumo de drogas: Se acuerda mejorar la cobertura y frecuencia de recogida de este indicador en cada CCAA y la investigación del impacto del consumo de drogas en patologías diferentes a las que habitualmente se ha relacionado con el consumo de drogas.

3. Indicador de mortalidad relacionada con

las drogas: Se acuerda mejorar la calidad y cobertura del indicador a través de la colaboración con las CCAA y con las entidades externas implicadas en su recogida y transmisión (Institutos Anatómico Forenses).

- Definir la red de centros, servicios y unidades de uso público para la asistencia a los drogodependientes.

Los últimos datos de que se disponen, correspondientes a 2007, nos informan de las dimensiones de la red pública asistencial para drogodependientes en todo el territorio nacional. Esta red incluye nada menos que 497 centros de tratamiento ambulatorio donde fueron atendidos más de 79.000 usuarios, 51 unidades hospitalarias de desintoxicación en las que recibieron tratamiento alrededor de 3.500 drogodependientes, 119 comunidades terapéuticas que atendieron a más de 5.500 usuarios y aproximadamente 2.500 puntos de prescripción y/o dispensación de metadona en los que recibieron tratamiento de sustitución cerca de 82.0000 consumidores.

Es precisamente con motivo de la magnitud de estas cifras y la diversidad de características de los mismos en las diferentes Comunidades y Ciudades Autónomas, que se antoja imprescindible para el Comité Institucional de Políticas de Salud sobre el Consumo de Drogas, acordar la revisión y homogenización de diversos aspectos relacionados con los dispositivos dedicados a la asistencia de drogodependientes.



3. Conclusiones I Jornada 'Gestión de las Listas de Espera en el SNS'

Jornada organizada por la FSS-CCOO
e IEbugs, el 24 de noviembre de 2009



I JORNADA 'GESTIÓN DE LAS LISTAS DE ESPERA EN EL SNS'

En el año 2004, la FSS-CCOO organizó una jornada de la que se desprendieron conclusiones y propuestas para asegurar la sostenibilidad futura del SNS, y se hizo público a través de una edición impresa a la que se tituló: "Nuevo contrato social, por un Sistema Nacional de Salud sostenible".

En marzo de 2010, el Consejo Interterritorial del SNS acordó desarrollar una serie de acciones y medidas para promover la calidad, la equidad, la cohesión y la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud (SNS), entre las que se encontraba, "mejorar las garantías de los ciudadanos mediante una norma para garantizar un tiempo máximo de acceso a las prestaciones del SNS que incorpore criterios marco acordados en el seno del Consejo Interterritorial tal como establece la Ley de Cohesión y Calidad del SNS de 2003." Dicho acuerdo forma parte del denominado Pacto por la Sanidad, dentro del Diálogo Social Reforzado, en el que participamos los agentes sociales.

Porque desde el pasado año 2004 en el que organizáramos la citada jornada, la FSS-CCOO hemos venido trabajando concienzudamente para lograr este nuevo contrato social, y todo lo que ello implica. Así, hemos participado activamente con la Confederación Sindical de CCOO en el Diálogo Social Reforzado, en la Mesa del Pacto por la Sanidad, y al mismo tiempo hemos organizado debates como en la Jornada 'Gestión de las listas de listas de espera en el SNS'.

En las negociaciones que hemos estado manteniendo con el Ministerio de Sanidad y Política Social, planteamos la necesidad de que se garantice un tiempo de espera máximo, según patología, tanto para pro-

cesos quirúrgicos, médicos o diagnósticos, así como que se protocolice todo lo relacionado con la gestión de las listas de espera. Y solicitamos que se hiciera incluyendo, expresamente, una norma de ámbito estatal que pueda garantizar este derecho a los ciudadanos

La gestión de las listas de espera es un problema común en los sistemas sanitarios de financiación pública. Las administraciones sanitarias tienen la obligación de fijar tiempos máximos de espera, razonables, por cada uno de los procedimientos que ofertan en su cartera de servicios.

En nuestro país, debido a la descentralización de la atención sanitaria, se han utilizado diversas fórmulas con el objetivo de limitar los tiempos de espera, algunas mediante criterios organizativos en el propio sistema público y también mediante conciertos con entidades privadas. Los resultados no siempre han sido satisfactorios y, además, se han convertido con demasiada frecuencia en un arma de confrontación política.

Lo que pretendimos con la celebración de esta jornada de debate, que organizamos conjuntamente la FSS-CCOO y el Instituto de Estrategia y Buen Gobierno Sanitario y Sociosanitario (IEbugs), era conocer, contando con la participación de expertos, los diferentes modelos utilizados en nuestro país y sus resultados, al objeto de que nos permitiera plantear líneas de actuación en la mejora de la gestión de las listas de espera.

En esta jornada participaron el secretario general de la FSS-CCOO, Antonio Cabrera; el presidente de honor y la presidenta del IEbugs, José María Fidalgo y María José Alende, respectivamente; por la Escuela Nacional de Sanidad, José Ramón Repullo y Luis Ángel Oteo; por la

Consejería de Sanidad de la Comunidad Valenciana, Salvador Peiró; por el Departamento de Salud del Gobierno de Aragón, Ana Arcarazo; el secretario general de la FSS-CCOO Andalucía, Manuel Pérez; el secretario general de la FSS-CCOO Madrid, Manuel Rodríguez; y el secretario general de la FSS-CCOO País Valenciano, Arturo León.

A lo largo de la jornada los aspectos más relevantes que se abordaron fueron los siguientes:

SITUACIÓN DEL SNS

La FSS-CCOO no cree que el Sistema Nacional de Salud (SNS) esté en crisis; pero considera que si no se toman medidas a medio plazo, podemos asistir a un declive difícil de recuperar. Y en todo caso la “crisis de financiación” a la que se alude insistentemente, no es sino la manifestación externa de problemas más profundos, que afectan a la racionalidad, la solidaridad, la gobernabilidad y comprometen la sostenibilidad futura.

Es seguro que el SNS necesita más recursos; pero si no abordamos los problemas estructurales, los recursos adicionales tendrán una influencia marginal decreciente en la salud de los españoles.

Además, la demanda de más recursos seguirá en la espiral creciente; una parte estará acreditada por mayores necesidades sanitarias, por la incorporación de algunas innovaciones efectivas, y por la eventual ampliación de la cartera de prestaciones que pueda decidirse desde el ámbito político y social para ampliar la cobertura del SNS; pero otra parte de la presión sobre los costes (posiblemente mayoritaria) estará alimentada por agentes externos e internos que objetivamente se benefician de que aumente el tamaño del sector, aunque

no crezca significativamente la efectividad en términos de ganancia individual o social de salud.

La adición de recursos no se traducirá en mayor eficiencia social sin otras acciones que garanticen la racionalidad.

No podemos obviar que la gestión de las listas de espera está directamente afectada por la situación del SNS.

El SNS debe afrontar una serie de retos a corto y medio plazo que permitan garantizar el mantenimiento de la calidad, así como de la equidad y la cohesión que deben solventarse, asegurando la sostenibilidad de los servicios de salud. En caso contrario, podemos asistir a un declive difícil de recuperar.

Todo ello, sin obviar que la actual crisis económica internacional tiene en nuestro país importantes consecuencias presupuestarias en las Administraciones Públicas, que ha provocado una menor disponibilidad de recursos y se han traducido en unos presupuestos austeros tanto en las Administraciones Autonómicas como en la General.

Baste como ejemplo de la situación del SNS, cuya deuda estimada asciende a 12.000 MM, y donde el gasto farmacéutico representa un tercio del total, mientras que en el resto de los países de la UE supone una cuarta parte.

¿Es posible mejorar esta situación?

La FSS-CCOO cree que sí. Para ello, debemos implementar prácticas de buen gobierno sanitario. La gestión debe estar basada en evidencias y compromisos para recopilar hechos y pruebas necesarias que fundamenten la toma de decisiones, incorporando nuevos instrumentos y herramien-

tas de gestión que permitan mejorar la eficiencia y rentabilidad social de los recursos. A su vez, hay que recuperar el reconocimiento social de las profesiones sanitarias, mediante la revisión de sus modelos profesionales. Por ello es necesaria la diversificación de las competencias, la capacitación técnica y la adquisición de nuevos conocimientos, alineándose con una política de incentivos que promueva un comportamiento de pertenencia y desarrollo profesional como signo identitario del nuevo profesionalismo sanitario.

