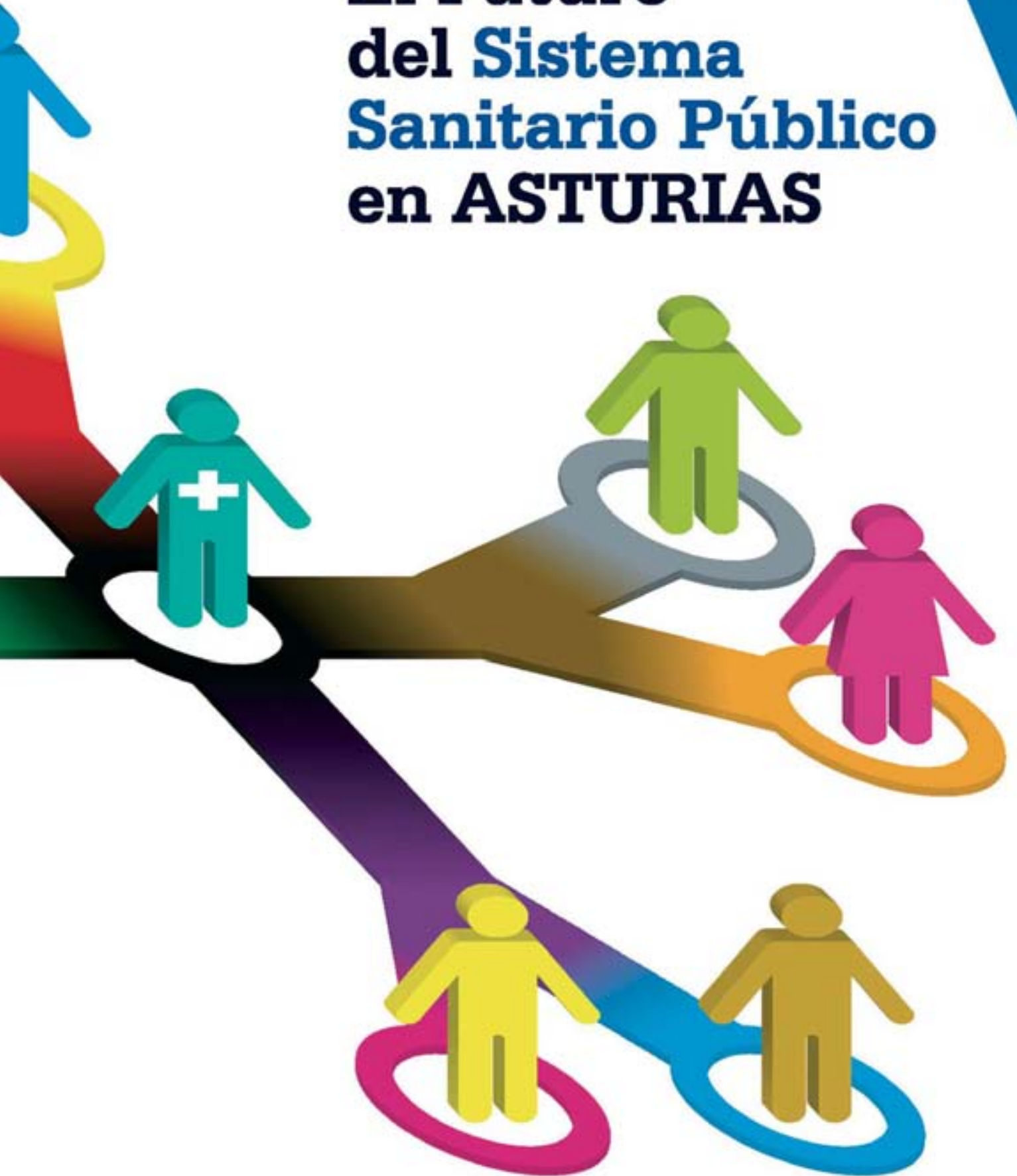


El Futuro del Sistema Sanitario Público en ASTURIAS



CES

CONSEJO ECONÓMICO Y SOCIAL
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

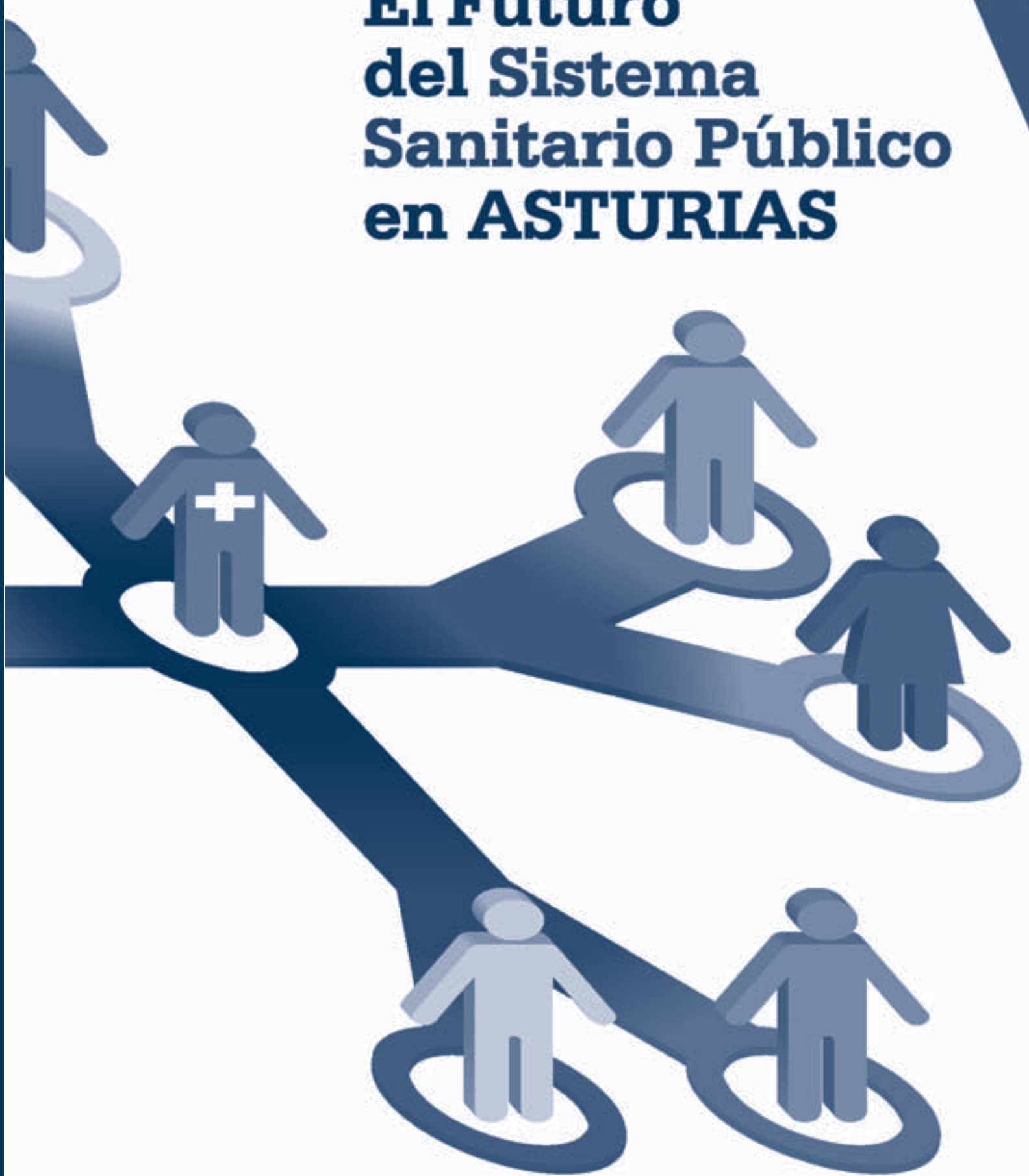
**El Consejo Económico y Social del Principado de Asturias difunde
todas sus publicaciones a través de Internet en la dirección
<http://www.cesasturias.es/>**

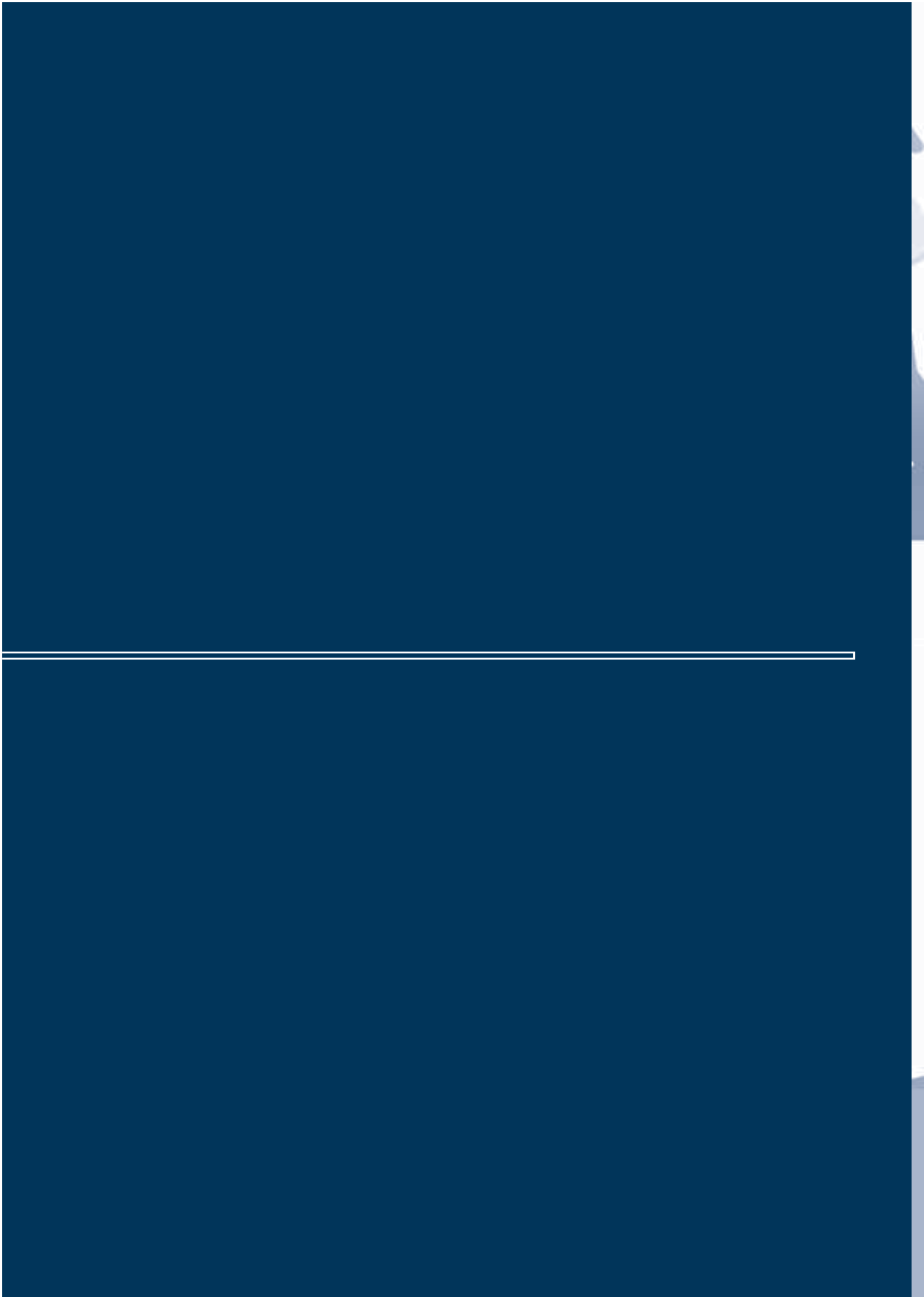
Edita: Consejo Económico y Social del Principado de Asturias, 2010
Plaza de la Paz 9, 1º
33006 Oviedo (Asturias)
Teléfono: 985 270 715 - Fax: 985 237 813

<http://www.cesasturias.es>
e-mail: correo@cesasturias.es

Depósito legal: AS-5.796-2010
ISBN: 978-84-693-6788-9
Imprime: Gráficas Eujoa
Imagen: [grafica.mente \[w3.estudiograficamente.com\]](http://grafica.mente.w3.estudiograficamente.com)
Diseño y maquetación: Consejo Económico y Social del Principado de Asturias

El Futuro del Sistema Sanitario Público en ASTURIAS



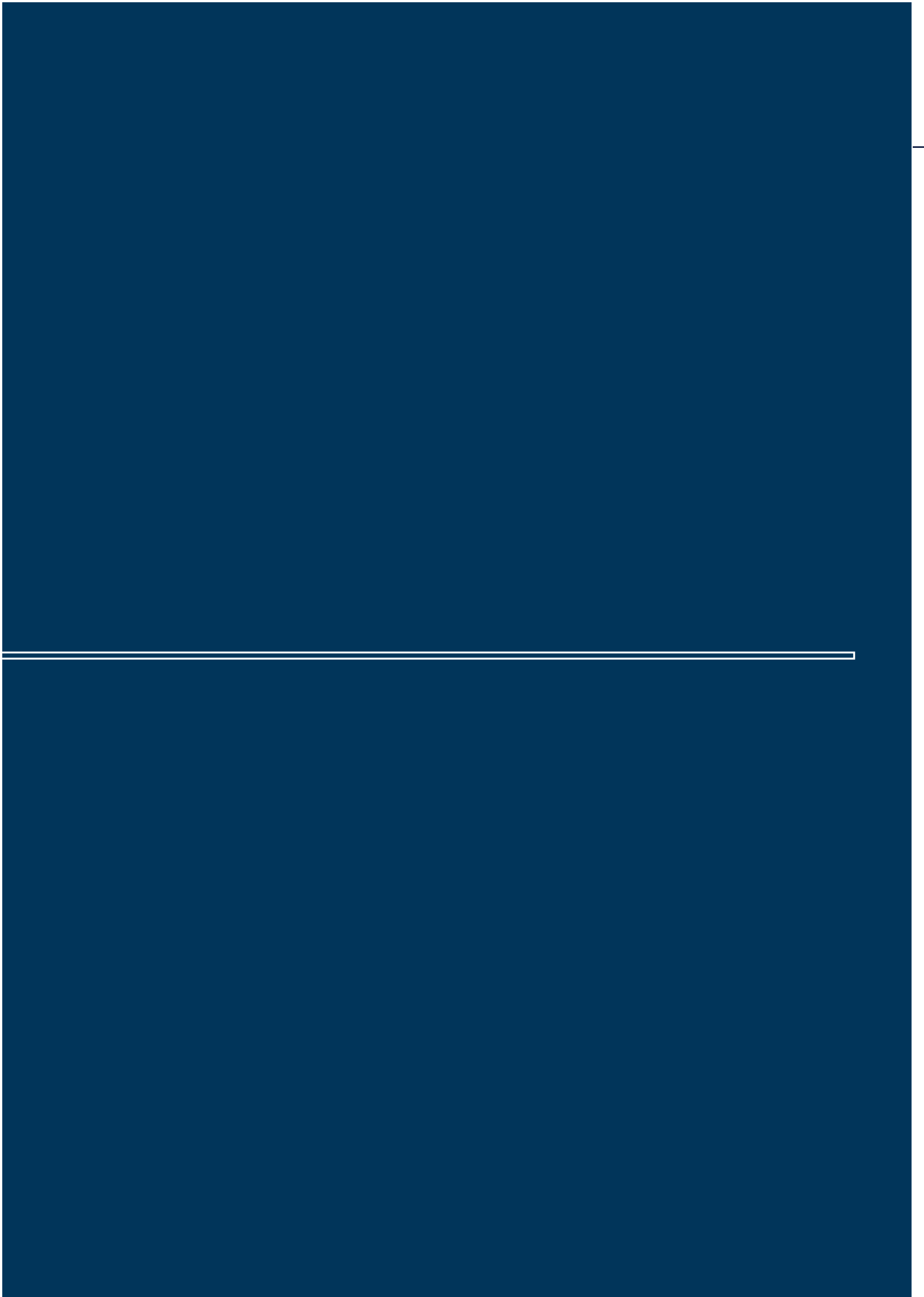


A stylized graphic on the left side of the page shows a dark blue path leading upwards. On the path, there are several light blue human figures. One figure has a white cross on its chest, representing a medical professional. Another figure is on a bicycle. The path is set against a white background with a dark blue gradient at the bottom.

> PRESENTACIÓN

> D. Nicolás Álvarez Álvarez

*Presidente del Consejo Económico y Social
del Principado de Asturias*



Una vez más me corresponde presentar la publicación de la jornada organizada por el Consejo Económico y Social de Asturias, que lleva por título *El Futuro del Sistema Sanitario Público en Asturias*, celebrada el día 17 de junio. Una jornada de la que me siento especialmente orgulloso, tanto por el interés que suscitó el tema como por la concurrencia y el seguimiento que tuvo.

La sanidad pública asturiana siempre fue una materia de interés para el CES y uno de mis retos personales desde mi toma de posesión al frente de este Organismo. Uno de los primeros acuerdos, por unanimidad, que adoptó el Pleno del Consejo el día 1 de julio de 2002, fue mandar a la Comisión Permanente a fin de *definir el alcance, procedimiento, contenidos y presupuestos para la elaboración de un estudio sobre la sanidad asturiana*.

Con fecha 16 de julio de 2002, la Comisión Permanente acordó la creación de una Comisión *ad hoc* de Sanidad, compuesta por dos representantes de cada grupo, presidente y expertos, con la intención de elaborar el estudio *La Sanidad Pública en Asturias*, que fue aprobado por la Comisión Permanente de 21 de julio de 2003 y ratificado por el Pleno del 23 de julio, acordándose su publicación. El estudio recoge veinticinco propuestas y conclusiones en las que se refleja la preocupación del CES por el crecimiento permanente del gasto y el modelo de financiación de la sanidad.

Posteriormente, en el año 2006, la Comisión Permanente acordó celebrar unas Jornadas con el título *La sanidad pública en España: reflexiones*, en las que participaron expertos, representantes institucionales de la Administración sanitaria, reconocidos profesionales e investigadores de la gestión sanitaria, así como representantes de los agentes económicos, sociales y políticos más representativos a nivel nacional.

En 2009, el Consejo encargó un trabajo sobre la sanidad asturiana a Elola Consultores, publicado en 2010 con el título *Futuro del sistema sanitario público del Principado de Asturias*. Esta publicación ha tenido una gran repercusión y aceptación en la sociedad asturiana y en los medios de comunicación y ha suscitado el debate y la controversia, lo que es bueno a efectos de sensibilizar a la opinión pública ante el reto del futuro de la sanidad y su sostenibilidad.

En esta Jornada que ahora presento, creo que estoy en condiciones de afirmar que cerramos un ciclo largo e importante sobre la sanidad y su futuro, se aportaron ideas que pueden servir para la mejora y el sostenimiento de la sanidad pública en Asturias.

Quiero agradecer a todos los intervinientes en el debate, expertos, representantes sociales y altos cargos de la Administración Autonómica y ex responsables de la misma, que ofrecieron un enfoque de los temas sanitarios con el que seguir mejorando el futuro desarrollo de la sanidad pública.

Hago extensivo mi agradecimiento al Presidente del Gobierno del Principado de Asturias, D. Vicente Álvarez Areces, por el excelente prólogo que precede a las intervenciones, y a Cajastur, por la colaboración que en todo momento presta a este Organismo.

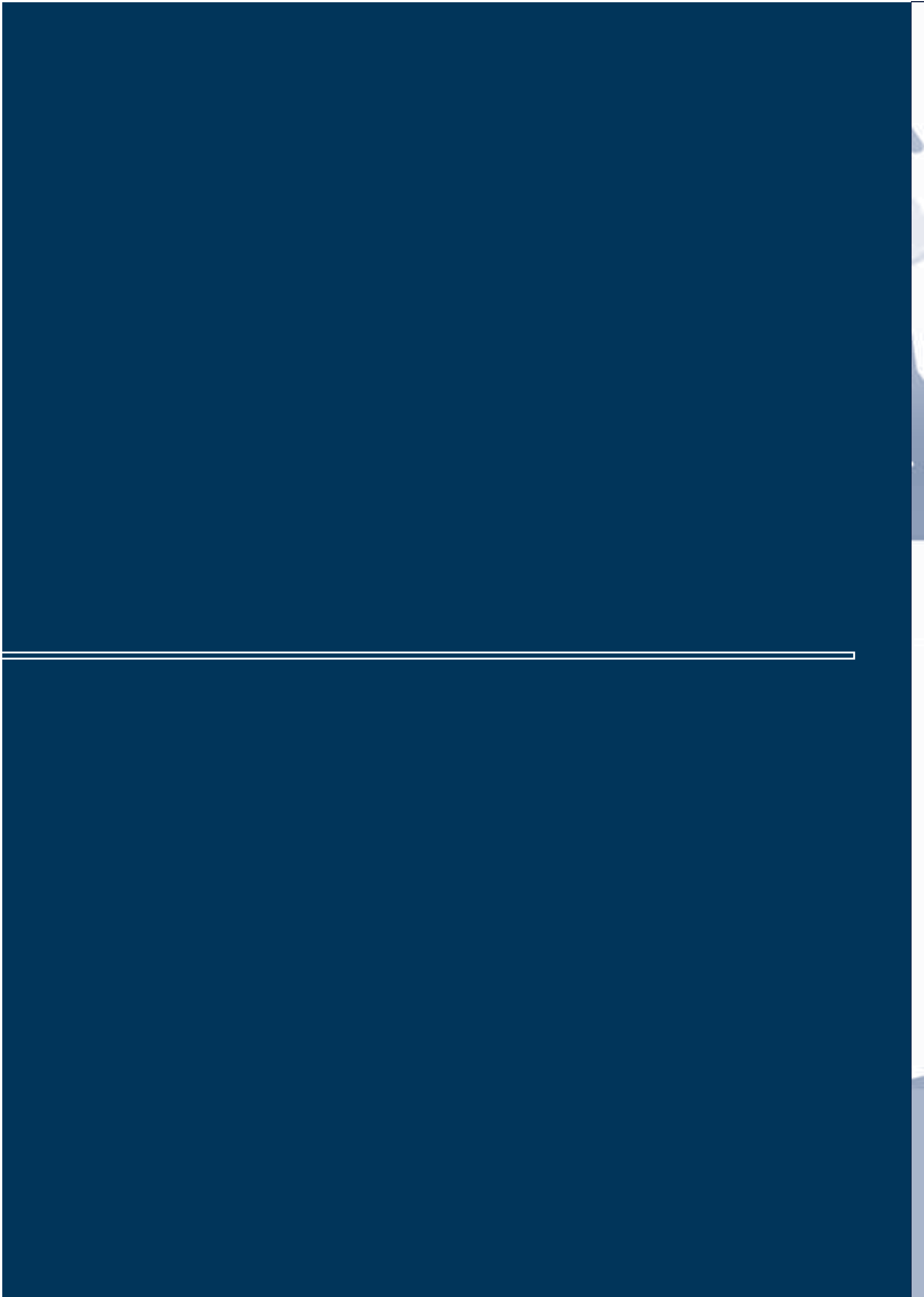
Por último, un agradecimiento muy especial a Dña. Carmen Alcobendas Paco, por su entrega en la organización y planificación de la jornada, así como a Dña. Ana López-Contreras Martínez, quien con acierto planificó e hizo posible su publicación, así como al resto del personal del CES.

Creo que el objetivo con el que se organizó esta jornada se ha alcanzado con creces, impulsar un debate sobre el Sistema Sanitario Público en Asturias y su futuro, tema de indudable trascendencia en estos momentos.

Oviedo, noviembre de 2010

> ÍNDICE

- 011 / Prólogo. D. Vicente Álvarez Areces
- 017 / Presentación de la publicación. Cajastur
- 021 / Inauguración de la jornada. D. Antonio González Fernández
- 027 / Ponencia: El futuro del sistema sanitario público en Asturias.
D. Javier Elola Somoza
- 045 / Mesa redonda: Análisis de situación y propuestas para el sistema sanitario público en Asturias. La perspectiva de las organizaciones sociales
- 047 • D. Joaquín Arcadio Fernández Martínez
- 051 • D. Alberto González Menéndez
- 059 • D. Justo Rodríguez Braga
- 063 • D. Antonio Pino Cancelo
- 069 / Ponencia: Fortalezas y debilidades del sistema sanitario asturriano.
D. Juan Luis Rodríguez-Vigil Rubio
- 105 / Ponencia: La construcción de Europa y la atención sanitaria: retos y oportunidades.
D. Francisco Sevilla Pérez
- 119 / Ponencia: Evolución de las disparidades geográficas en el marco de la descentralización territorial: una visión comparada de la sanidad asturiana.
Dña. Laura Cabiedes Miragaya
- 169 / Mesa redonda: Análisis de situación y propuestas para el sistema sanitario público en Asturias. La perspectiva de los partidos políticos
- 171 • D. Jaime Rabanal García
- 175 • D. Luis Antuña Montes
- 181 • Dña. Pilar Alonso Alonso
- 191 • D. Ángel López Díaz
- 197 / Clausura de la jornada. Un nuevo rumbo para la sanidad en Asturias. Una tarea posible. D. Ramón Quirós García



A stylized graphic on the left side of the page shows a dark blue path leading upwards and to the right. On the path, there are several light blue human figures. One figure on the left has a white cross on its chest. Another figure is on a circular platform. Below the path, there are more human figures, some appearing to be on a bicycle or similar vehicle. The background is white, and the overall style is minimalist and modern.

> PRÓLOGO

> D. Vicente Álvarez Areces

Presidente del Principado de Asturias



Los cuatro pilares básicos del Estado del Bienestar en nuestro país, el sistema educativo, el sistema de aseguramientos públicos de vejez, viudedad e invalidez, el sistema sanitario, y el más reciente Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia se han ido fortaleciendo progresivamente en España al tiempo que los derechos ciudadanos, consolidando un estado social de derecho que nos ha situado entre los países del mundo con mejor calidad de vida.

Garantizar la sostenibilidad de estos sistemas a medio y largo plazo, así como potenciar su contribución al desarrollo de nueva actividad económica en el contexto de una sociedad con mayor esperanza de vida y demandas cambiantes, obliga a los poderes públicos a la consideración de numerosas variables y a tener en cuenta la planificación de cada ejercicio presupuestario con una perspectiva de largo plazo.

Adoptar las medidas necesarias para asegurar la sostenibilidad de estos sistemas requiere de un consenso político y social amplio, que reclama información, opinión y compromiso de la ciudadanía, los profesionales y las distintas administraciones. Sea, por tanto, bienvenida la iniciativa del Consejo Económico y Social del Principado de Asturias de aportar a la sociedad asturiana los diferentes planteamientos expuestos en la jornada dedicada a debatir sobre *El Futuro del Sistema Sanitario Público en Asturias*, como complemento al informe del mismo título, realizado por el profesor Javier Elola y su equipo por encargo del propio Consejo.

Esta publicación recoge tanto las reflexiones de Javier Elola como las aportaciones de personas muy vinculadas al ámbito sanitario, que han ocupado variados cargos de responsabilidad en áreas de gestión sanitaria, como Francisco Sevilla Pérez, Juan Luis Rodríguez Vigil o el actual Consejero de Salud y Servicios Sanitarios, José Ramón Quirós García; junto con el estudio comparativo realizado por la profesora Laura Cabiedes Miragaya sobre la evolución del Sistema Nacional de Salud en las diversas comunidades autónomas, y las opiniones expresadas por los portavoces de las organizaciones sociales y los partidos políticos en sendas mesas redondas. Es, por tanto, el reflejo de un debate plural, de interés para toda la sociedad, en el que queda patente el interés común en garantizar la sostenibilidad de nuestro sistema sanitario público en sus actuales niveles de prestaciones y calidad.

Plantearse la situación actual y las líneas de mejora que deben ser aplicadas a nuestro sistema sanitario tiene una especial relevancia para Asturias, la comunidad de España donde menor es la proporción de aseguramiento sanitario privado y donde, dentro de la tendencia general de nuestro país, el gasto sanitario público ha ido creciendo en su porcentaje de participación en los presupuestos de la comunidad autónoma y a un ritmo superior al crecimiento del PIB. En 2009, el gasto sanitario público total por habitante en Asturias ascendió a 1.524 euros y supuso el 37,7% del gasto liquidado del presupuesto del Principado, superando, además, el 7% del PIB asturiano.

La necesaria contención del gasto sanitario no debería suponer reducción de prestaciones ni de la calidad asistencial. Con este fin, en Asturias hemos introducido diversas mejoras en la organización de la atención primaria, la gestión de recursos humanos, con plan que ha permitido rejuvenecer el sistema; la centralización de compras o las políticas de uso racional del medicamento. Asimismo, la apertura de centros de salud en horario de tarde y la paulati-

na introducción de mejoras en la gestión mediante unidades y áreas de gestión clínica en atención primaria y atención especializada, permiten avanzar en la eficiencia de los recursos sin pérdida en la calidad del servicio.

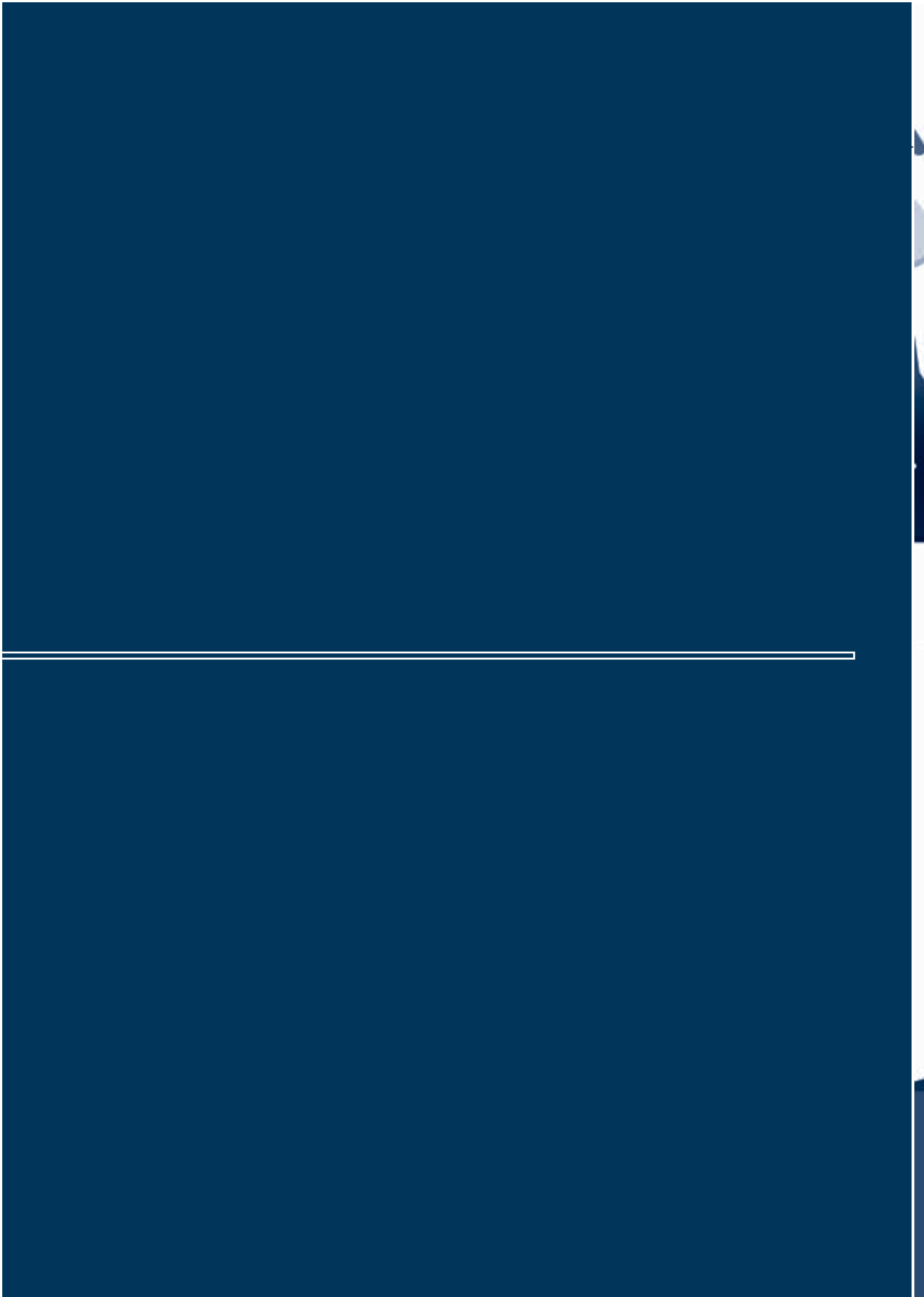
El *Barómetro sanitario* del Centro de Investigaciones Sociológicas viene situando, durante estos últimos años, al sistema sanitario público asturiano como el mejor valorado por la ciudadanía, con la puntuación más alta de España. Igualmente, los informes de la Asociación de Defensa de la Sanidad Pública de España y la Agencia Estatal de Evaluación de las Políticas Públicas y la Calidad de los Servicios sitúan a Asturias como una Comunidad de referencia en el ámbito de la sanidad pública.

El esfuerzo realizado desde la asunción de competencias por el gobierno autonómico en la construcción, mejora, ampliación y dotación de equipamientos sanitarios en todo el territorio, dota a nuestro sistema sanitario de unas infraestructuras accesibles y con gran potencial, no sólo para avanzar en una atención sanitaria eficiente y de calidad a toda la población, también para ser un relevante factor productivo de la economía y un instrumento de innovación científica y tecnológica.

La consolidación de las mejoras de gestión, la incorporación de nuevas tecnologías, los programas de prevención de enfermedades, o una mejor coordinación entre el sistema sanitario y el sociosanitario y de atención a la dependencia, son algunas medidas de contención del gasto sanitario que no alteran la cartera de servicios. Al contrario, los potencian y permiten avanzar en el gran objetivo de garantizar la sostenibilidad de la sanidad pública. Un objetivo que requiere el compromiso de todos: fuerzas políticas, agentes sociales, instituciones profesionales, medios de comunicación y organizaciones ciudadanas.

Teniendo en cuenta, además, que la sostenibilidad de los servicios sanitarios públicos de las Comunidades Autónomas descansa en la existencia de un Sistema Nacional de Salud, cuyos instrumentos de cohesión y coordinación es necesario reforzar; y está estrechamente condicionada también por el impacto que la libre movilidad de personas y trabajadores en el interior de la Unión Europea empieza a tener sobre la prestación de la asistencia sanitaria en todos sus niveles. El ámbito europeo es un nuevo factor a considerar para la planificación de la sanidad asturiana y la necesaria mejora de calidad y eficiencia con unos recursos contenidos.

La consideración de la salud y calidad de vida del paciente como objetivo central de las decisiones, ayudará a que el sistema sanitario público de Asturias siga siendo el mejor valorado de nuestro país, además de un componente decisivo de desarrollo científico-tecnológico y progreso social y económico.



A stylized graphic on the left side of the page. It features a dark blue, branching tree-like structure against a white background. Several human figures are integrated into the branches: one figure with a white cross on its chest, and others standing on circular platforms. The overall design is minimalist and symbolic.

> **Presentación de la publicación**

> **Cajastur**

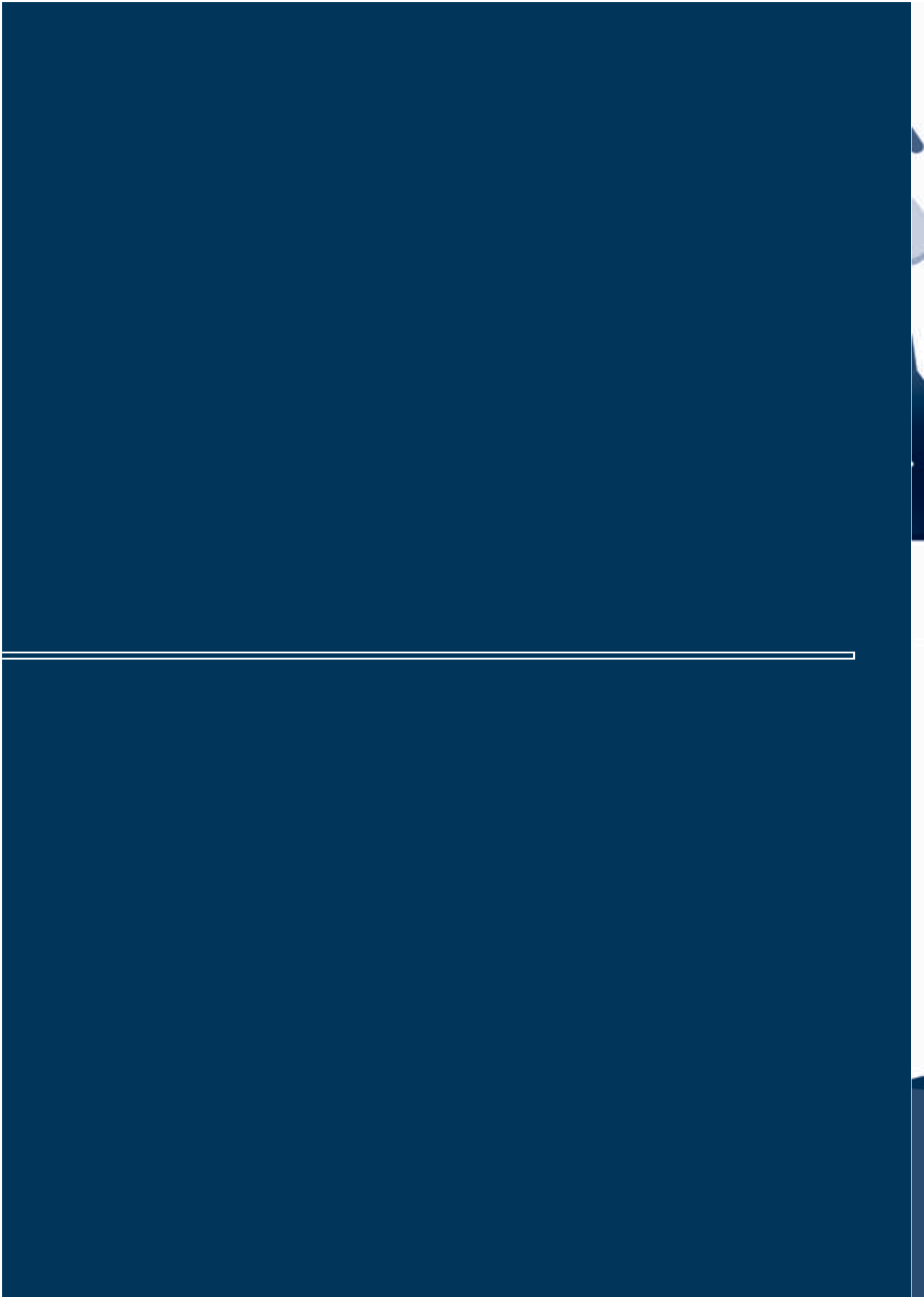


El futuro del sistema sanitario público español es, tal vez, una de las mayores preocupaciones de los ciudadanos y, en consecuencia, de las administraciones. El Consejo Económico y Social (CES) de Asturias, sensible a las preocupaciones sociales y en su función de foro de conocimiento y de debate constructivo, abordó este asunto en una jornada bajo el título "El Futuro del Sistema Sanitario Público en Asturias", que concitó la participación de los principales expertos.