Un ejemplo de lo anteriormente expuesto es la utilización de las técnicas de evaluación económica, que constituyen el conjunto de herramientas que permiten tomar decisiones de asignación de recursos de forma más rigurosa y consistente. Sería imprescindible poner en marcha en nuestro país una Agencia Nacional encargada de la evaluación económica del perfil de las existentes en otros países como Reino Unido (NICE), Canadá, Suecia etc., lo que se denomina como la cuarta garantía.

La administración puede que gaste menos, o no, pero gastará mejor y sólo en lo adecuado.

LISTAS DE ESPERA:

Las listas de espera se perciben como un problema permanente en los servicios sanitarios públicos. Mientras que, por el contrario, en un servicio sanitario privado se entiende más como un síntoma de calidad.

Podemos definir la lista de espera como una cola de usuarios (no necesariamente ordenada) pendientes de recibir un determinado servicio sanitario, previamente demandado. Se interpreta de forma muy diversa, en función de quien lo analice:

Si es desde el punto de vista de la econo-

mía de la salud, se interpretará como un mecanismo de racionamiento en ausencia de precios y capacidad/disponibilidad a pagar: listas de espera vs. línea de espera. Si es por los profesionales sanitarios y pacientes en espera, será un indicador de necesidades no servidas o de escasez de recursos. Si son los gestores sanitarios, lo verán como Indicador de asignación inadecuada de recursos o de baja productividad de los mismos, pero también un instrumento necesario para la programación eficiente de los servicios sanitarios. Si lo analizan políticos con responsabilidad de gobierno, verán un problema (no tan grave) que “ha mejorado un 8,7% desde que gobernamos”. Y si finalmente son políticos sin responsabilidad de gobierno, verán un grave problema y una evidencia incontestable del “fracaso” de la “política” sanitaria del gobierno.

Es sencillamente imposible que no haya “colas” para acceder al sistema. Mucho más aún tratándose de un sistema universal y gratuito.

El problema no son las listas de espera, sino su gestión: cómo ofrecer, con los recursos disponibles (ajustando los presupuestos a la demanda o la oferta a los presupuestos), respuestas adecuadas a cada caso, en un plazo razonable y teniendo en cuenta pautas fundamentalmente clínicas. En todo caso, los recursos públicos que se dediquen a la atención sanitaria, tendrán que guardar, necesariamente, relación con el esfuerzo que la sociedad esté dispuesta a hacer para financiarlos, tendrán que ser sostenibles y serán siempre limitados.

La lista de espera no es homogénea, las personas que la componen son diversas: en su patología, gravedad, urgencia, prioridad y beneficios esperados. Asimismo, no esperan para recibir los mismos servicios.

A su vez, las listas están influenciadas por la variabilidad de la práctica médica y sujetas a posible manipulación por parte de políticos, gestores e, incluso, profesionales para su propio interés, en función de: listas inexistentes que, no obstante, se reducen todos los años; cambios en los criterios tanto de inclusión como en la fecha de inicio de la espera; depuraciones administrativas abusivas; listas en flotación libre (fraccionamiento en listas pequeñas); RD 605/2003, las CCAA no utilizan el mismo criterio de ingreso; listas cerradas y la excepción convertida en regla.

Desde la perspectiva de la variabilidad hay 3 tipos de servicios sanitarios: los de eficacia demostrada, los sensibles a las preferencias del paciente y los sensibles a la oferta.

GESTIÓN DE LAS LISTAS DE ESPERA:

Los determinantes de la gestión de la lista de espera son: la entrada en el sistema, la gestión de la espera y la organización del servicio.

Sobre la entrada: más morbilidad real (demográfica y de salud); más morbilidad sobreenvenida (cambios tecnológicos y modificación de umbrales de indicación); más patología captada (extensión cobertura y competencia APS); más demandas y cambios en preferencias (endógenos o inducidos)

Sobre la gestión de la espera: investigación operativa; modos de organizar la lista que reducen la espera global (no resuelve problemas de desajustes estructurales oferta/demanda)

Sobre la organización del servicio: trabajo por procesos, gestión de enfermedades y gestión de pacientes; reducir los servicios

inapropiados y aumentar los apropiados que no se prestan; combatir la MBA, medicina basada en el atolondramiento y cambiar la organización, gestión clínica e integración asistencial.

Algunas medidas que se han puesto en práctica: especializar servidores (lanchas rápidas) para procesos menores y bien definidos; compactación de cuellos de botella (mamografía + eco + biopsia en única cita); desaguar bolsones de pacientes empanzanados (retrasos acumulados); recordatorio de citas y gestión de abandonos y agravamientos; rediseño de procesos mediante la identificación y mejora de los cuellos de botella, la racionalización y simplificación de las barreras burocráticas y la delegación y automatización.

Estrategias frente a las listas de espera:

- Incrementar los recursos: más centros, más conciertos con el sector privado, peonadas, planes de choque, aumentar productividad y derivación a otros proveedores.
- Actuaciones sobre la demanda: barreras económicas, barreras administrativas, barreras de tiempo, priorización de los pacientes en espera, toma de decisiones compartida con el paciente, información a los pacientes sobre la situación de la lista de espera.
- Planificación y gestión clínica y sanitaria: sistemas de financiación e incentivos, control de la oferta y revisión de la utilización inadecuada.
- Gestión de la innovación y el conocimiento: evaluación y gestión de tecnologías, reducir la incertidumbre y la ignorancia

Qué políticas se han implementado:

- Incrementar los recursos y mejora de la productividad es la principal estrategia de las CCAA.
- Utilización de la “garantía” de espera, un uso idóneo requiere que los tiempos de espera deben ir en función de las patologías.
- Gestión de las listas de espera, con una actuación desigual entre las CCAA.
- Información a los ciudadanos a través de la publicación de las listas. Sería aconsejable utilizar el modelo canadiense.
- Priorización de los pacientes, solo lo han utilizado algunas CCAA y en algunas patologías.

Situación actual en el SNS de las listas de espera:

- Predominio de las estrategias de incremento de recursos (públicos y privados) y del incremento de la productividad: descensos temporales de corta duración, seguidos de crecimiento.
- En la lista de espera quirúrgica: reducción del tiempo medio de espera e incremento/estabilización del número de personas en espera sobre tasas de actividad más altas
- Dudas sobre si la reducción de la espera media (casos de larga duración) se ha realizado a expensas de los casos más urgentes.
- Mejora de los sistemas de información, aunque la información para evaluar indicación o priorizar es, como norma, insuficiente.
- Escaso desarrollo de las estrategias en cuanto a la demanda (copagos, información, elección).

- Escaso desarrollo de las estrategias de priorización de las listas de espera (pocas listas y en pocos sitios están basada en criterios y definiciones consistentes, más allá del “coja turno al final de la cola”). Y ello pese a que existen instrumentos adaptados para muchos procesos.
- Desarrollo inicial de sistemas de financiación capitativa (no siempre bien diseñados). Su efecto real sobre las listas de espera está por evaluar.
- Escaso desarrollo de las estrategias de gestión de la utilización, pese a que diversos grupos de investigadores españoles han adaptado los instrumentos necesarios.
- Empleo abusivo y poco reflexivo de las listas de espera en la esfera política, y sensacionalismo en los medios de comunicación.
- Opacidad como comportamiento reactivo: incapacidad para conocer la importancia y extensión del problema.
- Mínima investigación sobre listas de espera: escasa información que facilite la toma de decisiones de política y gestión sanitaria.
- Las derivaciones de pacientes en listas de espera a la iniciativa privada, no siempre están justificadas, máxime cuando no se optimizan los recursos propios, o se corresponden con una organización deficiente, en el mejor de los casos. Por no aludir a algunas desviaciones fraudulentas de recursos públicos mediante listas de espera inducidas o engordadas por quienes se benefician de su externalización. Pero es obvio que la utilización complementaria de recursos privados, no sólo puede ser algo lícito y racional, sino que reduce objetivamente tiempos de demora, simplemente por suma de recursos.

- La mayor parte de los programas específicos de listas de espera (incremento de oferta) contienen incentivos para mantener e incrementar las listas de espera.
- Apenas existen, más allá de los discursos, evaluaciones de la efectividad de las políticas aplicadas sobre las listas de espera.