Es la segunda vez que el CES organiza un foro de debate sobre la sanidad pública debido a la importancia que tiene este tema para la sociedad, algo que desde la labor social de Cajastur constatamos diariamente y que nos impulsa a colaborar en proyectos de investigación médica y científica y a apoyar aquellas iniciativas que, desde la investigación social, contribuyen a un mejor conocimiento de la realidad y de las alternativas de futuro.

Las reflexiones sobre las que se sustenta el debate se recogen en esta publicación que recopila los análisis técnicos y rigurosos sobre la sanidad pública que los ponentes de la jornada expertos y responsables de distintas administraciones desarrollaron en sus intervenciones.

Deseo felicitar al CES por esta iniciativa y por su continuado esfuerzo en ser foro de análisis y de debate en temas especialmente sensibles para la sociedad, y, a través de publicaciones como ésta, divulgar y difundir los análisis de los expertos.



A stylized graphic on the left side of the page shows a dark blue path leading upwards and to the right. Several human figures are positioned along this path. One figure on the left has a white cross on its chest, representing a healthcare worker. Other figures are shown in various poses, some appearing to be in motion or interacting. The background is white, and the overall aesthetic is clean and professional.

> Inauguración de la jornada

> D. Antonio González Fernández

*Director General de Trabajo, Seguridad Laboral y Empleo de
la Consejería de Industria y Empleo del Principado de Asturias*



Buenos días:

En primer lugar trasladarles un saludo muy cordial del titular de la Consejería de Industria y Empleo, Don Graciano Torre González quien, por motivos ajenos a su voluntad, no ha podido estar aquí con ustedes como era su deseo.

Al iniciar la jornada del día de hoy debemos comenzar afirmando algo que, me atrevo a decir, puede ser opinión común de todos: el sistema sanitario público, el sistema de salud, constituye uno de los pilares básicos del estado del bienestar o del estado social de derecho, junto con el sistema educativo y con el sistema de aseguramientos públicos de vejez, viudedad e invalidez, eso que se suele llamar con alguna incorrección pero de modo muy gráfico y comprensible, "las pensiones" y, como cierre, se ha venido a añadir en tiempos aún recientes el sistema de protección de la dependencia. Éstos son los cuatro pilares sobre los que se asienta el Estado del Bienestar, una creación, en lo geográfico, típicamente europea y, en lo temporal, históricamente reciente.

El sistema sanitario público ha tenido un crecimiento y una profundización importante y rápida durante los últimos cincuenta años, pasando sucesivamente por distintos estadios, con hitos jurídicos relevantes, casi uno por década, como pueden ser la creación del INSALUD allá por los primeros años de la transición, la Ley General de Sanidad del año 1985, los procesos de transferencias a las comunidades autónomas de los años primeros del presente siglo... por citar los más importantes de los últimos treinta años. Con carácter general, se puede decir que vivimos tiempos de enorme aceleración histórica y ello hace que aspectos como éstos, de gran relevancia cada uno de ellos independientemente, lleguen a pasarnos, pese a su enorme importancia, casi desapercibidos.

Y ahora, como en todo momento, nos encontramos ante el futuro, y el CES de Asturias nos propone en la jornada de hoy una tarea de pronóstico, de adivinanza, de profecía en fin, y es siempre complicada la labor de futurologo, de pronosticador o de profeta, y, a más de complicada, tampoco es agradecida... dice Ortega que todo profetismo, como toda filosofía, es contra la opinión pública e incompatible con popularidad; entiendo yo que será porque el profeta, por serlo, vive en alguna medida fuera de si y que por eso presenta dificultades para integrarse en el tiempo que le toca vivir, amén de que los pronósticos suelen tener siempre un tinte negativo o al menos de advertencia que no suele ser del gusto popular. Se trata, en suma, de un oficio arriesgado.

Sin embargo, debemos admitir que para la tarea del día de hoy contamos con una importante ventaja y es que para ayudarnos obra en nuestro poder el magnífico trabajo desarrollado por el profesor Javier Elola y su equipo que lleva el mismo título que preside estas jornadas.

Si decíamos hace un momento que lo que hoy es el sistema nacional de salud es un genuino producto histórico, lo que es tanto como decir que es una realidad cambiante, que ha pasado por distintas fases, ello hace que sea enormemente importante recordar de dónde venimos, lo que hemos alcanzado, cómo lo hemos logrado y lo que nos ha costado, en recursos económicos y en esfuerzos humanos, que no siempre es lo mismo, lograrlo.

A la par que valoramos el camino recorrido y las energías empleadas en recorrerlo debemos recordar también que en la vida no es posible detenerse, la vida tiene un algo de carrera ciclista donde el que se detiene se cae, debemos seguir, querámoslo o no, hacia adelante, de manera inexorable, estamos condenados como el mito griego de Sísifo a empujar la piedra cuesta arriba por la ladera de la montaña. Los resultados o

logros alcanzados, en cualquier actividad humana, son siempre contingentes, no son nunca definitivos y requieren un permanente esfuerzo para su conservación, y un esfuerzo adicional para su mejora, y la sanidad no es una excepción.

Cuando se afronta este trabajo de ir hacia adelante debemos necesariamente hacer algunas previsiones, lo que nos llevará a determinar las provisiones con que deberemos necesariamente contar, de ellas las más evidentes, las que primero se nos ocurren, son las presupuestarias, pero de ninguna manera las únicas. A determinar estas provisiones para el futuro se dedicará en buena medida la jornada de hoy.

Al hacer estas previsiones no podemos olvidar dos de los elementos fundamentales que caracterizan el ámbito sanitario y el servicio sanitario, de una parte la extrema sensibilidad que tienen estos asuntos para la población, y de otra que, al lado de la mencionada sensibilidad social, existe una, la imprevisibilidad intrínseca, que caracteriza a buena parte de estos temas, una imprevisibilidad asociada por un lado al desconocimiento y por otro a la novedad de los problemas con que nos enfrentamos. Históricamente han existido epidemias y pandemias difíciles de predecir y de combatir, algunas con auténtica trascendencia en el desarrollo de la humanidad: la peste europea del final de la Edad Media, la gripe española o, más cercanamente, las crisis derivadas del SIDA o de las vacas locas o las recientes de la gripe aviar o la del virus H1N1 del pasado invierno, la incidencia de estas epidemias y pandemias se ve hoy multiplicada por el enorme crecimiento experimentado por los medios de comunicación, de modo que aumentan los riesgos de contagio cuando nos referimos a los medios de comunicación físicos y aumenta la preocupación de la población cuando nos referimos a los medios de comunicación de información.

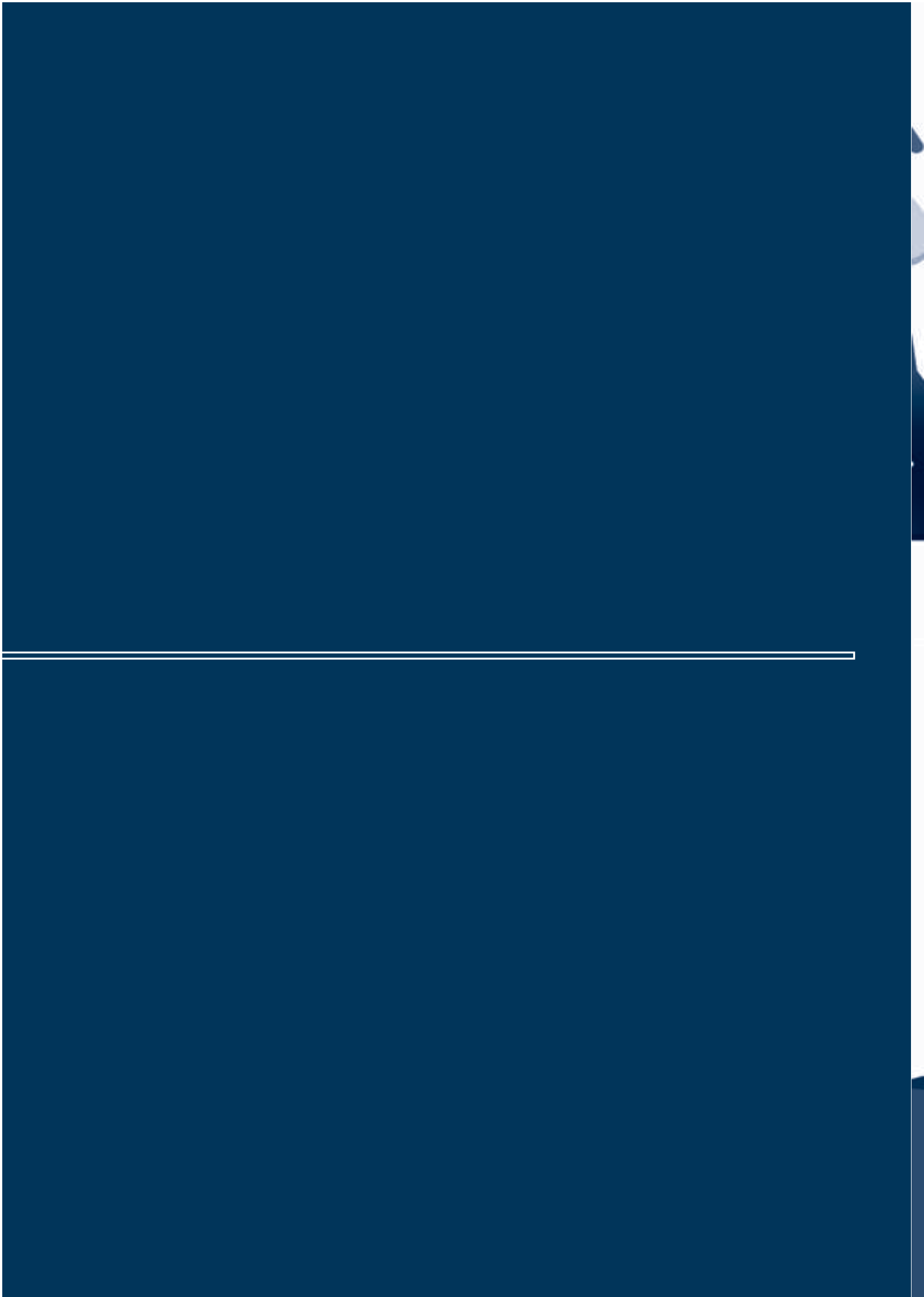
Ello lleva aparejada una característica derivada o consecuencia de las anteriores, la enorme pluralidad de actores que se dan cita, con implicación directa o indirecta, a la hora de afrontar los problemas sanitarios y los importantísimos intereses de todo tipo que en ellos existen.

Creo pues que, en el momento presente, no resulta arriesgado decir que nadie discute hoy las virtudes de la sanidad pública; sin embargo, ello no debe hacernos caer en la ilusión de que, por su bondad intrínseca, no precisa análisis y mejoras; hay algunos aspectos organizativos evidentes que deben ser examinados, se me ocurre por ejemplo la convivencia del sistema de salud con el sistema preventivo laboral, o la necesidad de organizar adecuadamente los procesos de generación de derechos; la adecuada articulación del INSS y de los sistemas sanitarios públicos; la necesidad de reducir los tiempos de espera; la búsqueda de las necesarias economías de escala evitando duplicidades y gastos innecesarios y, cómo no, articular toda suerte de medidas que garanticen la estabilidad económica.

Todo esto dentro de la circunstancia actual, tanto a nivel español como europeo y mundial, una circunstancia contractiva que nos obligará necesariamente a adoptar indispensables medidas de mejora de gestión y de ajuste del gasto.

Motivos sobrados, pues, para considerar como un acierto pleno la iniciativa del CES de Asturias de organizar primero el estudio y ahora esta jornada, a la que ha de añadirse la calidad de los ponentes que hoy nos acompañan y a los que de antemano agradezco su presencia y disponibilidad y en cuya compañía ya les dejo.

Muchas gracias.





Presentación de la ponencia

> Dña. M^ª Luisa Ponga Martos, *Vocal y Presidenta de la Comisión de Sanidad del CES del Principado de Asturias*

Ponencia

> **El futuro del sistema sanitario público en Asturias**

> **D. Javier Elola Somoza**

Licenciado en Medicina y Cirugía por la Universidad Autónoma de Madrid (1974) y doctor por la misma Universidad (1996)

Visiting Professor, School of Hygiene and Public Health, Johns Hopkins University (1994-1995)

Entre los años 1986 y 1996 ocupó diversos cargos en el Ministerio de Sanidad y Consumo como Jefe de Gabinete de la Secretaría General de Asistencia Sanitaria, Director General de Planificación y Coordinación y de Aseguramiento y Planificación Sanitaria, Consejero Técnico de la Dirección General de Programación Económica, Director Provincial del INSALUD en Madrid y Consejero Técnico en la Subdirección General Económico-Financiera

Director de CODEH Internacional (1999-2007)

Desde 1999 es Director de Elola Consultores y, desde 2007, de EC Consultoría y Gestión en Sanidad

Ha dirigido para el Ministerio de Sanidad los informes sobre "Cohesión Sanitaria en Europa" y "Estándares de necesidades de médicos especialistas en países occidentales desarrollados"

Ha escrito diversos libros y publicaciones en revistas nacionales e internacionales sobre política y gestión sanitaria



En primer lugar, quiero reiterarles nuestro agradecimiento por asistir a nuestras Jornadas.

Vamos a comenzar seguidamente con la primera ponencia, titulada "El futuro del sistema sanitario público en Asturias", cuya impartición correrá a cargo de Javier Elola Somoza.

No es casual iniciar las sesiones con esta conferencia, como supondrán, pues de todos es conocido ya el informe que, con el mismo título, ha realizado el ponente por encargo del Consejo Económico y Social de Asturias.

Quiero destacar en este foro el interés de este organismo en promover un estudio que aporte, desde la visión de un experto en la materia sanitaria, información, datos y conclusiones que permitan entender la complejidad del sistema sanitario, sus antecedentes y la evolución que ha dado lugar al momento actual, y ayude a construir una visión de futuro con varios escenarios posibles, los cuales podrían permitir la selección de algunas de las medidas más adecuadas para alcanzar el mejor de esos escenarios.

Se concibe este informe como un instrumento más, desde luego no único, de reflexión y debate de un tema trascendental en el ámbito social, político y de gestión: la sanidad pública asturiana, que es parte del Sistema Nacional de Salud, el cual da cobertura a un derecho subjetivo y universal: el derecho a la salud, reconocido en la Ley General de Sanidad de 1986, al amparo del artículo 43 de la Constitución, que establece "el derecho de los españoles a la protección de la salud".

Tenemos hoy la enorme suerte de contar con la presencia del autor del estudio, Javier Elola Somoza, cuyo co-

nocimiento y ya dilatada experiencia profesional dentro del sector sanitario nos permitirá, no me cabe duda de ello, comprender mejor en su conjunto la complejidad de la gestión sanitaria.

Tengo el gusto de presentar a un hombre que ha hecho grandes aportaciones en el ámbito de la sanidad pública, como gestor, consultor y, en fin, estudioso de la materia.

Javier Elola es doctor en Medicina y Cirugía por la Universidad Autónoma de Madrid (1996), licenciado en Medicina y Cirugía en dicha Universidad (promoción de 1974). Es también Visiting Professor, School of Higiene and Public Health, Johns Hopkins University (1995).

Con una amplísima experiencia profesional en el ámbito sanitario público, como ya dije. Ha ocupado diversos cargos en el Ministerio de Sanidad y Consumo, así como el Instituto Nacional de Salud (INSALUD).

En el ámbito de la consultoría, ha sido Director de Elola Consultores (1999 a 2007), y desde 2007, es el Director de EC Consultoría y Sanidad, responsabilidad que ostenta en la actualidad.

Ha dirigido para el Ministerio de Sanidad los informes Cohesión Sanitaria en Europa y Estándares de necesidades de médicos especialistas en países occidentales desarrollados.

Ha escrito diversos libros, así como publicaciones en revistas nacionales e internacionales sobre política y gestión sanitaria.

Gracias por estar hoy aquí con nosotros, Javier, cuando quieras.

Quiero agradecer, en primer lugar a Nicolás Álvarez, Presidente del Consejo Económico y Social del Principado de Asturias, la confianza que me ha otorgado el Consejo Económico y Social encargándome la elaboración de este informe, así como por su apoyo, colaboración y afecto personal. Este agradecimiento es obligado hacerlo extensivo a todo el staff del Consejo Económico y Social del Principado de Asturias, a los miembros de su Comisión Permanente, así como a la Presidenta de la Comisión de Sanidad, María Luisa Ponga. Para elaborar el informe solicité la opinión de personas relevantes relacionadas con la sanidad del Principado de Asturias, siendo de obligado cumplimiento agradecer a aquellas que tuvieron la amabilidad de responder al cuestionario, mantener entrevistas o darme su opinión sobre distintos aspectos del mismo. Entre estas personalidades quiero agradecer especialmente a mi buen amigo Francisco Sevilla, quien además de darme su autorizada opinión sobre la sanidad asturiana y española tuvo la deferencia de prologar la edición del documento "El futuro del Sistema Sanitario Público en Asturias".

Como he señalado en la introducción del mencionado informe, el Consejo Económico y Social del Principado de Asturias me ha permitido trabajar con entera libertad, siendo los análisis y propuestas contenidas en el informe de mi responsabilidad exclusiva, sin que reflejen o comprometan la opinión del Consejo Económico y Social del Principado de Asturias, sus integrantes, al gobierno del Principado de Asturias o cualquiera de las personas que han sido encuestadas o que me han dado su opinión y consejos sobre borradores previos de este informe.

En esta presentación he procurado no reiterar excesivamente algunos de los aspectos tratados en El Futuro del Sistema Sanitario Público en Asturias, aunque cierta reiteración es inevitable. La presentación se atiene al siguiente índice:

1. Diagnóstico de situación en grandes trazos
2. ¿Es aplicable la estrategia 0?
3. ¿Tijeras o bisturí?
4. ¿Qué sabemos sobre la eficiencia y productividad en el sector sanitario público?
5. ¿Por qué regionalizar?
6. ¿Qué hacer, además de regionalizar?
7. Democracia y gestión sanitaria
8. Relevancia del Sistema Nacional de Salud
9. La influencia de Europa
10. Nueve conclusiones y tres mensajes

1. Diagnóstico de situación en grandes trazos

El informe sobre el futuro del sistema sanitario público en Asturias destacaba nueve conclusiones de la situación actual. Muchos de los rasgos que definen a la sanidad asturiana son compartidos con el resto del Sistema Nacional de Salud (SNS). En la siguiente relación se destaca en negrita aquellos con importante grado de coincidencia entre ambos subsistemas:

1. Mayor dependencia de la cobertura sanitaria pública y menor recurso a la cobertura privada que la media de España.
2. Muy alto nivel de legitimación social (el mayor en el SNS).
3. **Crecimiento del gasto sanitario público por persona protegida a una tasa (4,1%, interanual), algo superior a la media del SNS (3,6%).**
4. **Estabilidad en las tendencias de utilización de servicios, con un incremento de la actividad ambulatoria** (hospital de día, consultas y urgencias).
5. La lista de espera, en términos agregados, no es un problema de la sanidad pública asturiana.

6. Menor eficiencia hospitalaria que la media del SNS (EM 8,3:7,5). Escasa ganancia en eficiencia hospitalaria en el período 2001-2008.

7. Disminución de la eficacia del nivel de atención primaria como "puerta de entrada" del sistema. Aumento en la remisión a consultas de especialista y de las urgencias hospitalarias sin ingreso.

8. Aumento del consumo de recetas por persona protegida y año.

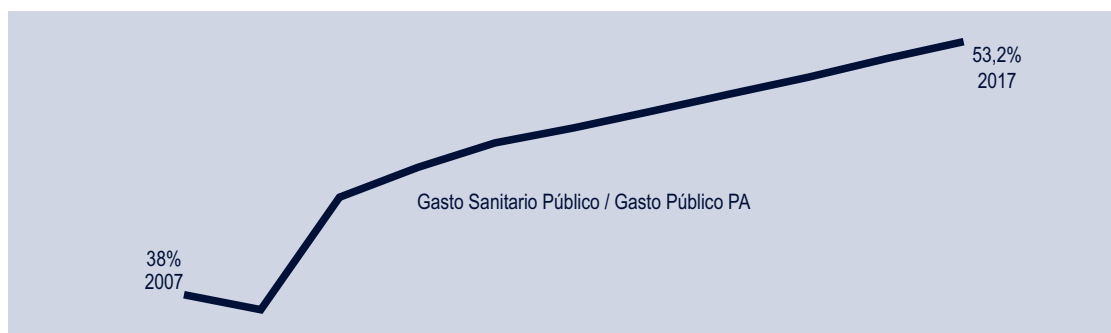
9. Disminución de la productividad, tanto en atención primaria como especializada. Aumento de los costes de personal del 35% (en términos constantes).

2. ¿Es aplicable la estrategia 0?

Es legítimo plantearse, ante cualquier situación, si el mejor curso de acción es, simplemente, no hacer nada. En los principios hipocráticos esta posición subyace al de "*primum non nocere*" que debe informar la práctica médica, que obliga a tomar en consideración si dejar actuar a la naturaleza es mejor que la intervención del médico alterando el curso de la enfermedad. En el informe para el Consejo Económico y Social se señalan las razones por las que, a mi juicio, la estrategia 0 no es una alternativa aceptable. En un supuesto teórico, si el gasto sanitario público en Asturias siguiera creciendo a la misma tasa que durante los últimos ocho ejercicios y los ingresos fiscales del Principado evolucionaran en

paralelo a las previsiones de crecimiento del PIB, en 2017 el gasto sanitario público llegaría a ser superior al 53% de todos los recursos públicos.

La situación hipotética descrita sería, con toda probabilidad, difícilmente soportable, pues el gasto sanitario pondría en riesgo otras políticas públicas, como educación, dependencia, obras públicas, desarrollo rural, etc., por lo que **no es sostenible la tasa de crecimiento del gasto sanitario público**. Una alternativa teórica sería no actuar sobre el gasto e incrementar los ingresos fiscales. Sin embargo, aunque es cierto que España tiene una presión fiscal menor que la de la mayor parte de los países de la Unión Europea de los 15 (UE-15), también lo es que la presión fiscal tiende a ser superior en aquellos países con renta per cápita más elevada y que España es uno de los países de la UE-15 en los que ha crecido de forma más importante la presión fiscal en el período 2002-2008. No es previsible que, en un escenario de crecimiento lento de la economía, la presión fiscal pueda crecer de forma significativa como para paliar la crisis fiscal del Estado. Por otra parte, el aumento de los recursos que proporcionaría un crecimiento marginal de la presión fiscal iría, básicamente, a paliar el déficit que tan caro nos está costando en términos del pago de los intereses de la deuda soberana, mientras que otros servicios de protección social (educación, dependencia, protección a las familias, etc.), peor atendidos en España que la sanidad si nos atenemos al peso relativo que tienen sobre el total del gasto público en comparación con



otros países de la UE-15, pueden reclamar eventuales incrementos de los recursos públicos.

En el informe sobre el futuro del sistema sanitario público en Asturias se señalan otras razones, de calidad, eficiencia y productividad del sistema sanitario por las que sería necesario (lo viene siendo desde hace mucho tiempo) emprender acciones de mejora. La crítica situación actual lo que hace es, precisamente, obligar a todos los agentes a plantear qué medidas se deben adoptar, pues la crisis hace inviable la alternativa 0 y estas medidas se pueden clasificar, de forma esquemática en dos tipos: bisturi (mejora de la eficiencia) o tijeras (recortes).

3. Tijeras o bisturi

Dentro de las medidas de recorte (tijeras) se pueden clasificar el copago, el aumento de las listas de espera o la reducción porcentual de las remuneraciones de los profesionales. Todas ellas tienen en común que producen "daños generalizados". Probablemente el ejemplo más notable y el más debatido es el copago, para controlar el "abuso" de ciertas prestaciones, entre las que se pueden mencionar la reiteración de consultas al médico general, las consultas de urgencia hospitalaria o las recetas médicas. Los estudios disponibles demuestran que el copago reduce el acceso a los servicios sanitarios pero no discrimina aquellas prestaciones que son adecuadas de las que no lo son, discriminando en contra de aquellos grupos poblacionales menos favorecidos, en donde el impacto económico es más notable y las necesidades de salud mayores. Los defensores del copago señalan que los efectos negativos del copago pueden ser paliados estableciendo sistemas que eviten castigar a las rentas más bajas, pero lo que no evalúan es el coste del apartado administrativo que sería necesario desarrollar, que probablemente consumiría la mayor parte —sino la totalidad— de los

recursos obtenidos y el ahorro de costes a través del copago.

El mismo efecto de daño generalizado, no selectivo, tienen los recortes salariales, que penalizan por igual a aquellos profesionales que trabajan con altos niveles de calidad y eficiencia que a aquellos que lo hacen en niveles subóptimos, introduciendo otro incentivo perverso más al actual sistema retributivo que premia por igual a unos y a otros.

Por el contrario, la cirugía selectiva debería no incluir (o excluir) prestaciones y/o servicios que no tienen valor añadido para la salud, evitar la duplicación de recursos y su bajo rendimiento, aumentar la eficiencia y productividad de los servicios, así como su eficiencia y calidad. Estas acciones estarían destinadas a mejorar la salud reduciendo costes.

La eficiencia en el sector público, demostrando el valor que aporta a la sociedad por los recursos empleados, que debería ser exigido siempre (existe un término inglés que define muy bien la necesidad de transparencia y "rendir cuentas" del sector público: *accountability*) es, en período de crisis, una obligación ética, pues todo aquello que no seamos capaces de mejorar la eficiencia del sistema se transformará en recortes especialmente para las personas más desfavorecidas.

4. ¿Qué sabemos sobre la eficiencia y productividad en el sector sanitario público?

Antes de entrar en este apartado creo que hay que hacer una advertencia. Es más que probable que otros sectores de la Administración (justicia, función pública, etc.) y los servicios públicos (educación, universidades, servicios sociales, etc.) tengan, en España, un desempeño con menor eficiencia y calidad que el Sistema Nacional de Salud, que es uno de los servicios más

valorados por los ciudadanos españoles. Este hecho no impide, a mi juicio, ser críticos, como profesionales de la sanidad, con el sistema sanitario público, pues —como se comenta más adelante— es manifiestamente mejorable su eficiencia y calidad. El ser autocrítico con nuestro sistema debería legitimarnos aún más como ciudadanos para exigir que los otros servicios y administraciones públicas funcionen manifiestamente mejor.

Si tenemos que ser más eficientes. ¿Qué es lo que sabemos sobre eficiencia en sanidad?. En mi opinión, sabemos muchas cosas, algunas con un notable nivel de evidencia, que nos deberían servir para tomar las decisiones correctas. Entre lo que sabemos sobre la eficiencia en sanidad destacaré los siguientes aspectos, pero en primer lugar hay que afirmar que eficiencia y calidad van de la mano en sanidad. No existe, al menos durante un largo tramo, una relación de sustitución entre ambos conceptos, que se consideran por algunos antitéticos, como se señala en los siguientes ejemplos, que aplican al conjunto del Sistema Nacional de Salud:

1. Existe una abrumadora evidencia científica que relaciona volumen de actividad (un número mínimo de procesos/procedimientos) con calidad (morbilidad y mortalidad).

2. Esta relación no solo se da para procesos muy sofisticados, sino que también se ha demostrado para algunos tan comunes como el parto, el IAM, la insuficiencia cardiaca o la neumonía.

Estas dos primeras premisas deberían llevar al conjunto del Sistema Nacional de Salud a regionalizar servicios, concentrando su utilización.

3. Existen importantes diferencias de eficiencia (medida, por ejemplo, mediante el Índice de Estancia Media

Ajustada a Complejidad) entre Servicios de Salud y centros sanitarios, incluso dentro de la misma Comunidad Autónoma. La comparación entre servicios de salud y centros sanitarios —para lo que sería preciso una transparencia en la información que no existe— y una política adecuada de incentivos debería llevar a aquellos servicios menos eficientes a acercarse a los que lo son más, mejorando la eficiencia global del sistema. Se debe señalar que, también en este caso, una estancia media adecuada no es solamente una medida de eficiencia sino también de calidad.

4. Está descrito que en el "hospital de noche" (por ejemplo, la cirugía) existe una mayor tasa de efectos adversos que durante la jornada ordinaria, lo que debería llevar a redistribuir actividad a mañana. Esto supondría una disminución del número de guardias, especialmente de presencia física, y una mayor utilización del hospital durante la jornada diurna (08:00 horas a 20:00 horas).

5. En un trabajo elaborado sobre la base de GRD del Sistema Nacional de Salud se demostró (corroborando otros realizados en otros países) que los pacientes que ingresan de urgencias en los servicios de medicina interna durante los fines de semana tienen un notablemente mayor riesgo de morir que los que lo hacen durante los días laborables. Este hallazgo, junto con otras evidencias en el manejo de pacientes agudamente enfermos llevaría a recomendar pases de visita (y altas) multidisciplinarios y diarios (incluyendo sábados, domingos y festivos).

6. La atención sistemática a los pacientes crónicos disminuye el número de ingresos en el hospital y su duración, el número de visitas a los servicios de urgencias y hace un uso más racional de los medicamentos. Es decir: aumento de calidad y disminución del gasto.

Existen, por tanto, muchas vías (he enumerado algunas de ellas) para mejorar la eficiencia y calidad del Sistema Nacional de Salud. ¿Qué se puede decir en relación con la productividad?

Jordi Colomer, en un capítulo de un recomendable libro dirigido por Vicente Ortún sobre "el buen gobierno sanitario" señala que la administración pública (incluyendo la sanitaria) en España ha prestado un escaso interés a las reformas administrativas que mejoren la eficiencia y productividad de los servicios públicos. Utilizando datos del libro de Balmaseda y Melguizo: "La Administración Pública que España necesita" (2007), Colomer resalta que el nivel de productividad del sector privado desde 1980 hasta el 2003 aumentó, en España, 35 puntos porcentuales más que el del sector público. Si la productividad del sector público español en 2003 hubiera sido igual a la media de los sectores públicos de la Unión Europea de los 15, el PIB de España en ese año hubiese sido un 5,7% superior al que se alcanzó. Por lo tanto, la baja productividad del sector público tiene un efecto negativo en la competitividad. Es, en este sentido, llamativo el poco interés que se presta a la reforma de la administración y los servicios públicos en los debates sobre las medidas para afrontar la crisis económica en España.

La baja productividad afecta también al sector privado. Los datos de la OCDE muestran que el crecimiento de la productividad multifactorial (trabajo, capital, inputs intermedios y tecnología) disminuyó en España un 0,1% en el período 1995-2006, mientras que creció un 1% en Alemania, un 1,4% en Estados Unidos, un 0,7% en Francia, un 1,2% en el Reino Unido o un 1,8% en Suecia. La productividad laboral creció en España 7 puntos porcentuales en el período 2000-2008, frente a 10 puntos en la Unión Europea de los 15; durante ese período la productividad laboral de los Estados Unidos creció 17 puntos.

Algunos datos relativos a la productividad en el sistema sanitario público son los siguientes:

1. Existen importantes diferencias en productividad y en rendimiento de los recursos, que la industria estima en 1 a 10.
2. España tiene más recursos en equipamiento (hemodinámica, litotricias, RMN, servicios de cirugía cardiovascular, etc.) que los países europeos con servicios nacionales de salud.
3. España tiene más médicos y menos enfermeras que la mayor parte de los países occidentales desarrollados.
4. Actividades que en otros países realiza personal de enfermería o técnico son realizadas por médicos en el SNS español.
5. La productividad del personal de servicios no sanitarios en el sector público es notablemente inferior a la de sus homólogos en el sector privado.
6. La relación de carácter "funcionario" de los profesionales con el sistema sanitario público es una excepción en los países occidentales desarrollados, en donde la norma es el contrato de servicios o laboral.
7. No se han establecido (salvo excepciones) criterios de indicación de procedimiento ni de rendimientos en la jornada ordinaria para desarrollar las "peonadas". En parte como consecuencia de este estímulo a la producción (que no necesariamente a la eficacia y calidad), el SNS se sitúa entre los "servicios nacionales de salud" y los sistemas de seguros sociales (pago por acto) en tasas para algunos procedimientos (cirugía programada, por ejemplo).
8. En la mayoría de los hospitales la libranza después de la guardia (criterio de seguridad) se "acumula"

("derecho social" sui generis), reduciendo de forma significativa la jornada anual contratada.

9. No existe ni autonomía ni transferencia de responsabilidad a los centros y profesionales (gestión burocrático-administrativa).

10. No existe una auténtica profesionalización de la gestión, y probablemente existe una excesiva contaminación de la política en la gestión.

Como en relación con la eficiencia y calidad, existen también muchos elementos que condicionan una baja productividad de los servicios sanitarios públicos.

En conclusión, diría que existen numerosas vías para mejorar la calidad, eficiencia y productividad de los servicios sanitarios públicos y que abordarlas es una obligación ética.

5. ¿Por qué regionalizar?

Como he señalado, existe una muy importante evidencia científica que demuestra una relación entre volumen y calidad para determinados procedimientos, entre los que se encuentran los siguientes:

- Angioplastia coronaria.
- Bypass aortocoronario.
- Cirugía del cáncer.
- Cirugía pediátrica.
- Endarterectomía carotídea.
- Infarto miocárdico agudo.
- Reparación de aneurisma aórtico.
- Síndrome de inmunodeficiencia adquirida.

Una amplia revisión realizada por el Institute of Medicine de los Estados Unidos concluía que para una amplia variedad de procedimientos quirúrgicos y condi-

ciones médicas, un elevado volumen (tanto si es evaluado por hospital o por médico) está asociado con mejores resultados en salud.

En un ejemplo, utilizado por el *Institute for Public Research* del Reino Unido en la publicación *The Future Hospital* estimaba en 6 puntos porcentuales (14% frente a un 8% de resultados negativos) la mejora en resultados de una estrategia "centralizada" de la asistencia al infarto agudo de miocardio (angioplastia primaria) frente a una "descentralizada" (fibrinólisis).

Como es sabido, las propuestas de regionalización de los servicios sanitarios públicos en Asturias, contenidas en el informe, han sido criticadas desde algunos sectores, que tienden a incentivar las reivindicaciones ciudadanas de disponer —si fuera posible— de todos los servicios en su localidad. Frente a esto, yo diría que la mayoría de las personas preferimos sanar —aunque sea en una ciudad lejana a la tuya— a morir (o tener malos resultados que comprometen la calidad de vida) en tu pueblo, y éste es un mensaje que los profesionales (no solo los políticos) debemos transmitir a la ciudadanía.

Como he señalado, no solamente para los procedimientos complejos (como los de revascularización coronaria) se ha demostrado una relación entre volumen y seguridad, sino que también se ha encontrado en procesos tan frecuentes como el parto, la insuficiencia cardíaca o la neumonía. En el documento de estándares y recomendaciones sobre las maternidades hospitalarias, publicado por el Ministerio de Sanidad en 2009, se recomendaba que no se abrieran maternidades si no se preveía un volumen de, al menos, 600 partos (ámbito poblacional de 75.000 habitantes, para una tasa de natalidad de 8 por mil habitantes). Esta recomendación está basada en comprobar, explotando la base de datos de GRD del Sistema Nacional de Salud,

que en el grupo de hospitales con menos de 600 partos al año, la tasa de cesáreas era significativamente más elevada que en aquellos con más de 600 partos.

En este mismo año, el *New England Journal of Medicine* ha publicado un artículo que demuestra que el ingreso en hospitales con mayor actividad está asociado a una reducción de la mortalidad en el infarto agudo de miocardio, la insuficiencia cardiaca y la neumonía, aunque existe un umbral por encima del cual un aumento en el número de ingresos al año no está asociado con disminución de la mortalidad. Este umbral era de 610 casos para el infarto, 500 para la insuficiencia cardiaca y 200 para la neumonía. Un cálculo, basado en la frecuentación de estos tres procesos en el Sistema Nacional de Salud, nos llevaría a ámbitos poblacionales de 730.000, 330.000 y 144.000 habitantes, respectivamente, para cada uno de los tres procesos (infarto, insuficiencia, neumonía), ámbitos poblacionales en todo caso muy superiores a los de los hospitales locales (100.000 habitantes o menos). La conclusión de estos datos no pasa, a mi juicio, por cerrar estos hospitales locales (aunque sí a considerar seriamente su no construcción), sino a regionalizar servicios e integrar los hospitales locales en redes de servicios (complejos multihospitalarios).

En conclusión:

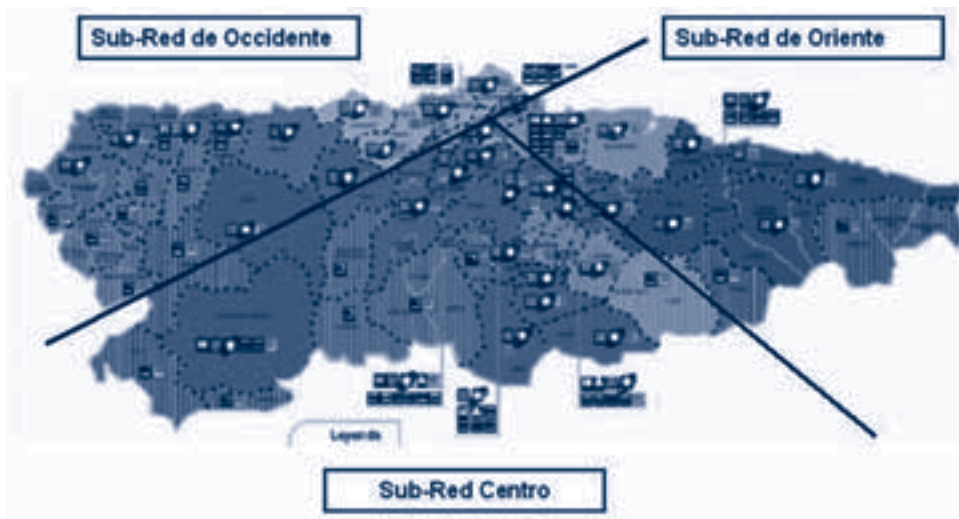
1. Existe una evidencia científica sólida que recomienda regionalizar servicios.
2. La regionalización garantiza la calidad de la asistencia (seguridad del paciente).
3. Regionalización significa equidad, porque garantiza igual servicio para la misma necesidad.
4. La regionalización reduce costes (plantillas, guardias).