LA EXTERNALIZACIÓN DE LOS RECURSOS:

Existe una creciente participación de las instituciones privadas en el sector sanitario con crecimientos orgánicos notables, en la provisión del sector privado de servicios y procesos de soporte estratégicos externalizados.

Tradicionalmente la externalización no afectaba a los procesos críticos de la cadena de valor asistencial, ni a los recursos humanos o tecnológicos considerados neurálgicos para el buen funcionamiento de las instituciones sanitarias. Sin embargo, iniciativas radicales de externalización pueden ir demasiado lejos y modificar irreversiblemente la configuración de las cadenas de valor del sector.

Las nuevas concesiones administrativas son un claro ejemplo de ineficiencia en las relaciones entre agentes del mercado (concesionaria y sector financiero) que trasladan sus costes directos al presupuesto público. Por ello, plantear estratégicamente la externalización requiere un proceso evaluativo exigente sobre las implicaciones y resultados esperados a medio y largo plazo.

Un aspecto relevante del proceso de externalización es el posible efecto que pudiera tener sobre las bases del conocimiento de la organización sanitaria,

máxime cuando proteger y custodiar este capital intelectual se ha convertido en un objetivo estratégico de todas las instituciones modernas.

Desde visiones sanitarias abiertas, no se está cuestionando la posible cooperación socialmente eficiente y transparente entre el sector público y privado, si el sector privado se acoge a principios de buen gobierno y garantiza la calidad del servicio asistencial y promueve la eficiencia social, lo que propiciaría un marco conveniente estable y vinculante para su integración en las redes de utilización pública sanitaria.

Es preciso, cuestionar algunos idearios grandilocuentes y no bien fundamentados sobre la bondad funcional de determinados diseños organizativos basados en la externalización privatizadora de servicios y competencias públicas, en la creencia dogmática de que la lógica e instrumentos del mercado y la gestión empresarial privada garantiza siempre la mejor eficiencia asignativa de los recursos disponibles

SISTEMAS DE INFORMACIÓN:

Los sistemas de información son esenciales en la gestión sanitaria debido a la demanda creciente, en un entorno de recursos limitados que comporta la racionalización del gasto sin menoscabo de garantizar la equidad del sistema.

El sistema de información de listas de espera debe tener una información veraz y un análisis adecuado para que la toma de decisiones sea correcta.

Podemos definir tres componentes básicos de las listas de espera: pacientes activos, entradas y salidas.

Los pacientes activos son lo que están esperando, en los que tenemos que conocer

qué atención demandan, cuanto tiempo lleva esperando, si tiene alguna prioridad indicada y si existe alguna incidencia.

Respecto a las entradas hay que analizar si existen cambios en el patrón habitual.

En las salidas hay que analizar los motivos que las causan.

En los últimos años se han añadido dos nuevos factores que son la incorporación del sistema de garantías de plazo y las derivaciones a centros concertados.

La importancia de la gestión de la demanda es tal que se han realizado actuaciones en diferentes ámbitos:

- Consejo Interterritorial del SNS con el acuerdo del año 2000.
- Informe de Grupo de Expertos de 2001 que, entre otras cuestiones, recomendaba el debate y consenso político, así como garantizar la equidad, formular planes integrales adecuar y optimizar los recursos, implicación del ciudadano, incentivación a los profesionales, establecer sistemas de información comparada y mecanismos de autorregulación.
- Informe del Defensor del Pueblo de 2002 que recomendaba establecer medidas para mejorar la gestión y la coordinación de los servicios, así como armonizar y compartir la información.
- Publicación del RD 605/2003, cuyo objetivo es establecer criterios, indicadores y requisitos mínimos, básicos y comunes, en materia de información sobre listas de espera con el fin de obtener una información homogénea y válida para el análisis y evaluación de sus resultados, necesidades y funcionamiento de los servicios sanitarios, garantizando la transparencia y uniformi-

dad en la información facilitada al ciudadano.

- Ley de Cohesión y Calidad del SNS de 2003, donde una vez transferidas las competencias en materia sanitaria a las CCAA, el Ministerio de Sanidad queda como garante de que los residentes en nuestro país reciban una atención sanitaria con unas prestaciones basadas en la equidad y con unas garantías incuestionables de calidad en la prestación.

LA GESTIÓN DE LAS LISTAS DE ESPERA EN CCAA:

Se analizaron durante la jornada la situación real de tres CCAA: Andalucía, Madrid y Comunidad Valenciana. En cada una de ellas se analizaron fundamentalmente las medidas adoptadas, las objeciones que observamos y alcanzamos conclusiones sobre cada una de las diferentes experiencias.

Andalucía:

Entre las principales medidas adoptadas para reducir las listas de espera destacan:

- Implantación de sistemas de “peonadas”, o autoconcertación, consistentes en pagar intervenciones quirúrgicas realizadas fuera de jornada ordinaria, a profesionales del propio servicio, con objeto de reducir listas de espera. Se utiliza periódicamente y su aplicación está teóricamente regulada para evitar perversiones (se requieren unos mínimos de actividad programada para poder acceder a la autoconcertación).
- Equipos móviles quirúrgicos, formados por profesionales que, voluntariamente, acceden a operar en hospitales distintos a los suyos. Ha generado algunos conflictos entre los profesionales de estos equipos y los del hospital al que se desplazan, ya

que, estos últimos, además de no contar con la autoconcertación, si es necesario, deben hacer el seguimiento de los pacientes intervenidos.

- Continuidad asistencial, concepto económico de creación reciente que viene a sustituir el concepto de guardia médica y que retribuye la prolongación de la jornada, una o dos tardes en semana, para la posible realización de actividad programada, aunque, de momento, no ha producido resultados significativos en ese sentido.

- Hospital de semana, donde la actividad se programa en función de los días en que está operativo (lunes a viernes), consiguiéndose un importante ahorro presupuestario.

- Demora 0 en Atención Primaria.

- Externalización de actividad quirúrgica y pruebas diagnósticas.

- También se han desarrollado otras actuaciones, entre ellas: legislar tiempos de espera máximos, que los ciudadanos tuvieran el derecho a conocer su situación, que las listas de espera fueran públicas y accesibles, y que la transparencia de las mismas fuera una seña de identidad. Se han aprobado dos decretos de tiempos de respuesta asistencial, estableciéndose plazos de respuesta quirúrgica (180 ó 120 días), de primeras consulta de especialista (60 días) y de procedimientos diagnósticos (30 días).

La conclusión que se desprende es que, aunque las demoras se han reducido significativamente en los últimos años, los problemas persisten y han aparecido otros.

De todas las medidas adoptadas, parece que la apuesta actual es principal-

mente la externalización

Madrid:

Las medidas adoptadas aquí pasan por: legislar tiempos máximos de espera, no se esperará más de 30 días para ser operado; modificación del criterio de cómputo, se excluye de la lista los pacientes considerados “transitoriamente no programables”, que son los que esperan las pruebas de anestesia o que han rechazado operarse en un centro privado; aprobar planes de choque como en 2004 con un presupuesto de 113.089,558 euros, con dos objetivos prioritarios: incrementar la actividad propia incentivando a los profesionales, e incrementar los convenios y conciertos.

Igualmente cabe resaltar la escasa incidencia del pacto de incentívación, cuyo objetivo era la optimización de la actividad quirúrgica durante la jornada ordinaria.

A pesar de estas medidas, el cumplimiento de los 30 días solo ha sido posible si se cambiaba el sistema de cómputo y, actualmente nos encontramos con que de los 11.391 pacientes pendientes de intervención quirúrgica, tan solo están en espera estructural 1.906 (16,73%), 9.285 pacientes (86,42%) están fuera del sistema de cómputo.

Con todo ello, podríamos concluir que es inaceptable la modificación unilateral de las reglas del juego para maquillar el resultado final; que por parte de la ciudadanía existe una apuesta por los hospitales públicos, a pesar del lamentable espectáculo de los políticos y que finalmente hay que reconocer que, sin llegar a las cifras que maneja el Gobierno de la Comunidad de Madrid, la lista de espera quirúrgica se ha reducido de forma notable, pudiendo la ciudadanía consultar su situación en la web abierta al efecto.