Por todos estos motivos se puede afirmar que la regionalización es una de las medidas más eficientes que puede adoptar el sistema sanitario público asturiano.

La propuesta de regionalización que defiende el informe no es la de suprimir áreas de salud, sino mantenerlas porque responden a criterios demográficos, geográficos, culturales, socioeconómicos e históricos que las identifican con comarcas de Asturias. Esta posición es compatible con la creación de dos redes sanitarias que tienen un ámbito geográfico y poblacional mayor que el de un área de salud. La primera sería la creación de tres subredes para la atención especializada, que tendrían como hospitales de referencia a los de Avilés, HUCA y Cabueñes, los cuales establecerían, dentro de cada subred: occidente, centro y oriente, respectivamente, complejos multihospitalarios con los hospitales locales integrados en estas subredes. La segunda, el establecimiento de redes regionales, que abarcaran a todo el Principado para la atención a los procesos de cáncer, procesos complejos del área del corazón (especialmente el síndrome coronario agudo con elevación del ST), politraumatismos e ictus.

6. ¿Qué hacer, además de regionalizar?

El informe sobre el futuro del sistema sanitario público en Asturias propone un conjunto de medidas que se recomiendan para su discusión por los agentes políticos, sociales y profesionales de Asturias. Recordaré aquí algunas de ellas relacionándolas con algunas de las dimensiones relevantes de los escenarios de futuro del sistema sanitario asturiano. Resaltaré —en negrita— aquellas medidas cuyo abordaje me parece requiere de la existencia de un "espacio Sistema Nacional de Salud", aspecto sobre el que volveré más adelante.



Expectativas de los ciudadanos

El sistema sanitario público del Principado de Asturias es el mejor valorado de entre todas las Comunidades Autónomas. Esta importante legitimación puede reforzarse con las siguientes medidas, que están dirigidas asimismo a que el sistema de respuesta a valores emergentes de la ciudadanía en sociedades desarrolladas:

1. **Libertad de elección guiada por información relevante.**
2. **Información accesible a los ciudadanos (comparación de indicadores).**
3. Participación del paciente en la toma de decisiones sobre su propia salud.
4. Inversión en educación para la salud, el autocuidado y formación de cuidadores.

Innovación

En la era del conocimiento el sistema sanitario público español debería realizar una contribución mucho mayor que en la actualidad al desarrollo e innovación.

Además de mantener una actitud más proactiva que la actual, en la que el sistema sanitario público es un consumidor bastante pasivo de las innovaciones tecnológicas, el informe propone.

1. **Invertir (además de comprar) en desarrollo tecnológico.**
2. **Evaluar la tecnología previa a su incorporación al sistema.**
3. **Dotar de una mayor flexibilidad al sistema**, de tal forma que facilite la colaboración empresarial entre el servicio salud, la universidad y la empresa.
4. **Desarrollar equipos multidisciplinares**, con mayor participación de profesionales no procedentes del ámbito estrictamente clínico (sistemas de información, biólogos, físicos, ingenieros, etc.).
5. **Rediseño continuo de las competencias profesionales**, para adaptarlas a las evoluciones tecnológicas, para lo que se precisa invertir en
6. **Formación continuada** vinculada a las necesidades del sistema.

7. Rediseño de puestos y perfiles de puestos de trabajo para adaptarlos a la evolución tecnológica.

Modelo asistencial

El modelo asistencial previsto en la Ley General de Sanidad, basado en una organización por áreas y dos "niveles" asistenciales (atención primaria y especializada) está siendo puesto en cuestionamiento por la evolución demográfica y, por tanto, epidemiológica, así como por la evolución tecnológica y organizativa. Medidas propuestas por el informe en este campo son:

1. Eliminación de barreras entre atención primaria y especializada.

2. Desarrollo de unidades de gestión clínica multidisciplinares en el marco de redes asistenciales de servicios.

3. Desarrollo de una atención sistemática paciente crónico, incluyendo la implantación de unidades de pacientes pluripatológicos (Unidades de Pacientes Pluripatológicos. Estándares y recomendaciones. Agencia de Calidad. Ministerio de sanidad y Política Social. 2010).

4. Desarrollo de dispositivos sociosanitarios (unidades de media estancia/convalecencia y larga estancia; desarrollo de los cuidados paliativos).

5. Unidades de gestión clínica centro nuclear de gestión.

Recursos humanos

Aunque se proclama (y así es) que los profesionales clínicos son el activo más importante que tiene el sistema, su forma de selección, vinculación, incentivos y formación están basados en una concepción burocrático-

administrativa, que se adapta mal a las necesidades de gestión de este personal, generando incluso incentivos perversos (guardias, "peonadas"). El Sistema Nacional de Salud español es una excepción, dentro de los países occidentales desarrollados, en la configuración "funcionarial" de la relación entre el médico y el sistema. Propuestas:

1. El médico como líder de un equipo multiprofesional. Para ello a los médicos se les debe formar, desde pregrado, en la metodología de trabajo en equipo y en su formación como líderes, dentro de organizaciones basadas en relaciones no jerárquicas.

2. Distribución de actividades basada en competencias profesionales.

3. Los incentivos deben discriminar positivamente a aquellos profesionales que aportan más valor (más eficiencia, mayor calidad) al sistema.

4. Formación continuada sistemática (inversión) y vinculada a las necesidades del sistema. Es un aspecto que ya a sido comentado en relación con la innovación tecnológica.

5. Carrera profesional como mérito, reconocimiento y adaptación entre preferencias del sistema e individuales.

6. Flexibilidad en los sistemas de selección, contratación, jornada y desvinculación. No puede seguir funcionando el sistema en base a una selección de carácter administrativo, concursos de traslado, etc. si bien esto lleva la contrapartida de tener que dotar a las unidades de producción de los servicios (hospitales, unidades de gestión clínica) de una configuración "empresarial".

Organización y gestión

1. Se debe dotar, por algunas de las razones anteriormente apuntadas (recursos humanos, innovación) de una mayor flexibilidad al sistema, que permita la traslación de responsabilidad (y riesgo) a las unidades de producción de servicios (especialmente a las unidades de gestión clínicas) y, por tanto, a los profesionales.

2. En el mismo sentido, el informe propone reformular los roles entre Consejería (autoridad), SESPA (aseguramiento), Áreas de Salud (compra) y provisión de servicios (unidades de gestión). Se ha debatido mucho sobre el valor que aporta un Servicio de Salud más una Consejería de Salud, que es la configuración que tienen todas las Comunidades Autónomas. Esta organización tiene sentido en una perspectiva de traslado de responsabilidad (descentralización) hacia las entidades de compra (Áreas) y de producción de servicios (unidades de gestión). En este marco se sugiere que la Consejería adopte una organización similar a la del Ministerio de Sanidad y Consumo previa a la transferencia del INSALUD, asumiendo el Consejero la presidencia ejecutiva del SESPA y compartiendo ambas instituciones direcciones horizontales (planificación, recursos humanos y económicos, etc.).

3. Vincular la introducción de la tecnología de la información y comunicaciones a la reingeniería procesos, lo que debería llevar, entre otros aspectos, a reducir la actividad presencial de los pacientes en los servicios sanitarios. ¿Por qué se puede obtener un billete y la tarjeta de embarque para un vuelo en un avión y no una receta para un paciente crónico, o una cita para una consulta o hacer una consulta vía correo electrónico?.

4. **Desarrollo y profundización de las unidades de gestión clínica**, que pueden evolucionar hacia fórmu-

las más flexibles, que trasladen de forma efectiva responsabilidad y riesgo a los profesionales.

5. **Gestión profesionalizada**. Reconocimiento social de la gestión y evaluación por cumplimiento de objetivos explícitos. Creo que es un auténtico contrasentido que los responsables del sistema, bien en los servicios centrales (Consejería, SESPA) o en las gerencias, pierdan nivel adquisitivo (si proceden de puestos asistenciales) cuando aumentan su nivel de responsabilidad.

Colaboración público-privada

Un aspecto que también es controvertido dentro del sistema sanitario público español es el de la colaboración público-privada, en un debate que tiene claras connotaciones bizantinas y una tendencia a la descalificación (utilizando el término "privatización") de cualquier fórmula de colaboración público-privada, cuando el objetivo sería explorar en qué aspectos y fórmulas esta colaboración puede añadir valor en la mejora de la eficacia y de la calidad en sanidad. El informe destaca, aunque sin descartar otras posibles, las siguientes áreas de colaboración público-privada:

1. La introducción de las tecnologías de información y comunicación y del diagnóstico por la imagen. Un ejemplo de esta colaboración puede ser la anunciada creación del Centro de Desarrollo para Sanidad de Microsoft en colaboración con el Hospital de Torrevieja.
2. El desarrollo de la biotecnología y farmacogenómica.
3. La gestión integral de instalaciones complejas.

Una experiencia en colaboración público-privada para la innovación tecnológica es la de HUCASENS, una spin-off participada por el HUCA, la universidad de Oviedo y empresas privadas.

7. Democracia y gestión sanitaria

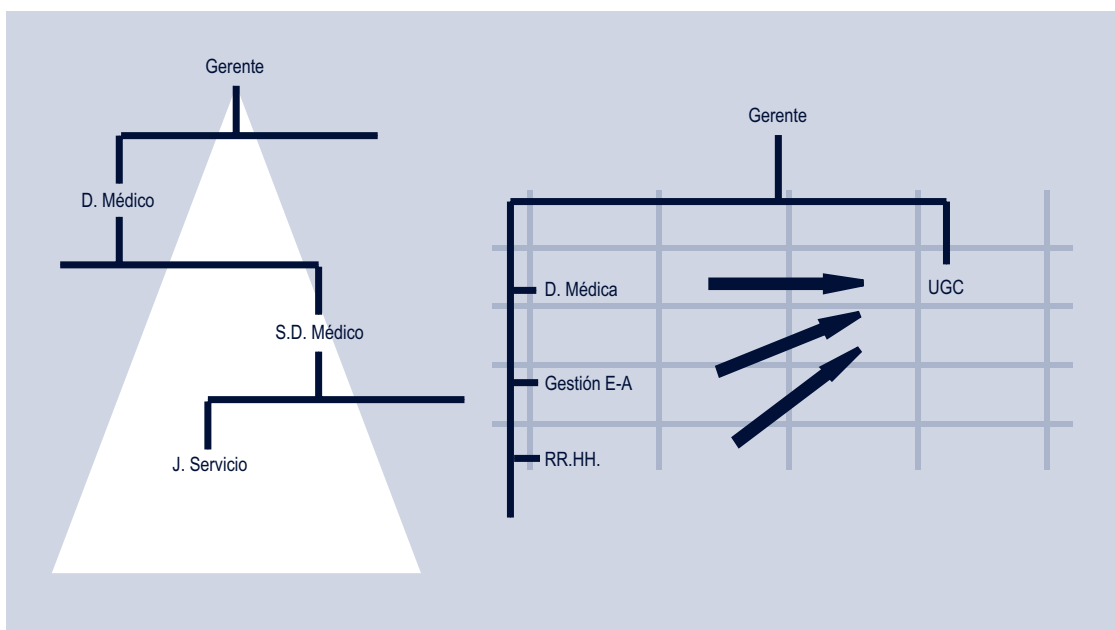
Un número importante de medidas de gestión (aumento de la eficiencia y productividad) se basan en la descentralización y el establecimiento de una dirección participativa por objetivos. Llama la atención que anunciar como deseable el logro de estos objetivos pueda calificarse como de "economicismo", "gerencialismo" u otros adjetivos descalificativos similares. Descentralización y dirección participativa por objetivos eran reivindicaciones relevantes de todos los movimientos profesionales durante la transición democrática y el debate de la Ley General de Sanidad.

La descentralización y la implantación de una dirección participativa por objetivos no son posibles dentro de un marco burocrático-administrativo, por lo que el sistema requiere una mayor flexibilidad. Éste no supone menor sino mayor control público, pues la gestión no burocrática de los servicios públicos requiere transparencia y control democrático de su gestión. Asimismo una gestión no burocrática demanda una gestión profesionalizada y una estructura organizativa y de gestión de ca-

rácter empresarial, como por ejemplo: contratos-programa, planes estratégicos, "consejos de administración" en los que estén integrados todos los agentes relevantes. Los hospitales configurados como empresas públicas en los servicios nacionales de salud de Dinamarca, Reino Unido o Suecia, o las agencias sanitarias del Reino Unido (NICE o la *National Patient Safety Agency*, por poner algunos ejemplos) pueden ser ejemplos en los que inspirarse.

No se debe pasar por alto que la forma en la que se organizan y gestionan los servicios sanitarios puede dificultar o favorecer la participación de los profesionales en la gestión. Por poner solamente el ejemplo de la estructura piramidal de los hospitales, heredada en prácticamente todos los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas del Real Decreto 521/1987, contraponiéndola a la matricial (figura).

Mientras que estructuras piramidales tienden a alejar a los responsables de los servicios de la relación directa en línea con el gerente del hospital, en las estructuras matriciales, la línea de responsabilidad ejecutiva se



sitúa en la relación entre el gerente y los responsables de las unidades de gestión clínica, mientras la dirección médica, económico-administrativa, de recursos humanos, etc. tienen una posición de staff, de soporte a las unidades de gestión clínica.

Se trata de dotar de mayor flexibilidad, transparencia y control democrático al sistema, aumentar la responsabilidad profesional y reducir la instrumentación política. En resumen: hacer más eficiente al sistema (lo que es una obligación ética) es también hacerlo más democrático.

8. Relevancia del Sistema Nacional de Salud

Si se repasan, de entre las medidas propuestas en el apartado 6, aquellas que he señalado en negrita, es decir en las que opino que una Comunidad Autónoma como Asturias no tiene capacidad para poder desarrollarlas e implantarlas de forma autónoma, sin un acuerdo a nivel estatal, nos daremos cuenta de que se precisa crear un espacio para el Sistema Nacional de Salud, en la medida que los actuales instrumentos de cohesión del Sistema Nacional de Salud son extraordinariamente débiles y están notablemente menos desarrollados que en otros países dentro de nuestro entorno, tanto con servicios de salud (Reino Unido, Suecia) como en países federales con sistemas de seguros sociales, como Alemania.

La ausencia de una política común del Sistema Nacional de Salud afecta a aspectos nucleares del futuro del sistema público en Asturias (y del Estado): información, calidad, política de recursos humanos, innovación tecnológica y flexibilidad gestión, por lo que la creación del "espacio Sistema Nacional de Salud" es una condición necesaria para la sostenibilidad del sistema sanitario público en Asturias.

9. La influencia de Europa

La conferencia de Francisco Sevilla da perfecta cuenta del peso, cada vez más importante, que una política común europea tiene en el Sistema Nacional de Salud, por ello me limito a señalar los siguientes aspectos:

1. Tendencia a la armonización, cohesión e integración de las políticas económicas y fiscales lo que supone un control del déficit y las cuentas públicas, en las que tiene un destacado papel el sistema sanitario, pues el gasto en sanidad representa alrededor de un 40% de los presupuestos de gastos de las Comunidades Autónomas.
2. La libertad de movimientos de bienes, servicios y personas tenderá a la armonización de competencias profesionales, así como la oportunidad de vender servicios sanitarios a Europa (asistencia sanitaria transfronteriza).
3. La tendencia al establecimiento de requisitos mínimos de calidad e información, influirá sobre las normas del Sistema Nacional de Salud.
4. Por último, cabe recordar que son los Estados (no las Comunidades Autónomas) los miembros de la Unión Europea.

Todo esto lleva a la conclusión, señalada en el apartado anterior, de que es relevante para el futuro del sistema sanitario público la creación del espacio Sistema Nacional de Salud.

10. Nueve conclusiones y tres mensajes

Quisiera, para concluir, resumir esta presentación en nueve conclusiones y tres mensajes:

Conclusiones

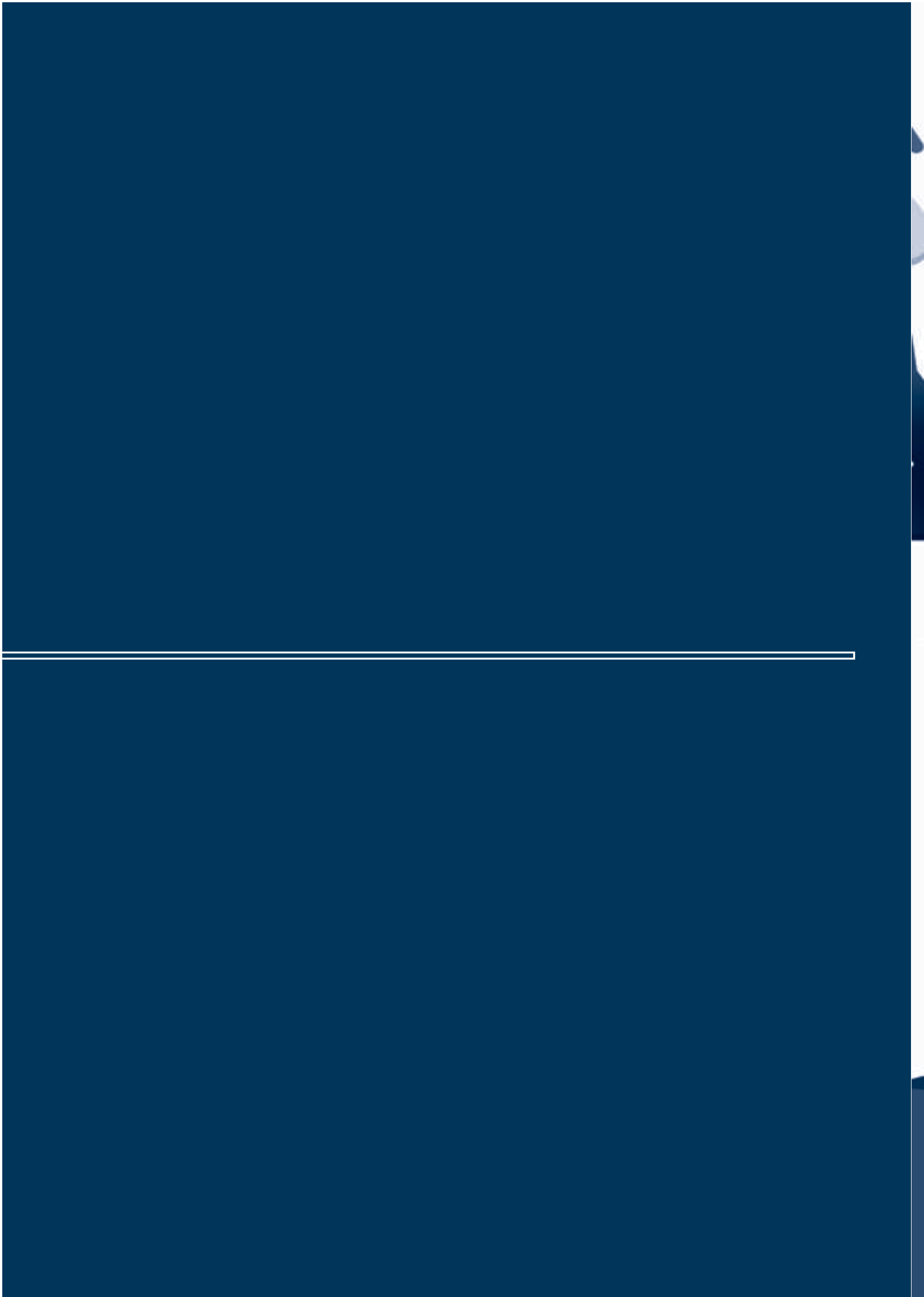
1. El sistema sanitario público de Asturias comparte problemas con los del conjunto del SNS.
2. No es aceptable (ni posible) la estrategia 0 (no intervenir).
3. Es urgente reducir el déficit y la tasa de crecimiento del gasto sanitario público.
4. Existe un notable margen de mejora de la eficiencia y productividad del sistema sanitario público en Asturias, lo que
5. Debería favorecer las medidas de racionalización sobre las de recorte (eficiencia como obligación ética).
6. La regionalización es la medida más eficiente que puede adoptar autónomamente el Servicio de Salud del Principado de Asturias.
7. El sistema, para ser más eficiente y productivo, debe avanzar hacia una mayor flexibilidad (incluyendo la colaboración público-privada), autonomía, responsabilidad, participación y control democrático de su gestión.
8. La descentralización de la gestión y el desarrollo de una dirección participativa por objetivos no son posibles dentro de un marco burocrático-administrativo. Se debe avanzar hacia fórmulas de gestión más flexibles.


9. Es relevante para el futuro del sistema sanitario público la creación del espacio Sistema Nacional de Salud.

Mensajes

1. El esfuerzo que supondrán las reformas del sistema sanitario público en Asturias para garantizar su sostenibilidad requiere el compromiso de todos: fuerzas políticas, agentes sociales, instituciones profesionales, medios de comunicación y organizaciones ciudadanas.
2. Las posiciones mantenidas por los agentes sociales representados en la Comisión Permanente del Consejo Económico y Social permiten ser optimista en la posibilidad de llegar a acuerdos. La necesidad de unirse ante la dificultad para adoptar las medidas necesarias, superando los intereses particulares (incluidos los partidarios), es también una obligación ética política.
3. Me hubiera gustado poder concluir esta presentación diciendo que el futuro del sistema sanitario público de Asturias está en manos de los asturianos, esto es así solo parcialmente en parte, porque, como he tratado de transmitirles, la sostenibilidad de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas como Asturias descansa también en la existencia de un Sistema Nacional de Salud, cuyos instrumentos de cohesión es necesario reforzar.

Muchas gracias por su atención.



A stylized graphic on the left side of the page shows a dark blue path leading upwards and to the right. Several light blue human figures are positioned along the path. One figure on the left has a white cross on its chest, representing a healthcare worker. Other figures are shown in various poses, some appearing to be walking or standing. The background is white, and the overall style is clean and modern.

> Análisis de situación y propuestas para el sistema sanitario público en Asturias. La perspectiva de las organizaciones sociales

Mesa redonda

Moderador: D. Joaquín Arcadio Fernández Martínez, Director General de Planificación y Evaluación de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias

D. Alberto González Menéndez, Secretario General de FADE y Vocal del CES del Principado de Asturias

D. Justo Rodríguez Braga, Secretario General de UGT de Asturias y Vocal del CES del Principado de Asturias

D. Antonio Pino Cancelo, Secretario General de CCOO de Asturia y Vocal del CES del Principado de Asturias



Quiero en primer lugar agradecer al CES y singularizar este agradecimiento en su Presidente, la invitación a participar en esta jornada, moderando la mesa en la que tendremos ocasión de contrastar las posiciones de los agentes sociales y debatir sobre su visión y propuestas en relación con el futuro del sistema sanitario público.

Me gustaría, antes de dar la palabra a los intervinientes realizar una serie de reflexiones, en torno al sistema sanitario, que a menudo y dada la natural orientación del servicio, cuidar la salud, o bien son olvidadas o no son consideradas con la importancia que a mi juicio tienen desde otras perspectivas no estrictamente asistenciales, donde tenemos un importante reconocimiento social.

Es innegable que el sistema sanitario público, contribuye a mejorar el estado de salud de la población y su calidad de vida. Pero no es menos cierto que también es un vehículo de cohesión social, solidaridad y equidad, que juega un importante papel en el desarrollo sostenible de la comunidad.

Es un sector económico dinámico, en constante evolución, que suponiendo en torno al 38% del presupuesto regional, emplea recursos y genera riqueza.

El Servicio de Salud genera más de 16.000 empleos directos (es el mayor empleador de Asturias), dispone de una amplia red de infraestructuras, equipos y tecnologías, y posee una importante estructura ligada a la innovación e investigación sanitaria, por citar sólo algunos de los elementos críticos del sistema sanitario para enfocarlo desde la visión no asistencial y valorar adecuadamente su papel como sector estratégico en la economía regional.

Sería deseable a mi entender que cuando se debate sobre el sistema sanitario público, no sólo se contemple como un elemento meramente asistencial, o como a

menudo sucede como un elemento de gasto, sino que se debe tener en cuenta y poner en valor su incuestionable aportación al desarrollo económico.

El Sistema sanitario, produce como consecuencia de su actividad importantes retornos para la Hacienda Pública, tanto por la vía de recaudación de IRPF, del Impuesto de Sociedades o del IVA.

"Devuelve" por esa vía una nada despreciable cantidad de los recursos asignados, que casi nunca se "descuentan del gasto general".

La actividad sanitaria tiene por tanto un innegable impacto económico en la comunidad, que se expresa con efectos directos por la traducción de la demanda final directa en términos de PIB y empleo; con efectos indirectos por los consumos intermedios que se producen como consecuencia de la demanda final y con efectos inducidos por el incremento de las rentas de las economías domésticas que por otra parte se traducirá en una mayor demanda que, a su vez, iniciará un nuevo ciclo de efectos inducidos.

En definitiva, y ya concluyo, el sistema sanitario ejerce un liderazgo no suficientemente reconocido, en el ámbito de las políticas públicas y uno de los retos en el futuro inmediato debería ser garantizar su sostenibilidad. Es un reto complejo para el que se hace imprescindible incrementar significativamente los esfuerzos en todos los órdenes: social, de gestión, científico-tecnológica, etc.

Para ofrecernos la visión de los agentes sociales contamos con la presencia de dos representantes sindicales y un representante de las organizaciones empresariales, que paso a presentar:

Antonio Pino Cancelo, de CCOO, Trabajador de Arce-
lor en su factoría de Avilés, lleva una larga y dilatada

trayectoria sindical, desempeñando numerosos cargos de responsabilidad. Secretario de Organización y Secretario General de la Unión Comarcal de Avilés. Secretario de Organización de CCOO de Asturias, desde 1996 a 2004 y Secretario General desde 2004, cargo que desempeña en la actualidad.

Es, además, miembro de la Ejecutiva Confederal de CCOO y del Comité Central de Partido Comunista de Asturias, así como miembro del Consejo Rector del Instituto de Desarrollo Económico del Principado de Asturias (IDEPA), miembro de la Comisión Permanente y del Consejo del CES, miembro del Consejo de Administración del Puerto de Gijón y Miembro del Patronato del SASEC.

Justo Rodríguez Braga, es Maestro Industrial en Arcelor. Afiliado a la UGT y al PSOE en Gijón desde 1976, desempeñando cargos en la Sección Sindical de UGT en Ensidesa-Gijón y como Secretario General en 1989. Año en el que también pasó a desempeñar el cargo de Secretario de Organización en UGT Gijón, siendo elegido Secretario General en Mayo de 1990 y reelegido para el mismo cargo en Junio de 1994 y en Abril de 1998.

Ha sido miembro del Comité Consultivo de la CECA, de la Comisión Mixta de la Dirección General V para "la armonización de las condiciones de trabajo en la industria siderúrgica" y de la Comisión del Acero de la Federación Europea de Metalúrgicos FEM en representación de la Federación Estatal de MCA-UGT.

Es también Miembro del Comité Confederal de UGT. Consejero del IDEPA de Asturias. Miembro de la Comisión Permanente y del Pleno del CES, Representante de UGT en el Consejo de Administración de la Autoridad Portuaria de Gijón.

Secretario General de la Unión General de Trabajadores de Asturias desde Enero de 2000.

Alberto González Menéndez, es Licenciado en Ciencias Económicas y Empresariales (Rama de Economía General) por la Universidad de Oviedo. Becario de la Cátedra Jean Monet de las Comunidades Europeas durante el curso académico 1991-92. Ha completado el Programa de Alta Dirección de Empresas del Instituto de Dirección y Administración de Empresas (INDAE) de Barcelona en el curso 1997-98.

En julio de 1991 comenzó a trabajar en la Sociedad Asturiana de Estudios Económicos e Industriales (SADEI). En 1992 fue contratado por el Gobierno Regional de Asturias como asesor económico adscrito a la Secretaría General de la Presidencia del Principado. Desde febrero de 1997 trabaja como técnico en la Federación Asturiana de Empresarios. En julio de 1999 fue nombrado Secretario General de FADE, cargo que desempeña desde entonces.

Ha participado en la elaboración de documentos y resumen de conclusiones con el equipo del Programa ERA 1992-1994 (Estrategias para la Reindustrialización de Asturias), ponente en numerosos congresos y seminarios sobre diversos temas relacionados con la promoción económica, la financiación y tributación de la empresa, la figura del empresario, el sector industrial, el turismo, el comercio, investigación e innovación en la empresa, capital humano, etc.

Es miembro del Consejo Económico y Social del Principado de Asturias, del Consejo Social de la Universidad de Oviedo, del Consejo de Relaciones Laborales del Principado de Asturias y de la Junta Directiva de la Confederación Española de la Pequeña y Mediana Empresa (CEPYME).

Conclusiones de la mesa de debate

● CCOO

● En el ámbito estatal

- Las reformas estructurales deben estar en el centro de las estrategias políticas.

- Se deben establecer acuerdos previos entre el Gobierno central y las CCAA, para garantizar la gobernabilidad del Sistema Nacional de Salud

- Redefinir el papel del Consejo Interterritorial, dotándolo de capacidad de decisión vinculante.

- Regulación de aspectos básicos como son la cartera de servicios, las políticas de Recursos Humanos, la lista de espera, etc.

- Incrementar la financiación en un 1 punto del PIB.

- Constitución de una mesa sectorial estatal de acuerdo con el Estatuto Básico del Empleado Público.

● En el ámbito de Asturias

- Actualización del Plan de Salud.

- Una nueva ley de salud, Plan de Ordenación de RRHH.

- Establecer nuevo modelo de Atención Continuada.

- Elaborar un Plan sociosanitario.

- Creación de un cuerpo de gestión.

- Impulsar los órganos de participación.

- Promover la implicación de los profesionales.

Todo ello enmarcado en un Plan global y no en propuestas aisladas o parciales, que a juicio del ponente debe ser presentado por el Gobierno.

● FADE

Para el representante de FADE, el diseño es obsoleto en el marco de un escenario económico incierto. Cifra déficit sanitario en torno a los 13.000 millones de euros con una previsión de gasto para 2010 entorno al 10-15% mayor que las previsiones presupuestarias. Concluye que el modelo es insostenible con la estructura y dinámica actual y matiza que FADE no cuestiona el derecho a la asistencia sanitaria pública. No plantea ni desmontar, ni privatizar.

El incremento de pacientes crónicos, que suponen el 70% del gasto compromete la viabilidad económica del sistema. Denuncia poco gasto en prevención frente a un elevado número de consultas, así como un gasto farmacéutico (70% del gasto a cargo del 20% de la población). Política de personal poco adecuada, con mal uso de los recursos sanitarios.

No ve fijado un punto de destino para sistema sanitario y por tanto no se puede conocer el camino.

Como propuesta:

- Graduar el cambio garantizando universalidad y equidad.

- Actuar sobre la demanda: invirtiendo en prevención y fomentando un uso adecuado de los servicios sanitarios.

- Actuar sobre la oferta: optimizando calidad y coste.

- Asegurar una estructura de sistema sostenible a medio-largo plazo.
- Establecer mecanismos de corresponsabilidad: copago. Revisión del copago en farmacia y ticket moderador en consultas y urgencias.

El representante de la FADE considera y cree importante estar de acuerdo en el diagnóstico del problema, pero duda que tengan un tratamiento común. Se debería acordar que sanidad pública queremos y cual podemos financiar.

● **UGT**

UGT, se reconoce en buena parte de los contenidos del trabajo presentado.

Expresa como declaración de intenciones que se alejara en su reflexión de la parte técnica del trabajo presentado por el CES. Muestra su preocupación por la visión que se puede tener de la sanidad como negocio. Su organización hace una apuesta inequívoca sobre la sanidad pública y el papel vertebrador que juega.

UGT no sólo se preocupa por las condiciones laborales de los trabajadores sino también de los ciudadanos como usuarios. Considera una contradicción que la mayor representatividad la tengan los sindicatos corporativos.

Cuestiona la coordinación del Estado en el SNS y reclama un pacto nacional en sanidad. Reclama que todos arrimemos el hombro y que cada uno ponga lo mejor que tiene para mejorar el sistema.

Observarán ustedes que empiezo siendo un poco transgresor: el CES nos invita a las organizaciones sociales a que hablemos sobre el "Análisis de situación y propuestas para el sistema sanitario público en Asturias" y en el título de mi intervención introduzco —consistentemente— la dimensión "España". No es capricho, y tras mi exposición entenderán por qué lo hago.

La historia reciente del sistema sanitario español (SNS) arroja un balance muy positivo en lo que al estado de salud de los españoles se refiere. Pero con ser uno de los sistemas más eficientes, mejor valorados por los usuarios, e incluso más económicos en lo que a gasto por ciudadano se refiere, es generalmente reconocido y aceptado que muchos y complejos factores condicionan el funcionamiento estable del sistema y ponen en peligro su sostenibilidad a medio plazo, e incluso a corto. Entendiendo la sostenibilidad no sólo desde el punto de vista del coste del servicio y la capacidad para mantenerlo en el futuro, sino también como garantía de sostén de su calidad con niveles y condiciones comparables a las actuales, e incluso de accesibilidad al mismo.

A la sanidad asturiana le ocurre exactamente lo mismo. Pero aquí el problema puede ser mayor, ya que en una comunidad autónoma pequeña como es la nuestra, con un diseño de servicio sanitario obsoleto y muy atomizado para nuestra dimensión, y con un escenario de finanzas públicas que aventura escasos márgenes de mejora en el futuro, estas incertidumbres y desequilibrios se acentúan.

Conscientes de esta circunstancia, la Federación Asturiana de Empresarios propuso a finales de 2008 al Consejo Económico y Social de Asturias que promoviera un análisis técnicamente objetivo, riguroso y solvente del escenario actual de la sanidad pública en Asturias. Tras el titubeo inicial, tal vez producto del vér-

tigo que a priori supone enfrentarse a tamaño problema, ha visto la luz el primer hito de esta propuesta. No es otro que el excelente trabajo que acaba de ser presentado en la ponencia anterior, cuya autoría corresponde al Sr. Elola Somoza, al que quiero agradecer y trasladar pública y expresamente mi enhorabuena por el mismo: su conocimiento íntimo de los sistemas sanitarios y también de la realidad asturiana le han permitido firmar un trabajo muy bien estructurado, densamente elaborado y altamente riguroso.

Seguro que explotando su vertiente de gestor, el Dr. Elola haría buena pareja con otro conocido médico televisivo, el Dr. House. Cuando este galeno tan cascarrabias como eficaz se coló en nuestros salones, los españoles ya disfrutábamos de una atención sanitaria similar, o incluso mejor, a la que vemos en la serie televisiva. La diferencia principal con aquélla es que los pacientes del Dr. House deben hacer frente a la factura del servicio cuando salen del hospital, mientras que en nuestro país el único papel que se le entrega al paciente es, como máximo, una encuesta de calidad. Lo cierto es que ese "*matiz*" supone en España una factura colectiva superior a los 60.000 millones de euros al año (más del 6% de nuestro PIB). Que, además, ya no es suficiente, ya que el déficit de financiación acumulado por la sanidad en los últimos cinco años se aproxima a los 13.000 millones de euros, lo que representa más de un quinto del presupuesto total en un año cualquiera. Lejos de reducirse o incluso estancarse, este déficit sigue creciendo; para este año, por ejemplo, las comunidades autónomas esperan que el gasto real en sanidad supere entre un 10 y un 15% las previsiones presupuestarias.

En Asturias el gasto en sanidad pública presupuestado para este año 2010 ha sido de 1.625 millones de euros; representa casi un 37% del Presupuesto General del Principado y en torno al 7,5% del PIB regional. Además,

el SESPA ha registrado una importante expansión en los últimos años tanto en actividad como en dotación de recursos, con tasas de crecimiento del gasto efectivo significativamente más altas que la media nacional y también que el ritmo de crecimiento de nuestro PIB.

¿Es mucho o poco el dinero comprometido y los recursos empleados para el servicio que recibimos? Cada cual ha de valorarlo. Pero más allá de ese juicio, hay una tendencia tan innegable como preocupante: en términos corrientes, en los últimos ocho años el gasto sanitario ha crecido en nuestra comunidad autónoma el 70%, porcentaje que se reduce a poco más del 34% si comparamos en términos constantes. En cambio, la población protegida por el sistema ha experimentado una variación inferior al 1%. La conclusión es clara: este modelo es insostenible.

Al hilo de esta reflexión aderezada con datos, quiero dejar claras algunas cosas que se cargan en el debe de la organización a la que represento en esta mesa —la patronal— cuando se habla sobre sanidad pública:

1. Las organizaciones empresariales no cuestionamos la necesaria existencia del derecho de cobertura sanitaria pública y el desarrollo del SNS. Es uno de los logros más importantes del proceso de desarrollo y expansión del Estado de Bienestar en España y un vector básico de cohesión social y de compensación de desigualdades.

2. Tampoco limitamos el análisis del problema al ámbito exclusivamente económico. Aunque a la vista de las cifras que acabo de aportar, es una variable importante dentro del problema, no es la única ni independiente de otras que forman parte del mismo.

3. El objetivo que nos marcamos no es desmontar la sanidad pública y privatizar el servicio. En absoluto.

Cuestión diferente es profundizar en su organización y en la gestión del sistema, parcelas en las que sí existen huecos de colaboración público privada que, dicho sea de paso, ya están siendo utilizadas en nuestro país con notable éxito en todos los sentidos.

4. No es cierto que no nos preocupe el futuro del sistema, como se nos ha acusado desde algunas organizaciones sindicales por no haber querido incluir esta materia en los acuerdos de concertación regional de 2003 y 2008, ADECE y ACEBA, respectivamente. Lo que ocurre es que nuestra visión sobre lo que hay que hacer con la sanidad asturiana va más allá de palabras biensonantes que vienen a decir poco más que la sanidad pública garantiza la igualdad de oportunidades, debe contemplar el derecho a la salud de las personas y por tanto debe ser una prioridad política. Para acordar obviedades no nos sentamos a una mesa a concertar y mucho menos comprometemos con nuestra firma un acuerdo. Cuando lo hacemos es para abordar los problemas en toda su dimensión; para lo bueno y para lo malo.

Dejo claro de mano, por tanto, que nuestra posición no es corporativista, como parece ser la de otros agentes implicados directamente en el funcionamiento del sistema. Y, por tanto, estamos exentos de cargar con la defensa numantina, inasumible, y a veces ilógica de ciertos colectivos, usos o prácticas que en gran medida condicionan, a nuestro modo de ver, la puesta en práctica de las necesarias reformas y ajustes que el modelo necesita para garantizar su futuro.

Los hechos son los que son y como son. A modo de recordatorio y a título simplemente enunciativo, me permito resumir aquí algunos de ellos, apuntados en un estudio elaborado por la Cátedra FEDEA-Mackinsey que, en mi opinión, son claramente ilustrativos del futuro que nos espera en los próximos diez años:

- 1 de cada 5 españoles tendrá más de 65 años (lo que supone que más de 10 millones de personas serán potenciales generadores de un gasto sanitario entre 4 y 12 veces superior al del resto de la población). En Asturias estamos todavía peor: la proporción de mayores de 65 años dentro de diez años será uno de cada cuatro habitantes.

- 6 de cada 10 españoles padecerán una enfermedad crónica, lo que incrementará de forma importante los recursos destinados a estos pacientes, que suman más del 70% del gasto sanitario actual.

- Los nuevos tratamientos y tecnología (avances en genética molecular, cirugías menos invasivas, medicina personalizada, etc.) seguramente fomentarán una mayor demanda sanitaria, al hacer posibles nuevas intervenciones y tratamientos.

- Al mismo tiempo, los costes de los tratamientos es muy probable que sufran incrementos muy importantes respecto a los actuales. Por ejemplo, se estima que el coste/año de tratamiento de un paciente oncológico puede pasar de entre los 20.000 a 50.000 euros actuales a más de 70.000 euros.

- La demanda de servicios sanitarios crecerá de forma muy importante. Los recursos dedicados al sistema no serán suficientes con los actuales niveles de productividad y el gasto sanitario podría llegar a duplicarse y superar una brecha de financiación de más de 50.000 millones de euros.

- Además, con las tasas de productividad sanitaria actual, en los diez próximos años podría generarse un déficit de entre 15.000 y 20.000 médicos, especialmente en atención primaria y pediátrica.

Pero sin necesidad de levantar la vista hacia la década que viene, nuestro sistema está dando ya suficientes muestras de colapso, no solo desde el punto de vista económico, sino también de organización interna; y adolece ya en el presente de problemas específicos. Por ejemplo:

- Es claramente perceptible la descoordinación entre las administraciones públicas competentes en materia sanitaria. Aparte de la opacidad que se produce en los flujos de información entre administraciones, la división del sistema sanitario español en 17 subsistemas no permite que éstos alcancen la masa crítica suficiente para diversificar riesgos poblacionales con ciertas garantías, se pierden economías de escala y se limita la actuación del estado central a un puro papel de legislador y controlador más que de coordinador y gestor.

- Existe un alto peso de la medicina curativa y un insuficiente desarrollo de la preventiva. Sólo dos países de la OCDE, Luxemburgo e Italia, aparecen por detrás de España en el porcentaje de gasto corriente dedicado a prevención.

- El sistema presenta un elevado número de consultas per cápita: cada español acude al médico una media de 8 veces al año, un 40% más que la media de la UE-15. Sin embargo, tenemos un fuerte desequilibrio entre la atención primaria y hospitalaria, ya que la tasa de altas en hospitales y la estancia media es inferior a la media de la OCDE.

- Tenemos un gasto farmacéutico que rebasa en un 40% al de países como Bélgica, Dinamarca, Reino Unido y Portugal; pero el 70% de las recetas se concentra en el 20% de la población que está exenta del pago de las mismas (los pensionistas). Curiosamente,

el mismo colectivo consume en el mismo país un 40% menos en sistemas donde debe contribuir en el pago (por ejemplo los funcionarios públicos en MUFACE).

- La política de personal es dispar según la comunidad autónoma que se observe. Hay determinados colectivos en los que existe elevada precariedad en el empleo, mientras que otros disfrutan de una excesiva e injustificada seguridad. En ocasiones, la gestión de personal se encuentra huérfana de criterios claros y objetivos según la opinión de los propios profesionales y sin ligazón a criterios de productividad.

- Al mismo tiempo, no siempre se observa un uso eficiente de los recursos por parte de los propios profesionales sanitarios. Por ejemplo, la diferencia de pruebas diagnósticas entre comunidades autónomas es de hasta 3 veces para TAC, de hasta 5 veces para resonancias magnéticas y de hasta 7 veces para mamografías.

- Lejos de introducir criterios de gestión ligados a control de gestión y mejoras de productividad, ha primado la dinámica de crecimiento del gasto sin más. A pesar de los avances tecnológicos y quirúrgicos registrados, en la mayoría de hospitales públicos la productividad en servicios quirúrgicos apenas ha variado en los últimos quince años.

- La extensión y uso de las nuevas tecnologías en la gestión sanitaria es muy escasa e ineficiente, aun cuando están ampliamente demostrado las ganancias de productividad que se obtienen con la aplicación de estos sistemas tanto en la calidad del servicio como en productividad.

No quiero extenderme en los puntos críticos del sistema, y me he referido a estas características más a modo de ejemplo que con un ánimo descriptivo. Lo cierto es que los muchos estudios y análisis que se han

hecho sobre la estructura, situación y funcionamiento del SNS español y de los de algunas comunidades autónomas son coincidentes en el diagnóstico del enfermo. La necesidad de actuación ya es cuestionada por pocos, e incluso las líneas de actuación son conocidas. Pero las barreras al cambio han sido insalvables hasta la fecha. ¿Por qué?

No es ajeno a nadie lo sensible que resulta esta cuestión para cualquier político. Y tampoco es ajeno —al menos para mí— la falta de perspectiva estratégica y valentía política que han tenido en los últimos años nuestros gobernantes, de uno y otro color, cuando se trata de tomar decisiones de verdadero calado, sea cual sea el ámbito de que se trate. Esa quizá sea la primera y más socorrida explicación a la falta de actuación decidida en política sanitaria. La segunda, en mi opinión, es que hasta fechas recientes no importaba demasiado cuanto engordara la factura sanitaria, ya que había cartera suficiente para hacer frente al gasto; en el escenario actual, esta variable de holgura no solo se ha acabado, sino que se convertirá en un grave problema. Y otra explicación primaria que también es contemplable es la falta de consenso sobre qué giro dar al sistema; o, dicho de otra manera, la ausencia de modelo alternativo.

Con una agudeza que he de confesar que desconocía, Javier Elola introduce en su estudio una oportuna cita de Lewis Carroll perteneciente a su más conocida obra, "Las aventuras de Alicia en el país de las Maravillas". Es aquel pasaje en el que la protagonista del cuento le pregunta al gato qué camino tiene que seguir para salir del sitio en que se encuentra.

- "Esto depende en gran parte del sitio al que quieras llegar", responde aquél.

- "No me importa mucho el sitio", dice Alicia.

- "Entonces no importa mucho el camino que tomes:

siempre llegarás a alguna parte si caminas lo suficiente", sentencia Minino de Cheshire.

Siguiendo la cita, en España no se ha fijado sitio al que llegar en lo que respecta a modelo sanitario. En consecuencia tampoco podemos trazar camino para conseguirlo. Éste ha de ser el punto de partida, que no de llegada, para comenzar sin más pérdida de tiempo a sentar las bases de un cambio que, preservando lo bueno del sistema, profundice de forma importante en la introducción de criterios que mejoren la eficiencia en la gestión, racionalice la presión de la demanda sobre el servicio e introduzca ajustes que permitan asegurar la financiación del mismo con bases de sostenibilidad suficiente.

¿Cómo y sobre qué actuar?

La experiencia acumulada en la introducción de reformas en los sistemas sanitarios, tanto en España como en otros países, ilustra sobradamente sobre el riesgo y la dificultad de realizar planteamientos de máximos en plazos cortos de tiempo. Al contrario, parece mucho más cabal y recomendable fijar pocas variables de actuación, con importante trascendencia sobre el sistema, y graduar los cambios en periodos que permitan absorber sin tensiones esas mutaciones.

Cualquier reforma, por otra parte, debería partir de unos principios irrenunciables recogidos en nuestra Carta Magna, en el ordenamiento jurídico español y en el sentir de todos los españoles, cuales son la universalidad del modelo y la equidad en la asistencia sanitaria de todos los ciudadanos.

Esto en cuanto a la forma. En lo referente al fondo, parece irrenunciable actuar sobre al menos tres aspectos:

- El primero de ellos es la demanda de servicios, introduciendo como se decía más arriba criterios de efi-

ciencia. Invertir en prevención, con especial atención a las enfermedades crónicas; gestionar adecuadamente el catálogo de prestaciones sanitarias, distinguiendo por ejemplo entre coberturas básicas y complementarias; y fomentar el correcto uso de los servicios sanitarios, parecen medidas que no tienen porqué implicar grandes sacrificios ni tampoco gasto adicional, antes al contrario.

- El segundo bloque de actuación debería centrarse en la oferta, optimizando su calidad y coste. Es sin duda el bloque más complejo y delicado, aunque también el más directo e inmediato a la hora de obtener resultados. Pero supone actuar en todo el sistema, reorganizando y estructurando correctamente todos los servicios sanitarios, tanto en lo que afecta a infraestructuras como a recursos humanos y tecnología; mejorando los resultados clínicos; transformando el modelo de gestión de los profesionales sanitarios; actuando sobre el sistema de compras; y también introduciendo una mayor coordinación de servicios y normativa, tanto inter como intrarregional.

- Y por último, y en consonancia con los dos ámbitos anteriores, asegurar una estructura de sistema y un modelo de financiación soportable y sostenible a medio y largo plazo. En el coste del sistema están implicados todos los agentes que actúan o se benefician del mismo; por tanto hay que introducir criterios que establezcan las parcelas de corresponsabilidad adecuadas y los incentivos correctos a cada uno de ellos.

Sin duda, un punto de fricción importante en relación con este último bloque lo constituye la introducción de mecanismos de corresponsabilidad de los usuarios. Dicho más claramente, el copago. Parece éste un tema tabú. De hecho en el "Informe Elola", si se me permite bautizarlo así, se aborda esta cuestión pero ni siquiera se incluye como propuesta de acción para alcanzar un escenario más favorable. Postura, por supuesto, muy

respetable pero que es una de las pocas que no comparto de lo recogido en el texto. Las razones esgrimidas por los detractores del copago son múltiples. Yo no quiero entrar en este debate, sino simplemente exponer mi opinión al respecto.

Sería muy conveniente realizar sin más demora una revisión del actual modelo de pago farmacéutico e incluso valorar la posibilidad de introducir un ticket moderador de la demanda de atención primaria y de urgencias. El objetivo de estas medidas en ningún caso debería ser recaudatorio —porque los ingresos nunca serían significativos para las arcas públicas— sino disuasorio desde el punto de vista del sobreuso del sistema, tanto en lo que a acopio de medicamentos se refiere como a la frecuencia de uso de las consultas o servicios. Bien diseñado no tiene porqué tener efectos negativos sobre la equidad para pacientes de menor nivel de rentas, o sobre determinados grupos de enfermos, por ejemplo los aquejados por enfermedades crónicas. En cambio introduce criterios de nivelación en lo que a progresividad se refiere, contribuye de forma decisiva al aseguramiento futuro del sistema, y elimina ineficacias de servicio.

Hay otras externalidades que, a buen seguro, también ha analizado a quien corresponde tomar estas decisiones. Por ejemplo, la impopularidad de las mismas. A mí me van a permitir abstraerme de su observancia. En todo caso no creo que fueran causa de alzamiento revolucionario cuando, atendiendo a los modelos existentes en la UE-15, todos los países prevén alguna forma de copago de medicamentos, a excepción de Holanda, algunas regiones italianas y parte de los asegurados irlandeses; y más de la mitad de países establecen algún sistema de participación de los usuarios en los costes de atención primaria.

Más allá de esta sensible cuestión, hay otras barreras que dificultan el cambio necesario en el sistema sanitario español.

- En primer lugar, la falta de percepción por parte de los ciudadanos de que sea necesario. No se considera que el modelo esté en riesgo; la valoración que hacemos del sistema es alta, y poco más de un 5% de la población, según el CIS, considera que deben producirse cambios profundos.

- Por si fuera poco, el sistema sanitario es muy elástico para mantenerse en un equilibrio estable. A pesar de que muchos de los problemas no son nuevos, siempre ha sido así gracias a la inyección de dinero público por la que han optado nuestros gobernantes antes de introducir cambios estructurales.

- Las expectativas de los pacientes son muy elevadas en cuanto a acceso, gratuidad y coberturas. Somos perfectamente conscientes y exigentes con nuestros derechos; pero no tenemos tan claro que también existen obligaciones. En general, la sanidad es entendida como un bien de consumo del cual no se percibe su coste.

- Los profesionales son la clave del sistema sanitario porque sus decisiones son las que finalmente determinan su calidad y eficiencia. Pero su implicación podría ser complicada porque, en su actual situación, no existen los incentivos adecuados para promover el cambio.

- Finalmente, la expectativa que desgraciadamente impera en torno a este asunto es, por influencia de los ciclos políticos, la de corto plazo. Y esto dificulta tremendamente el que se apueste por una reforma estructural en profundidad, cuyos resultados sólo serían perceptibles en el largo plazo.

¿Y además de todo lo anterior, qué pasa en Asturias?

Quiero empezar esta última parte de mi intervención reconociendo que disponer de un sistema sanitario

como el asturiano merece para mí una valoración muy positiva. No descubro nada, porque los usuarios, a través de las encuestas de satisfacción, manifiestan lo mismo.

Para empezar es universal, y tiene unas estructuras asistenciales muy consolidadas; una dotación tecnológica de buen nivel; unos profesionales bien formados y, en buena medida, comprometidos con el sistema; e incluso algunas unidades y servicios de alta calidad y rendimiento.

Pero, en su conjunto, el sistema sanitario asturiano no es ajeno al planteamiento expuesto para el SNS. Antes bien, comulga con prácticamente todos los ítems descritos hasta ahora para aquel en su conjunto. De ahí que no haya centrado mi exposición en nuestro modelo de forma personalizada, sino abordado en su conjunto el sistema sanitario nacional. Y, por tanto, como aquél, necesita ser repensado y reformado.

No obstante, hay algunas particularidades que conviene destacar y en las que es preciso detenerse.

Ya he citado el riesgo que supone para nuestro sistema sanitario la pirámide de población y su proyección en los próximos años, por lo que no voy a insistir más en el asunto.

También he hecho referencia al fuerte incremento que ha supuesto el gasto sanitario en los últimos años y a la débil capacidad presupuestaria de nuestra comunidad autónoma para hacer frente al mismo. Este, sin duda, es uno de los puntos críticos a tocar para garantizar la sostenibilidad del sistema; y deberíamos hacerlo, además de inmediato, antes de que el problema adquiera dimensiones difíciles de abordar. No me atrevo a postular categóricamente los puntos que deberían ser objeto de tratamiento; ni yo soy especialista en esta cues-

tión ni disponemos del tiempo suficiente para abordar un tema que ya en sí mismo exigiría un detallado análisis. Lo que si me parece necesario es llamar la atención, una vez más, sobre una dinámica que, si no se buscan alternativas y soluciones, terminará por ahogar al propio sistema tarde o temprano.

Otra característica del SESPA es la particular organización y estructura de sus instalaciones, cuya configuración está claramente sobredimensionada, no se comporta como una red integrada de servicios, está muy burocratizada y presenta problemas de eficiencia. Más allá de la reducción de áreas sanitarias que se propone en el informe, en una región de poco más de un millón de habitantes y con tiempos máximos de distancia de viaje al centro geográfico inferiores a una hora, no parece sostenible una red de hospitales tan densa y con la organización de servicios y especialidades disponibles en la actualidad en cada uno de ellos.

El nuevo HUCA representa una oportunidad excelente para reordenar el sistema. La organización de servicios de gestión clínica y especialidades; las economías de escala que se pueden generar; el diseño y puesta en marcha de procedimientos y protocolos de trabajo que requerirá esta moderna instalación; la introducción y uso de las nuevas tecnologías en los procesos de gestión administrativa; en definitiva, el arranque de un nuevo modelo hospitalario, que no de un nuevo edificio como bien apunta el "Informe Elola", puede y debe servir de revulsivo para ordenar todo el sistema sanitario asturiano.

Cuestión especialmente espinosa es la política de recursos humanos. En los últimos años se ha hecho en Asturias un esfuerzo muy importante en consolidación de plantillas y mejoras salariales que, en nuestra opinión y en términos generales, no se ha visto acompañada por contraprestaciones equivalentes por parte del

personal. No se puede hacer tabla rasa en un tema tan delicado que puede hacer fracasar cualquier intento de reforma. Por ello es preciso introducir políticas que actúen contra la desmotivación y premien la profesionalidad, el talento y la dedicación. Pero de forma eficaz, no como se ha hecho recientemente en Asturias donde, por ejemplo, se han anticipado complementos de productividad sin criterios claros de medida y, lo que es más grave, materializando el pago antes de comprobar el resultado.

Otro ámbito de atención especial en una región como Asturias, con alto grado de envejecimiento y acentuada dispersión de una parte de la población, es el deslinde entre el papel que juega el SESPA en atención sanitaria propiamente dicha y la sociosanitaria. La Ley General de Sanidad establece claramente cuales son las funciones del SNS y los diferentes servicios autonómicos que lo conforman, y no parece que entre ellas se encuentre el prestar la asistencia sociosanitaria. En cambio, la práctica es otra muy diferente, como se puede comprobar fácilmente en Asturias.

Aparte de éstas que he citado hay otras muchas variables que tienen una influencia más o menos directa sobre nuestro sistema público de salud. Creo que todas ellas han sido recogidas y analizadas en el "Informe Elola". Por eso no quiero ser reiterativo, y me he limitado a apuntar aquellas que, en mi opinión, tienen una incidencia más trascendente sobre el conjunto.

Sobre todas ellas hay una idea con la que quiero acabar. Y es que es importante el diagnóstico; pero es inútil si no va seguido de un buen tratamiento. Existe un consenso generalizado sobre el paciente: muestra síntomas de enfermedad; incipientes, pero claros. Hay que actuar. Y hacerlo cuanto antes. Creo que todas las partes implicadas en este asunto, cada uno con el grado de responsabilidad que le compete y corresponde, deberíamos ponernos manos a la obra para definir qué sanidad pública queremos y podemos tener. Y a partir de ese consenso posible, trabajar para conseguir que uno de los pilares de nuestro bienestar lo siga siendo en el futuro.

Muchas gracias.

En primer lugar quiero agradecer al CES, en la persona de su Presidente, Nicolás Álvarez, la celebración de esta jornada, la invitación que nos cursó a la UGT para participar en ella y sobre todo el haber impulsado la elaboración del Informe sobre el futuro del sistema sanitario público de Asturias, que era una vieja petición que habíamos trasladado al CES y que consideramos más que justificado dada la gran trascendencia que concedemos a este sistema y la existencia de problemas y amenazas que se ciernen sobre él.

En segundo lugar, quiero felicitar muy sinceramente al Doctor Javier Elola por dicho Informe y por la presentación del mismo que nos acaba de hacer. Sólo puedo decir que nos identificamos y reconocemos con lo esencial de su contenido. Ojalá sea el inicio de un debate sereno y la base de las propuestas y medidas que nuestros gobernantes deben impulsar para garantizar el futuro de la sanidad pública.

Para sintetizar la posición de UGT respecto a la sanidad, nada más sencillo que remitirnos al ACEBA (Acuerdo para la Competitividad, el Empleo y el Bienestar de Asturias), firmado por el Gobierno de Asturias y los agentes sociales, donde hay un apartado suscrito únicamente por el Ejecutivo, CCOO y UGT, denominado La sostenibilidad de un Sistema Sanitario Universal, Público y de Calidad, es un objetivo de toda la sociedad asturiana.

En la firma del acta de dicho Acuerdo, se recoge literalmente lo siguiente:

Primero:

Que la educación pública y la sanidad pública son una prioridad política, porque son las únicas que pueden

garantizar la igualdad de oportunidades de todos los ciudadanos sin discriminación alguna, en cuestiones tan importantes para la sociedad como la educación y la salud.

Que el derecho a la educación y a la salud son aspiraciones fundamentales e irrenunciables de las personas y elementos centrales del interés social.

Segundo:

Que la consolidación de los sistemas públicos educativo y sanitario, han de ser una prioridad porque éstos son los únicos garantes de los derechos de la población en toda su extensión y generalidad, sin discriminación alguna, corrigiendo los desequilibrios y compensando las desigualdades sociales y territoriales.

Tercero:

Que el modelo educativo y sanitario público deben garantizar la igualdad de oportunidades, abarcar toda la vida de las personas, evitar la exclusión social y comprometerse con las necesidades de la población.

Cuarto:

La sanidad y la educación son prioridades políticas que deben estar fuera del marco de la confrontación política diaria; dotarse de los mayores elementos de calidad; y, como instrumentos de cohesión social y apuesta de futuro que son, requieren —para desarrollarse plenamente— ser sostenibles en el tiempo gracias al esfuerzo de todos.

Voy a sintetizar igualmente el contenido de algunos epígrafes significativos de este acuerdo:

La sostenibilidad de un Sistema Sanitario Universal, Público y de Calidad, es un objetivo de toda la sociedad asturiana

La salud es un recurso esencial para la vida cotidiana de las personas, un factor crítico para el desarrollo individual y colectivo y por tanto un bien social que debemos cuidar. Una sociedad que "enferma" pierde la oportunidad de desarrollarse, de mejorar y de generar riqueza y bienestar para toda su ciudadanía. Producir salud es por tanto inversión social.

El sistema sanitario asturiano, basado en el modelo de los servicios nacionales de salud, se define como un sistema público, universal, redistribuidor de riqueza y superador de desequilibrios y su objetivo general es el fomento, promoción y recuperación de la salud tanto individual como colectiva.

Un sistema sanitario público y universal es una pieza esencial en cualquier política de estado de bienestar moderno y proporciona seguridad a la ciudadanía con el acceso a una cartera de servicios sanitarios en condiciones de equidad territorial y basado en criterios de necesidad y no en criterios de capacidad económica. Es, por tanto, un elemento de redistribución de renta hacia las personas que sufren enfermedades y un elemento clave en las políticas de solidaridad, de cohesión social y de justicia social.

Más aún, el sistema sanitario público asturiano es un elemento dinamizador de la economía ya que, por su naturaleza y por dar servicio en todo el territorio, emplea a un buen número de profesionales cualificados, contribuye de forma notable al empleo de calidad de las mujeres y ofrece buenas condiciones de estabilidad en el empleo, retornando a su vez a la sociedad una buena cantidad de recursos económicos en concepto de impuestos sobre la renta. Por tanto, un buen

sistema sanitario público contribuye no sólo a la cohesión social sino que es un elemento dinamizador de la economía.

Propuestas estratégicas

- Situar a la salud pública como garante de la obtención de mejoras de salud para la comunidad.
- Centrar los objetivos del sistema sanitario en las necesidades de la ciudadanía para conseguir servicios más ágiles, más respetuosos y más participativos.
- Fomentar una organización integrada que coopere y permita superar los problemas de coordinación entre niveles.
- Impulsar los procesos de mejora continua y uso suficiente de los recursos como garantía de sostenibilidad del sistema.
- Orientar la organización hacia el futuro, fomentando la investigación y la innovación.
- Promover una mayor implicación de los profesionales en la organización y gestión de los servicios de salud.
- Contribuir a mejorar el Sistema Nacional de Salud en España.

Todos estos contenidos del ACEBA siguen para nosotros plenamente vigentes, consideramos que no son temas que dependan de la situación económica coyuntural, si bien lo que podemos afirmar es que la crisis ha resaltado algunos problemas larvados que venimos señalando desde hace años, fundamentalmente la necesidad de que el Estado disponga de la suficiente financiación estable para garantizar los ser-

vicios públicos en su conjunto y eso sólo se puede hacer con una fiscalidad adecuada, es decir: bien dimensionada, progresiva y equitativa.

Junto al problema de la financiación, sin duda el fundamental, ya que lo condiciona todo, yo resaltaría otro que desde UGT venimos denunciando hace tiempo: el fraccionamiento del Sistema Nacional de Salud en 17 sistemas que empiezan a divergir entre sí en aspectos esenciales.

Corremos así el serio riesgo de avanzar hacia un sistema ineficaz además de injusto y con desigualdades territoriales. Y si bien nos preocupa en general, tenemos que decir que para una Comunidad Autónoma pequeña como la nuestra, tal y como recoge el magnífico informe que hoy se presenta, la existencia de un Sistema Nacional de Salud cohesionado es clave para el futuro del sistema sanitario público de Asturias.

Tal y como resalta este Informe, aspectos claves para su sostenibilidad, como la política de recursos humanos o la implantación de nuevas prestaciones dependen en gran medida de que exista una política sanitaria común liderada por el Estado.

De no hacerlo así y de no aplicar la misma lógica a nivel regional, corremos el riesgo de un progresivo deterioro del Sistema, que ya se manifiesta en Asturias en el avance año tras año de la sanidad privada, con todo lo que ello implica de desigualdad social cuando no de enormes sacrificios económicos para muchas familias que acuden a la medicina privada ante problemas como las listas de espera.

No debemos olvidar que para algunos la sanidad es un gran negocio y lo que nosotros vemos como un servicio

público fundamental e irrenunciable, otros lo ven como una gran oportunidad económica. Y tampoco olvidemos que las presiones políticas y financieras del neoliberalismo que nos acosa constantemente van en esa línea, impulsando externalizaciones de servicios y privatización de la gestión, así como periódicos debates sobre el copago.

Por todo ello, espero que el debate que hoy se inicia en torno a este informe promovido por el CES sea un debate de alcance, que se pueda extender por todo el país y que sea seriamente asumido por el Ministerio y por las comunidades autónomas, con el fin de que realmente podamos entre todos, garantizar una sanidad pública de calidad para muchos años. Desde UGT estamos dispuestos a hacer el máximo esfuerzo para impulsar este proceso, habida cuenta de que en definitiva los que más necesitamos un Sistema de Salud Público somos los trabajadores.

También queremos colaborar en este debate desde dentro del Sistema: es fundamental implicar en el mismo a los trabajadores de la sanidad, a los profesionales de la salud, ya que sin su concurso será muy difícil de llevar cualquier reforma a buen puerto. Somos conscientes de que la realidad sindical del sector no lo hace nada fácil. El importante peso actual de los sindicatos corporativos que, contra todo principio solidario, se centran exclusivamente en intereses gremiales y no en los intereses generales de los trabajadores asturianos, complica la posibilidad de acuerdos. No obstante, es un esfuerzo que hay que hacer, todo el mundo debe ser escuchado y respetado y al final deberán adoptarse de forma razonada las medidas que procedan por parte de quien ejerza la responsabilidad de Gobierno.

Buenos días, primero celebrar la iniciativa del Consejo Económico y Social de Asturias de celebrar esta jornada sobre el futuro del sistema sanitario público y trasladarles un cordial saludo en nombre de CCOO de Asturias, y también a los ponentes y como no, al profesor Javier Elola.

Aunque por obvio y reiterado, y hasta un punto pesado no voy a dejar de repetir en cuanto tengo oportunidad que CCOO de ASTURIAS, considera la salud de las personas como algo esencial, siendo uno de los derechos fundamentales e irrenunciables. Su satisfacción constituye uno de los pilares básicos sobre los que tiene que asentarse la sociedad a la que aspiramos: una sociedad justa, equitativa y cohesionada en torno a la igualdad de todos sus miembros. Por lo que insistimos en un sistema sanitario universal, público y de calidad.

Antes de referirme a la situación de Asturias, voy a hablar de la necesidad desde nuestro punto de vista de un "Pacto de Estado por la Sanidad", donde se encuentren soluciones entre todas las partes implicadas, partidos políticos, comunidades autónomas, agentes sociales, etc.

La necesidad de un "Pacto por la Sanidad", tiene su origen explícito en octubre de 2004, cuando los agentes políticos, institucionales y sociales fueron convocados para una reflexión inicial sobre la necesidad de dicho pacto, denominándolo en aquel momento como "nuevo contrato social por un Sistema Nacional de Salud sostenible".

En ese momento se expusieron trabajos realizados por expertos, que planteaban la necesidad de realizar reformas estructurales en cinco grandes ejes de trabajo, todos ellos fuertemente interconectados: la suficiencia financiera, la equidad y la solidaridad, la sostenibilidad, la gobernabilidad del Sistema Nacional de Salud, y la racionalidad de la sanidad y la práctica clínica.

Un mensaje central mantenido era que las reformas estructurales deben estar en el centro de las estrategias políticas, al menos al mismo nivel que los debates de financiación.

Además, se hace necesario dejar claro que el Sistema Nacional de Salud no está en crisis, sí presenta déficits y problemas, que de no acometerse a corto plazo, puede suponer un declive difícil de recuperar.

En relación con el Pacto por la Sanidad, CCOO pensamos:

- a) La sociedad española apoya el actual sistema nacional de salud.
- b) Que tiene derecho a que funcione adecuadamente, con independencia de la Comunidad Autónoma en la que se encuentra.
- c) Que la sociedad española exige a los poderes públicos que otorguen a la sanidad la prioridad que le corresponde y que lo hagan de manera concertada.

Utilizando la ironía, e interpretando un artículo de Vicenç Navarro en el que expone:

"Que debiera dictarse una norma en el sistema político español que indicara que, para que una persona pudiera optar a representar a la población, se comprometiese a utilizar los mismos servicios sanitarios que la mayoría de sus electores, que son mayoritariamente de clases populares y que utilizan la sanidad pública sin haber recibido trato preferencial. Esto contribuiría a que se redujera la excesiva distancia, que existe en España entre representantes y representados y ayudaría a los primeros a sensibilizarse de los problemas de los segundos." Lo dejo ahí.

Todo lo anterior, hay que interpretarlo en clave de abrir una reflexión profunda, comprometida y participada por los distintos agentes políticos, institucionales y sociales, orientada a evaluar, entre otras, las cuestiones y problemas vinculados a la sostenibilidad y suficiencia financiera, a la gobernabilidad, calidad y racionalidad del Sistema y a los retos que se plantean entorno a la universalización y equidad del aseguramiento. Y todo ello a partir de un diagnóstico que permita acometer medidas, conducentes a mejorar y revitalizar el SNS, derivadas de los Acuerdos previos pertinentes.

Propuestas de CCOO

Conviene resaltar como positivo que existe una base de diagnóstico común y generalizado en un sustrato importante de la sociedad.

De ello también se deriva que el contenido del Pacto por la Sanidad, desde la participación de todos los agentes implicados, debe ir más allá de contenidos o enunciados meramente declarativos y, por tanto, debe contemplar objetivos y propuestas definidas y concretas, al tiempo que dicho Pacto debe recoger y expresar garantías suficientes para su consecución.

Desde CCOO entendemos que, además de lo anteriormente dicho, deben establecerse unos acuerdos previos y generales que deben tomarse entre el gobierno central y las comunidades autónomas y que resultan imprescindibles para dar garantías institucionales y públicas de gobierno del sistema desde el conjunto del Estado.

Para garantizar la cohesión y coordinación eficaces del SNS y, por tanto, para poder desarrollar y hacer operativos los objetivos y propuestas concretas que dicho Pacto contemple, desde CCOO entendemos las siguientes:

Propuestas generales y perspectivas

1. Redefinir el papel del Consejo Interterritorial, dotándolo de sistemas de toma de decisión y capacidad operativa, de tal manera que éstas tengan carácter vinculante, cuando afecten a políticas primordiales para la sostenibilidad financiera, universalidad del aseguramiento, garantías públicas y cohesión social.
2. La regulación e instrumentación del Sistema de Información Sanitaria en el SNS, donde se recojan de manera homogénea y suficiente aspectos en materia de recursos profesionales, cartera de servicios, gasto, indicadores de salud, gestión de listas de espera, etc.
3. Aumentar la financiación sanitaria al menos en un 1% sobre PIB, garantizando su distribución en base a las necesidades de salud de las distintas comunidades autónomas y garantizando las políticas de cohesión y equidad distributiva en el conjunto del SNS, así como su sostenibilidad financiera.
4. Constitución de la mesa sectorial de ámbito estatal, en desarrollo del Estatuto Básico del Empleado Público, dotándola de competencias y regulando su desarrollo, así como redefinir el papel del foro marco para el diálogo social, al objeto de racionalizar los desajustes que en materia salarial, funcional, de oferta y carrera profesional se dan en nuestro SNS.

Además de estas propuestas generales tenemos más de treinta propuestas específicas, que no voy a relatar aquí por falta de tiempo, pero que van desde la paralización de las privatizaciones de la Red Sanitaria Pública hasta la elaboración de una Ley de Salud Pública.

Voy a referirme ahora a Asturias, no voy a entrar a describir la situación de crisis general en la que nos encontramos y como influye en el sistema sanitario.

Sí quiero manifestar que la sostenibilidad de un sistema sanitario universal, público y de calidad es un objetivo de CCOO, como así lo firmamos junto con UGT y el Principado de Asturias el 4 de enero de 2008 en el "Acuerdo para la sostenibilidad de los sistemas educativo y sanitario." Acuerdo no suscrito por FADE.

Pues bien, el citado Acuerdo a menos de un año y medio para su finalización está incumplido en una buena parte. Voy a recordar cuáles eran los compromisos de actuación que se contemplan en él.

"Actualizar el Plan de Salud para Asturias, para favorecer la demanda responsable de servicios sanitarios y la desmedicalización de la vida diaria...."

"Elaborar la Ley de Salud y Ordenación de Servicios Sanitarios a través de un proceso amplio de participación ciudadana... teniendo como objetivo fundamental el asegurar la consecución de estándares de calidad homogéneos en toda la ciudadanía, independientemente de dónde se reciba la prestación asistencial"

"Elaborar un Plan de recursos humanos para el sistema sanitario" esto está realizado.

"Establecer un nuevo modelo de atención continuada con características diferenciadas en medio urbano y rural, que permita una mejor atención extrahospitalaria..."

"Elaborar un Plan Sociosanitario que facilite la coordinación de los servicios de salud y servicios sociales...."

"Mantener a lo largo de la legislatura unos niveles de inversión en el sistema que permitan contemplar la red

de atención primaria, atender las necesidades de reforma de los centros existentes... "

No quiero ser injusto, pero muchos de estos compromisos están sin tocar, pongo el ejemplo del Plan Sociosanitario, fundamental en la aplicación de la Ley de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia, con el ahorro que supondrían los protocolos de actuación en esta materia, y no es porque este sindicato en todas y cada una de las mesas tanto de la bienestar social como de sanidad no lo hallamos reclamado.

Con asiduidad se achaca al sistema sanitario público, problemas relacionados con la gestión, se dice que es burocrática y que es un obstáculo para la sostenibilidad, muchas de estas críticas provienen de organismos y entidades con intereses en el sector privado.

En Asturias, como dicen todas las encuestas, existe un alto grado de satisfacción, tanto en infraestructuras como en el alto nivel profesional. No obstante es cierto que existen muchos aspectos que se pueden mejorar en la gestión de la sanidad pública. A modo de ejemplo enumero alguno que creemos interesantes:

- Profesionalizar la gestión, crear un cuerpo de profesionales especialistas en gestión sanitaria.
- Control democrático, no existen órganos de participación ciudadana y si existen son testimoniales.
- Profesionalización e independencia de los cargos intermedios.
- Integración de recursos entre la Atención primaria y Especializada.
- Implicar a los profesionales con el sistema sanitario público.

- Asegurar una formación continuada independiente de los intereses comerciales.

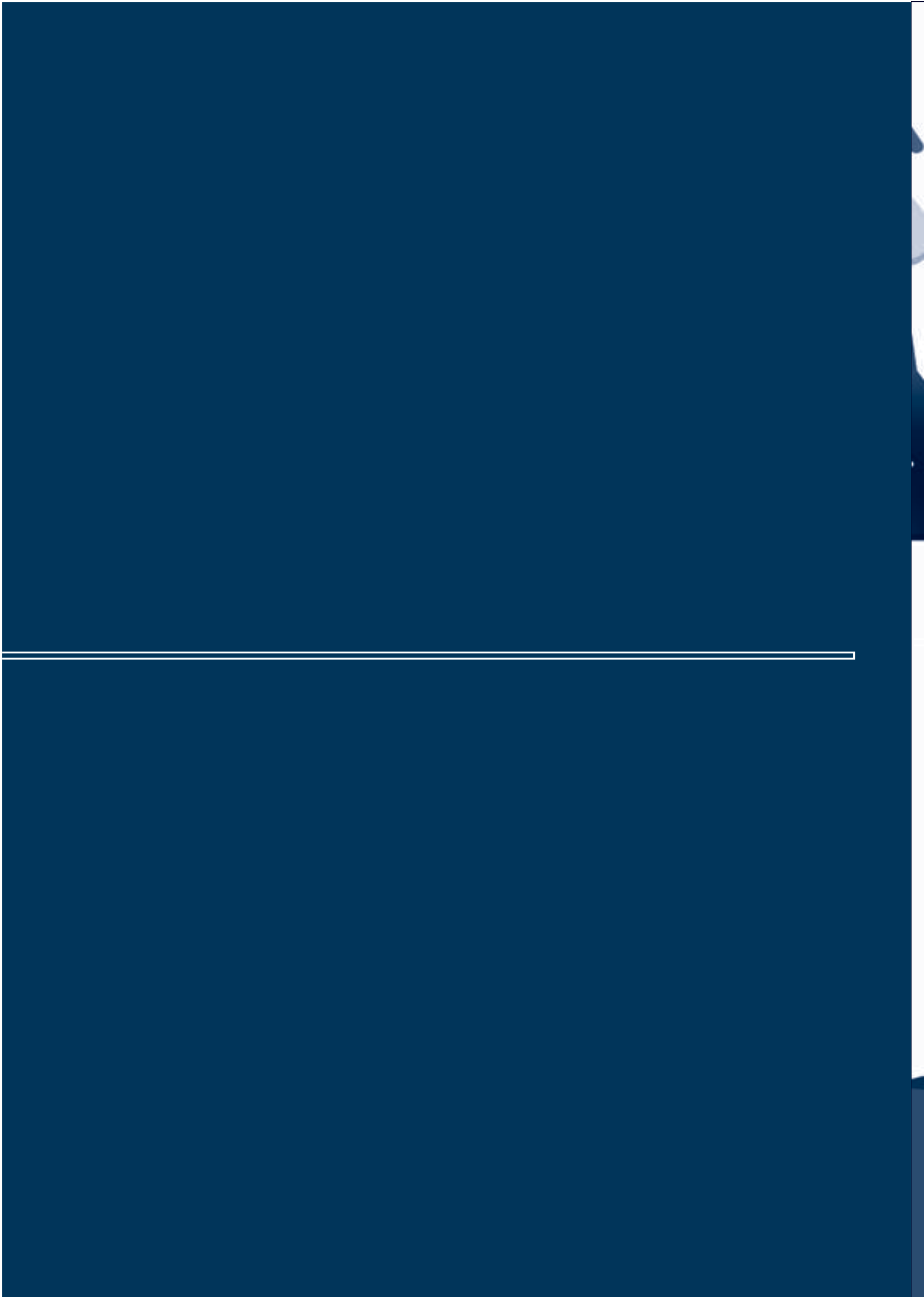
Dicho esto, compartimos parte del análisis del trabajo del doctor Elola Somoza, incluso entendemos y aquí estamos, que era conveniente abrir el debate en un marco neutral, pero quien tiene que hacer una propuesta es el Gobierno de Asturias.