Comunidad Valenciana

Las medidas que se han adoptado en la Comunidad Valenciana pasan por la aprobación de un Decreto el 97/1996 del que son beneficiarios los que se encuentren pendientes en lista de espera de asistencia quirúrgica por un periodo superior a 90 días, actualmente 60 días, podrán solicitar la designación de centro privado para la intervención, mediante resolución la Consejería realiza la propuesta y queda subrogada en la obligación de pago de los gastos que se deriven. El Programa de autoconcertación, regulado mediante acuerdo en 2006 y prorrogado en 2007 y 2008, durante 2008 se incorporan al autoconcierto actividades de detección del cáncer colorectal y de detección del cáncer de mama, en cada centro, los servicios que cumplan los requisitos para participar en el programa, podrán realizar intervenciones fuera de la jornada ordinaria, existen requisitos previos para participar y mantenerse en el programa, así como criterios de selección.

Cabe destacar que no hay plan para reducir la lista de espera de pruebas diagnósticas ni de consultas, sólo algunos programas para detección precoz de cáncer de mama, diagnóstico del cáncer colorectal, resonancias magnéticas (a finales 2009 el compromiso de publicación de datos).

Con respecto a las medidas implantadas, entendemos que pueden ser mejoradas ampliamente, y respecto al plan de choque objetamos que se detraigan recursos públicos de forma injustificada para financiar el sector privado; se bordee la Ley de Contratos del Estado, no adjudicándose por concurso público; no existe transparencia en la gestión; genera un alto nivel de rechazo, quienes no aceptan ir al plan de choque son “castigados” incluyéndolos en

la denominada lista de espera no estructural y no pueden ser intervenidos a través del autoconcierto y posiblemente se vulnera la Ley de Incompatibilidades, los mismos profesionales de la Sanidad Pública trabajan en el Plan de Choque.

En referencia al autoconcierto observamos falta de transparencia, ya que no hay acceso a datos globales sobre intervenciones a través del autoconcierto, no mantiene una actividad acorde a las necesidades y muestra problemas en su gestión, sobre todo por falta de financiación.

Podríamos concluir que parece razonable que el sistema garantice la realización de pruebas diagnósticas e intervenciones quirúrgicas en plazos adecuados; que la sanidad pública no ha sido capaz de garantizar dichos plazos, conociendo que las infraestructuras públicas sólo se utilizan 7 horas día; que las experiencias en la sanidad pública (autoconcierto) muestran problemas de gestión y sólo constituyen respuestas parciales: que el plan de choque también es un complemento; y que la Comunidad Valenciana (muy probablemente como las demás CCAA) maquilla la información sobre listas de espera.

CONCLUSIONES

Las listas de espera se han convertido en un problema permanente para los servicios de salud de las CCAA, con un gran significado tanto en el ámbito político como en el social.

- Este significado político y social ha provocado que en algunos casos las medidas adoptadas hayan sido puntuales, precipitadas y poco reflexivas. De la aplicación de estas medidas no siempre se han tenido los frutos esperados, es más, en algún caso se ha producido el efecto contrario.

En este contexto, la FSS-CCOO demanda la implementación en el SNS de prácticas de buen gobierno sanitario, la utilización de las técnicas de evaluación económica que permitan tomar decisiones de forma más rigurosa para que se garanticen la calidad asistencial, la eficiencia y la equidad.

Las medidas a adoptar que proponemos, son las siguientes:

- Establecimiento de estándares de inclusión y prioridad en la gestión de listas de espera comunes en el SNS.
- Establecimiento de tiempos máximos de espera desde las siguientes vertientes:
 - Tiempo de acceso a los centros de Atención Primaria, la puerta de entrada más común al sistema, establecer una demora "0" para ser atendido.
 - Realización de las pruebas diagnósticas complementarias, establecer un tiempo máximo de 90 días.
 - Tiempo de acceso a la consulta del médico especialista, establecer un tiempo máximo de 90 días.
 - Tiempo de demora para la intervención quirúrgica indicada, en este caso se deberían establecer los tiempos de espera en función de la gravedad de la patología, siendo en los casos más leves el tiempo máximo de 90 días.
 - Mejorar la productividad de los recursos propios, mediante la implementación de formas organizativas y de gestión más flexibles, en las que tengan mayor protagonismo los profesionales sanitarios. Un ejemplo de ello son las

Unidades de Gestión Clínica.

- Implantación de la ingeniería de procesos o gestión por procesos asistenciales integrados. La experiencia demuestra que en aquellos centros sanitarios en los que se ha incorporado esta actividad se han conseguido importantes ahorro de tiempo y recursos económicos, aumentando la calidad del servicio que se presta.
- Impulsar un nuevo profesionalismo sanitario que se adecue a las nuevas necesidades, expectativas y demandas de la sociedad. Es necesario revisar las políticas de incentivación y reconocimiento profesional de los trabajadores y trabajadoras sanitarias con el objetivo de conseguir una mayor implicación y sentimiento de pertenencia a la organización sanitaria.
- Mejorar los procesos de información a los usuarios, desde el principio de la transparencia.
- Fomentar la educación sanitaria de los usuarios.
- Incorporación de métodos de evaluación de las medidas adoptadas. Es urgente la creación de una Agencia estatal de evaluación económica y de las tecnologías sanitarias.
- Utilización complementaria de recursos privados concertados para la reducción de los tiempos de demora asistencial, siempre que sea necesario o conveniente. La cooperación de los Servicios de Salud con los sectores privados ha de sustentarse en relaciones de mutuo interés en un marco estable y vinculante para la integración de recursos en las redes de utilización pública de prestación sanitaria.



4. Acuerdo del CISNS, 18 marzo 2010

Valoración de la FSS-CCOO de las medidas recogidas en el Acuerdo del CISNS: 'Acciones y medidas para promover la calidad, la equidad, la cohesión y la sostenibilidad del SNS'



ACUERDO CONSEJO INTERTERRITORIAL SNS, 18 de marzo de 2010

Valoración de la Federación de Sanidad y Sectores Sociosanitarios y de la Secretaría confederal de Política Social de CCOO

La Federación de Sanidad y Sectores Sociosanitarios de CCOO (FSS-CCOO) viene demandando desde 2004 la necesidad de alcanzar un “Pacto Sanitario” para garantizar la sostenibilidad del SNS. Las conclusiones de la jornada que organizó entonces se recogieron en el libro: “Nuevo contrato social, por un Sistema Nacional de Salud sostenible”.

También, en la Declaración de Dialogo Social, de julio de 2004 y 2008, respectivamente, quedó recogido el compromiso de abrir un espacio a la concertación social en materia de sanidad.

Así, la necesidad de este Pacto -que ahora todos parecen quererle atribuir- es una iniciativa de CCOO.

Desde entonces, esta Federación no ha dejado de defender la necesidad de alcanzar este Pacto en todos los ámbitos: político, institucional y social.

La misma línea ha seguido el Ministerio de Sanidad. Primero abordó la parte política con los partidos que forman el arco parlamentario. Posteriormente, y a través del Consejo Interterritorial del SNS (CISNS), con el conjunto de las comunidades. También, y sobre todo por la presión ejercida por CCOO, intenta alcanzar este Pacto dentro del Diálogo Social reforzado con los agentes sociales, negociando con las organizaciones sindicales más representativas (CCOO y UGT) y por la patronal, CEOE y CEPIME.

En enero de 2010 se retomó la negocia-

ción en la Mesa por la Sanidad, iniciando un proceso de Dialogo Social que avanza bien y está muy adelantado.

El propio Acuerdo tomado en el CISNS remite a la búsqueda de un consenso para involucrar a los grupos parlamentarios y agentes sociales en un Acuerdo/Pacto por la Sanidad; si bien CCOO considera que el acuerdo de la mesa, en caso de producirse, debería haber sido previo.

Para CCOO este Pacto debía perseguir, fundamentalmente, la sostenibilidad del Sistema Sanitario Público, y acometer actuaciones concretas que garanticen el presente y el futuro del Sistema.

PROPUESTA DE CCOO DE ASPECTOS RELEVANTES PARA GARANTIZAR LA VIABILIDAD DEL SISTEMA:

- Apuesta por una suficiencia financiera que garantice que los fondos destinados a Sanidad sean finalistas y, por tanto, suficientes para cubrir el gasto sanitario, cuestión que recoge suficientemente el documento.
- Reformar el fondo de cohesión en la línea de ampliar objetivos y finalidades al objeto de garantizar la cohesión y la equidad. El acuerdo del CISNS habla de una reforma sin propuestas concretas, ni ampliación presupuestaria.
- Reconocimiento y compensación por los gastos generados en el Sistema por usuarios de accidentes de trabajo, accidentes de tráfico y ciudadanos europeos. El acuerdo avanza convenientemente en los tres aspectos, que sin duda supondrá un alivio económico para las CCAA.
- Establecimiento de mecanismos de toma de decisiones en el CISNS que garanticen

el cumplimiento de los Acuerdos que se adopten. Algo que queda pendiente. Se avanza en algunos contenidos en concreto basados en el consenso, sin embargo, no resuelve el documento aquellas cuestiones que no alcancen el deseado consenso.