CCOO está dispuesta a hablar de todo y del todo sobre la sostenibilidad del sistema, y me explico, pretendemos que nos pongan encima de la mesa todo un plan

para Asturias y no medidas parciales, hoy un plan director para Cangas del Narcea, mañana unificación de áreas, etc.

No nos vale que se hable de una parte que puede crear un conflicto controlado y obviar otras donde la contestación pueda traer dificultades políticas de futuro.

No me extendo más y espero que estas reflexiones y propuestas ayuden a despejar el camino hacia un sistema público mejor, en la línea de lo que nos demandan los ciudadanos y ciudadanas.



A stylized graphic on the left side of the page shows a dark blue path leading upwards. Several human figures are positioned along the path. One figure on the left has a white cross on its chest, representing a medical professional. Other figures are shown in various poses, some appearing to be climbing or walking. The background is white, and the overall style is minimalist and modern.

Presentación de la Ponencia

> D. Ruperto Iglesias García, *Auditor de cuentas y Vocal del CES del Principado de Asturias*

> Fortalezas y debilidades del sistema sanitario asturiano

Ponencia

> D. Juan Luis Rodríguez-Vigil Rubio

Licenciado en Derecho. Pertenece al Cuerpo Técnico de la Administración Civil del Estado desde 1969

Vocal en el Consejo Consultivo del Principado, cargo que sigue ocupando en la actualidad

Profesor de Derecho Administrativo de la Universidad de Oviedo

Ha escrito diversos libros, interesándose fundamentalmente por asuntos históricos y jurídicos

Consejero de Sanidad en el Gobierno preautonómico de Asturias y de Sanidad y Servicios Sociales (1983 y 1987)

Miembro de número en el Real Instituto de Estudios Asturianos (RIDEA) desde 2006

Presidente del Principado de Asturias (1991-1993)



En primer lugar quiero felicitar al Consejo Económico y Social del Principado de Asturias por la oportunidad de organizar esta jornada sobre el sistema sanitario público en Asturias, jornada que dadas las personas que participan en la misma, sin duda, será un instrumento para el debate y la reflexión sobre la sanidad pública en nuestra Comunidad, en un momento en el que la fuerte crisis que sufre la economía mundial y de nuestro país obliga a recortes del gasto público con la finalidad de reducir el déficit público.

El gasto sanitario público en 2009 ascendió a casi 1,7 millardo de euros en Asturias, siendo este el valor más elevado desde el 2004, en este último ejercicio tuvo un incremento del 6,6%, acumulando un crecimiento del 42% desde 2004.

En 2009 en Asturias se destinó a sanidad el 36,7% del gasto consolidado. La reducción de recursos a que se ven abocadas las Administraciones Públicas puede chocar frontalmente con la tendencia seguida en los últimos años de incrementos anuales en el gasto sanitario significativos.

Parece evidente que la contención y racionalización del gasto sanitario ha de convertirse en objetivos prioritarios, sin menoscabo de la calidad en la atención sanitaria a la población, que permita mantener el sistema sanitario público como uno de los pilares irrenunciables de nuestro estado del bienestar.

Para profundizar en todos estos temas tenemos con nosotros a D. Juan Luis Rodríguez-Vigil Rubio, de todos conocido, con una amplia trayectoria. Juan Luis Licenciado en Derecho, Expresidente del Principado de Asturias, Consejero de Sanidad en el gobierno preautonómico y Consejero de Sanidad y Servicios Sociales durante el periodo 1983-1991, es en consecuencia un conocedor de la realidad sanitaria asturiana, cuyo modelo ha contribuido a su creación.

Juan Luis va a exponernos una ponencia con el título "Incertidumbre y seguridades de cara al futuro de la sanidad pública en Asturias" que, sin duda, va a generar debate y reflexión.

Señoras y señores:

El futuro de la sanidad pública en Asturias es hoy motivo de preocupación y también empieza a suscitar cierto temor su viabilidad futura.

Es lógico, nuestro modelo social, al igual que el de la mayor parte de los países occidentales de la Unión Europea, depende de nuestra capacidad de añadir valor, de generar excedentes en forma de impuestos que nutran las arcas de Hacienda para así poder garantizar la prestación de, entre otros servicios públicos, el sanitario, universalizado, gratuito y de alta calidad, que disfrutamos, que por cierto es muy costoso.

En un momento en el que con toda evidencia perdemos competitividad, no estamos creciendo y existen tantas incertidumbres de cara al futuro de nuestro sistema productivo, ¿cómo no preguntarse cómo vamos a sostener ese modelo de servicios tan oneroso para las arcas públicas?

A esa preocupación contribuye también el hecho de que la arquitectura institucional que nos hemos dado los españoles, —el estado autonómico—, no se esté revelando, al menos de momento, y ¡ojala! que me equivoque, como especialmente idónea para hacer frente, en medio de una crisis económica de las dimensiones de la que sufrimos, en definitiva a problemas que afectan de manera especial a los grandes servicios públicos.

Esa circunstancia debería de llevar a algún tipo de reflexión a nivel del estado sobre la necesidad de poner coto a algunos factores de disgregación, que dicho sea con la mayor objetividad, tienen consecuencias de carácter negativo, y que en materia sanitaria son ya muy evidentes.

En todo caso, y aunque esa cuestión bien merecería un debate a fondo específico, voy a ceñirme aquí en exclusiva al ámbito sanitario asturiano, que dentro del conjunto nacional tiene problemas peculiares, y creo que bastante serios.

Un debate que era necesario abrir

Me parece obligado felicitar al CES por favorecer la apertura a la sociedad asturiana de un debate muy necesario.

El estudio que el CES ha encargado a Javier Elola puede considerarse una iniciativa interesante, me imagino que no orientada en principio a sacar conclusiones definitivas, sino a servir de base de ese debate.

Si como creo, es así, me parece que el estudio podría cumplir el objetivo que el CES se había marcado: disponer de un documento-guía en el que estén presentes, de forma precisa, todos los elementos que habilitan una discusión abierta y razonable que pueda servir para articular un debate positivo, que sirva para algo.

La verdad sea dicha, estamos acostumbrados a que los debates sanitarios que de cuando en cuando surgen en Asturias sirvan para muy poco, sobre todo los que se producen en el ámbito político, que se desarrollan habitualmente conforme a pautas excesivamente apriorísticas y propagandísticas, donde normalmente se utilizan argumentos esquemáticos y simplistas pre-determinados, que sitúan los problemas sanitarios en un terreno abstruso y confuso, de forma que los ciudadanos raramente se enteran de lo que realmente se está debatiendo, porque suelen tratar de cuestiones relacionadas con intereses puntuales y coyunturales de colectivos corporativos o sindicales, cuyos problemas, sean los que fueren, habitualmente tienen particularis-

mos que poco tienen que ver con los intereses de los ciudadanos.

Pienso que es importante entrar en este debate al margen de cualquier criterio de corrección política. Yo lo voy a intentar, entre otras cosas porque creo que no hay nada más perjudicial para el análisis, para extraer hechos relevantes, consecuencias, y sobre todo oportunidades de actuación, que arar sobre lo trillado, lo que todo el mundo considera que no ofrece peligro alguno para su reputación o posición política.

Como no estoy en la política activa, no me presento a elecciones, ni tengo interés personal alguno en ese terreno, creo que puedo hablar desde mi más sincera contribución a la objetividad.

En todo caso, el debate meramente adversarial sobre el sistema sanitario y sus problemas confunde a los ciudadanos y nada les aporta, pues desde el principio ya saben cuáles van a ser las posiciones: esto es, desde una perspectiva, la de la oposición, todo está mal, y desde otra, la del Gobierno, todo está bien.

Ese debate normalmente carece de rigor y de seriedad, porque nunca todo está tan mal, ni todo está tan bien.

A riesgo de cansarles con cuestiones preliminares, me permitirán que denuncie el exceso de coyunturalismo que rige nuestro debate político-sanitario, algo que determina y permite que no se fijen con claridad los programas sanitarios en liza, en qué consisten, y sobre cuáles son sus diferencias de fondo, o de matiz.

Si los programas sanitarios de cada partido político, de cada fuerza política en Asturias estuvieran claramente delimitados y fueran públicos y, por tanto, se supiera lo que cada uno quiere: sistema sanitario universal y gra-

tuito, o no universal y no gratuito, o sólo en parte gratuito, con unas condiciones u otras, etc., no estaríamos en la situación absurda en la que, por ejemplo, un partido político en Asturias defiende aquí una cosa totalmente contraria a la que esa misma fuerza política nacionalmente defiende para otras regiones.

Por ejemplo, en Madrid, un partido, el PP, defiende la presencia e incluso la predominancia de las empresas privadas, las fundaciones o las concesiones administrativas en la sanidad y ese mismo partido, aquí las impugna y con grandes aspavientos y vehemencia, mientras que, por su parte, otro partido, el PSOE, rechaza aquí figuras que en Andalucía, en Cataluña o en el País Vasco considera que encajan perfectamente en el programa socialista.

Sería muy conveniente que cada fuerza política definiese con claridad, sin tapujos y sin disfraces qué es lo que quiere, qué está dispuesta a hacer en relación con la sanidad pública, porque eso resultaría primordial para articular los consensos básicos imprescindibles para sacar adelante un barco como el del servicio público sanitario que tiene riesgo de encallar en la tormenta de la crisis económica.

Cuanto más se confunda a la población con debates coyunturales, o corporativos, con eufemismos o con demagogia; cuanto más se la confunda con debates que tienen poco que ver con el fondo de la cuestión, peor, pues como decía Monterroso "A dónde irá el ciempiés con tantos pies y tan poco camino". Y la verdad es que aquí hay que andar con cuidadito, que aquí hay muy pocos pies, el camino es pequeño y hay que acotar mucho y muy bien donde se quiere ir.

Las incertidumbres y las seguridades sobre las que me han pedido que me pronuncie no son conceptos que se

puedan establecer *urbi et orbi* y fuera de tiempo, hay que situarlas necesaria y precisamente en el marco de la profundísima crisis económica que sufrimos.

Si nos salimos de ese terreno difícilmente vamos a entender nada de lo que está pasando, aunque mucha gente en Asturias no haya asumido aún la profundidad de la crisis, su carácter sostenido y su previsible larga duración, en definitiva, su carácter de parteaguas de la historia.

Esta crisis, a mi juicio, ha venido para quedarse por bastantes años, y de ella seguramente saldrá una sociedad muy distinta a la que teníamos en el 2007.

Con independencia de su origen internacional, entre nosotros esta crisis se ha concretado en el desplome de buena parte de nuestro aparato productivo, algo que anunciaba ya nuestra balanza de pagos, sumamente deficitaria, que estaba avisando, sin que se hiciera mucho caso, de que estaban pasando cosas muy serias en nuestra economía. Y en relación con el servicio público sanitario, al igual que otros grandes servicios públicos, el efecto más notable de la crisis se concreta en una enorme reducción de los ingresos fiscales. Se habla de caídas del orden del 20 al 25%, y en algunos impuestos de hasta el 30%.

Incidentalmente, y perdónenme si me extiendo en estas consideraciones previas, me parece oportuno señalar que la crisis pone de relieve una de las ingenuidades, o perversiones, en las que se cae con más frecuencia de la debida: creer que en el espacio político de una región se puede dar un tratamiento singular a los problemas fiscales, y que eso no afecte negativamente al conjunto.

Es muy difícil y peligroso adoptar medidas regionales diferenciales y aisladas en el orden fiscal. Ya se han

hecho demasiadas experiencias y los resultados son todo, menos positivos.

Si en Asturias, por ejemplo, se sube, o se mantiene el impuesto de sucesiones, todos los ricos asturianos se domiciliaran a efectos fiscales en Madrid, donde prácticamente se ha reducido a la nada ese impuesto, y consecuentemente allí no pagarán ningún impuesto el día que tengan que repartir su herencia, lo que implica un auténtico *dumping* territorial de efectos tremendamente negativos e injustos, pero que es muy real y que entre todos hemos permitido.

Y lo mismo digo con el impuesto de sociedades, las cuales fijarán su sede en el territorio que menos paguen; corriéndose el riesgo de que si marchan los ricos y las sociedades a las regiones con menor presión tributaria, en los demás territorios queden colectivos amargados de paganos, a quienes se pretenderá hacer pagar al máximo todos los impuestos, que recaerán sobre los asalariados.

¡Qué duda cabe que es bueno el principio de responsabilidad fiscal de las administraciones autonómicas! Pero ese principio no debería permitir ni justificar los disparates actuales, como los que se han realizado en relación con el impuesto de sucesiones y, porque no decirlo, también con el de patrimonio, cuyos más de 2.000 millones de euros de rendimiento tan bien nos vendrían ahora.

Por ello, cada día se hace más urgente arbitrar una cierta armonización fiscal, que sin mengua de excitar la responsabilidad tributaria de las CCAA, restaure la equidad, las reglas lógicas de competencia territorial, eliminando las situaciones objetivas de *dumping* territorial y los abusos. Porque esto va para largo y cuanto mas dure el abuso más daño se causará.

Aunque las administraciones públicas españolas se recuperen de su actual crisis fiscal, nunca volveremos a la situación de los años anteriores a 2007, porque el incremento de la capacidad fiscal de ese periodo estuvo ligado a la expansión del sector de la construcción y en el futuro difícilmente va a remontar esa industria, por lo menos con la tónica que tuvo en otro tiempo.

Como la sociedad española es madura y fuerte encontrará, sin duda, vías de futuro; pero montar otra estructura productiva, alternativa a la construcción, llevará tiempo. Y no hay vara mágica con la que crear nuevas fórmulas de trabajo y nuevos productos que vender en el mercado.

No, eso tardará, y mientras tanto se mantendrá la crisis fiscal, que no podrá paliarse con el recurso a la deuda, pues ya se ha visto que tampoco esa es solución factible.

Primero, porque no se trata sólo de emitir deuda, tiene que existir quien la compre a tasas de interés que no sean insostenibles y que no hagan del capítulo 3 el principal y el de mayor monto de los presupuestos públicos.

Hago estas consideraciones, que a algunos, y *a priori*, les puede parecer que se alejan del tema sanitario, porque en este año, en Asturias, por la razón que sea, —que no voy a entrar en ella— se hicieron unos presupuestos con una visión excesivamente optimista de los ingresos, y pocos meses después aparece bruscamente el lastre o el reflujó del optimismo anterior, algo que puede resultar incomprensible a los ciudadanos, pues es muy poco el tiempo que media entre ambas situaciones, y ahora hay que reducir gastos drásticamente, algunos en sectores muy delicados porque los ingresos no han llegado y en las administraciones, como en las empresas y en las familias, la tesorería, al final es la que manda.

Mejor sería haber afrontado la realidad con realismo, y valga la redundancia, y no tener que corregir después.

Nada va a volver a ser igual al tiempo pasado, cuando era fácil hacer política sanitaria porque, en definitiva, se entendía que hacer buena política consistía en gastar, porque había bastante dinero para ello. No será lo mismo hacer política en un ámbito tan propicio al gasto como el sanitario cuando hay que escatimar, cuando hay que hacer gestión dura y difícil, cuando habrá que moverse en la escasez.

Pero con esos mimbres es con los que en adelante, por lo menos en un horizonte de cuatro a cinco años, nos vamos a mover: con la gestión de la escasez.

Habrà que gastar menos porque habrá menos ingresos y como no se puede acudir fácilmente a la deuda, habrá que desarrollar la imaginación y el esfuerzo y, en ocasiones hacer gestos significativamente amargos para que la población entienda que es necesario asumir ciertos sacrificios y privarse de algunas cosas que creíamos normales, pero que sólo lo eran en tiempos de abundancia suma, por irreal que ésta fuera.

Parto de que el sector sanitario público corre riesgos ciertos, y de que aquí, en Asturias, como en el resto de España hay sectores sociales y grupos políticos que, más o menos solapadamente, quisieran que se modificasen las líneas maestras de la Ley General de Sanidad de 1986.

Partidario absoluto y sin reserva como soy del sistema sanitario público español basado en la universalidad, que ampara a todos los ciudadanos igualándolos ante la enfermedad y el dolor, creo necesario decir también que su gestión se puede hacer de muchas maneras, y que seguramente la que nosotros hemos elegido y tenemos estructurada en estos momentos resulta espe-

cialmente cara y no excesivamente eficiente y seguramente no la podremos mantener en el futuro si no acométenos algunas reformas muy necesarias.

Hacer ajustes, incluso serios ajustes, no implica necesariamente dar un peor o un menor servicio, tampoco reducir prestaciones, aunque seguramente exige ceder posiciones que aún cuando muchos las consideren conquistas, son claramente contingentes.

La mejor manera de colaborar, de hacer el juego, a quienes quieren alterar los principios de la Ley General de Sanidad, es considerar que no conviene hacer nada, no acometer ninguna reforma, que las cosas están bien como están, como si nada estuviera pasando.

En el marco de la crisis, la evolución del gasto sanitario público tiene que contenerse, y seguramente en un primer momento reducirse, pese a su inelasticidad, que es muy grande, porque casi todo él está basado en gasto de personal y gasto de consumos esenciales, fármacos principalmente.

Claro está, que quien salga hoy a decir esto desde una plataforma política corre riesgos, porque esta sociedad no quiere oír, o no está suficientemente acostumbrada a oír esas cosas, aunque sean ciertas y nada se gane con no hacer nada, salvo esperar a que diluvie para tomar decisiones, tarde y mal.

Pero resulta que la sanidad pública en Asturias supone ya el 38% del gasto presupuestario y de no hacer nada, la capacidad de seguir creciendo ese gasto es muy grande y muy difícil de controlar.

Ese tanto por ciento de gasto tan relevante es lo que determina que no se la pueda dejar al margen de un proceso general de ajuste, que no será tal sin esa acción.

En este contexto, es en el que yo creo que se debe hablar de las debilidades y de las fortalezas del sistema sanitario público en Asturias, que yo, reitero, defiendo completamente, de manera tajante y sin reserva alguna, y más aun en tiempos de crisis, cuando es obligado mantener la cohesión social de nuestra sociedad, porque ello es la garantía de que podemos salir adelante.

La crisis afecta a todo el sistema sanitario público español, pero en nuestro caso como dije tiene peculiaridades.

Hay algunas cosas que dependen únicamente de nosotros, de forma que si las hacemos bien, saldremos mejor del asunto, y si las hacemos mal, saldremos peor.

Así pues, me voy a referir a aquellos temas que dependen únicamente de lo que se haga en Asturias, partiendo de la idea de los problemas del sistema sanitario no se pueden echar en exclusiva sobre los hombros de ningún gobierno, y menos aun de un gobierno autonómico, pues los gobiernos autonómicos en general, en cualquier sitio de España y aunque tengan mayoría absoluta, son notoriamente débiles para afrontar por sí solos, en solitario, las enormes presiones sindicales, empresariales, corporativas, vecinales, municipales que surgen habitualmente en torno a la problemática sanitaria, en las que resulta facilísimo caer en la demagogia y crear situaciones de alarma ciudadana.

Un ejemplo basta para definir la situación.

Aquí, en Asturias, también en otros territorios del país, cuando hay una huelga sanitaria, lo habitual es que, sea cual sea la causa o razón de la misma, y aunque sus consecuencias nada positivo aporten a la población, o incluso drenen importantes recursos públicos desde otras atenciones, la oposición, desde distintas ópticas, se posiciona casi siempre en favor de los huel-

guistas, e incluso tratan de formalizar ese apoyo mediante resoluciones parlamentarias.

Llevo años siguiendo las noticias sobre conflictos sanitarios que salen del Parlamento Regional y creo que nunca he visto una toma de posición propia y autónoma en ese tipo de asuntos por parte de la oposición, ni un análisis medianamente riguroso sobre el problema planteado. Por eso resulta imprescindible llegar a un consenso básico y general sobre qué sistema se quiere, y cómo se quiere que funcione, y para ello lo primero es saber qué es lo que cada uno quiere de verdad.

Si no se logra un consenso básico, el sistema estará *per se* en crisis y siempre tendrá dificultades serias para su gobernanza, con notable daño para los ciudadanos, que serán los perjudicados si la definición y el régimen de gobierno del sistema sanitario público se sitúan en el terreno de la indefinición, de la demagogia y de la batalla política partidaria.

La definición estable del sistema sanitario, de sus criterios organizativos, de sus prestaciones, de su política de personal es un problema nodal para esta sociedad, al menos si ésta quiere conservar su cohesión social actual.

Creo que es obligado fijar posiciones claras, y a partir de ellas formalizar consensos operativos entre gobiernos, oposición, sindicatos, entidades empresariales y ayuntamientos, dejando atrás las prácticas políticas adversariales en este terreno, que nada ayudan, porque son frecuentemente cainitas y, muchas veces, regidas únicamente por un conservadurismo a todo trance que, a la postre, deviene suicida.

Aunque resulte duro decirlo, es imposible ignorar que entre nosotros hay personas, grupos, instituciones y entidades corporativas que nunca se hartan de decir

que quieren y que defienden el sistema sanitario público asturiano, aunque en más ocasiones de las debidas, tales declaraciones de amor no se traducen en nada práctico. Ocurre, por contra, que muchas veces, como en los cantares de ciego antiguos, que de tanto querer se mata.

Seguramente hay que querer menos y ser más capaz de dejar de lado intereses partidarios, personales, corporativos y sindicales a la hora de asumir medidas de apoyo comprometidas, no sólo ya para que el sistema funcione mejor, sino para que simplemente sobreviva, para que salga adelante sin mayores daños en el marco de la brutal crisis que padecemos.

Y después de estas consideraciones previas, que quizás me han ocupado excesivo tiempo y que, por tanto, exigen disculpa, entro ya en el tema específico que me han asignado para esta conferencia.

¿Qué fortalezas tiene nuestro sistema sanitario público?

1º) Parque de instalaciones sanitarias armónico, moderno y completo

La primera es la existencia en Asturias de un armónico y moderno parque de instalaciones asistenciales de alta calidad, construidas, o reconstruidas en su mayor parte en los últimos veinticinco años, que cubren todas las comarcas de la región, en cada una de cuales existen buenas dotaciones hospitalarias y de especialidades médicas, amén de magníficos centros de salud y consultorios.

Dentro del conjunto asistencial español, el parque asturiano de hospitales, establecimientos policlínicos de especialidades y centros de salud resiste cualquier comparación, y la ya próxima inauguración del nuevo

Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA) va fortalecer notablemente esta red.

En un momento como el presente, de aguda crisis presupuestaria de las Administraciones Públicas, la existencia y amplitud de este moderno parque de instalaciones asistenciales supone *per se* un motivo de tranquilidad para los responsables de las finanzas públicas asturianas a la hora de valorar cualquier actuación en relación con nuestra sanidad pública, pues durante bastantes años no existirá en Asturias, objetivamente, necesidad de acometer grandes inversiones en instalaciones físicas sanitarias, algo que, sin duda tiene importancia en relación con un área de gasto tan relevante para los presupuestos de nuestra Comunidad Autónoma como lo es el servicio público sanitario.

Obviamente, lo dicho es sin dejar de considerar la dificultad que tendrá afrontar a lo largo de los próximos años el pago aplazado de las grandes inversiones realizadas en el nuevo HUCA y en el Hospital de Mieres.

En los próximos años habrá que complementar y actualizar puntualmente ese parque, pero cierto es que las inversiones que habrá que realizar en él, o sobre él, serán básicamente de mantenimiento, o se tratará de reordenaciones muy concretas de edificios relativamente nuevos, que normalmente no supondrán grandes inversiones, y que seguramente serán asumibles, incluso en tiempo de máxima crisis.

Si hablo de la necesidad de reordenaciones o de reformas de establecimientos sanitarios asistenciales es porque en una óptica de futuro para algunos de los actuales establecimientos sanitarios, sobremanera algunos hospitales de carácter comarcal, pero no exclusivamente, exigirán una nueva orientación, con base en criterios modernos, adaptados a las nuevas circunstancias técnicas, tecnológicas, demográficas y de comuni-

caciones de Asturias, lo que exigirá inversiones que, en todo caso, reitero, nunca serán de enorme cuantía.

Cualquier persona que reflexione con espíritu crítico sobre el sistema sanitario asturiano convendrá conmigo que en la actualidad nuestra red asistencial sanitaria ofrece a simple vista disfunciones a considerar, que no se han corregido por razones muy variadas, pero que, en definitiva, traen causa de algo que se ha convertido en uno de los mayores, sino el mayor de los problemas organizativos de las administraciones públicas españolas, y sobremanera de las autonómicas: la enorme influencia que ejercen sobre ellas las entidades y grupos sociales que en cada territorio conforman el entramado corporativo regional, tanto de carácter político, como socio-económico, inspirados todos ellos, sin apenas excepciones, en una cultura que por encima de todo rechaza el riesgo de la toma de iniciativa, y que pese a los cambios defiende contra viento y marea el mantenimiento del *statu quo*, sean cuales fueran las razones de su originaria formulación.

Entre nosotros se han mantenido con rigidez, y sin realizar apenas cambios en su orientación y en su estructura, establecimientos que fueron pensados y conformados para atender enfermedades, o situaciones asistenciales que el tiempo, y los cambios de toda clase que con él han venido, han modificado ya significativamente, o están en trance de modificar.

Por ejemplo, nadie puede negar el significativo descenso que, por razones de todos conocidas, han tenido enfermedades profesionales, como la silicosis, que en otro tiempo supuso una verdadera plaga en Asturias, como también resulta difícil ignorar los efectos que la significativa caída de la natalidad y de la fertilidad femenina en determinadas zonas, como las cuencas mineras, tiene sobre los servicios de pediatría y de tocología.

Por el contrario, poco se han modificado las estructuras asistenciales sanitarias para la atención de la población anciana, siendo así que cada día es mayor la exigencia y necesidad de atención sanitaria a las personas mayores de 65 años, y fundamentalmente la que ya se conoce como cuarta edad, los mayores de 75 años, cuya demanda de cuidados y atenciones se incrementará en los próximos años, pues se calcula que en el año 2019 aproximadamente el 38% de la población asturiana tendrá más de 65 años, lo que determinará unas necesidades de asistencia muy complejas, que hay que planificar desde ahora, midiendo mucho lo que se hace, tanto en relación con los centros hospitalarios generales y sus diferentes servicios, como en los centros de salud que deben tener especial o mayor orientación a la atención de crónicos, o en los que se precisará realizar cuidados paliativos adecuados con carácter normalizado.

En este terreno me parece de interés, por ejemplo, qué puede pasar con el edificio actual del Hospital de Silicosis. Aunque el área de atención neumológica y de investigación de este centro parece que se va a trasladar al nuevo HUCA, debería estudiarse la posibilidad de que el actual edificio del I.N. de Silicosis pudiera quedar vinculado a la atención sanitaria, y entonces no debería desaparecer, porque es un centro muy bien adaptado a los cuidados y tratamientos que pudieran precisar las personas mayores y determinados crónicos, y cuyo sostenimiento no tendría que ser especialmente caro. Parecidos problemas de reorientación plantea el Hospital del Monte Naranco.

Habría que estudiar de forma conjunta qué se hace con ellos.

Y junto a ellos, otros centros deben ser adaptados a la singular situación demográfica asturiana, si se quiere

que encajen dentro de un esquema asistencial sanitario racional y económicamente sostenible.

Es el caso, por ejemplo, de los servicios de pediatría y toxicología del Hospital de Mieres, claramente infrautilizados, como si no hubiera pasado nada en el ámbito de las infraestructuras de comunicación y como si la autopista Mieres-Gijón no existiera y no hubiera otros servicios de esa misma naturaleza a 10 minutos, en Riaño, también infrautilizados. Algo habría que hacer respecto al nuevo Hospital de Mieres para no repetir miméticamente todo lo que ya había en el viejo, algo que no se sostiene racionalmente.

Seguramente ese Hospital tendría que tener una definición singular, buscando máxima eficiencia y, al menos en determinados terrenos, atender a la población en un modelo de alta resolución, potenciando las policlínicas o las cirugías no invasivas y otras técnicas modernas.

En todo caso, las nuevas definiciones de esos y de otros establecimientos hospitalarios deberán salir, no de decisiones apriorísticas o condicionadas por esquemas corporativos o localistas, sino de debates técnicos sosegados y de planteamientos rigurosos, al margen de tensiones derivadas de la coyuntura política local o de intervenciones más o menos arbitrarias, que normalmente suelen ser indocumentadas y estar carentes del menor soporte técnico, dejando de lado cualquier consideración de eficiencia económica y de eficacia asistencial.

No me voy a extender aquí más sobre temas concretos, porque creo que sobre ellos se deberá trabajar en el momento adecuado, buscando siempre los consensos técnicos y políticos básicos, algo que se debería tomar en consideración en el momento de la modificación del Mapa Sanitario Regional, cuestión a la que me referiré más adelante.

2º) Buena dotación de medios tecnológicos

Otra fortaleza indudable del sistema sanitario asturiano lo constituye la existencia de un importantísimo y complejo parque de tecnología que, con la puesta en marcha del HUCA, completará algunas de las deficiencias que hasta ahora puedan existir (entre ellas tecnologías nuevas en radioterapia, el Pet y otras de carácter puntero que siguen ausentes en el sector público) permitiendo que en Asturias estén presentes prácticamente todas las tecnologías de uso clínico que en estos momentos están en vanguardia en Europa.

Ésta es una fortaleza muy potente.

Por lo menos durante unos años, básicamente durante los años que previsiblemente durará esta crisis, ello permitirá afrontar con moderación el capítulo de inversiones en alta tecnología, que supone uno de los grandes problemas financieros de la sanidad pública en toda Europa.

3º) Buena formación del personal técnico-sanitario

En tercer lugar, y hay que ponerlo de relieve muy especialmente, porque es la principal fortaleza del sistema sanitario asturiano, éste cuenta, en general y en términos medios europeos, con un personal bien formado, bien entrenado, capaz de conocer, asumir y poner en práctica con extremada rapidez las últimas y más modernas técnicas y conocimientos médico-quirúrgicos.

Seguramente entre todos los servicios que dependen de la Administración autonómica asturiana es el sanitario el que cuenta con un nivel técnico medio más elevado, y en el que resulta normal la familiaridad con las investigaciones, procedimientos, técnicas y desarrollos tecnológicos de vanguardia en cada una de las distintas disciplinas médico-quirúrgicas. Efectivamente, hay

un nivel alto en muchos campos médicos, y en algunos pocos tenemos personas, grupos de trabajo y servicios que están indiscutiblemente considerados de referencia nacional.

No es el momento, ni el lugar de citar personas, ni servicios, pero lo cierto es que algunos están bien posicionados en el conjunto nacional, y no solamente en el ámbito clínico o quirúrgico, también en el campo de la investigación biomédica y quirúrgica.

Esta realidad supone un valor muy importante de nuestro sistema sanitario y merece la pena tratar de incrementar ese nivel, evitando situaciones negativas, para lo cual habrá que actuar de forma exquisita y a la par enérgica, ya que se trata del factor que más efectivamente nos puede equiparar con las zonas españolas que incontestablemente tienen mayor nivel sanitario medio.

Conviene hacer hincapié en la necesidad de incrementar ese nivel profesional con medidas adecuadas, porque a mi juicio se empieza a observar que a medio plazo esa calidad corre un riesgo cierto de verse alterada de forma significativa como consecuencia de algunas decisiones de política de personal poco meditadas, que se apartan claramente de la línea seguida antes de las transferencias en relación con el reclutamiento competitivo de profesionales sanitarios en servicios sensibles que buscan excelencia, incluso en los servicios que con anterioridad dependían de la Comunidad Autónoma, como el antiguo Hospital General de Asturias.

Desde hace más de treinta años la sanidad asturiana ha venido incorporando a sus plantillas médico-quirúrgicas a profesionales de muy distinta procedencia y formación, pertenecientes, por tanto, a escuelas muy distintas, algo que ha enriquecido de forma muy notable al

conjunto sanitario regional, partiendo del hecho de que la selección de personal se realizaba a través de procedimientos selectivos rigurosos, con llamamiento de carácter nacional, siendo los tribunales de selección designados mediante criterios en los que resultaba determinante la calidad y el prestigio técnico y científico de sus miembros, seleccionados conforme a criterios predeterminados y en razón de su prestigio profesional, calificación técnica y rango profesional; con independencia de su residencia, y de su vinculación administrativa.

Incluso, en casos puntuales, cuando la oportunidad y la especialidad médica lo permitió, se realizaron contrataciones directas de médicos que se habían labrado ya una posición técnica preeminente y que gozaban ya de indubitable prestigio profesional en otros lugares de España o del extranjero (así ocurrió, por ejemplo, que recuerde, en el caso de la cirugía cardíaca a finales de los años ochenta), utilizándose a tal fin criterios similares a los empleados por los comités de acreditación creados en la década de los años sesenta y setenta en el seno de las Juntas facultativas del Hospital General de Asturias, de la Clínica Jiménez Díaz o del Hospital San Pablo de Barcelona.

El atractivo que tenía (y debe tener) trabajar en Asturias, y no sólo para los profesionales asturianos que residen, o que se han formado, fuera de la región; indisolublemente unido al prestigio de algunos centros y servicios relevantes y paradigmáticos de la sanidad asturiana, han sido factores importantes para definir un régimen de competencia muy sano a la hora de la selección de personal, de forma que ha sido habitual encontrar en cada proceso selectivo aspirantes formados y residentes en Asturias compitiendo con médicos adiestrados en otras latitudes, procedentes de escuelas muy variadas, definiendo un marco de selección muy competitivo, sobremanera a la hora de seleccionar

jefes clínicos y jefes de servicio que, en bastantes de los casos, optaban a plazas vinculadas a la Universidad.

No tengo el menor interés en entonar cantos a un supuesto tiempo pasado mejor, que seguramente nunca fue realidad, pero quiero poner de relieve la existencia de un riesgo cierto que existe en el momento actual, que puede o está mermando notablemente la calidad de nuestro sistema, y éste no es otro que la endogamia y la ausencia de perfiles profesionales bien definidos.

La endogamia y las fórmulas administrativas de selección que la favorecen y hacen viable supone un peligro tan relevante entre nosotros que es obligado denunciarlo con claridad, por más que se reconozca que esa práctica nunca ha estado ausente en el panorama sanitario asturiano, pero en otros momentos, como tenía que convivir con procedimientos selectivos rigurosos de carácter nacional, tuvo una importancia menor.

A mi juicio, en este momento y con los procedimientos selectivos que se están utilizando en el ámbito sanitario se está corriendo el riesgo de generalizar y hacer dominante la endogamia, y con ello iniciar una senda de deterioro irreversible de la calidad profesional de nuestro personal sanitario más cualificado, que es, obviamente el médico.

Es verdad que el personal sanitario plantea problemas de gestión, muchísimos, al igual que ocurre en toda Europa. Justamente por ello es obligado encontrar caminos adecuados para restablecer una interlocución adecuada y operativa con este colectivo, que lime tensiones y que trate de evitar o de minimizar los conflictos de intereses, aunque estos muchas veces resultan insalvables.

En todo caso, habrá que extremar la imaginación y la búsqueda de consensos para gestionar los problemas

propios del personal técnico-sanitario en tiempos como los presentes y como los que se avecinan, que serán de gran escasez.

Éste es un problema al que más tarde me referiré detenidamente, al igual que al que se plantea en torno a la formación de posgrado de este personal, cuestión que no sólo se plantea como problema en Asturias, sino que es un problema nacional.

Efectivamente, el sistema MIR está mutando aceleradamente, alejándose día a día de su versión original, que se podría considerar claramente elitista y que se concentraba en unos pocos hospitales de reconocido alto nivel técnico que eran los acreditados como docentes tras un procedimiento bastante riguroso, y en los cuales la actividad formativa de los MIR adquiría una importancia primordial, aceptada y asumida por todo el plantel médico del centro; para convertirse ahora en un régimen de posgrado médico generalizado, que se realiza en un gran número de hospitales y servicios, muchos de ellos, en los que la docencia es asumida como obligación, pero sin devoción, y en un momento en el que los MIR asumen y cada vez más, que su relación con los hospitales donde realizan el internado tiene, y de forma principal, carácter laboral y en menor grado, docente.

Todo ello requiere un pormenorizado análisis crítico, hecho con visión de futuro y con sentido constructivo para afrontar las reformas que precisa el sistema MIR, si no queremos que éste pierda alguna de sus notas más positivas.

En todo caso, difícilmente se puede dejar de mencionar la profundidad de la crisis del actual modelo y el carácter implacable de los cambios que se han producido y se están produciendo en este terreno, incluso al margen, o a pesar de lo dispuesto expresamente en la Ley.

No me detendré más en esta cuestión, a la que me referiré con mayor detenimiento después.

Baste pues con esta referencia y, sobre todo, con constatar que, hasta el momento presente, la cualificación técnica de nuestro personal resultaba una fortaleza especialmente relevante de nuestro sistema público sanitario, que bajo ningún concepto debería debilitarse en razón de supuestas, y nunca probadas mejores prácticas administrativas de selección, como pretenden las puestas en marcha en este terreno por el Instituto Adolfo Posada, que se alejan claramente de la tradición y de las necesidades de la actividad sanitaria y que son, por tanto, manifiestamente mejorables.

4º) Existencia de facultad de medicina y de grupos de investigación prestigiados

Como consecuencia de la elevada calidad media que caracteriza al personal sanitario asturiano y de la existencia de una Facultad de Medicina que se sitúa, al menos, entre las diez mejores del país se ha creado aquí un sustrato que favorece las iniciativas de investigación biomédica, de lo cual existen ejemplos notables, algunos de prestigio internacional.

Si logramos apoyar y consolidar de forma efectiva esos esfuerzos de investigación, los más relevantes de los cuales se integran en el Instituto de Investigación que ha inspirado el doctor López Otín, estaremos sentando las bases de acontecimientos científicos muy relevantes y, en todo caso, contribuyendo a elevar de forma significativa el nivel científico y técnico de nuestros profesionales más relevantes. Estos asuntos, sin duda, merecen atención prioritaria por parte de los responsables políticos regionales, porque amén de ser motivo de grandes satisfacciones colectivas, sirven de acicate a otros sectores profesionales.

5º) Importante aprecio ciudadano

Seguramente, como consecuencia de las fortalezas que he enumerado, es por lo que nuestra sanidad pública disfruta de tan importante aprecio ciudadano, algo que a su vez constituye otra de las grandes fortalezas de nuestro sistema, por redundante que parezca la afirmación.

Quien siga los datos del barómetro sanitario que publica el Ministerio de Sanidad con el apoyo técnico del Instituto Nacional de Estadística, puede constatar ese notable aprecio en las encuestas de satisfacción ciudadana.

Dentro de ese aprecio, la sanidad de Asturias ocupa un lugar similar a la del País Vasco y Navarra, con la gran ventaja de que ellos tienen más recursos asistenciales que nosotros, y más dinero para pagar mejor, como lo hacen, a sus profesionales, lo cual quiere decir que si la población asturiana tiene la misma satisfacción respecto de su servicio sanitario que los vascos o los navarros, es que satisface muy bien las necesidades y los requerimientos de la población de nuestra región y que los profesionales asturianos hacen bien su trabajo.