- Evaluación de los distintos modelos de gestión desde la Agencia estatal de Calidad, atendiendo a resultados económicos de calidad de las prestaciones y resultados en salud. No se incluye nada en el documento, habrá que seguir insistiendo sobre este asunto.

- Una mayor coordinación sociosanitaria, buscando una mayor eficiencia, calidad e integralidad de las atenciones sociales, y de salud desde los sistemas públicos, cuestión que no se ha recogido y que CCOO seguirá insistiendo para que se tome en consideración.

- Una mayor eficiencia en el gasto, sobre todo en lo que afecta a la alta tecnología y productos farmacéuticos, con una política adecuada de centralización de compras, utilización de genéricos, unidosis, mayor información a los profesionales y a los usuarios, etc. En este sentido se avanza en el documento, con una disminución de 1.500 millones de euros en gasto farmacéutico, con una serie de medidas a corto plazo, aunque para CCOO se podría haber incidido en otras materias que tendrían una mayor repercusión presupuestaria. A pesar de ello, valora positivamente el mero hecho de reducir el gasto y tomar medidas concretas en tiempo concreto. Quedaría pendiente la necesidad de que la formación impartida a los profesionales se gestione al margen de las empresas farmacéuticas, o el control del marketing de éstas. El ahorro farmacéutico no debe implicar reducción presupuestaria.

- Una mejora clara y coordinada de los sis-

temas de información para poder compartir información entre las distintas CCAA. Se avanza en este contenido, aunque queda pendiente extender el sistema de información a los centros concertados y otras modalidades de gestión, y extraer informes desagregados por CCAA.

- Una mayor eficiencia de los recursos que dispone el sector público, mayor utilización de la alta tecnología propia, quirófanos, etc. No se avanza en estos contenidos, es un asunto pendiente a desarrollar en el contexto del Diálogo Social reforzado.

- Una apuesta decidida por la Atención Primaria, dotándola de mayor capacidad de respuesta (mejoras en medios diagnósticos), aumentando las plantillas, y con una mayor apuesta por los programas y la prevención, como forma de desmasificar la red hospitalaria.

Existe un reconocimiento expreso al trabajo realizado por la Atención Primaria en la consolidación del actual modelo sanitario, pero no incide en aquellas cuestiones que han de mejorarse en ésta; como aspectos relacionados con la financiación; mayor dotación de recursos tanto humanos, como materiales y diagnósticos; así como una mejor organización de la actividad, hechos reclamados por CCOO insistentemente en el proceso de negociación.

- Una mayor corresponsabilidad en la toma de decisiones por parte de los profesionales, avanzando en la gestión clínica como forma de organizar el trabajo sanitario, una medicina basada en la evidencia científica, acompañado de un modelo retributivo más incentivador para quien hace más eficiente el Sistema. Se avanza en la necesidad de mayor implicación de los profesionales en la gestión, aunque se avanza más en la práctica clínica que en la gestión clínica como fórmula organizativa de la actividad.

- Profesionalizar la gestión, y a su vez despolitizarla. No se aborda nada en el documento. Existen menciones a la necesidad de que los gestores hagan un esfuerzo por hacer eficiente el Sistema.

- Universalizar las prestaciones sanitarias, vinculando el derecho sólo a la ciudadanía y a la residencia. Uno de los principales avances del documento, se incluye expresamente la necesidad de universalizar las prestaciones sanitarias.

- Garantizar un tiempo de espera máximo, según patología, tanto para procesos quirúrgicos, médicos o diagnósticos. Se debe tender a protocolizar todo lo relacionado con la gestión de las listas de espera.

Se incluye expresamente la necesidad de una norma estatal que garantice este derecho a los ciudadanos, otro de los avances importantes que valora CCOO, aunque no se avanza en protocolos comunes en el conjunto del Estado, y evaluación de las patologías para determinar la priorización de los casos.

- Una apuesta clara y decidida de impulsar la investigación y el desarrollo tecnológico en el sector sanitario, como motor de generación de conocimiento, de empleo, e incluso de generación de riqueza. Se recoge adecuadamente el avance que se ha producido en este sector en la Sanidad pública española, y el motor de generación de empleo que supone.

- Se debe avanzar en la elaboración de un Plan Integral de Salud para coordinar políticas en salud entre las CCAA, algo ya recogido en la Ley General de Sanidad. No se recoge la elaboración de un Plan Integral de Salud, aunque se avanza en la necesidad de seguir incidiendo en estrategias de salud comunes en el conjunto del Estado.

- Todas estas medidas estarían tendentes a conseguir un Sistema Sanitario Público sostenible, eficiente, equitativo, solidario, donde el ciudadano sea el eje del sistema. Se tiene que trabajar para hacer valer el derecho de ciudadanía, que es quien al fin y al cabo legitima al Sistema. No se avanza lo suficiente en el principio de ciudadanía y la importancia de la decisión del usuario en la conformación del Sistema Sanitario Público.

• PROFESIONALES

- Otro pilar importante en la sostenibilidad del Sistema Sanitario Público son los profesionales. Un Sistema se puede ver dañado de forma importante por un proceso de descapitalización del capital inteligente, como son sus profesionales. Por ello, CCOO en este Pacto apuesta por:

- Abrir un proceso en el conjunto del Estado de equiparación y homologación, a medio plazo, de las condiciones laborales y retributivas en el conjunto de las CCAA, para evitar relaciones adversarias indeseables entre CCAA para captar profesionales. Se avanza tímidamente en la necesidad de establecer criterios comunes para las retribuciones. En cualquier caso, para CCOO este aspecto deberá abordarse en la mesa sectorial de Sanidad, más allá del Consejo Interterritorial.

- Conjuntamente entre el Ministerio de Sanidad y el de Educación, se acuerda ampliar el número de plazas en las facultades de Medicina, por un lado, y por otra, adecuar la oferta de plazas MIR a las necesidades de especialistas según el estudio publicado por el Ministerio de Sanidad, que debería ser ampliable a otros colectivos profesionales, para evitar abordarlo cuando sea tarde y se encuentren dificultades reales de cobertura de plazas. No se avanza en medidas concretas, más allá de

realizar estudios de falta de profesionales, reconocer su déficit y recoger la necesidad de establecer criterios de distribución y necesidades de profesionales en el SNS. Falta la propuesta de CCOO que reclama la necesaria colaboración y coordinación entre los Ministerios de Educación y Ciencia para aumentar el número de plazas en las universidades, así como adecuar las plazas MIR a las necesidades de profesionales determinadas por el propio Ministerio.

- Trabajar en la elaboración del Registro de Profesionales, y la elaboración de Planes de Ordenación de Recursos en el ámbito de las CCAA donde se prevean las necesidades de profesionales, no sólo a corto plazo sino a medio y largo plazo, con una capacidad de previsión importante si mejoramos los sistemas de información. Sí se avanza en la necesidad de los Registros de Profesionales pero, por el contrario, no se dice nada de la necesidad de establecer Planes de Ordenación de Recursos, aunque recoge la necesidad de establecer un sistema común para la planificación de los recursos humanos.

- Trabajar de forma consensuada en la troncalidad de la formación postgraduada, garantizando en este proceso la creación de las especialidades de urgencias y psiquiatría infantil. Se recoge la necesidad de avanzar en la troncalidad de la formación, pero no incluye la creación de las nuevas especialidades de urgencias y psiquiatría infantil.

- Desarrollar las especialidades de Enfermería. No se recoge nada en el documento. Es un asunto pendiente que habrá que desarrollar dentro del Diálogo Social reforzado.

- Negociación de la Ley de Salud Pública. No existe ninguna referencia al respecto en

el documento acordado por el Consejo Interterritorial, se deberá seguir insistiendo en el contexto del Diálogo Social reforzado.

- Trabajar en el reconocimiento del Nivel III y Nivel IV de cualificación para los TCAEs y Técnicos Superiores, respectivamente.

En el caso de los TCAEs, es evidente que con la aplicación del modelo Bolonia no debería haber un salto tan importante en la delegación de funciones entre el enfermero (personal licenciado) y los TCAEs (en la actualidad formación profesional de primer grado), a pesar de que el INCUAL ya reconoció la necesidad de situar en el nivel III a estos profesionales por los contenidos profesionales que en la actualidad desarrollan. En el caso de los Técnicos Superiores, el reconocimiento del Nivel IV permitiría una mejor adecuación y homologación a los estudios de estos profesionales en Europa, y permitiría que nuestros profesionales pudiesen trabajar en el ámbito europeo.

- Para el personal de Gestión y Servicios, trabajar en un proceso de cualificación profesional que permita la adecuación de su categoría profesional al nuevo modelo de clasificación profesional.

- Eliminar la disposición transitoria del EBEP, y permitir la negociación del nuevo sistema de clasificación profesional en el sector sanitario.

- En cuanto a la formación continua, uno de los ejes importantes en la cualificación y promoción de los profesionales, CCOO reivindica homogeneizar la acreditación de la formación tanto para el personal acogido por la Ley de Ordenación de Profesiones Sanitarias, como para el Personal de Gestión y Servicios. Homogeneizar el valor del crédito horario en el conjunto del Estado, situar horquillas en los baremos de selección y provisión de plazas, del peso que

han de tener los distintos apartados del baremo (experiencia profesional, formación, otros méritos, etc.)

- Habrá que garantizar el derecho a la movilidad en el conjunto del Estado de todos los profesionales del Sistema Nacional de Salud, para ello se debe:

- Unificar y homologar un catálogo de categorías profesionales.

- Un modelo de carrera profesional que permita la circulación de profesionales por el conjunto del Sistema sin necesidad de merma económica, inseguridad en cuanto a su aplicación, etc.

- Unas retribuciones y unas condiciones laborales similares en el conjunto del Estado.

- Procesos de selección y provisión de plazas también similares en el conjunto del Estado.

Todos estos aspectos derivados de política de Recursos Humanos no han sido tratados en el documento: clasificación profesional, carrera profesional, categorías profesionales, formación, etc.

Son asuntos que necesariamente se deberán abordar en el seno de la mesa sectorial de Sanidad y que deberá incluirse o anexarse al documento de acuerdo con las CCAA.

Para CCOO los contenidos del Acuerdo del Consejo Interterritorial del SNS, 'Acciones y medidas para promover la calidad, la equidad, la cohesión y la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud', son avances importantes, entre las que destaca la financiación finalista (de los nuevos fondos) para cubrir el actual y futuro déficit de financiación del Sistema; la Universalidad de las prestaciones sanitarias; la necesidad de re-

cortar gasto en farmacia y alta tecnología; redefinir el papel del Fondo de cohesión; mayor implicación de los profesionales en la gestión; política de centralización de compras; avanzar en estrategias de salud y práctica clínica, etc.

Por otra parte, CCOO coincide plenamente con el análisis de situación que expone. Por un lado, resaltando el alto valor que tiene nuestro modelo sanitario y su legitimación social a un precio razonable, lo que demuestra su eficiencia. Por otro lado, en cuanto a la insuficiencia financiera que atraviesa en estos momentos, advirtiendo que en un futuro se verá agravado por la variación demográfica (más habitantes y de edad más avanzada), la incorporación de nueva tecnología y gasto farmacéutico y que, por tanto, se tendrá que avanzar en un modelo de financiación que garantice ese déficit con fondos finalistas.

Por último, CCOO destaca las ausencias del documento. Por un lado, que no se avanza en los contenidos de política de Recursos Humanos, para lo que CCOO reclama la constitución inmediata de la mesa sectorial de Sanidad; en la que se debería abordar los contenidos relacionados con la clasificación profesional, categorías profesionales, carrera profesional, formación en todas sus facetas, acreditación, valoración, baremos, especialidades de Enfermería, niveles de cualificación profesional, que se garantice el derecho a la movilidad de todos los profesionales por el Sistema, etc.

Por otro lado, que no existe una declaración expresa en el documento por la apuesta por el sector público en la línea de la proposición de modificación de la Ley 15/97; no se recoge la necesaria coordinación entre los servicios sanitarios y socio-sanitarios como eje para la eficiencia del gasto y evitar duplicidades de coste innecesarios; y, por último, habría que redefinir

la participación institucional en el seno del Ministerio, redefiniendo el papel del Foro Marco y la mesa sectorial de Sanidad.

Para CCOO el proceso de Diálogo Social sigue abierto en la búsqueda de este acuerdo o Pacto por la Sanidad, teniendo en cuenta que los trabajos de la comisión del Senado y del Congreso tampoco han concluido.

Sin embargo, no se escapa que este acuerdo ha quedado condicionado por el Acuerdo del Consejo Interterritorial del SNS. Podrá alcanzarse un acuerdo si “condicionado” no equivale a “limitado” y, por tanto, el Gobierno entiende que el Acuerdo en el contexto del Diálogo Social “a posteriori” puede y debe incluir materias no abordadas en el Acuerdo del CISNS, o no suficientemente matizadas.



5. Conclusiones de la Jornada ‘Atención Primaria en el buen gobierno del SNS’

Jornada organizada por la FSS-CCOO
e IEbug, el 27 de octubre de 2010



JORNADAS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN EL BUEN GOBIERNO DEL SNS

El 27 de octubre de 2010, la Federación de Sanidad y Sectores Sociosanitarios de CCOO (FSS-CCOO) organizó, con la colaboración del Instituto de Estrategia y Buen Gobierno Social, Sanitario y Sociosanitario (IEbugs), una jornada de debate y análisis sobre la situación de la 'Atención Primaria en el Buen Gobierno del SNS'.

Planteábamos la jornada desde la perspectiva que nuestro SNS ha profesado una temprana vocación por desarrollar la Atención Primaria (AP) como estructura y como estrategia; las transformaciones a partir de la mitad de los años 80 es una de las señas de identidad de la llamada "reforma sanitaria". Sin embargo, el contexto de cambio nunca fue el mismo que el del 'NHS' británico, y los recursos económicos, competenciales, de prestigio profesional, y de poder, no han ayudado a situar a la AP como agente del paciente y copiloto de los microsistemas sanitarios locales.

La cohorte pionera de profesionales que impulsaron los equipos de AP y los centros de salud han conseguido enormes realizaciones, haciendo que la AP renazca como vehículo de una serie de disciplinas científicas, técnicas y profesionales; y el mérito ha sido hacerlo a partir de un medio donde sólo había y se esperaba un filtro de pacientes para ordenar la demanda del especialista.

La fuerte orientación comunitaria y la buena preparación clínica han cambiado el marco de competencias de nuestra AP, y éste es un activo claro de las reformas del SNS que trajo a España la democracia.

Sin embargo, el comportamiento de las instituciones y de la sociedad no ha sido consecuente ni favorable. Ya hace unos

años que se ha evidenciado la necesidad de una reflexión sobre los problemas de la AP, así como de una eventual revitalización del proceso de reformas. El proyecto AP-21 fue un intento de respuesta a esta percepción.

Dentro de un mundo donde la fascinación tecnológica y la "sociedad del espectáculo" parece que entronizan lo noticiable, los especialistas hospitalarios que pueden exhibir intervenciones o equipos muy llamativos tienen más ventaja para captar la atención y, por ello, atraer el reconocimiento social y beneficiarse en mayor proporción de los flujos incrementales de asignación de recursos.

Sin embargo, desde el punto de vista técnico, se precisa de la AP para conseguir mayor racionalidad y eficiencia del conjunto del sistema y, con la transición epidemiológica (cronicidad, pluripatología, etc.), la AP pasa a ser el nodo esencial para respuestas eficientes y sensatas.

En la jornada promovida por la FSS-CCOO, en la que colaboró IEbugs, se celebraron dos mesas redondas que abordaron la situación de la AP ante los cambios de Gestión hacia Organizaciones Sanitarias Integradas y se planteaba la necesidad de una segunda reforma en este ámbito.