Yo creo que esa elevada satisfacción es tan importante que todo lo que se haga o se pueda hacer para modificar, reformar o corregir el *statu quo* actual tiene que orientarse a mantener esos índices, por lo que cualquiera de las reformas o de los ajustes que se puedan pensar, y aún más hacer, deben mantener los *standards* de actuación que han determinado dicha satisfacción, por más que sea irresponsable no reconocer la necesidad de las reformas, y seguramente suicida no hacerlas.

6º) Existencia de una notable red de atención a ancianos y dependientes

Dentro del capítulo de fortalezas, considero que, al menos en términos medios españoles, también tenemos —y en esto, como en algunas otras cosas, discrepo de lo que se dice en el estudio encargado por el CES— una relativamente amplia red de atención a ancianos.

Es probable que esa red esté escasamente coordinada con la sanitaria, pero existe, y es susceptible de mayor coordinación, aunque buena parte de ella sea de titularidad privada.

En todo caso, tenemos una red muy importante de atención a los ancianos, incluso dentro del sector público, a través del ERA, y aunque precisa de mayor coordinación con el servicio público sanitario, puede y debe jugar un papel importante, teniendo en cuenta la población que tenemos de personas mayores.

También es cierto que nuestra red de atención a dependientes y ancianos tiene serios problemas de gestión, que habremos de solventar con rigor y criterios económicos, combinando de forma adecuada racionalidad y eficiencia en el gasto, con la obligada solidaridad respecto de quienes más la necesitan, acotando todo aquello que favorezca los abusos, porque aquí no vale la caridad, muy estimable en otros campos, pero no en el del servicio público.

Efectivamente, la caridad que es propia de la moral individual y ¡ojalá! que haya muchas personas caritativas, no debe ser el elemento rector de los servicios sociales públicos, en concreto del régimen de atención a la tercera edad, porque la mayoría de los ancianos

asturianos son, afortunadamente, personas que tienen rentas propias, pensiones, y frecuentemente también patrimonio. No tiene ningún sentido que haya herederos que se beneficien de ahorros obtenidos a base de la utilización gratuita, o a precios indebidamente bajos, de servicios públicos, que deben beneficiar en condiciones de igualdad a quien tenga recursos y a quien no los tenga.

Éstas son cuestiones que habrá que analizar detenidamente y respecto de las cuales sobra cualquier tentación de hacer demagogia y populismo en tiempos de crisis.

Para finalizar estos apuntes en torno a la red de servicios sociales, consideraría bastante interesante unificar en un solo departamento las Consejerías que asumen competencias en servicios sociales y en servicios sanitarios, porque son muchas ventajas y sinergias que pueden lograr.

7º) Posibilidad de un campus de ciencias de la salud

Es obligado señalar también la fortaleza que supondría la posibilidad de articular en Asturias un campus de ciencias de la salud que pudiera aglutinar una parte muy sustantiva de nuestras posibilidades para desarrollar una nueva economía basada en el conocimiento, la innovación y el desarrollo tecnológico.

Muchos son los sectores en el ámbito de la medicina, como de la enfermería, la biología, e incluso de la ingeniería, y especialmente en el campo de la biomecánica y del utillaje sanitario; que pueden contribuir a alcanzar ese nuevo reto, generador de un nuevo capital productivo y un nuevo polo de desarrollo económico regional.

En este campo hemos hecho poco hasta ahora, pero es un ámbito que ofrece todas las posibilidades y que, adecuadamente apoyado, podría ofrecer buenos resultados.

Dar gran importancia a las empresas dedicadas a la investigación y al desarrollo de productos en esta materia resulta útil y productivo, porque la sanidad es gasto, pero también puede ser inversión y la sociedad tiene que buscar el aprovechamiento adecuado y los retornos posibles de ese gasto. Ya disponemos de alguna experiencia interesante, que se aglutina en torno a la empresa MBA.

Apostar por el desarrollo de esta iniciativa también tiene su justificación en la intención decidida de ocupar una posición de privilegio en relación con otras zonas del país en cuanto a innovación, tecnificación y nivel organizativo.

Trataríamos de estar insertos en una estructura competitiva en un mercado que estará reservado a muy pocos, desde un modelo público, competitivo y eficaz. La investigación en las instituciones sanitarias públicas tiene que dejar de ser investigación sumergida, para convertirse en una investigación competitiva, transparente, pública e institucional y de primer nivel.

El HUCA tiene que ser el principal agente de generación de investigación biomédica de Asturias, junto con la Universidad.

8º) El nuevo Hospital Universitario Central (HUCA)

Dentro de las fortalezas del sistema sanitario asturiano, tenemos el futuro HUCA, que puede ser un revulsivo de enorme importancia por la potencia asistencial que puede llegar a tener, aunque ciertamente corre el riesgo de ser sólo un caparazón en el que se reitere simplemente lo que actualmente ya se está haciendo en las instalaciones del Cristo, que pronto deberán ser clausuradas.

Depende cómo se hagan las cosas.

Hay cosas que en la actualidad seguro que se están haciendo bien, pero en todo caso, algunas oportunidades se han perdido, pues es palmario que es un proyecto que está algo desdibujado. El actual HUCA debería estar fomentando una nueva cultura organizacional que fidelice y atraiga a excelentes profesionales, facilitándoles el mejor entorno profesional.

Pero esa dinámica de cambio tiene que conjugar necesidades, expectativas y deseos de los diferentes actores con las nuevas tendencias en el sector, que ya demanda el desarrollo de un nuevo modelo organizativo centrado en el proceso, basado en la mejora continua y sustentado en las nuevas tecnologías; lo cual está insuficientemente explicitado en el desarrollo del NUEVO HUCA.

Espero que no definitivamente

Todavía colean los problemas planteados por las unificaciones de servicios que se empezaron en el año 1986. Seguramente el paso del tiempo, las jubilaciones y las nuevas incorporaciones los puedan solventar de forma definitiva, pero este asunto es vital para el funcionamiento correcto del HUCA.

Para hacer posible un nuevo HUCA será obligado ajustar las actuales plantillas al nuevo modelo y definir una política singular y con visión de futuro en relación con las nuevas contrataciones de personal específico para el que está considerado como el buque insignia de la sanidad asturiana.

No se aprecia que haya trabajos sobre este asunto, aunque me imagino que los habrá. Éste es un tema especialmente problemático, que exige un tratamiento y una negociación delicada, pero enérgica y sensata

con los sindicatos y, seguramente también, con los profesionales como tales, sobre todo si, como parece, sobra gente en niveles no médicos y de enfermería, aunque en estos colectivos tiene que producirse un rejuvenecimiento importante de las plantillas, que están bastante envejecidas.

Cuestión aún más importante que la construcción es lo relativo a la calidad que debe de llegar a tener el nuevo HUCA.

Un hospital no es solamente una estructura física, por buena, funcional y elegante que sea. La sanidad es el área del servicio público asturiano donde, como dije antes, el conocimiento técnico y científico tiene enorme importancia, y justamente por ello, en relación con el nuevo centro resulta esencial la política de selección y reclutamiento de nuevo personal, con alta cualificación técnica y científica.

Íntimamente conectada con esa política tiene que estar la de configurar un modelo de relación competitiva para la formación y de reciclaje del personal en centros internacionales reconocidos por su excelencia científica y técnica.

Ambas estrategias exigen el establecimiento de estándares muy altos de calidad.

En este terreno se nota especialmente la pequeñez de la Comunidad Autónoma asturiana y el arcaísmo e inadecuación al sector sanitario de sus métodos normalizados de selección, formación y reciclaje para el personal.

En el marco de la Comunidad Autónoma asturiana es de suyo difícil articular sistemas de formación continuada o de reciclaje de alta calidad, y desde luego, eso no se puede hacer mediante instrumentos de formación genérica y no especializada, como en definitiva hoy es

el Instituto Adolfo Posada, el cual demuestra paladinamente su abigarrado y, en ocasiones, hasta pintoresco programa de cursos de formación, que nunca estuvo pensado para impartir enseñanzas orientadas al entrenamiento en técnicas y disciplinas sanitarias, que son muy complejas y que requieren instrumentos de alto nivel, al modo del Instituto de Salud Carlos III o de las Escuelas de Salud Pública existentes en Andalucía y Cataluña o, en todo caso, de centros muy especializados, ligados a departamentos universitarios y hospitales muy determinados.

Naturalmente ello no quiere decir que deba obviarse físicamente al I. Adolfo Posada a la hora de acometer los procesos de selección y de formación del personal del nuevo HUCA, sino que los estándares y los criterios para realizar esa selección y ese reciclaje, así como las personas que tengan que realizarlos necesariamente deben proceder de los estratos sanitarios de más alto nivel español, y no del personal de I. A. Posada, que no ha sido seleccionado ni entrenado para estos asuntos.

Pero, objetivamente y por sí solo, el nuevo HUCA es un factor relevante de fortaleza, y puede ser un centro de vanguardia dentro de panorama sanitario español, aunque dentro del mismo se necesite promover un revulsivo importantísimo, con el establecimiento de un marco de diálogo adecuado con los profesionales y, en general, con la gestión de los servicios, pero a eso me referiré más adelante.

En todo caso, en los próximos cuatro años el nuevo HUCA tiene que estar posicionado entre los diez mejores centros de investigación biomédica de nuestro país (ahora estamos en torno al puesto 20).

Con este esfuerzo avanzaríamos en el modelo de gestión de la ciencia de la mayoría de los países más avan-

zados científicamente, en los que la investigación biomédica se hace en los grandes centros sanitarios.

9º) Una atención primaria de calidad, que cubre todo el territorio de Asturias

Porque haya sido el paradigma de la reforma sanitaria de los años 80 y 90 del pasado siglo y hayan sido buenos sus resultados, la Atención Primaria de Salud (APS) asturiana necesita hoy una reforma, inserta, como la de aquellos años, en un proceso de transformación continua, que desde un punto de vista histórico aún está en una fase temprana de su desarrollo.

El reto del futuro será dotarla de nuevos instrumentos de planificación y gestión que posibiliten su progreso, pero desde la reivindicación de sus bases conceptuales.

El paradigma para los servicios de APS en gran parte de Europa es convertir esa estructura en puerta de entrada de los SNS. Y para realizar eficazmente ese liderazgo precisa de nuevas directrices organizativas.

- Trabajo en equipo, como única forma de abordar una atención moderna.
- Basada en el conocimiento.
- Garantía de permanente innovación y calidad de servicios.

El modelo asturiano de atención primaria, que está bien valorado por los ciudadanos y llega con servicios dignos al conjunto del territorio, no puede estar instalado en un triunfalismo de consumo; por eso debemos convocarnos todos, con todos los actores, a una reflexión sobre su buen gobierno, su contribución a la sostenibilidad, a la solidaridad entre grupos y territorios, y a los problemas de racionalidad.

La atención primaria deberá esforzarse en presentar una oferta de servicios asistenciales innovadora y cen-

trada en el ciudadano y su entorno; pero además resulta muy necesario para su legitimación que sea comprendida, aceptada y sentida por él.

Por otro lado, la organización sanitaria deberá ser más flexible y los profesionales tener participación en las decisiones organizativas, para así maximizar los resultados.

Desde el inicio de la reforma de la atención primaria se han evidenciado dificultades en la definición del marco competencial y de funciones entre los niveles asistenciales del Sistema Nacional de Salud, esto requiere:

- Minorar las tensiones permanentes y favorecer el reconocimiento mutuo entre clínicos de diferentes niveles asistenciales.
- Implantar modelos de gestión por procesos entre atención primaria y el hospital, serían experiencias de atención compartida que permitirían inferir resultados sobre efectividad alcanzada. Permitiría la evaluación de la oferta de servicios y desplegarlos allí donde se fuera más eficiente.
- Equilibrio en la asignación de recursos entre ambos niveles asistenciales que se tendrán que redimensionar.

Éstas son a mi juicio las fortalezas más evidentes del sistema sanitario público asturiano.

Pienso que no son pocas y también que no son pequeñas.

Debilidades del sistema sanitario asturiano

Tras ello, paso a detallar aquellas cuestiones que, en mi opinión, constituyen, objetivamente y por el contrario, puntos débiles de nuestro sistema sanitario público. A ellos habría que sumar, obviamente, varias cuestiones que tienen directa relación con la financiación sani-

taria y con el ritmo de crecimiento del gasto, e incluso con el empleo legal y sumergido inducido por nuestro actual sistema. Pero esas cuestiones, aunque planteen grandes problemas de difícil solución no se puede decir que signifiquen un problema asturiano singular, dado que afectan por igual a toda la sanidad española, a la que afecta de modo especialísimo la crisis económica actual y la reducción de los ingresos fiscales de las administraciones públicas.

No obstante, en la medida que algunas de esas cuestiones tienen relación directa con problemas específicos de la sanidad asturiana me referiré a ellas.

¿Existe alguna nota común entre los distintos factores de debilidad que aquejan a nuestro sistema sanitario público?

A mi juicio, hay un rasgo común a muchas de ellas, que trae causa básicamente del conservadurismo que está profundamente arraigado en la sociedad asturiana, especialmente en relación con cuantos asuntos se refieren al servicio público.

El miedo a la innovación, al riesgo, es fenómeno muy presente en Asturias.

Aquí gusta mucho lo seguro, lo que siempre ha sido, aunque no funcione, funcione mal, y aunque no lleve a ninguna parte.

Para muchas personas que, por una u otra razón, son muy influyentes en Asturias, todo el variadísimo complejo de asuntos que se incluyen dentro del capítulo genérico de conquistas pertenece al mundo de lo intocable, inmutable y perpetuo.

De hecho, entre nosotros se ha confundido frecuentemente el necesario diálogo social con prácticas corpo-

rativas de los agentes económicos, sociales y políticos, que impiden la movilidad ascendente de las iniciativas emprendedoras.

En Asturias, aunque cada vez en menor medida, hacen presencia actitudes defensivas frente al cambio y el riesgo —comprensibles, sin duda,— que dan una rigidez insoportable a la economía, a la sociedad y a la administración pública asturiana, e impiden asumir una cultura de riesgo para iniciativas innovadoras que busquen la competitividad y la mayor eficiencia de los servicios.

Ciertamente mucho de lo que se considera conquista, lo es, y su conservación tiene hondo contenido social, pero existen muchas supuestas conquistas que pertenecen claramente al mundo de lo contingente, y que se justifican únicamente en razón de las circunstancias de cada tiempo y lugar

Al menos en el ámbito de lo sanitario en las únicas conquistas en las que no se puede, ni se debe ceder un ápice, además, por supuesto, de la universalidad, gratuidad y equidad; que presiden la filosofía y la ordenación del sistema, es en el nivel de calidad alcanzado por las prestaciones asistenciales que reciben los ciudadanos de Asturias.

Todo lo demás me parece contingente.

Mantener criterios conservadores en la ordenación sanitaria puede llegar a ser letal, porque en la medida que se tachan del horizonte político las reformas que nuestro sistema necesita, se corre el riesgo de que llegue el diluvio y lo arruine todo.

Dicho lo anterior, paso ya a analizar las debilidades que a mi juicio tiene el sistema sanitario asturiano.

1º) Acusado envejecimiento de la población

La primera de ellas, de la cual surgen infinidad de problemas asistenciales, sociales y económicos, la ofrece la peculiar pirámide demográfica de la población asturiana, en forma de copa de champán, que pone de relieve de forma gráfica el carácter sumamente envejecido de nuestra estructura poblacional, que en el medio rural adquiere enorme gravedad, y que son expresivas de la crisis terminal del modelo social rural tradicional asturiano.

Esta estructura determina consumos sanitarios caracterizados por la alta frecuentación de los servicios médicos y un elevado consumo de fármacos que realizan las personas ancianas, buena parte de la cual sufre, además, padecimientos crónicos.

Nuestro acusado envejecimiento poblacional seguramente tiene bastante que ver con el hecho de que en la actualidad Asturias no pueda presumir de tener los hospitales de agudos más eficientes de España.

Efectivamente, comparados con la media española en 2007, último año para el que existen datos disponibles para toda España, nuestros hospitales tienen, en general, estancias medias más largas, (y, por tanto, un coste mayor y menos eficiente), lo que posiblemente denota un déficit de gestión clínica, al que me referiré más adelante, pero que también tiene bastante que ver con que los pacientes que reciben sean, en términos medios, más ancianos que la media española.

El envejecimiento de nuestra población plantea problemas sanitarios que exceden con mucho del ámbito hospitalario y que afectan notablemente a la atención primaria, sobremanera en el medio rural, donde además del envejecimiento es muy elevado el grado de disper-

sión poblacional, algo que *per se* encarece notablemente la asistencia.

Pienso que estas cuestiones merecen estudio detenido y desapasionado, incluso descarnado. Y tenemos que buscar soluciones urgentes y con imaginación, energía y, sobre todo, con soporte técnico suficiente, partiendo, a mi juicio, de la idea de que, por sí solo, el sistema sanitario asturiano no tiene capacidad de respuesta a muchos de los problemas asistenciales que plantea el envejecimiento de nuestra población, y por ello es obligado establecer relaciones muy estrechas y, sobre todo, muy operativas, de estrecha coordinación y de complementariedad con el Sistema Regional de Atención a la Dependencia.

Y, en relación con este asunto, deberían plantearse con urgencia soluciones organizativas pensadas para hacer obligado ese incremento de la coordinación y la cooperación.

En este sentido, apuntar lo antes señalado de integrar en un único departamento ambos sistemas.

La existencia de distintas unidades de mando o consejerías no es la más adecuada a tal fin, teniendo en cuenta que la diversidad en los modos de gestión de cada área está de suyo garantizada por la existencia de organismos o institutos (SESPA y ERA) que tienen marcada especialidad administrativa, y operativa que, quizá, habría que singularizar y definir mejor.

Por otro lado, al margen de cualquier demagogia, seguramente había que abrir ya un debate sobre la tipología de las prestaciones que puede y debe realizar el sistema asturiano de salud en relación con la tercera edad, dada la incidencia que esta cuestión tiene sobre el gasto, y aunque esa sea cuestión que sólo puede ser

abordada con rigor a partir de criterios de eficacia y eficiencia clínica, y no solo política.

En cualquier caso, son temas que están ahí, y de cuyo análisis no nos podemos escapar si queremos apuntalar adecuadamente nuestro sistema asistencial.

2º) Un mapa sanitario disfuncional, obsoleto e inadecuado

Una segunda debilidad deriva del hecho de que tengamos en la actualidad un organigrama territorial absolutamente disfuncional, obsoleto e inadecuado.

Si el mapa sanitario fuese solamente un mero espacio territorial en el que se despliegan recursos, su disfunción no tendría mayor importancia, pero realmente define el funcionamiento del sistema, sus relaciones internas, su régimen de dependencia orgánica y de ordenación funcional, y todo eso tiene mucha importancia y no siempre se justifica por razones territoriales.

Aún está en vigor el mapa que hicimos en el año 1984, retocado en el momento en que se aprueba la Ley del Servicio de Salud de Asturias, pensado para una sociedad algo distinta de la actual, en aspectos que resultan relevantes para el sentido y proyección funcional que tiene un mapa sanitario.

En la actualidad es muy diferente la demografía asturiana, la pirámide de edades de la población y su distribución territorial, así como su nivel cultural, y no digamos las comunicaciones viarias, aéreas y electrónicas.

Por supuesto, tampoco son iguales los criterios culturales y organizativos que prevalecen en el mundo sanitario, y también tienen poco que ver con los de entonces muchos de los medios tecnológicos y las técnicas tera-

péuticas y diagnósticas que están al servicio y a disposición de los enfermos y del personal médico y de enfermería.

Como consecuencia de ello, tiene, a mi juicio, dudosa justificación la actual configuración de buena parte de los hospitales comarcales asturianos, tanto de la zona centro, como de las alas, inspirados en una concepción que los configuraba como organizaciones cerradas sobre sí mismas y, en principio, con tendencia a la autosuficiencia en los servicios, siempre dentro de su nivel asistencial.

En estos momentos, cuando se va de Oviedo a Mieres en diez minutos, o de Mieres a Riaño (Langreo) en no más de siete, y de Avilés a Jarrío en poco menos de una hora, no se justifica la existencia de hospitales autosuficientes y cerrados sobre sí mismos, que seguramente podrían compartir sin ningún problema servicios, personal, regímenes de apoyo, o tener ya según los casos y la ubicación, una marcada singularidad regional médica o quirúrgica.

Creo que uno de los temas nodales de nuestro debate sanitario de cara al futuro debería consistir en afrontar y resolver los muchos problemas que plantea la ordenación territorial sanitaria con criterio moderno, adaptado a las actuales circunstancias y medios técnicos y tecnológicos, huyendo, en todo caso de estándares obsoletos.

Salvo por inercia, no existe ninguna razón que justifique la situación y configuración actual de la mayor parte de los hospitales comarcales asturianos una vez que han cambiado, y radicalmente, los sistemas de comunicación y transporte, los de transmisión tecnológica de imágenes y datos, y también la cultura organizativa que hizo necesaria en otro tiempo su actual configuración y régimen organizativo, fundamentalmente en materia de

personal o de servicios; cuando hoy es factible que sean prestados cooperativamente con otros centros, como pudieran ser la ordenación de las guardias, consultas de especialidades, la complementariedad de las plantillas, etc.

Tampoco tiene clara justificación la actual distribución del territorio asturiano en áreas sanitarias cerradas desde el punto de vista administrativo y de gestión asistencial. Su reordenación en cuatro, a lo sumo cinco áreas sanitarias, amén de resultar conveniente desde el punto de vista funcional, seguramente aligeraría las estructuras directivas de modo apreciable, con las ventajas de todo orden que ello pudiera comportar.

El hecho de que un porcentaje mayoritario de las plantillas de esos hospitales, incluso de los que están más alejados, vivan en Gijón, o en Oviedo y sus alrededores, implica que deben de realizar diariamente trayectos de bastante más de cien kilómetros para ir y volver, de sus casas a sus centros de trabajo, lo que debería ser motivo para una reflexión tendente a valorar una posible modificación de la situación de varios de los hospitales comarcales asturianos, pues esa situación revela lo artificioso e irreal que resulta caracterizar a dichos Hospitales como centros aislados, completos y cerrados, algo que si tuvo lógica en el pasado, cuando la situación obligó a su ubicación en zonas alejadas y muy mal comunicadas a las que había que dar una atención integral, carece de sentido cuando el alejamiento en términos horarios y de comodidad esta ya completamente superado.

No me cabe la menor duda de que la resistencia política a la reordenación del mapa sanitario tiene fácil y lógica explicación.

Nadie quiere generar problemas allí donde cree que no existen, y aún menos si considera que esos problemas

pueden tener serias implicaciones políticas territoriales. Y es de sobra conocido que cuando se hizo el mapa sanitario en el año 1984 generó muchísimos problemas, que en su mayor parte hemos vivido algunos, porque ciertamente con el Mapa Sanitario no se trata de hacer un simple diseño gráfico, sino que es obligado definir dependencias, relaciones jerárquicas y de referencia, formulas de trabajo, etc. que afectan a intereses de personas que trabajan por y para la sanidad y sobremañera, de ayuntamientos, de sindicatos, de comerciantes y, siempre de las fuerzas vivas de cada territorio.

Pero, pese a ello, lo cierto es que o se modifica de forma adecuada, y con cierta rapidez, el mapa sanitario a los tiempos actuales, o estaremos operando en el territorio a través de estructuras que poco tienen que ver ya con la sociedad actual, y lo que es más grave, si no se produce esa reforma, tampoco serán suficientes los medios económicos de los que podrá disponer en el futuro el Principado de Asturias para atender a su población con la calidad sanitaria debida, y creo que evitar eso es lo que debe primar, por encima de todo.

Sin embargo, considero que no es prudente acometer este asunto sin haber establecido previamente un procedimiento regular y operativo de consultas (a ayuntamientos, a corporaciones sanitarias, a sociedades científicas, sindicatos, universidad, a partidos políticos, etc.) y de búsqueda de algunos consensos imprescindibles; entendiendo que esa reforma en profundidad del mapa requiere una norma de rango legal suficiente que trate y regule muchas cuestiones, algo que exige una compleja y cuidadosa elaboración si no se quiere fomentar una perturbadora e innecesaria litigiosidad, como está ocurriendo actualmente con las medidas organizativas en materia de gestión clínica, cuya normativa es manifiestamente mejorable.

A mi juicio, este asunto no debería ser nunca materia de debate electoral.

Primero, porque permite que se lancen toneladas de sal gruesa sobre un tema que *per se*, debe tener infinitos matices si se quiere dar salida lógica y coherente a las particularidades de cada zona y de cada especialidad médica, para lo cual es obligado establecer un complejo diálogo a muchas bandas, imposible de hacer en periodo electoral.

Y segundo, porque en el tiempo electoral, y por razones obvias, no son posibles los consensos políticos básicos sobre los que debe plasmarse el mapa.

3º) Carencias notables en el área de planificación sanitaria

La obsolescencia de nuestra ordenación territorial sanitaria conecta con otra de nuestras debilidades sanitarias: la objetiva dificultad que hemos tenido, y que tenemos para configurar una cabeza pensante que alimente de forma permanente al sistema sanitario asturiano con ideas, procedimientos, proyectos e innovaciones.

En este terreno es enorme la diferencia que existe entre el INSALUD y la administración de la Comunidad Autónoma.

El INSALUD era un gran aparato burocrático que ofrecía escasos márgenes de libertad a sus directores provinciales, gerentes de hospital y de área. Pero también era una organización muy avezada en la gestión de servicios, como los médicos, que *per se* tienen elevado componente técnico-científico, para lo cual resulta obligado disponer de unos cuadros directivos de elevada cualificación.

En definitiva, y sin perjuicio de sus muchos defectos, el INSALUD era una estructura administrativa muy especializada y experta, que a lo largo de muchos años había atravesado por situaciones muy distintas, acumulando experiencia e integrando a personas muy variadas, entre las cuales había bastantes de elevada cualificación técnica y experiencia que conocían bien el conjunto sanitario.

En el momento de la transferencia únicamente se transfirió a la Comunidad Autónoma del Principado la parte del INSALUD radicada en Asturias, pero su cabeza, su puente de mando, el área pensante y directiva del INSALUD Central: los expertos y técnicos que dirigían aquella poderosa máquina administrativa quedaron, en general, en Madrid, o se dispersaron, deshaciéndose el conjunto operativo que integraba.

Para valorar el efecto que ha tenido en la sanidad asturiana la decapitación *de facto* del INSALUD que se produjo en el año 2002 hay que tener en cuenta que la estructura central del Instituto remitía día tras día instrucciones muy complejas y muy elaboradas sobre los más variados temas, tanto de índole legal, financiero, económico y organizativo; como sobre materias de gestión de recursos humanos y, por supuesto, de contenido técnico-médico específico.

Por otro lado, tenía evidente y engrasada capacidad de reunir a los especialistas y facultativos con mayor categoría y prestigio en cada especialidad de España para que le asesorasen sobre cuestiones que afectaban a la gestión médico-quirúrgica.

Todo eso, que constituía un gran patrimonio cultural, se ha perdido con la transferencia, sin que en Asturias se haya creado algo con que sustituir esa capacidad técnica.

Otras comunidades autónomas con mayor dimensión que la nuestra han intentado crear unidades y estructu-

ras que de una u otra manera pretenden asimilarse al área directiva del extinto INSALUD. Hay que reconocer que no son muchas las que lo han conseguido.

En todo caso, de momento, aquí no tenemos nada que pueda equipararse con aquella cabeza pensante, y tampoco se reciben apoyos externos adecuados que nos permitan soslayar los problemas que la desaparición del INSALUD ha creado.

Cada comunidad autónoma ha tenido que valerse con lo mucho o lo poco que ha tenido a mano, y si eso les ha valido, bien, y si no, también.

En el régimen autonómico español el tamaño poblacional de las comunidades genera ventajas y desventajas comparativas, y en este asunto es clara la desventaja de una comunidad con sólo un millón de habitantes, algo que debe de colocarse sobre la mesa con crudeza para intentar buscar soluciones adecuadas al problema, que seguramente no van a resultar cómodas, ni fáciles.

Seguramente sólo el establecimiento de algún órgano central del Sistema Nacional de Salud permitirá definir criterios y reglas comunes en relación con los grandes temas de la gestión sanitaria, como los que tienen conexión con la información y la estadística; los que enlazan con la planificación y la ordenación básica de la política de personal.

En otros asuntos habrá que hacer un gran esfuerzo para mejorar nuestras estructuras sanitarias de carácter pensante, pues si bien durante los dos, tres, cuatro primeros años de las transferencias del año 2002 aquí, en Asturias, se vivió de la inercia del INSALUD, de sus normas, instrucciones técnicas y organizativas, criterios, métodos, políticas de gestión de personal etc., eso se ha ido agotando poco a poco, llegándose a una

especie de final de playa en el que es obligado tomar impulso para salir del impasse, tanto más cuanto que el paso el tiempo ha determinado la aparición de nuevas circunstancias y problemas que exigen nuevas normas, y también criterios técnicos y organizativos muy diferentes ya de los que en su tiempo se recibieron de la estructura central del INSALUD.

4º) Una estructura de gestión sanitaria anticuada e inadecuada

A la pequeña dimensión de la CCAA asturiana, a la inercia y a la ausencia de esa cabeza técnica pensante, se une como seria debilidad de nuestro sistema sanitario público la opción que se ha hecho en Asturias por un modelo de gestión sanitaria que tiene un carácter mucho más burocrático que el propio del INSALUD.

La verdad es que bastantes de las emergentes Administraciones sanitarias autonómicas conformadas a partir de la transferencia del INSALUD del año 2002, entre ellas la asturiana, han tendido a mantener o incrementar las fórmulas más rígidas y tradicionales de gestión.

Por muchas y muy variadas razones, la cultura burocrática de gestión de los servicios públicos asistenciales ha arraigado fuertemente entre nosotros, y de forma tal que ese modelo resulta hoy un hecho políticamente correcto, indiscutido e indiscutible.

Los efectos de este sistema sobre el aparato sanitario se traducen, a mi juicio, en una innecesaria ineficiencia, además de arriesgar que las organizaciones asistenciales contraigan una innegable esclerosis, y también que se genere una desmotivación profesional entre quienes dentro del personal médico y de enfermería tienen mayor nivel técnico y científico, más vocación asistencial, y están mejor dispuestos hacia la innovación.

Baste señalar que el modelo burocrático que tenemos opera únicamente con contabilidad presupuestaria, el llamado sistema asturcón, habiéndose descartado implantar y gestionar los servicios sanitarios mediante la contabilidad de costos. Consecuentemente aquí nadie sabe cuánto cuestan de verdad los servicios sanitarios en cada sitio, y tampoco cabe analizar su eficiencia en términos económicos y eso a pesar de que se trata del área de gasto más importante de la Comunidad Autónoma.

La comparación de este sistema con otras experiencias de gestión sanitaria, incluso en regiones gobernadas por la izquierda, pone de relieve que no es el más adecuado para conseguir un funcionamiento moderno y eficaz de los complejos servicios asistenciales de la sanidad pública, sobremanera en momentos de crisis, cuando sólo con imaginación, innovación y flexibilidad se podrán superar los efectos adversos de la penuria presupuestaria que necesariamente ha llegado y ha de llegar, acometiendo en paralelo los cambios que las circunstancias y los estudios técnicos demanden con objeto de sostener nuestro sistema sanitario público dentro de niveles de calidad aceptable.

Me consta que quienes están hoy al frente de muchos de los establecimientos sanitarios asturianos son conscientes de esa situación, de la que si pudieran, darían fe, dado el burocratismo en el que se desenvuelven, que dificulta notablemente su gestión y, desde luego, hace difícil cualquier innovación que se pretenda hacer.

En una administración de las reducidas dimensiones de la asturiana, que, en principio, podría facilitar el control y la visualización de las disfunciones, me da la impresión de que no están claramente definidos los papeles que cumplen las distintas instituciones directivas de la sanidad pública.

En una distribución lógica de papeles en la Consejería de Sanidad podría entenderse un régimen de gestión burocrático, mientras que en el SESPA debería primar criterios de gestión de carácter o de inspiración empresarial. Sin embargo, éste no es el caso. Ambos organismos se rigen por patrones muy similares de gestión y en realidad, Consejería de Sanidad y SESPA funcionan como un todo burocrático, en el que las caras de la moneda no están diferenciadas, ni las funciones definidas.

Además, la identificación del servicio público sanitario con las formulas de gestión burocrático-funcionarial propias de la Administración, genera efectos generalmente negativos sobre aquellas entidades asistenciales que, pese a no depender directamente del Principado de Asturias, están claramente incardinadas en el servicio público, carecen de ánimo de lucro y pueden ofertar fórmulas de mayor libertad gestora al sistema sanitario, lo que, en puridad, permitirían alcanzar resultados de mayor eficacia con medios económicos similares y, en casos, hasta menores.

Éste es el caso de los Hospitales de Arriondas, Jove, Caridad de Avilés y de la Cruz Roja, entidades fundacionales benéficas o institucionales vinculadas de forma indubitable y única al servicio público sanitario, pero que sufren las consecuencias de la total burocratización de éste y de la ideología de extrema funcionarización que lo inspira.

De hecho, la situación actual justifica el intento de los empleados de esos Hospitales de convertirse en funcionarios por la puerta de atrás, sin pasar por procedimiento selectivo alguno regido por los principios de publicidad, libre concurrencia, y acreditación de capacidad y mérito; intento lógico, pero seguramente estéril, porque también es fácilmente impugnabile ante los Tribunales de Justicia y seguramente lo sería por sindi-

catos y por personas que tienen vinculación estatutaria con la administración, y que de una u otra manera podrían considerarse perjudicadas o afectadas por la pretendida homologación.

La verdad es que en el esquema burocrático imperante la idea, el concepto de sanidad pública se pervierte hasta el punto que sólo se considera que pertenecen a ella aquellos servicios en los que trabajan personas rígidamente encuadradas en esquemas funcionariales o estatutarios, que es lo mismo.

Efecto inmediato de ello es la confusión que se crea entre el bienestar proporcionado por la sanidad pública y el bienestar del personal que trabaja en la sanidad pública, cosas que a veces no son iguales, pero que frecuentemente se pretenden identificar bajo los criterios populistas, impregnados de sal gorda, con los que muchas veces se tratan en Asturias los problemas sanitarios.

La conjunción de burocratismo, espíritu funcionarial e hipersindicalización, amén de agobiar, a veces hasta la asfixia, a quienes tienen que adoptar decisiones sobre situaciones que supongan una mínima pérdida de derechos que, con razón o sin ella, se encuentren consolidados; tienen grandes dificultades para adaptar el sistema a situaciones cambiantes, como las que, nos guste o no, están a la vuelta de la esquina, como consecuencia de la crisis fiscal del Estado y del creciente endeudamiento público que, obviamente, van a determinar en los años venideros una más que posible congelación, sino reducción del gasto público sanitario.

Por inelástico que sea el gasto sanitario, resulta evidente que después de años de crecimiento por encima del PIB nominal, no se puede seguir creciendo de forma tal que impida o hipoteque el abordaje de nuevas necesidades de gasto público, que también son de interés social.

Por eso, el sistema tiene que ganar en flexibilidad, debe modernizar sus estructuras de gestión, eliminando disfunciones y duplicidades, maximizando el rendimiento de sus instalaciones, así como estableciendo políticas de personal que discriminen a quien más y mejor trabaja, incorporando nuevos criterios o fórmulas que, por matizadas que sean, favorezcan la competencia interna entre distintos centros y servicios, al menos en términos de comparación de resultados, lo que se conoce como Benchmarking, y también entre las personas que trabajan en ellos.

El arcaísmo burocrático aplicado a la gestión de la sanidad puede producir efectos paradójicos, generando un gasto mayor que el deseado, fundamentalmente en el capítulo de personal, que significa algo más del 40% del gasto sanitario total.

En tal sentido, baste recordar algunos ejemplos recientes, como lo ocurrido con la carrera profesional de los médicos y enfermeros, que por ósmosis burocrática hubo de extenderse al resto del personal del Principado, sin que en ningún terreno se apreciaran incrementos de la productividad o de mejora de los servicios. Y lo mismo conviene hacer respecto al significativo aumento de los días de vacaciones del personal sanitario que se han pactado con los sindicatos, con un enorme desconocimiento de cómo funcionan los establecimientos sanitarios y seguramente sin valorar adecuadamente sus tremendos efectos en el incremento y en el coste de las plantillas, que ha sido enorme y que, en el momento álgido de las crisis actual pesan como una losa sobre las finanzas del Principado.

La idea de someter a un total control económico el sistema sanitario, pensando que con riendas muy cortas y firmes no se producirán excesos en el gasto, resulta simplista. Desde luego, la experiencia raramente avala el éxito de ese método gestor.

Cualquier persona que conozca cómo funciona el sistema sanitario sabe que la capacidad de generación de gasto suele ser mayor cuanto más rígido es el control de los centros donde ese gasto se produce, al menos si no se pretende, o no se pueden reducir los estándares de actividad y de calidad asistencial. Manteniéndose las mismas plantillas, equipamientos y consumos sanitarios y las formas de gestión burocrática de los centros, el problema acaba siendo, en definitiva, cuestión de transparencia, y el dilema se reduce a jugar con gasto reconocido, o con compromisos de pago más o menos ocultos a través de las mil fórmulas conocidas de generación de déficits que existen en el ámbito sanitario, principalmente en el terreno hospitalario y que, obviamente, tarde o temprano, hay que aflorar.

En tal sentido convendría analizar con detenimiento lo ocurrido en relación con el gasto sanitario asturiano desde el año 2002 al presente, para comprender que el éxito de una política de rienda corta, fundamentada en una escasa o nula capacidad gestora de los gerentes sanitarios, lo único que estimula es desinterés y manifiesta ausencia de responsabilidad entre quienes efectivamente deciden ese gasto, que no son solamente los gerentes y los directores médicos, sino y sobre todo, los jefes de los servicios clínicos y quirúrgicos y, en general, los médicos asistenciales y el personal de enfermería titulado.

Prueba de las disfunciones que el sistema de gestión burocrático, que no diferencia sectores y aplica a la gestión del personal sanitario las mismas reglas administrativas que al propio de una oficina de gestión administrativa; es lo ocurrido recientemente en el último concurso de enfermería en el que se dejó a algunos hospitales, en concreto al Hospital del Monte Naranco, casi vacío de enfermeras especializadas en la gestión de personas crónicas, dado que ese es un trabajo muy duro y los profesionales pre-

fieren ir a los centros de salud donde ganan más y están más tranquilos.