Las mesas fueron moderadas por Luis Ángel Oteo y Agustín Reoyo, miembros del IEbugs y de la Escuela Nacional de Sanidad del Instituto de Salud Carlos III, que participaron como ponentes:

Participaron la presidenta de la Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria, Marta Aguilera, el profesor de la Escuela Andaluza de Salud Pública, Sergio Minué, el exdirector general de Cohesión y Calidad del SNS del Ministerio de Sanidad y Política Social, Alberto Infante, el presi-

dente de SEMFYC, Josep Basora, y la presidenta de la Asociación de Federaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria (FAECAP), Marta Pisano.

La jornada fue inaugurada por el secretario general de la FSS-CCOO, Antonio Cabrera, y el balance y las consideraciones generales de la jornada fueron realizadas por José Ramón Repullo.

Repullo replanteó el resumen de la jornada desde dos preguntas:

- ¿Un SNS sostenible?
- ¿Necesita más o menos AP?

Una respuesta breve que se alcanzó a ambas preguntas es que el SNS debe ser sostenido y sostenible, y que nuestra responsabilidad es legarlo a la siguiente generación; pero que la senda actual no garantiza su sostenibilidad, lo que significa que hay que actuar y poner en marcha importantes transformaciones.

Entre ellas, el SNS español debe completar su apuesta inicial por desarrollar una potente AP; una de las claves de racionalidad y sostenibilidad. Más AP, mucha más AP es necesaria para un SNS sostenible.

CONTEXTO: Nuevos tiempos, duros tiempos para el SNS

En la historia de la democracia, ha habido siete operaciones de rescate de la sanidad pública para liquidar las deudas acumuladas; la última gestionada tras la Conferencia de Presidentes de 2005. La mala noticia es que con la crisis económica, y con las reglas de juego del nuevo sistema de financiación autonómico, que entró en funcionamiento en enero de este año, no son posibles rescates similares; no hay séptimo de caballería que nos salve, ni mecenazas que vengan a pagar esta ronda de

déficit. Cuando afloren todas las facturas de los cajones, posiblemente nos encontraremos que el gasto sanitario público estará entorno al 7% del PIB (o algo por arriba), con lo que no será sencillo mantener la reivindicación de incrementar substancialmente la financiación sanitaria.

Por tanto, el crecimiento externamente sostenido debería ser substituido por crecimiento internamente sostenible. Significa lo que parece: que lo que aumente en un lado deberá disminuir en otro. Malas noticias, pues toda reasignación implica sacrificios y resistencias feroces al cambio, especialmente cuando los agentes políticos y algunos sociales no saben transmitir y explicar la situación o, incluso peor, cuando se autoengañan creyendo que los problemas se disolverán por arte de magia.

La organización de la asistencia sanitaria y la atención primaria: ¿cómo mejoramos la integración?

Se trata de mejorar la continuidad y la racionalidad. En el reciente informe de la Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria (SEDAP), se dibujan tres abordajes diferentes que se han experimentado en las CCAA: la gerencia única de área (1 gerencia para 2 niveles), la autonomía de gestión, y la gestión integrada de procesos clínicos.

Diferentes abordajes y propósitos, que, curiosamente, acaban dirigiendo la acción hacia estrategias muy similares: acceso a información clínica electrónica, tecnologías de información y comunicación, guías clínicas, potenciación de la Enfermería, e inclusión de lo sociosanitario.

Algunas modas de fuera están incorporando nueva terminología. El Chronic Care Model, y el Modelo Kaiser Permanente. Quizás convenga interpretar con cautela estas

modas, para evitar un hospitalocentrismo de nuevo cuño, al basar en los servicios de atención especializada el tratamiento de las enfermedades crónicas. En todo caso, y desde la perspectiva de la AP, parece que lo fundamental no es la enfermedad crónica, sino el paciente que padece dichas enfermedades.

En cualquier abordaje o estrategia parece que se precisa fortalecer la AP en recursos, pero también en prestigio y relevancia profesional, lo que implica un cambio cultural.

Para gestionar los cambios se precisan directivos. La profesionalización es esencial para estabilizar y dar calidad a esta función esencial de gestión; pero también hay que cambiar normas para desburocratizar organizaciones clínicas que en nada se benefician de los modelos de gestión administrativa tradicional.

En 2005 hubo una eclosión de modelos de gerencia única de área. Hay indicios de que estos modelos llevan a que las preocupaciones y dedicación de los directivos se sesguen hacia los problemas de los servicios de atención especializada, incluso cuando al frente de estas Gerencias hay un perfil de AP. La capacidad de influir en las agendas políticas y gestoras, unido al impacto mediático que supone la “fascinación tecnológica” hacen que este modelo presente asimetrías notables.

No hay que olvidar que en el Reino Unido el modelo ha sido otorgar a la AP capacidad económica para influir en los hospitales. Quizás la diferencia estriba en que allí la AP está incrustada en el genoma fundacional del NHS, mientras que en España tuvo un acceso tardío, y su mantenimiento en la agenda pública y la agenda política ha implicado un esfuerzo adicional; una generación pionera de profesionales que

ha tenido que remar aguas arriba, con poca garantía de que se establezcan los logros.

Las condiciones ambientales no han sido tampoco propicias. A la fascinación tecnológica, se ha unido la tendencia consumista y alienada de los pacientes; poco propicia a asumir responsabilidades sobre su propia salud y más proclive a un consumo pasivo y caprichoso de productos des-acoplados con marchamo de innovación tecnológica o farmacológica.

¿Habría que pensar en hacer una nueva reforma de la reforma?

No parece razonable; tejer y destejer el manto de las reformas interminables, es una opción agotadora y estéril. Y, además, aparta la atención y el esfuerzo de buscar respuestas a los retos que tenemos. Más que pensar en rediseños, se trata de seguir consecuentemente la senda de los cambios de AP con ajustes a las modificaciones que se han ido produciendo en el entorno sanitario y social.

Hay muchos argumentos para la continuidad del modelo de AP. Los barómetros y encuestas a ciudadanos, pacientes y profesionales indican que hay un nivel de aceptación amplio, y que las expectativas son positivas y estables; más en la accesibilidad geográfica, la acogida personal y la respuesta profesional; menos en la accesibilidad temporal y la resolutivez (que son señales que llevan tiempo siendo desatendidas).

Parece que también hay algunas falacias y exageraciones. La escandalosa hiperfrecuentación se apoya en datos de la OCDE que incluyen consultas privadas, dentistas y otros contactos que no son hospitalizaciones. Lo cual no significa que no haya uso excesivo e inapropiado, pero situar la frecuentación entre 4 y 5 al año (y no entre

8 y 9) desactiva la supuestamente urgente necesidad de copagos disuasorios por consulta.

La estrategia AP-21, ¿puede ser la revitalización que se necesita para el modelo español de Atención Primaria?. Las dudas sobre la poca ejecutividad con la que se concibió, sin embargo, no permiten despreciar su gran utilidad para dar visibilidad política e institucional a la AP y los problemas y retos que debe superar; incluso puede ser una palanca para que los colectivos profesionales que quieren impulsarla, despeguen una “tensión creativa”, apoyada en esta estrategia AP-21. Este modelo de equilibrio inestable implica visualizar la realidad de que “nada es automático ni está garantizado para siempre”. De todas formas, parece que la Administración General del Estado debería hacer algo más (o mucho más) que crear el cauce para facilitar la tarea épica de luchar por el modelo.

Desde las organizaciones profesionales de primaria este AP-21 se ve más bien como un pacto amplio que fue posible en un momento determinado, pero que sería posiblemente irrepetible en las condiciones actuales. Por ello, se trata de apoyarse en él y profundizarlo. La encuesta de SEMFYC sobre los avances de las diversas estrategias muestra que en general hay pocos avances, pero que se avanza. Se intenta vencer esta lentitud exasperante con una ofensiva generosa de crear un espacio común, una Casa de la Atención Primaria, en la cual quepa mucha gente del mundo profesional, ciudadano, sindical, de pacientes, etc.

Dentro de la AP, queda también por desplegar toda la potencialidad de la Enfermería; quizás la nueva especialización en Enfermería Familiar y Comunitaria pueda ser útil para redirigir la atención y dar una

inflexión a este proceso de desarrollo y progresión profesional. Su aportación en promoción y prevención es fundamental, porque el cambio de comportamientos (high touch – alto contacto), puede suponer ventajas importantes frente a perfiles más intervencionistas (high tech – alta tecnología); tratamientos menos pasivos, menos farmacológicos, más participativos, más de cambio del entorno del paciente. Pueden ser esenciales en esta senda de promover la salud y prevenir la enfermedad. Junto a ello, la cronicidad y el liderazgo en el espacio sociosanitario abren un territorio donde no hay límites prácticos a la promoción y contribución de los profesionales de la Enfermería.

Epílogo: ¿hospitales contra primaria?; buenos profesionales aliados por mejorar la salud del paciente

Los hospitales sufren un grave problema; la tendencia a la hiperespecialización y a la fragmentación del proceso asistencial, presenta la paradoja de “excelentes procedimientos y mala medicina”. La Atención Primaria no es la alternativa al Hospital, ya que los propósitos de ambas son diferentes y necesariamente complementarios; alimentar la hostilidad es claramente contraproducente.

Los buenos profesionales tienen que ir tejiendo alianzas entre niveles y servicios, para dar mejor respuesta a los problemas de cronicidad, pluripatología, y necesidades de pacientes ancianos, frágiles y terminales. La medicina efectiva del futuro tiene que ser sensata (racional, apropiada, proporcional, clemente, cordial y compasiva); y para ello se precisa la contribución de todos, y un papel central de los médicos y enfermeras de la Atención Primaria de Salud como agentes cercanos y permanentes del paciente y su familia.

DOCUMENTO DE PROPUESTAS

1. SOBRE FINANCIACIÓN

El SNS debe mejorar aún más su eficiencia y eficacia, además de producirse una financiación adicional que debiera ser finalista, para asegurar la suficiencia financiera del SNS, y estableciendo como prioridades del Sistema: la equidad, la seguridad, la calidad y la eficiencia.

2. SOBRE COMO MEJORAR LA COORDINACIÓN INTERNIVELES (ATENCIÓN HOSPITALARIA Y AP)

- Dirigir la gestión, con independencia del modelo por el que se opte, hacia estrategias que garanticen: acceso a información clínica electrónica, tecnologías de información y comunicación, guías clínicas, potenciación de la Enfermería, e inclusión de lo sociosanitario.
- Fortalecer la Atención Primaria; en recursos, pero también en prestigio y relevancia profesional, lo que implica un cambio cultural. Para ello, se deberá invertir el actual desequilibrio en el peso que representa la AP en el presupuesto global sanitario, avanzando hacia, al menos, un 20% del total de gasto sanitario.
- Para gestionar los cambios se precisan directivos. La profesionalización es esencial para estabilizar y dar calidad a esta función esencial de gestión, pero también hay que cambiar normas para desburocratizar organizaciones clínicas que en nada se benefician de los modelos de gestión administrativa tradicional.
- Por lo tanto, modelos diversos, aún no evaluados; estrategias similares, pendientes de avance real. La buena noticia es que

podemos integrar procesos sin tener necesariamente que unificar estructuras. Podemos avanzar en la integración que más interesa al paciente, la de la respuesta coordinada de todos los profesionales, servicios y niveles asistenciales a sus problemas de salud, avanzando en la integración clínica. Se puede dejar un margen de variación y comparación en los modelos organizativos desde los cuales se aborda esta integración clínica.

- La AP, eje básico del SNS, debe desarrollarse aplicando de forma inmediata lo contenido en la estrategia AP-21.

3. SOBRE COMO IMPULSAR REFORMAS EN EL SISTEMA

- Más que proponer nuevas reformas, el objetivo debería pasar por desarrollar los criterios definidos en la estrategia AP-21, a través de sus cinco ejes; mejorando la calidad de los servicios al ciudadano, la efectividad y la resolución, la continuidad asistencial, la participación y el desarrollo profesional y la eficiencia, la gestión y la organización.
- Transformar la AP en Agencia de Salud de los ciudadanos, adecuar los RRHH y la gestión de la organización para garantizar demora cero en la atención a los ciudadanos, impulsar la participación ciudadana, optimizar la cartera de servicios, potenciar las actividades de promoción y prevención.
- Garantizar la accesibilidad de las pruebas diagnósticas a los facultativos de atención primaria, mejorar las tecnologías de la información y la efectividad en los procedimientos administrativos desarrollados por los profesionales sanitarios, impulsar la elaboración e implantación de guías clínicas así como el uso racional y de calidad de los medicamentos.

- Estimular todos los cambios que favorezcan la continuidad asistencial entre primaria y atención hospitalaria, y potenciar la coordinación con salud pública. Impulsar modelos resolutivos de atención continuada/urgencias. Aumentar la implicación de los profesionales en la atención domiciliaria y en la atención a las personas con problemas de dependencia.
- Favorecer la formación continuada y la actividad docente. Incentivar actividades de investigación. Aumentar la motivación y promover la evaluación de las competencias profesionales y de la calidad de los centros.
- Generalizar un modelo de calidad total. Impulsar la planificación sanitaria con la participación de los profesionales sanitarios y los ciudadanos. Impulsar el liderazgo en la organización como una herramienta fundamental de calidad. Impulsar los órganos de gobierno en las áreas de salud con representación de los profesionales y ciudadanos. Incrementar la descentralización de la gestión en los centros de salud para mejorar los resultados. Impulsar el trabajo conjunto y el desarrollo profesional compartido entre médicos de familia, pediatras y enfermeras. Impulsar los sistemas de información sanitaria.

Federación de Sanidad y Sectores Sociosanitarios CCOO
Pza. Cristino Martos 4-2º. 28015 Madrid. Telf.: 91 540 92 85
fsestatal@sanidad.ccoo.es
www.sanidad.ccoo.es

FSS-Andalucía. Trajano 1-7º
41002 Sevilla • 954 50 70 02
fsandalucia@sanidad.ccoo.es

FSS-Aragón. Pº de la Constitución 12-5º
50008 Zaragoza. 976 48 32 79
fsaragon@sanidad.ccoo.es

FSS-Asturias. Sta. Teresa de Jesús 15-bajo.
33005 Oviedo. 985 96 40 43
fsasturias@sanidad.ccoo.es

FSS-Canarias. Méndez Núñez 84
38001. Sta. Cruz de Tenerife • 922 60 47 65
fscanarias@sanidad.ccoo.es

FSS-Cantabria. Santa Clara 5-2º
39001 Santander. 942 36 73 34
sanidad@cantabria.ccoo.es

FSS-Castila la Mancha. Pza. Horno de la
Magdalena 1.
45001 Toledo. 925 28 08 45
fscmancha@sanidad.ccoo.es

FSS-Castila y León. Pza. de Madrid, 4-6º
47001 Valladolid. 983 39 94 31
frscyleon@sanidad.ccoo.es

FSS-Catalunya. Vía Layetana 16-4º
08003 Barcelona. 93 481 28 45
fsanitat1@conc.es

FSS-Ceuta. Alcalde Fructuoso Miaja 1
11701 Ceuta. 956 51 62 43
fsceuta@sanidad.ccoo.es

FSS-Euskadi. Uribitarte 4
48001 Bilbao. 94 424 34 24
sanidadbiz@euskadi.ccoo.es

FSS-Extremadura. Avda. Ramón y Cajal, 4
06001 Badajoz. 924 22 41 14
fsextremadura@sanidad.ccoo.es

FSS-Galicia. Miguel Ferro Caaveiro, 8-1º
15703 Santiago. 981 55 18 30
sanidade.sn@galicia.ccoo.es

FSS-La Rioja. Milicias, 13
26003 Logroño. 941 23 81 44
fsrioja@sanidad.ccoo.es

FSS-Les Illes. Francisco de Borja i Moll 3
07003 Palma de Mallorca. 971 72 60 60
sanitat@ccoo.illes.balears.net

FSS-Madrid. Lope de Vega 38-3º
28014 Madrid. 91 536 51 85
asindical-sanidad@usmr.ccoo.es

FSS-Melilla. Pza. 1º de Mayo s/n 3º
29804 Melilla. 952 67 61 89
melillafs@sanidad.ccoo.es

FSS-Murcia. Corbalán 6-1º
30002 Murcia. 968 22 11 10
fsmurcia@sanidad.ccoo.es

FSS-Navarra. Avda. Zaragoza 12-5º
31003 Pamplona. 948 15 33 43
fsnavarra@sanidad.ccoo.es

FSS-Pais Valenciá. Pza. Napols i Sicilia 5
46003 Valencia. 96 388 21 65
sanitat@pv.ccoo.es



www.sanidad.ccoo.es