El responsable correspondiente de la Función Pública regional no pensó en los problemas que podría generar con tal concurso en el hospital sacando el número de plazas que se sacaron, que secuenciadas adecuadamente hubiera permitiendo que quienes llegaran de nuevo al hospital fueran asimilando la cultura de cuidados y las técnicas propias de esa asistencia.

El mismo fenómeno de imprevisión o de desconocimiento del sector está en la raíz del reciente concurso de médicos para el Hospital Central, que prácticamente ha desmantelado, al menos por algún tiempo, algunos servicios de prestigio nacional e internacional.

Esos problemas se deben precisamente a que el sistema burocrático asturiano, pese a carecer de la especialización adecuada para gestionar temas muy específicos, ha asumido con carácter improvisado y bastante arbitrario, cuando no autoritario, el encargo de gestionar temas para los que se exige un exacto conocimiento del sector sanitario, como son los de gestión de personal, selección de personal sanitario, la formación, donde afortunadamente queda excluida la gestión del MIR.

Por hacer algún comentario sobre formación continuada y en concreto los cursos que se realizan por el Instituto Adolfo Posada, claramente diría que no es ese el campo propio de actuación del citado Instituto.

La opción por esos métodos de gestión burocrática no era obligada.

En Asturias y en bastantes ocasiones se ha sobresalido de la media nacional pese a contar con recursos

muy escasos, justamente por haber tenido capacidad de asumir riesgos, orillar caminos burocráticos y simples, y apostar por la innovación y la imaginación.

Así, en su día, la Diputación de Asturias ensayó fórmulas novedosas de gestión del Hospital Provincial y del Hospital Psiquiátrico, que nada tenían que ver con las fórmulas de gestión utilizadas para el resto de los servicios administrativos de la Corporación, y lo hizo mediante un sistema de semi-personificación de los hospitales que en los años sesenta supuso un hito relevante dentro del Régimen Local español, y que se mantuvo hasta el inicio de la década de 1990, permitiendo fórmulas de amplia flexibilidad y autonomía en lo económico y, sobre todo, en la gestión de personal.

Yo creo que tan pública es una empresa mercantil cuyo capital corresponde al 100% al Principado, como la propia administración de éste. Se trata de formas de gestión que para nada se diferencian en cuanto al objetivo de gestión de lo público, únicamente varían las formas y el procedimiento.

La experiencia demuestra que las organizaciones asistenciales sanitarias que mejor funcionan y que mejores resultados obtienen son las que, aún permaneciendo de forma indubitable dentro del sector público y sin participación de capital privado alguno, utilizan criterios de gestión asimilables a los de las empresas privadas, disponiendo de instrumentos que generan identidad corporativa y cultura de empresa, modelos de incentivos del personal técnico sanitario ligados a resultados o agilidad en la relación que el entorno sanitario, fundamentalmente proveedores; que son aspectos muy destacables, algo que el modelo burocrático tiende a eliminar homologando a todos por igual, siendo justamente esto uno de los males de nuestro sistema, en el que se

ha hecho de la homologación de situaciones laborales un hecho políticamente correcto.

Al margen las ilusorias declaraciones de principios que se hacen sobre la necesidad de premiar a los mejores, que generalmente son muy matizadas, ésta no es la posición asumida en la práctica por todo el mundo que institucionalmente tiene algo que ver, o que decir, en este terreno: sindicatos, oposición y el propio Gobierno.

En la actual situación de crisis económica es conveniente constatar esa situación, pues esta crisis, que es, como dije al principio, un verdadero parteaguas de la historia, y la consiguiente e importantísima reducción de ingresos fiscales, conllevará, guste o no, a las administraciones públicas a promover formulas de gestión que sean más eficaces que las presentes, a la par de más eficientes y económicas, pues habrá que dar más servicios con medios presupuestarios que difícilmente crecerán, sino serán menores que los actuales, al menos en términos comparativos.

Resulta conveniente poner de manifiesto esta situación sobre el modelo de gestión burocrática, por políticamente incorrecta que sea, dado que con ella se eleva a categoría positiva un fenómeno que resulta dispar y contrario a lo que está ocurriendo en otras zonas de España en las que se considera que no existe trabajo igual al de la Sanidad.

Si se trata de una manera igualitaria a todo el mundo y no hay un modelo de gestión propio, un régimen de incentivos claro, nítido y transparente; que discrimine positivamente a quien trabaja mejor respecto de quien no trabaja tan bien, o que trabaja menos; que establezca igualmente diferencias para quienes trabajan en ámbitos que exigen un esfuerzo suplementario y distin-

to del normal (en investigación, por ejemplo, o en docencia); se corre el riesgo de ir hacia la paulatina degradación del sistema sanitario público mediante la desmotivación, o la huida hacia otros pagos de los mejores profesionales, fenómeno del que no estamos a cubierto, y ya hay ejemplos evidentes de ello.

La fórmula de las Unidades de Gestión Clínica (UGC), es una buena idea para modernizar el funcionamiento de los servicios asistenciales, pues pretende romper inercias, acabar con la rutina e integrar y motivar a los mejores facultativos, como ha ocurrido en el Hospital Clínico de Barcelona (probablemente el mejor hospital español en la actualidad) y si llegase a buen puerto seguramente podría ser un instrumento de innovación y mejora del funcionamiento de los hospitales y los centros de salud asturianos.

Ninguna razón existe para que lo que ha dado buenos resultados en Cataluña no pueda darlos en Asturias, pero es evidente que esa fórmula choca frontalmente con la arraigada cultura burocrática de la Administración Autonómica asturiana, y si se cede a la homologación con las prácticas burocratizantes de ésta, habrá muerto este modelo antes de nacer y mucho más si se cae en el clientelismo y en el ordenancismo.

De hecho, la fórmula con la que se ha configurado la situación de los responsables de las UGC ya anuncia un camino equivoco que puede encallar y no llegar a buen puerto. Se han calificado burocráticamente a esos puestos como de confianza en el sentido usual de la administración regional, pero la confianza que tiene que ofrecer un jefe médico no puede ser otra que la que derive de su cualificación, prestigio, capacidad de gestión clínica y de liderazgo profesional, en definitiva, el concepto burocrático de cargo de confianza es inaceptable en el sector clínico sanitario.

Me preocupa cómo pueden llegar a funcionar las Unidades de Gestión Clínica con un Sistema de Presupuestación, de Intervención y de Control del Gasto como el que aquí funciona, porque si la experiencia sale mal, o no funciona, puede llevar a los médicos de los hospitales y de los centros de salud a una desmotivación tremenda, porque las ventajas de la UGC se han publicitado enormemente y falta aún su verificación.

Las UGC son estructuras que no sólo afectan a la ordenación clínico-asistencial, sino que inciden de forma muy importante en el régimen presupuestario, de incentivos económicos, de planificación y control de gasto, y por tanto, imponen reformas en profundidad de los conjuntos administrativos y no solamente de partes de los mismos, lo mismo que exigen tener una visión muy amplia y profunda de los problemas de la gestión sanitaria en los ámbitos directivos no específicamente sanitarios.

5º) Riesgo de politización de las estructuras directivas técnico-sanitarias

Aparte de su menor eficacia, las fórmulas de gestión burocrática tienden a generar una innecesaria politización de las estructuras asistenciales, sobre todo de aquellas que *per se* deberían estar al margen de la política por su carácter básicamente técnico.

De hecho, hoy está más politizada la gestión sanitaria, (y no solamente en Asturias), que en tiempos del INSALUD, gobernando el PSOE, porque la acentuación del modelo burocrático conlleva por ejemplo, la adscripción como cargos de confianza hasta de las jefaturas clínicas y de las unidades de gestión clínica.

En muchas zonas de España, y Asturias no es excepción, sin perjuicio del distinto color político de los gobiernos autonómicos, se ha generado una notable

politización en la selección, orientación y control del personal directivo de los establecimientos sanitarios.

Esa situación, además de alejarse de los criterios de profesionalidad que privan en otros países europeos, y que son deseables a la hora de seleccionar y de mantener en su puesto a los directivos sanitarios, favorece el clientelismo, cuyas manifestaciones más evidentes conectan con la hipersindicalización que se ha apoderado del sector sanitario público en los últimos años y a la que me referiré después.

Teniendo en cuenta que, en principio, y salvo existencia de programas ocultos, (por eso creo que es tan necesaria la clarificación de los programas políticos sanitarios, su publicidad y manifestación), ningún partido político de los que tienen implantación en Asturias objeto del actual sistema, lo lógico sería que primasen criterios objetivos de profesionalidad y de prestigio a la hora de elegir a sus directivos.

A mi juicio, este asunto debería ser motivo de un consenso básico entre los diferentes partidos asturianos en el marco de unas nuevas estructuras de gestión.

Me parece que la despolitización del sistema es posible.

En principio y de boquilla, todos los partidos políticos asturianos dicen que tienen el mismo criterio político y todos defienden el mismo modelo de sanidad. Si esto es así, ¿dónde debería situarse el debate político?, ¿por qué no llegar a un acuerdo con consenso y con participación de todos en los órganos de gestión?, pero naturalmente incluyendo en ellos únicamente a personas profesionales al margen de su coloración política, que conozcan bien los temas y que se comprometan con ellos y con su gestión, buscando exclusivamente mejorar los resultados de los establecimientos y que,

desde luego, no vayan a cobrar la dieta, como desgraciadamente es tan frecuente.

6º) Existencia de serios problemas de interlocución entre la Administración sanitaria y profesionales sanitarios sistema de interlocución

A todos esos problemas, se une en Asturias una difícil y, en ocasiones, precaria interlocución oficial e institucional con los colectivos profesionales sanitarios, algo que se pretende sustituir, creo que vanamente, por unas relaciones sindicales cupulares más o menos fluidas.

La existencia de una mesa general de negociación que afecta a toda la administración autonómica es algo que en el terreno sanitario plantea problemas serios de interlocución y, a veces, también conflictos difíciles de resolver, pues en esa mesa general no están presentes los sindicatos que tienen la mayor afiliación entre los médicos y entre el personal diplomado de enfermería, (Simpa y Satse, respectivamente), siendo así que esas dos profesiones son las esenciales en el sector sanitario. De hecho, son las que conforman el sistema sanitario, siendo las demás auxiliares de ellas, por imprescindibles que quieran ser.

En todo caso, es constatable que la principal, sino la única interlocución que la administración regional tiene con los colectivos profesionales sanitarios se produce en el terreno sindical.

Siendo esa relación necesaria y absolutamente legítima, y sin ella muy mal irían las cosas, conviene también tener en cuenta que esa interlocución necesariamente ofrece una visión sesgada de los problemas y de las situaciones que afectan al mundo profesional de la sanidad. La interlocución sindical en el medio sanitario asturiano tiene muchos problemas, pues siendo un

hecho evidente que la mayoría de los médicos y del personal DUE tiene su representación sindical específica, hay que encontrar un marco en el que se produzca una correcta articulación de intereses entre los distintos sindicatos.

Lo que no puede ser es que unos sindicatos utilicen unos mecanismos de negociación y otros tengan que recurrir a veces a mecanismos que no son los más adecuados para obtener acuerdos.

En mi opinión todo el sindicalismo en el ámbito sanitario tiene que cambiar mucho en el marco de la actual crisis.

La verdad es que hasta ahora ha sido muy fácil y muy cómodo para todos la práctica sindical en el medio sanitario, porque aquí no existe riesgo alguno de despido, ni de sanción, y se puede hacer y decir todo cuanto guste, pues casi no tiene límite la libertad de expresión.

Creo que en este sector ha existido, en la práctica, una enorme capacidad de presión para que nunca se modificase nada. Es decir, los de la sanidad han sido siempre sindicatos sumamente conservadores y con una muy laxa identificación con los objetivos últimos del sistema, al margen de lo que digan sus direcciones, porque éstas pueden tener un compromiso muy serio, y yo no voy a negarlo, pero en la práctica diaria de los hospitales, de los centros de salud muchas veces, más de las debidas, eso no se aprecia.

Todos los sectores sanitarios, incluida la administración, tienen que hacer un gran esfuerzo para cambiar su mentalidad y sus actitudes en este terreno, porque sin generosidad y sin disposición para conseguir la mejora objetiva de la situación no se puede transformar nada.

Efectivamente sin un cambio de actitudes ¿cómo se va a hacer la reforma del mapa sanitario?

Esas cosas van a exigir, de verdad, un compromiso muy serio de los agentes sociales con los objetivos del sistema y, no tanto, con los intereses particulares de cada persona, por muy afiliado que sea.

Y prueba de que ese cambio de actitud es necesario, es lo ocurrido en el caso del Hospital de Arriondas, que a mí me llama la atención. Cuanto se ha hecho en relación con el mismo por sindicatos y fuerzas políticas varias en sentido cien por cien contrario a cuanto significa modernidad y futuro; alineándose claramente con el más acendrado burocratismo, al que se fue apuntando todo el mundo encantado de la vida.

En el fondo lo que se está defendiendo es que el personal se venga a vivir a Oviedo y si puede ejercer después en los hospitales de Oviedo, mejor. Desde la racionalidad se podría defender una equivalencia o una identidad salarial y de condiciones de trabajo, pero todo lo demás no tiene justificación en un horizonte de futuro para la sanidad.

Los sindicatos están en la obligación de exigir que no se gane diferente dinero realizando un trabajo similar o igual, y creo que la falta de generosidad y cortedad de miras que a veces se ha tenido desde la administración pública hacia el personal de esos hospitales ha determinado la sensación de agravio comparativo que los sindicatos quisieron, y siempre deben impedir. Estos aspectos estaban mal y han traído problemas, pero lo que está peor es la defensa de cosas contradictorias con la búsqueda de eficiencia, de control del coste económico de los servicios sanitarios.

¿Por qué integrar los hospitales fundacionales, que no tienen ánimo de lucro y que sólo trabajan para la sani-

dad pública en el sistema burocrático general?, ¿cuál es la ventaja que eso va a traer a la sociedad asturiana, a los ciudadanos?

La ventaja objetiva del sistema fundacional sobre el burocrático estriba en que sus plantillas tienen un mayor control y están más ajustadas que en el sistema público, y lo que puede pasar con las actuaciones sindicales y con su amparo político en este caso, es que las plantillas aumenten notablemente, y no es seguro que respondiendo a necesidades, y encima en un momento en el que resulta obligado hacer recortes, con lo cual la victoria puede llegar a ser pírrica.

Por eso digo que, en este campo, hay que empezar a reflexionar mucho en una cosa: tenemos menos dinero y hay que actuar con menos dinero.

Y eso obliga a cambiar el método de negociación sindical y sus objetivos.

Pero, el ámbito sindical no es, ni puede ser el único en el que establecer un marco de interlocución de los profesionales sanitarios con la Administración.

Las corporaciones profesionales son interlocutores imprescindibles de la Administración en ámbito sanitario, dado que la relación profesional de los médicos con la administración pública no se reduce, ni se agota en las cuestiones derivadas del contrato de trabajo en sentido más estricto.

Además de esos asuntos existen otros que derivan de la propia esencia del ejercicio de la profesión médica y que deberían tener espacio propio para la negociación.

Los sistemas de interlocución profesional basados exclusivamente en la negociación de los salarios y la jornada chocan a veces con la autoestima de los médi-

cos, y en otros con asuntos que rozan la ética y la deontología.

Tampoco es fácil encajar en ese ámbito las cuestiones que conectan con temas científicos y de formación e investigación.

Cada vez se echa más en falta en Asturias una interlocución positiva, franca y leal de la Administración con corporaciones profesionales sanitarias sólidas, despolitizadas y con capacidad de opinar y de comprometerse con los múltiples problemas del mundo médico que tienen conexión con lo científico, con la ética, la formación, la investigación, así como con determinados aspectos del ejercicio profesional que resultan difíciles de encajar dentro del marco del contrato de trabajo.

En realidad hemos llegado a una situación en este terreno bastante diferente a la de otras regiones españolas, y no digamos del resto de los países europeos que tienen como nosotros una sanidad pública potente y de una u otra manera también universalizada, en los cuales los Colegios de Médicos y el resto de las corporaciones profesiones sanitarias de carácter facultativo juegan un importante papel, normalmente cooperativo.

A mi juicio, en la medida que el Colegio de Médicos de Asturias sustenta una radical oposición contra todo lo que significa cambio y modificación de las estructuras sanitarias públicas, fue autodestruyendo su patrimonio de interlocución. Y eso ha generado efectos sociales negativos para todos: para los médicos, para la administración y para la sociedad en general.

Creo que ha llegado el momento de reflexionar sobre esta cuestión con espíritu abierto y alejado de apriorismos.

Pese a todo lo pasado, creo obligado intentar abrir un campo de interlocución serio y leal con el Colegio de Médicos en campos que se sitúan al margen de los problemas salariales y de condiciones básicas de trabajo, que tienen en el terreno sindical su ámbito natural de negociación y de interlocución.

Si con otros colegios profesionales sanitarios, como el de farmacéuticos, de veterinarios o el de diplomados de enfermería ha sido posible establecer marcos de interlocución aceptables, con el de médicos debería ser posible hacerlo también. Y, si por las razones que sean, que nunca deberían ser imputables a la Administración Pública regional, no fuera posible abrir ese espacio de diálogo, deberían establecerse cauces reglados, estables y operativos de interlocución con las sociedades científicas sanitarias que existen en Asturias.

Creo que la ausencia de esa interlocución es un factor de empobrecimiento del sistema, y aún más en una región pequeña en la que a veces puede dar la impresión de que el poder político institucional no tiene límite, y donde, por ello, la capacidad de error es más grande que allí donde las voces que legal o convencionalmente tienen que opinar son muchas y muy plurales.

En fin, podría estar mucho más tiempo hablando de todo esto, pero termino ya, reiterándoles los graves riesgos que, a mi juicio, amenazan a nuestro sistema sanitario público, y en concreto, haciendo de nuevo referencia a su extrema debilidad institucional que impide, o que tanto dificulta afrontar medidas racionales en muchos campos si no hay un gran apoyo de los agentes sociales que verdaderamente importan.

Cuando se diseñó el actual mapa sanitario (hoy no se hubiera podido hacer así), hubo manifestaciones sin cuento, las tuvimos todos los días y se hizo el mapa, y

la cabecera se puso donde realmente se tenía que poner. Hoy habrá que extremar los consensos y los matices, y sobre todo contar con un cambio de actitud de esos agentes sociales, que deben ser sensibles al nuevo tiempo de crisis y de escasez.

La sanidad es un ámbito que requiere básicamente de criterios técnicos a la hora de planificar la ordenación de los servicios asistenciales, sin perjuicio de su ulterior aprobación política.

Los criterios estrictamente político-sanitarios deben quedar referidos a los grandes alineamientos del sistema: su carácter universal y gratuito, los posibles, deseables o indeseables copagos, el catálogo de prestaciones, la definición de las fórmulas de organización, la aprobación de los presupuestos, etc., esos son los grandes problemas políticos, dejando claro que decidido el modelo, la organización debe impregnarse al máximo de criterios técnico-sanitarios, limitándose en este terreno la responsabilidad de los políticos a ponerse de acuerdo en quiénes deben ser, y cómo deben ser seleccionados los gestores técnicos, y también cuál es la fórmula de administración y de gestión que habilita llevar adelante mejor los criterios políticos previamente establecidos.

Termino, tengo la convicción de que pese a todos los problemas que les he puesto de manifiesto, hay razones para el optimismo y la esperanza. Estoy seguro de

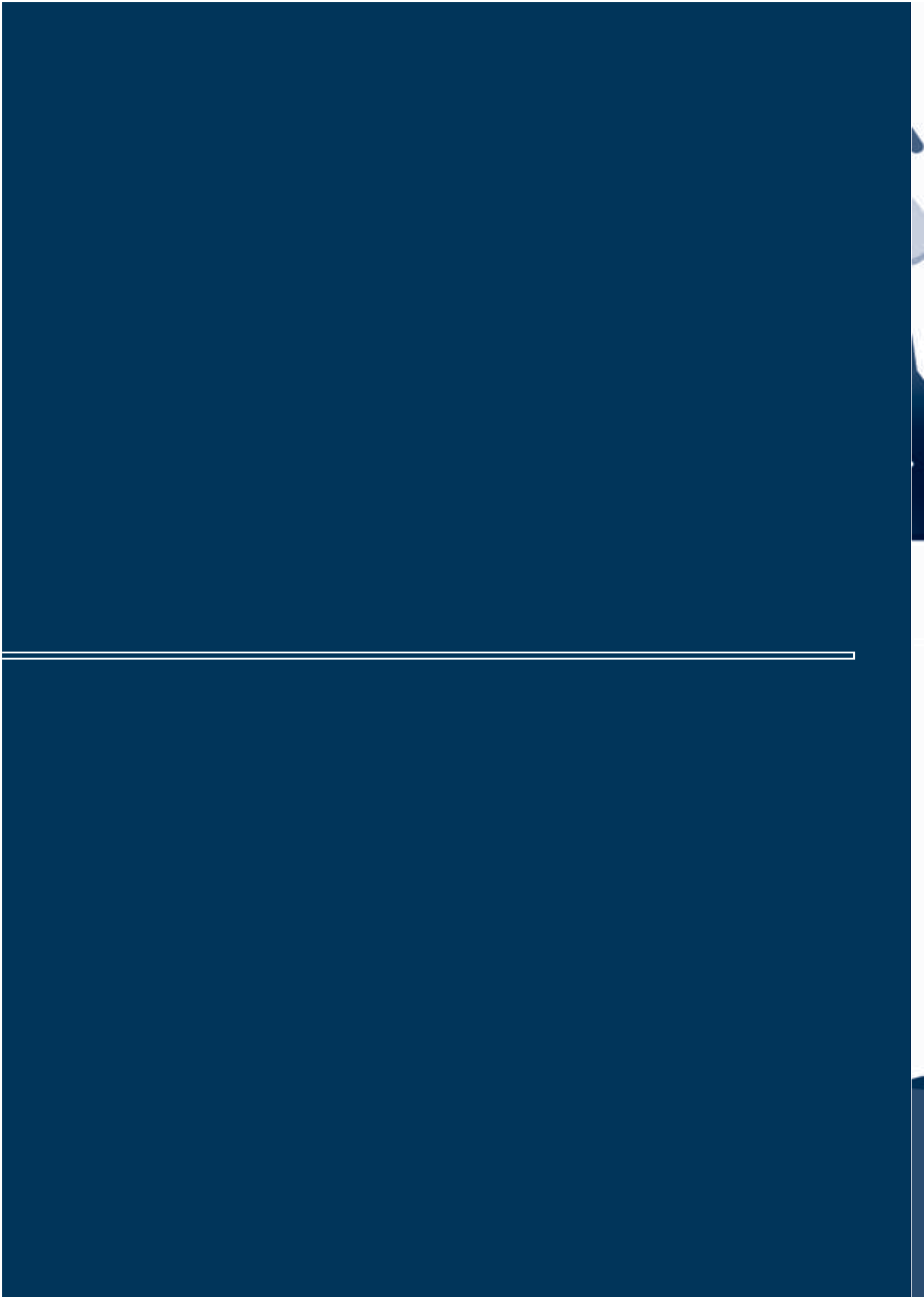
que podremos afrontar los cambios que son necesarios, y con ellos salvaguardar un sistema que me parece esencial para la normal convivencia de los asturianos por-que, así como en tiempos de bonanza todo el mundo se puede llamar a andana, en tiempos como los que nos van a tocar, que van a ser muy duros, no va a ser posible eludir la realidad.

Seguramente el Principado de Asturias, como todas las comunidades autónomas de España, tendrá que privarse de muchas cosas, cerrar u olvidarse de muchos proyectos por queridos que sean, o que hubieran sido, por espectaculares o supuestamente emblemáticos que sean o que hubieran podido ser, pero en el estricto ámbito sanitario hay que tener esperanza, porque creo que con lo que tenemos, adecuadamente reorganizado podemos dar la misma calidad asistencial.

Si asumimos los problemas en su verdadera y grave dimensión seguro que podemos mantener el servicio público sanitario en muy buenas condiciones, garantizando que nadie va a quedar sin prestaciones de alta calidad y que se van a mantener los principios de justicia y de equidad que le son inherentes.

Por esos principios es por los que hay que luchar, y no por las cosas pequeñas.

Muchas gracias por su atención, y les ruego que disculpen el exceso de tiempo que he utilizado.



A stylized graphic on the left side of the page shows a dark blue path winding upwards. Several human figures are positioned along the path. One figure on the left has a white cross on its chest, representing a medical professional. Other figures are shown in various poses, some appearing to be climbing or walking. The background is white, and the overall style is minimalist and modern.

Presentación de la ponencia

> D. Esteban Fernández Sánchez, *Catedrático de Organización de Empresas de la Universidad de Oviedo y Vocal del CES del Principado de Asturias*

Ponencia

> **La construcción de Europa y la atención sanitaria: retos y oportunidades**

> **D. Francisco Sevilla Pérez**

Licenciado en Medicina y Cirugía por la Universidad Autónoma de Madrid (1977), médico especialista en Medicina Interna vía MIR, MD (1984)

Diplomado en Gestión y Administración Hospitalaria por la Escuela Alta Dirección de Barcelona (EADA) (1987)

Ocupó diversos puestos tanto en el INSALUD como en el Ministerio de Sanidad (1986-1996), así como en comunidades autónomas, entre otros, Consejero de Salud y Servicios Sanitarios del Gobierno del Principado de Asturias (1999-2003)

Visiting Professor en el Departamento de Gestión y Políticas Sanitarias, de la School of Hygiene and Public

Health, de la Johns Hopkins University (1997-1998)

Consejero de Trabajo y Asuntos Sociales en la Embajada de España en Francia y en la Representación Permanente de España en la OCDE (2004-2008)

Consejero de Sanidad en la Representación de España ante la Unión Europea, desde Julio 2008

Ha realizado actividades de consultoría a gobiernos y organismos oficiales en España, Panamá, Ecuador y República Checa

Autor de diferentes publicaciones y artículos en revistas científicas



El próximo conferenciante es Francisco Sevilla Pérez. No es tarea fácil ser original en su presentación, pues se trata de una persona muy conocida en el ámbito sanitario, que ha ocupado múltiples cargos de responsabilidad, y que, en la actualidad, desde el 16 de julio de 2008, es el Consejero de Sanidad en Representación de España ante la Unión Europea.

El curriculum del señor Sevilla es muy extenso, aunque, dado que en la jornada de hoy interesa su disertación, intentaré abreviar su presentación con objeto de dejar el máximo tiempo posible para su intervención.

Francisco Sevilla se licenció en Medicina y Cirugía por la Universidad Autónoma de Madrid en 1977. Posteriormente, en 1984, logró acceder a una plaza de médico especialista en Medicina Interna vía MIR, MD. Sus inquietudes y vocación por la gestión le llevaron a realizar en 1987 la diplomatura en Gestión y Administración Hospitalaria por la Escuela Alta Dirección de Barcelona (EADA).

Este bagaje de conocimiento le permitió afrontar con gran éxito diferentes responsabilidades políticas tanto a nivel nacional como autonómico. Así, desde 1986 hasta 1996 ocupó diversos puestos en el Ministerio de Sanidad.

También desempeñó puestos de gran responsabilidad en diferentes comunidades autónomas. En concreto, desde 1998 hasta 2003 ocupó los cargos de Director General de Salud Pública de la Consejería de Sanidad

de la Junta de Comunidades de Castilla La Mancha y de Consejero de Salud y Servicios Sanitarios del Gobierno del Principado de Asturias.

En el ámbito internacional, antes de ocupar su puesto actual, desempeñó labores de representación como Consejero de Trabajo y Asuntos Sociales en la Embajada de España en Francia y en la Representación Permanente de España en la OCDE.

D. Francisco Sevilla Pérez no sólo destaca en el campo de la política sanitaria, sino que también desempeñó importantes labores docentes e investigadoras, tanto en el ámbito nacional como internacional.

El señor Sevilla ha realizado actividades de consultoría a gobiernos y organismos oficiales en España, Panamá, Ecuador y República Checa. También ha publicado diferentes artículos en revistas divulgativas y científicas. Finalmente, hay que destacar su participación en diferentes patronatos y consejos.

Como se puede observar a través de esta breve síntesis de su curriculum, D. Francisco Sevilla Pérez es una persona muy versátil, no sólo en cuanto a cualificaciones obtenidas, sino también en relación con sus vivencias en diferentes ciudades y países. Por tanto, nadie mejor que él para dictarnos la conferencia siguiente: LA CONSTRUCCIÓN DE EUROPA Y LA ATENCIÓN SANITARIA: RETOS Y OPORTUNIDADES.

Sin más dilación, le cedo la palabra.

Esta jornada se celebra coincidiendo con los 25 años de la firma de la adhesión de España a la entonces Comunidad Europea. En aquel entonces, los Tratados no contemplaban ninguna competencia comunitaria en materia sanitaria. Sin embargo, la Unión, en el año 2010, es un referente para las políticas de protección de la salud en Europa y empieza a tener muchas cosas que decir en relación con la atención sanitaria a los europeos.

El futuro del sistema sanitario público en Asturias será el que los asturianos decidan al ser una competencia plena del Principado. Sin embargo, en el Siglo XXI, el buen sentido político aconsejaría que en el diseño de este futuro se tuviesen en cuenta las características y orientaciones del Sistema Nacional de Salud, más allá de aquello que la ley obligue, y las estrategias y avances que se están desarrollando en el seno de la Unión Europea.

Europa se ha transformado en estos 25 años. Basta recordar que, en 1986, España entraba en una Comunidad que pasaba a tener 12 miembros y aún había una división en dos bloques, Este y Oeste, el muro de Berlín se mantuvo hasta 1989. Hoy, la Unión Europea comprende 27 miembros, sus límites se extienden hasta Rusia, se ha consolidado el mercado único constituido en 1993, y un número importante de países comparten una misma moneda.

En estos 25 años la actual Unión Europea ha modificado sus Tratados en cuatro ocasiones. En 1992 se adoptaba el Tratado de Maastricht y por primera vez, los Tratados incorporaban un artículo específico en relación con la salud, el 129. El Tratado de Ámsterdam en 1997, el de Niza de 2001, y el de Lisboa, que ha entrado en vigor el 1 de diciembre de 2009, incorporan nuevas reglas en todos los dominios para adaptar el espacio común a las nuevas realidades, sociales, económicas y políticas.

La Unión Europea interviene en las políticas de salud a través de múltiples políticas pero dos son las fundamentales: la derivada de las competencias directas recogidas en los Tratados y la que se desarrolla para el establecimiento del mercado único y garantizar la libre circulación de personas, profesionales y servicios. De hecho, aunque las competencias directas en materia sanitaria puedan parecer todavía "escasas" el entramado jurídico de la Unión, más el activismo ciudadano en defensa de sus derechos ante los tribunales, están conduciendo a un papel cada vez más importante de la Unión Europea en la definición de las políticas sanitarias nacionales.

El artículo 129 del Tratado de Maastricht estableció como competencia de la Comunidad contribuir a un alto nivel de protección de la salud, le otorgó la capacidad de establecer medidas de fomento de la cooperación entre Estados y excluyó toda medida de armonización de las legislaciones nacionales en este área.

En base a lo establecido en el Tratado, la Comisión, en 1993, puso en marcha los primeros planes de actuación en salud pública, ocho, relacionados con la promoción de la salud, el cáncer, el SIDA o enfermedades raras. Estos planes dieron lugar en 2002 al primer programa de salud pública, con una dotación presupuestaria de 312 millones de Euros y, en 2008, al segundo programa, con tres objetivos principales: mayor seguridad en materia sanitaria, promocionar la salud y mejorar el conocimiento sanitario. Además de estos programas específicos, es preciso señalar el importante papel que la Unión juega en el impulso y financiación de la investigación y desarrollo biomédico y biotecnológico, tanto de forma directa apoyando los proyectos que se consideran adecuados como a través del impulso a sectores industriales, como el farmacéutico.

El Tratado de Ámsterdam dio un paso más en las competencias sanitarias de la Comunidad, estableciendo como tales la calidad y seguridad de los órganos y sustancias de origen humano, como la sangre, y las medidas en los ámbitos veterinario y fitosanitario cuyo objetivo sea la protección de la salud. En base a estas competencias, la Comunidad ha adoptado diferentes decisiones en relación con las redes de alerta precoz (1999) y la vigilancia epidemiológica (1998), o directivas sobre la sangre y sus componentes (2002), la calidad y seguridad de células y tejidos humanos (2004) o la calidad y seguridad de los órganos destinados a trasplantes (2010).

La Comunidad Europea ha legislado, también, en materia sanitaria basándose en artículos que nada tienen que ver con sus competencias en salud pública. De especial importancia es la regulación en relación con los medicamentos, directiva de 2001, que establece el código comunitario sobre medicamentos de uso humano, y todas las modificaciones posteriores que tienen como base jurídica el artículo 95, que regula el mercado interior, o la regulación sobre el tabaco, directiva de 2001, basada también en el artículo 95, además de en el 133, política comercial común. Igual trascendencia para el sector sanitario tiene la regulación relacionada con la libre circulación de personas, bienes y servicios que es la base de la directiva relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales del año 2005.

La Comisión Europea, además de su capacidad de iniciativa legislativa, tiene otras facultades que pueden traducirse en un impacto directo sobre la atención sanitaria. Entre ellas, merece especial consideración la función de "Guardiana de los Tratados" que le atribuyen los Tratados. En función de ella, la Comisión controla la

legislación de los Estados Miembros para que se adecúen a la normativa europea y, cuando en su interpretación tal cosa no ocurre, abre los correspondientes procedimientos de infracción y acude a los Tribunales cuando es preciso. Recordar, en este sentido, los procedimientos en curso en relación con la organización del servicio farmacéutico en diferentes Estados, entre ellos España, o los relacionados con la protección social, y en concreto la cobertura sanitaria en los desplazamientos entre Estados miembros.

El Tratado de Lisboa, en su artículo 168, ha incorporado como materias competencia de la Unión los medicamentos y productos sanitarios, y las medidas de protección de la salud pública en relación con el tabaco y el consumo excesivo de alcohol. Esta modificación en los Tratados ha llevado a la Comisión a modificar la base jurídica de diferentes directivas incorporando dicho artículo, entre ellas la de la directiva de 2001 sobre medicamentos, en las propuestas de modificación actualmente en trámite y relacionadas con la farmacovigilancia o la prevención de la entrada de medicamentos falsificados en la cadena legal de distribución de medicamentos.

Los Tratados en vigor establecen claramente que la Unión no tiene competencia para armonizar los sistemas sanitarios nacionales que quedan como responsabilidad plena de los Estados Miembros. Sin embargo, nadie duda que directivas como la del reconocimiento de cualificaciones profesionales o la que regula el tiempo de trabajo, tengan un impacto directo en relación con los servicios sanitarios. De mayor trascendencia, si cabe, en lo relacionado con el objeto de esta jornada, es el impacto que la libre movilidad de personas empieza a tener sobre la asistencia sanitaria¹.

¹ Para los interesados en el tema se recomiendan el libro "*Health Systems Governance in Europe: the role of European Union and Law*", editado por Elias Mossialos et al, Cambridge University Press 2010", y el Numero 4 del Volumen 7 de la *Revista de Administración Sanitaria Siglo XXI* de Octubre-Diciembre 2009, donde se publican varios originales relacionados directamente con este asunto.

La movilidad de los ciudadanos de la Unión Europea en el territorio de ésta es absoluta y sin posibilidad de restricción, salvo por razones muy específicas, elemento clave para el funcionamiento del mercado único y derecho de especial protección por el Tribunal Europeo de Justicia.

Un elemento fundamental para favorecer la movilidad es la garantía de la continuidad de la protección social, que tiene su origen en los convenios bilaterales de Seguridad Social que empezaron a ratificarse en los años 50 del Siglo XX y fueron incorporados como parte de los Reglamentos de Seguridad Social, el primero de ellos de 1971, el 1408, sustituido en 2004 por el 883, que ha entrado en vigor el 1 de mayo 2010, una vez acordados los Reglamentos de aplicación.

Los Reglamentos de Seguridad Social regulan la aplicación de los beneficios, definidos en los propios Reglamentos, a los ciudadanos que se mueven en Europa. Así, establecen, entre otros, los procedimientos para garantizar las pensiones en los casos de haber desarrollado actividad laboral en diferentes Estados Miembros de la Unión o el derecho al desempleo y percepción de la prestación en un país diferente. Igualmente, regulan la "portabilidad" de la cobertura sanitaria en los casos de:

- Desplazamiento de un Estado a otro por razones laborales, temporales o expatriados.
- Desplazamiento por razones personales, tarjeta sanitaria europea, lo más habitual en visitas turísticas, o desplazamientos no profesionales a otros Estados.
- Cambio de residencia, pensionistas, a otro Estado miembro.

Los Reglamentos contemplan, igualmente, la posibilidad de que un paciente pueda ser atendido por los servicios sanitarios de otro Estado Miembro tras recibir la autorización del órgano competente donde está asegurado, formulario E 112 de autorización previa. Este procedimiento, sin embargo, ha sido cuestionado por la Jurisprudencia, en diferentes sentencias, como una restricción no justificada de la movilidad, en respuesta a diferentes demandas de ciudadanos que no veían reconocidos sus derechos. Hasta la actualidad se han dictado 12 sentencias y hay varios casos pendientes. La primera de ellas es de 1998, el conocido caso Decker (compra de gafas por un ciudadano de Luxemburgo en otro Estado Miembro y denegación del reembolso) y la última de junio de 2010, caso Chollet (copagos y cobertura de la atención de un asegurado en España atendido en Francia), pasando por el caso Watts de 2006 (prótesis de cadera en lista de espera en el Reino Unido intervenida en Francia y que se denegó el reembolso).

Los elementos fundamentales de la jurisprudencia relacionada con la movilidad por razones sanitarias y que han llevado al Consejo a crear grupos de reflexión y acordar valores comunes y principios generales relacionados con los sistemas sanitarios, y a la Comisión a plantear propuestas legislativas, pueden resumirse en:

- Los servicios sanitarios no son servicios de interés general.
- No está justificada la exigencia de autorización previa en cuanto que suponga una restricción injustificada a la libertad de movimientos.
- Puede justificarse un control en aquellos casos de alto coste o que requieran planificación como la "aten-

ción hospitalaria", siempre que no haya retrasos injustificados en la atención, listas de espera.

- No se pueden aducir diferencias basadas en la organización propia de cada sistema sanitario, si de ello se deriva una merma del derecho de los ciudadanos.

Esto significa que, de acuerdo con la interpretación de la jurisprudencia que hace la Comisión, un ciudadano asturiano pueda consultar a cualquier profesional sanitario que considere fuera del territorio español y deberá ser reembolsado por el Estado Español, o de encontrarse en lista de espera para un procedimiento hospitalario y el tiempo de espera ser "indebido", pueda ir a tratarse a cualquier centro europeo, fuera de España, y tenga derecho a ser reembolsado. La no aplicación por diferentes Estados Miembros de esta interpretación está en la base de diferentes procedimientos de infracción que la Comisión tiene abiertos en estos momentos.

La Comisión, para dar respuesta a la problemática causada desde el punto de vista legislativo, planteó regular los servicios sanitarios dentro de la Directiva de servicios de mercado interior, conocida como Directiva Bolkestein, adoptada en 2006. Sin embargo, en el trámite legislativo, tanto el Consejo como el Parlamento Europeos rechazaron la inclusión de los servicios sanitarios en la regulación general, por las características particulares que caracterizan al sector.

La propuesta relativa a los derechos de los pacientes en la atención sanitaria transfronteriza, actualmente en trámite legislativo, fue aprobada por el Colegio Comisarios en julio de 2008. El Parlamento Europeo terminó su primera lectura en abril de 2009 incorporando 122 enmiendas y el Consejo alcanzó un acuerdo político en junio de 2010 bajo Presidencia Española, con un texto muy alejado tanto de la propuesta original

de la Comisión como en muchos aspectos del aprobado en el Parlamento. De acuerdo con el procedimiento establecido en los Tratados, se iniciará, a partir de septiembre de 2010, el procedimiento en segunda lectura para acordar un texto común que pueda incorporarse a la legislación de la Unión.

La propuesta pretende un difícil equilibrio entre la regulación de los derechos de los pacientes en base a la codificación de la jurisprudencia, el respeto a la plena competencia de los Estados Miembros para la organización de sus sistemas sanitarios y la armonización necesaria para garantizar una atención sanitaria de calidad. Tarea compleja que explica las dificultades que la propuesta está teniendo en su trámite legislativo y las que, previsiblemente, aún tendrá que superar. En este sentido, y sin tratar de especular sobre el posible resultado final, se señalan los principales aspectos recogidos en el acuerdo político del Consejo:

- Base jurídica: artículos 114, antiguo 95, y 168 del Tratado de Lisboa. La propuesta de la Comisión sólo incluía como base la que la habilita en su interpretación para hacer la propuesta conforme a los Tratados, el artículo 114 que regula el mercado. Sin embargo, el Consejo considera que, políticamente, no parece adecuado basar exclusivamente en la regulación del mercado la primera legislación europea sobre servicios sanitarios, cuando ningún sistema sanitario en Europa está basado en criterios de mercado.

- Atención transfronteriza es la que se presta en otro Estado. El acuerdo político excluye explícitamente la aplicación de lo dispuesto en la directiva a la organización interna de ningún Estado Miembro.

- Ámbito: todos los servicios sanitarios, excepto la "asignación" de órganos para trasplantes y los cuidados de larga duración.

- Estado de Afiliación es el responsable de dar una autorización previa conforme a los Reglamentos de Seguridad Social. El acuerdo político incorpora dos excepciones a este principio general en relación con la responsabilidad sobre la financiación del coste de los tratamientos de aquellos pensionistas que hayan decidido cambiar su Estado de Residencia.

- Prestaciones y nivel del reembolso serán los definidos por el Estado de Afiliación, rechazándose cualquier avance hacia una armonización de derechos a nivel europeo.

- Calidad de las prestaciones y garantía de seguridad de los pacientes en base a los criterios establecidos por el Estado de Tratamiento.

- El reembolso de los gastos incurridos por los pacientes en otro Estado Miembro podrá limitarse por razones de interés general y no podrá introducir discriminaciones entre atención propia y transfronteriza.

- La Autorización Previa se regula introduciendo criterios para el establecimiento de un sistema por aquellos Estados que lo consideren, así como las posibles causas que pueden llevar a su denegación, frente a la propuesta inicial de la Comisión, que excluía cualquier procedimiento de autorización previa excepto que se demostrase un severo perjuicio para los sistemas.

- Cooperación para el Reconocimiento mutuo de recetas, el establecimiento de Redes Referencia en la interoperabilidad de la salud electrónica y en la Evaluación de Tecnologías.

Recordar que la Comisión, además de la propuesta legislativa en relación con los derechos de los pacientes, tiene otras actuaciones en marcha, como el Libro

Verde de los profesionales, o diferentes "Joint Actions" en áreas como el Cáncer, las enfermedades raras o la salud electrónica que, previsiblemente, en un medio plazo, se traducirán en propuestas concretas que tendrán impacto sobre los sistemas sanitarios nacionales y la manera en que los ciudadanos ven garantizado su derecho a la protección de la salud.

Esta jornada se celebra en un momento en el que pueden definirse varios retos importantes y oportunidades de mejora para el sistema sanitario del Principado en el marco europeo:

1. La situación de crisis financiera y económica puede ser una oportunidad para acordar estrategias de mejoras de la eficiencia en el sector que permitan hacer las cosas mejor. No tengo ninguna duda, el documento del CES de Asturias realizado por Javier Elola, es un instrumento que puede ser de gran utilidad para el diálogo social y político necesario para afrontar las reformas necesarias.

2. El establecimiento del mercado único hace previsible una mayor capacidad de elección de los ciudadanos en relación con los servicios sanitarios en un entorno de plena libertad de circulación de los ciudadanos en Europa. Los servicios sanitarios en Asturias van a precisar ser cada día mejores, en el sentido de ser apreciados por los ciudadanos porque responden a sus expectativas y necesidades en un entorno de servicio público, y no por ser los únicos.

3. La agenda de Lisboa, orientada al desarrollo económico de Europa, a incrementar la competitividad en la Unión y de la Unión y a mejorar la cohesión social, es un reto para España y una gran oportunidad para consolidar el Sistema Nacional de Salud y, con ello, hacer mejor la política sanitaria en el Principado de Asturias.

4. La dimensión europea de las políticas de salud tendrán cada vez mayor incidencia en áreas consideradas todavía competencia de los Estados miembros. La calidad de los servicios o la seguridad del paciente, seguirán siendo siempre retos en los que habrá que cambiar el paradigma local por la emulación de las mejores prácticas en un espacio de 500 millones de habitantes.

Europa es una oportunidad y ofrece oportunidades, entre ellas empezar a disponer de información suficiente para poder afrontar nuestros retos. En este sentido, comentar algunos datos (en realidad solo unas pinceladas para animar a todos los interesados en el análisis y el debate a profundizar en ellos y su realidad) de los que se incluyen en la última edición del conocido Informe Anual de la OCDE, *Health at a Glance 2009: statistics*, y que me parece pueden ser relevantes para el debate sobre el futuro del sistema sanitario público en Asturias.

En relación al gasto sanitario simplemente recordar que España está en el nivel que le corresponde en relación con la riqueza del país, la presión fiscal existente y el gasto realizado en protección social. Lo relevante, sin embargo, es recordar que el gasto sanitario o la financiación necesaria para garantizar la cobertura sanitaria, no responden a ninguna fórmula matemática y su determinación debería ser el resultado de decisiones conscientes. Lo importante es que aquellos que financian, en este caso los ciudadanos, reciban el mejor servicio posible en términos de efectividad y eficiencia y reciban aquellos servicios que consideren adecuado financiar.

En estos momentos de severa crisis económica y con una necesidad importante de ajustar el gasto y buscar nuevas fuentes de financiación, es frecuente que se señale al copago como un posible instrumento de solución, para la mayoría de los proponentes más como elemento de gestión de la demanda, y con ello menor gasto, que de incremento de la financiación.

De acuerdo con los datos de la OCDE, sólo dos países de la Unión Europea tienen una financiación privada del gasto sanitario más alta que España, Grecia con el 29,7% y Portugal con el 27%, el mismo porcentaje que España. Por tanto, cuando se dice que en España existe un "exceso de gasto sanitario público" o, en sentido contrario, "bajo gasto privado" seguro que no se está haciendo referencia a los países de la Unión Europea. Además, de acuerdo con esos mismos datos, la mayor parte del gasto sanitario privado en España es consecuencia del pago directo, copagos y prestaciones no cubiertas, fundamentalmente.

El copago, en mi criterio, tiene un impacto directo sobre la equidad importante (algunos datos pueden obtenerse también en el informe señalado) y el coste de neutralizar este efecto, si es que ello es posible, previsiblemente anularía todo el beneficio que con la medida quisiese obtenerse.

Para aquellos que defienden el copago, sin embargo, lo importante para mí es que deben tener en cuenta que los datos señalan que el peso del pago directo en atención sanitaria en España, en 2007, fue del 3,2% en relación con el consumo final de los hogares (páginas 146-147 del informe señalado de la OCDE), frente a un 3% de media en la OCDE, al mismo nivel que Suecia o Finlandia y superior al de Italia, 3%, Dinamarca, 2,8%, Alemania, 2,5%, Reino Unido, 1,6%, o Francia 1,4%. Es decir, los ciudadanos españoles, además de financiar el sistema sanitario público con sus impuestos, tienen que asumir una carga directa sobre sus rentas económicas para acceder a las prestaciones sanitarias mayor que las de la mayoría de los ciudadanos de la Unión Europea.

España, es bien conocido, tiene una de las esperanzas de vida más altas del mundo, especialmente en el caso de las mujeres. Sin embargo, el estado de salud perci-

bido, siendo bueno o muy bueno para el 66,8% de los ciudadanos en 2007, está por debajo de la media OCDE y de países como Dinamarca, Holanda, Suecia, Francia, Reino Unido o Alemania. Es cierto que en éste, como en todos los demás datos que se van a comentar, existen diferencias metodológicas que los hacen no comparables y por tanto no permiten sacar conclusiones. A pesar de ello, creo que es importante destacar que el hecho de que un 70% de ciudadanos perciban su salud como buena o muy buena no necesariamente debe ser un dato que invite a la autocomplacencia.

España tiene una de las más bajas tasas de mortalidad por enfermedad coronaria entre los países de la Unión Europea en 2006, sólo Francia y Holanda se encuentran por debajo (paginas 22 y 23 del informe). En relación con la enfermedad coronaria, el mismo informe presenta dos datos que merecen la pena ser estudiados con detenimiento. La mortalidad intrahospitalaria por infarto agudo de miocardio en los 30 días siguientes al ingreso es elevada, un 6,1% tasa estandarizada por edad y sexo, frente a un 4,9% de media de la OCDE. La tasa de procedimientos de revascularización coronaria en 2007 está por encima de la de la media de la OCDE, 282 por 100.000 habitantes frente a 267.

Una posible explicación sería que, en España, existe un dispositivo de emergencias capaz de conseguir que la mayor parte de los afectados de un infarto agudo de miocardio, incluso los más severos, lleguen con vida al hospital, lo que explicaría tanto el más elevado número de procedimientos de revascularización con una incidencia de la enfermedad más baja que otros países de la UE, como la mayor mortalidad intrahospitalaria al ingresar casos muy severos en el hospital que en otros entornos no llegan al hospital. En todo caso, verificar la hipótesis sería necesario, conocer qué pasa en Asturias con la atención al infarto agudo de miocardio cómo con

otras patologías y que los ciudadanos pudiesen disponer de los datos es un derecho de éstos, y facilitar el acceso a la situación real en todas las Comunidades Autónomas una obligación de las autoridades.

El informe, por ejemplo, nos presenta datos de mortalidad en otras enfermedades como el cáncer, en todas las localizaciones; el de pulmón, el colorectal o el de mama (paginas 24-25). Igualmente, presenta los datos de supervivencia en tres tipos de cáncer, colorectal, mama y cuello uterino, a los cinco años con una gran variación entre unos países y otros. Lo relevante, para nosotros, es que en ninguno de los tres casos en relación con la supervivencia, puede conocerse la situación en España, ya que no hay datos. Parece importante, como ya se ha señalado, que los ciudadanos reclamen su derecho a conocer y las autoridades asuman la obligación de informar de cuál es el pronóstico en cantidad y calidad de vida de un ciudadano afecto de cáncer en los diferentes hospitales y Servicios de Salud, cuando tiene que enfrentarse a dicha enfermedad.

Una última reflexión, en este caso en relación a los profesionales del sector. Hay un gran debate sobre la necesidad o no de médicos en España. Los datos disponibles permiten conocer que España tiene una tasa de médicos en 2007 de 3,7 por mil habitantes, frente a una media en la OCDE del 3,1 y que, además, en España se está produciendo el crecimiento anual medio más alto en número de médicos de toda la Unión Europea entre 1990 y 2007. En cuanto a la relación personal de enfermería con médicos en ejercicio, España tiene una de las relaciones más bajas de la Unión, 2,1 frente a 3,1 de media en la Unión Europea. Hablar de número de médicos en realidad no dice nada, si no se tienen en cuenta las condiciones laborales, jornada, productividad, organización del trabajo, grado de sustitución o complementariedad entre profesionales, etc.

Un elemento aparentemente bien estudiado en España es el de la remuneración de los profesionales. Sin embargo, cuando se busca la posición relativa de los profesionales de España en los datos de la OCDE no es posible encontrarlos, ni en el caso de los médicos (páginas 70 y 71) ni en el de la enfermería (páginas 80 y 81). Una explicación para esta paradoja probablemente radique en la metodología utilizada por la OCDE que solicita se reflejen en los ingresos todos los ingresos brutos, incluyendo las retribuciones variables, los pagos a la seguridad social y a hacienda y la remuneración por actividad privada compatible en los profesionales asalariados que trabajan en el sector público. Además, la OCDE dada la relatividad del dato, relaciona el ingreso de los profesionales con el ingreso medio en cada país.

España tiene buenos sistemas de información, probablemente de los mejores de Europa en el sector sani-

tario y, de hecho, en algunos aspectos así se puede deducir de los datos publicados. Sin embargo, es absolutamente imprescindible entender y compartir que los datos no son de las autoridades ni de los profesionales, que pertenecen a los ciudadanos y deben ser transparentes para ayudar a éstos a conformar decisiones conscientes cuando tienen que elegir un profesional que les atienda, cuando tienen que optar por diferentes alternativas diagnósticas o de tratamiento en un proceso de enfermedad, o cuando deben depositar su voto en la urna para elegir a los representantes que decidirán la financiación asignada a los servicios sanitarios y cómo la han gestionado los responsables.

En esto, elemento imprescindible para mejorar, Europa también nos puede servir de estímulo.



A stylized graphic on the left side of the page shows a dark blue path winding upwards. Several human figures are positioned along the path. One figure on the left has a white cross on its chest, representing a medical professional. Other figures are shown in various poses, some appearing to be climbing or walking. The background is a gradient of dark blue.

Presentación de la ponencia

> Dña. Elena Arias Menéndez, *Gerente del Servicio de Salud del Principado de Asturias*

Ponencia

> **Evolución de las disparidades geográficas en el marco de la descentralización territorial: una visión comparada de la sanidad asturiana**

> Dña. Laura Cabiedes Miragaya

Licenciada y Doctora en Ciencias Económicas y Empresariales en la Universidad de Oviedo

Directora General de Presupuestos y Patrimonio del Principado de Asturias (2000-2001)

Master en Advanced European Studies (Programme of European Economic Studies), Colegio de Europa, Brujas (promoción 1986-1987)

Ha realizado trabajos de investigación para la Comisión Europea y varias instituciones españolas, en particular, para el Observatorio del Sistema Nacional de Salud (Ministerio de Sanidad y Consumo)

Profesora Titular en el Departamento de Economía Aplicada de la Universidad de Oviedo desde 1994

Investigadora colaboradora con el CRES (Centro de Investigación en Economía y Salud de la Universidad Pompeu Fabra) desde 2004

Profesora visitante de la École Supérieure des Sciences Commerciales d'Angers (1990-2000)

Ha publicado artículos en revistas nacionales e internacionales, así como diversas publicaciones

Directora de Estudios y Programas en la Universidad Internacional Menéndez Pelayo (1999)



Cuando el Consejo Económico y Social me propuso presentar la ponencia que la Dra. Laura Cabiedes iba a desarrollar en esta Jornada, acepté con gran satisfacción, en primer lugar por el interés del asunto que se trata en la misma, y en segundo lugar por contar con una nueva oportunidad para saludar a la Dra. Cabiedes, profesional sólida y rigurosa, cuya trayectoria profesional he tenido el privilegio de seguir desde hace ya bastantes años.

La Dra. Cabiedes se formó como economista y obtuvo el doctorado *cum laude* en Economía en la Universidad de Oviedo. Cuenta también con un Master en Estudios Europeos Especializados otorgado por el Colegio de Europa, en Brujas (Bélgica), e imparte docencia en la Universidad de Oviedo en torno a Economía de la Salud y Estructura Económica de España. Ha sido también profesora visitante en la *École Supérieure des Sciences Commerciales d'Angers* (Francia), directora académica de la Universidad Internacional Menéndez y Pelayo y Directora General de Presupuestos y Patrimonio del Principado de Asturias. Ha efectuado trabajos de consultoría para la Comisión Europea, Ministerio de Sanidad y otras instituciones, contando con múltiples publicaciones relacionadas con la Economía de la Salud en general, y particularmente por lo que se refiere al sector farmacéutico.

Por consiguiente, la ponencia que se presenta en esta jornada cuenta con dos importantes valores: el conocimiento y rigor de la ponente, así como el interés y elementos de reflexión contenidos en el texto que se presenta y somete a consideración.

El título de la ponencia ya nos orienta en torno al objetivo del estudio: ¿influye la descentralización territorial en "disparidades indeseables (y en principio, evitables)" por lo que se refiere a "la salud y calidad de vida de las personas"?

En torno a este eje se han configurado los correspondientes indicadores, resultados y conclusiones.

Los indicadores referidos a la estructura y dotación de recursos del sistema sanitario desde la perspectiva autonómica, se refieren al gasto per cápita, la asignación de tarjeta sanitaria individual por médico de familia y la dotación de camas de larga estancia (en este indicador se observan disparidades significativas). Los indicadores relacionados con actividad se han centrado en la cobertura de las series básicas de vacunaciones y la tasa de cesáreas, destacando que "en 2008 la tasa media de cesáreas realizadas en los hospitales públicos españoles se sitúa en el 21,8% del total de partos, es decir, casi siete puntos por encima del nivel establecido por la OMS como límite aceptable (...). Cabe dejar apuntada la hipótesis de la existencia de un problema de variaciones en la práctica médica en este ámbito en España".

Por lo que se refiere a los resultados, la ponencia se centra en mortalidad evitable (aparato respiratorio, circulatorio y tumores). En cuanto a la tasa de mortalidad ajustada por edad (TMA), el trabajo abarca el período 1981-2007 y se concreta en las patologías siguientes: cardiopatía isquémica del corazón, enfermedades cerebrovasculares, cáncer de mama femenino y tasa de mortalidad perinatal.

Se recoge también la percepción subjetiva del estado de salud, "la evolución de la mortalidad debida a efectos adversos de los medicamentos e incidentes asociados a técnicas quirúrgicas y médicas, la prevalencia de infecciones nosocomiales y la frecuentación de urgencias hospitalarias".

Destacan, asimismo, los resultados de satisfacción de la ciudadanía, tomados de las encuestas del Barómetro Sanitario.

Ya en el ámbito de las conclusiones por lo que se refiere al Principado de Asturias, la Dra. Cabiedes destaca el alto grado de satisfacción de los asturianos con el sistema sanitario público, aceptable tiempo de espera para recibir atención en urgencias, cobertura vacunal situada en la media española, buenos resultados en materia de mortalidad evitable por 10.000 defunciones; no sucede lo mismo en cuanto a calidad de vida, siendo "la expectativa de mala salud de las mujeres asturianas de las más elevadas (...)". Sugiere la autora la conveniencia de continuar disminuyendo el número de tarjetas sanitarias individuales por médico de familia, así como el aumento "de la dotación de camas de larga estancia, siendo particularmente relevante una mejor coordinación entre el sistema sanitario y el sector socio-sanitario"

Destaca, en el apartado de conclusiones, la asimetría de la información disponible (cuando lo está), tanto por lo que se refiere a la que facilitan las Comunidades Autónomas como a la que emana (o debiera hacerlo), del propio Ministerio de Sanidad. Resulta francamente complejo para los gestores sanitarios y los investigadores en esta materia obtener datos fiables que permitan adoptar decisiones en materias tan sensibles como la planificación sanitaria, asignación de recursos, limitación de la variabilidad de la práctica clínica, y un largo etcétera. Únicamente teniendo en cuenta este último apartado (hay muchos más), resulta encomiable, interesante y útil el esfuerzo de la Dra. Cabiedes.

1. Introducción¹

En poco menos de tres décadas, y a pesar de los obstáculos que la construcción del Sistema Nacional de Salud (SNS) sufrió en sus inicios, el sistema sanitario español ha venido experimentando cambios trascendentales que, en términos generales, han permitido situarlo, a nivel internacional, entre los sistemas sanitarios con prestaciones universales más amplias y mejores resultados en salud. Y todo esto, en el marco de un estado del bienestar, construido con una vocación abiertamente descentralizadora, en la medida en la que los pilares básicos se sitúan en el ámbito de las competencias autonómicas. En consecuencia, transcurridos casi diez años desde la culminación del proceso de descentralización territorial en materia sanitaria (iniciado en 1981) y partiendo del juicio normativo de que un proceso de descentralización no constituye un fin en sí mismo, cobra interés particular valorar en qué medida y en qué sentido ha influido en el funcionamiento de la sanidad pública española.

Frente a cierta diversidad implícitamente deseable en un proceso de descentralización sanitaria, el objetivo de este estudio es analizar la evolución de las disparidades indeseables (y, en principio, evitables), en la medida en la que afecten directa o indirectamente a aspectos clave para la salud y la calidad de vida de las personas. Con este fin, se seleccionaron o diseñaron indicadores a nivel autonómico, relacionados lo más directamente posible con el funcionamiento del sistema

sanitario público español o, lo que es lo mismo, asociados a variables relevantes sobre las que el sistema sanitario tiene, en principio, posibilidades de influir.

El enfoque seguido en este estudio consiste en un análisis ecológico (es decir, de datos agregados o, en términos económicos, a nivel "macro"), longitudinal, de carácter comprensivo en cuanto a las variables contempladas (no limitadas al ámbito del estado de salud de la población) y, en esta etapa de la investigación, orientado a obtener varias medidas básicas de dispersión; de carácter descriptivo.

Los indicadores seleccionados o diseñados resultan en parte de lo que se sabe (por ejemplo, acerca de la efectividad de algunas intervenciones)² y en parte de lo que se puede conocer (no toda la información relevante está disponible). En los tres siguientes apartados se presentan los resultados obtenidos en el análisis de algunos de los indicadores manejados, clasificados en los ámbitos de la estructura, la actividad y los resultados del sistema, según el ya clásico esquema de Donabedian. En el último apartado se presentan las conclusiones.

2. Estructura-dotación de recursos del sistema sanitario a nivel autonómico

En este ámbito, entre los indicadores analizados, se han seleccionado tres: gasto per cápita, asignación de tarjetas sanitarias individuales por médico de familia y dotación de camas de larga estancia.

¹ Este escrito es una adaptación al caso asturiano de parte de los resultados obtenidos en un proyecto de investigación desarrollado en el marco del Plan Nacional de I+D+i 2008-2011, con el apoyo del Subprograma de Estancias de Movilidad de Profesores e Investigadores en Centros Extranjeros de Enseñanza Superior e Investigación, modalidad "Salvador de Madariaga" (referencia PR 2009-0370) y de la Maison des Sciences de l'Homme Ange-Guépin (Nantes). Si bien cualquier posible error en este trabajo es de mi total responsabilidad, expreso mi agradecimiento por su apoyo intelectual a Denis Bouget (*Maison des Sciences de l'Homme Ange-Guépin*, Nantes); Anne-Chantal Hardy (*Maison des Sciences de l'Homme Ange-Guépin*, Nantes); François Tuffraut (Observatoire Régional de la Santé des Pays de La Loire) y Vicente Ortún (Universidad Pompeu Fabra).

² Puede consultarse una buena revisión del "estado del arte" en Ortún (2006).

No existe evidencia alguna de que mayor gasto implique mejores resultados en salud (incluso, dejar de realizar ciertas intervenciones inefectivas permitiría ahorrar recursos y, al mismo tiempo, mejorar la salud, en la medida en la que se evitarían posibles problemas de iatrogenia). La inclusión de este indicador responde al interés de conocer si, después de la plena descentralización de la gestión sanitaria en 2002, se ha producido o no una mayor dispersión del gasto sanitario capitativo. Dado que, desde entonces, la financiación de la sanidad pierde su carácter finalista y cada Comunidad Autónoma (CA) puede decidir cuánto gasta en este concepto (con la excepción de un nivel mínimo, fijado para el periodo 2002-2004), el análisis territorial de la evolución del gasto per cápita tiene interés en la medi-

da en la que permite identificar la mayor o menor prioridad otorgada por cada CA a la sanidad, al menos en términos presupuestarios.

En los gráficos 1 a 3 se presenta el gasto sanitario autonómico (devengado) por persona protegida, en los años 1999, 2003 y 2007, respectivamente. A diferencia de la situación predominante en la década de los años 90 y, dejando aparte las Ciudades Autónomas, las Comunidades Autónomas (CCAA) de régimen foral (País Vasco y Navarra) van perdiendo posiciones relativas frente a las CCAA que comienzan a gozar de plena autonomía desde 2002. En particular, toman el relevo Cantabria y La Rioja, las CCAA en las que el gasto per cápita alcanza el nivel más alto en los sub-

Gráfico 1. Gasto sanitario autonómico por persona protegida, en €, año 1999



Fuente: elaborado con apoyo en Ministerio de Sanidad y Política Social (2007): Informe del Grupo de Trabajo de Análisis del Gasto Sanitario. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social

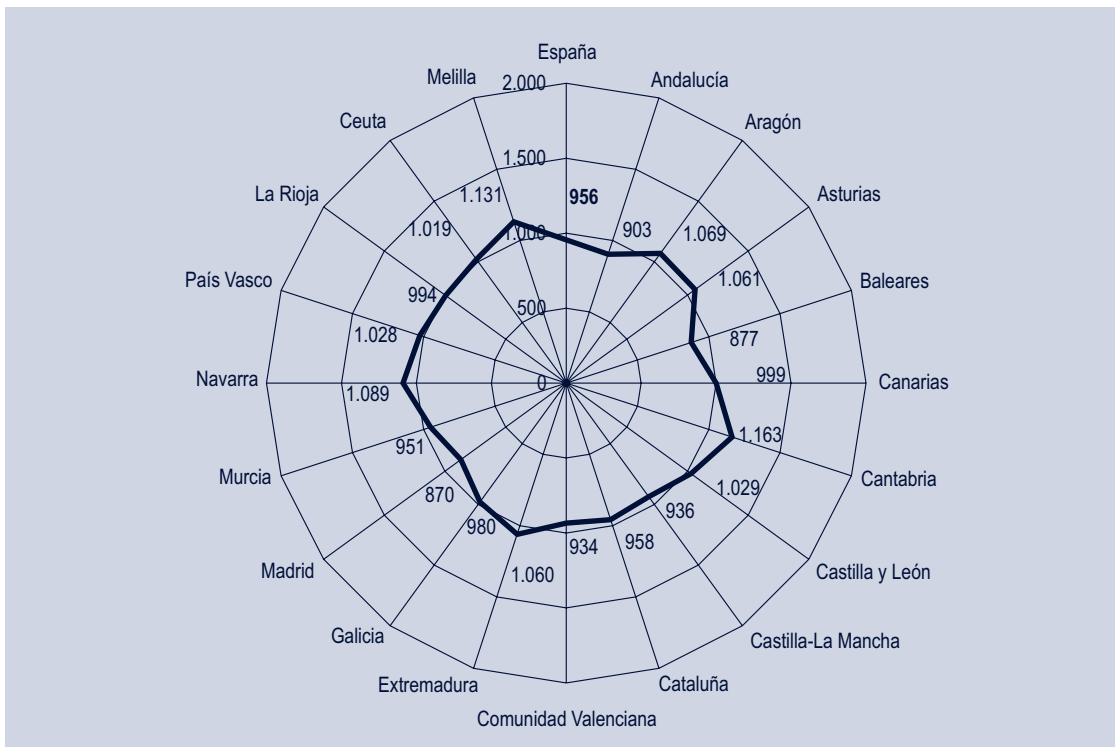
períodos 2002-2005 y 2006-2007, respectivamente. El gasto por persona protegida correspondiente a Asturias se sitúa por encima de la media en todos los años del período 1999-2007 (véase el cuadro 1).

Agrupando las CCAA según hayan o no alcanzado plena autonomía antes de 2002, se puede comprobar cómo, desde ese año, el gasto medio por persona protegida en las CCAA que adquieren plena autonomía en materia de gestión sanitaria por "la vía lenta", junto con las Ciudades Autónomas (Ceuta y Melilla), comienza a superar el gasto medio correspondiente a las CCAA que gozaban ya entonces de autonomía (gráfico 4).

Tal y como se refleja en el cuadro 1, las disparidades del gasto sanitario por persona protegida entre las

CCAA no son elevadas. La dispersión del gasto sanitario per cápita viene aumentando desde 2002, evolución que no tiene porqué tener una lectura negativa. En cambio, sí sería indeseable una mayor dispersión del gasto capitativo ajustado por necesidad, con más fundamento cuanto mejor y más comprensivo fuese su ajuste. En el caso español se dispone de información por persona protegida equivalente, que constituye lo más próximo a un ajuste por necesidad, ya que la población se corrige por la estructura de edades en cada territorio. En concreto, el Ministerio aporta información al respecto para el período 1999-2005, aplicando un coeficiente de gasto relativo para siete grupos de edad. La variabilidad medida a través del coeficiente de variación ponderado del gasto por persona protegida equivalente ha mostrado una tendencia decreciente, a

Gráfico 2. Gasto sanitario autonómico por persona protegida, en €, año 2003



Fuente: elaborado con apoyo en Ministerio de Sanidad y Política Social (2007): Informe del Grupo de Trabajo de Análisis del Gasto Sanitario. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social

Gráfico 3. Gasto sanitario autonómico por persona protegida, en €, año 2007

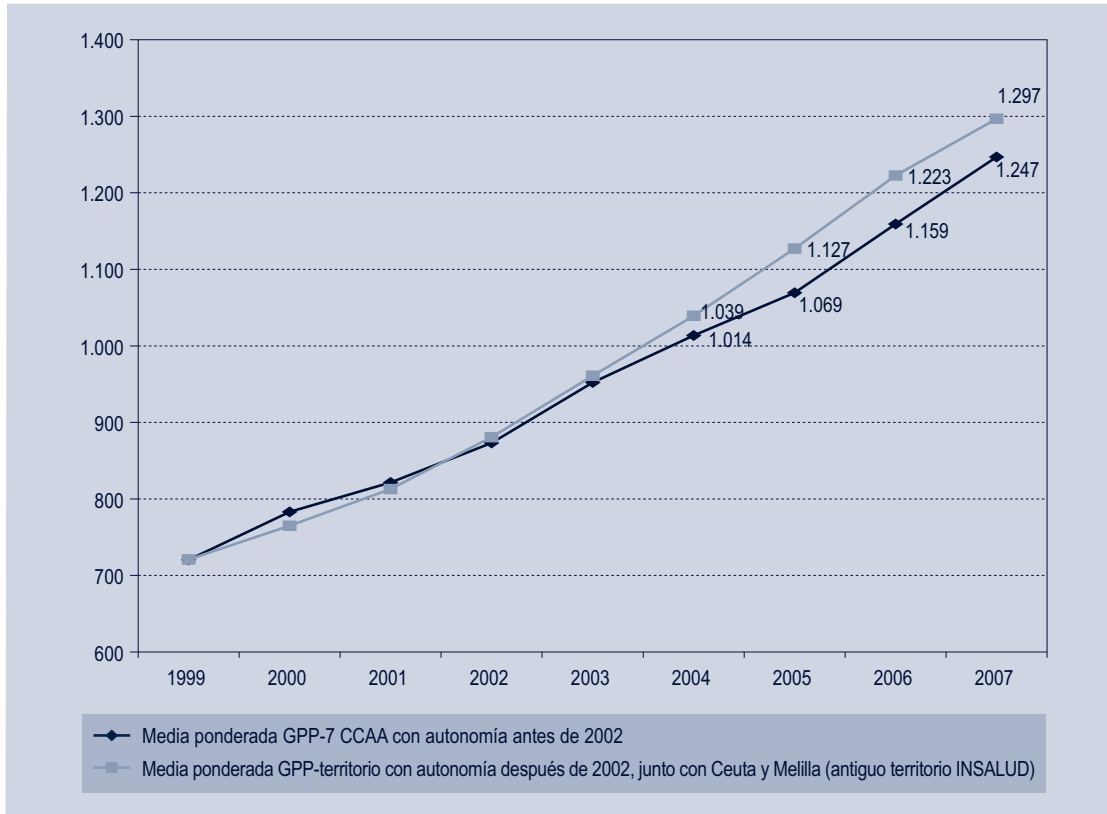


Fuente: elaboración propia con apoyo en Estadística de Gasto Sanitario Público (Ministerio de Sanidad y Política Social)

Cuadro 1. Gasto sanitario por persona protegida en € y dispersión, 1999-2007

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Media ponderada España	721	776	818	876	956	1.023	1.091	1.183	1.266
Media Asturias	757	810	872	946	1.061	1.136	1.205	1.283	1.365
Coefficiente de variación p. (%)	5,85	5,07	5,56	5,58	6,72	6,58	6,87	7,83	8,26
Factor de variación (máx./mín.)	1,64	1,5	1,49	1,33	1,34	1,39	1,44	1,43	1,61
Máxima diferencia (máx./mín.)	390	320	332	263	293	355	445	464	713

Fuente: elaboración propia con apoyo en Ministerio de Sanidad y Política Social (2007): Informe del Grupo de Trabajo de Análisis del Gasto Sanitario. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social y en Estadística de Gasto Sanitario Público (Ministerio de Sanidad y Política Social)

Gráfico 4. Gasto sanitario autonómico por persona protegida, en €, CCAA agrupadas según proceso de descentralización

Fuente: elaboración propia con apoyo en Ministerio de Sanidad y Política Social (2007): Informe del Grupo de Trabajo de Análisis del Gasto Sanitario. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social y en Estadística de Gasto Sanitario Público (Ministerio de Sanidad y Política Social)

lo largo del período 1999-2005, comenzando a situarse desde 2003 por debajo del correspondiente al gasto capitativo sin ajustar por necesidad (véase el cuadro 2). Con todo, otros indicadores y resultados ponen de manifiesto que la distribución geográfica de los recursos sanitarios en España aún está lejos de responder a las necesidades de cada territorio.

Por último, cabe resaltar que, con la excepción del año 2003, el gasto sanitario por persona protegida equivalente en Asturias ya no se sitúa por encima de la media nacional.

La elección del indicador referido a TSI (tarjetas sanitarias individuales) por médico de familia responde a que, en varios estudios aplicados al caso español, se ha encontrado una relación significativamente positiva entre el número de médicos generales y la salud de la población (véanse, a modo de ejemplo, Ruiz et al., 1990 y Rico et al., 2002). De ahí que se haya tenido en cuenta este recurso, frente a otros muchos para los que se dispone de información cuantitativa (generalmente series mucho más largas), aunque no considerada de tanto interés desde la perspectiva de este estudio. En consecuencia, parece deseable una distribución lo más

Cuadro 2. Gasto sanitario por persona protegida equivalente en € y dispersión

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Media ponderada España	727	781	818	875	954	1.021	1.089
Media Asturias	702	746	796	856	955	1.017	1.074
Coefficiente de variación p. (%)	7,02	6,85	5,9	5,6	5,49	5,76	5,96
Factor de variación (máx./mín.)	1,79	1,68	1,65	1,52	1,46	1,66	1,63
Máxima diferencia (máx.-mín.)	506	454	466	416	411	583	646

Fuente: elaboración propia con apoyo en Ministerio de Sanidad y Política Social (2007): Informe del Grupo de Trabajo de Análisis del Gasto Sanitario. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social

uniforme posible de médicos de familia entre las CCAA, si bien nada impide que tras una baja tasa de TSI por médico de familia en una CA se oculte una elevada dispersión interna en torno a la media. Asimismo, convendría combinar este indicador con una variable cualitativa referida tanto a la cartera de prestaciones como a la calidad del servicio³.

Los gráficos 5 y 6, realizados a la misma escala, permiten visualizar la caída del número medio de TSI por médico de familia en un período tan corto como el que se ha podido analizar aquí. Estos resultados son muy relevantes en el marco del SNS español, donde el médico de familia generalmente actúa como "portero del sistema", es decir, representa la primera toma de contacto del paciente con el sistema sanitario y dado que un sistema de atención primaria de calidad puede evitar numerosos ingresos hospitalarios, con lo que esto representa tanto sobre la salud de las personas como sobre "la salud de las arcas públicas". En 2004, Asturias, con 1550 TSI por médico de familia, supera la media nacional (situada en 1484 TSI). Si bien en 2009

la ratio en el Principado cae hasta situarse en 1455 TSI por médico de familia, la caída no fue suficientemente pronunciada como para alcanzar la media.

Al mismo tiempo que cae la media de TSI por médico de familia, a lo largo del período estudiado, disminuyen las disparidades medidas a través del factor de variación y de la diferencia entre los valores extremos: la ratio entre éstos, superior a 2 en 2004, se sitúa por debajo de 1,9 en 2009. Por su parte, la diferencia entre los valores extremos disminuye, pasando de 936 a 830 TSI por médico de familia, entre 2004 y 2009.

Si bien es posible hacer una valoración muy positiva, en términos generales, de la evolución tanto de la dotación como de la distribución de médicos generales en España, es preciso resaltar que no todas las CCAA contribuyeron a la caída de la ratio de TSI por médico de familia. Analizando su evolución respecto a la media, los casos preocupantes son tres: Andalucía, que partía de una ratio de TSI por médico de familia sensiblemente menor a la media, situándose a un nivel superior al

³ Sobre la complejidad del análisis de la distribución espacial de médicos de familia, véase Mohan, 1987, pp. 83 y 94.

final del período y Ceuta y Melilla, que ya partían de un nivel superior a la media y se alejan aun más, distanciándose notablemente.

Se puede considerar que el número de camas hospitalarias de larga estancia es una buena proxy de la coordinación del sistema sanitario y del sector socio-sanitario, de gran relevancia en un territorio de población envejecida como es el español, con una presencia cada vez mayor de enfermedades crónicas. En este contexto, en Urbanos y González (2005, p. 168-169) se detectaron desigualdades territoriales en 1999 mucho mayores que las correspondientes a otras dotaciones hospitalarias (como quirófanos y camas de agudos). En los gráficos 7 y 8 se muestra la dotación de camas de larga estancia (excluidas las de psiquiatría), por 100.000 ha-

bitantes, en 1993 y en 2007, respectivamente. La representación gráfica admite una lectura casi inmediata de la infradotación, en la mayoría de los casos, de un recurso tan sensible a los problemas socio-sanitarios característicos de los países desarrollados.

Con vistas a asociar, en la medida de lo posible, este recurso a "necesidad" se han estimado las ratio por 100.000 habitantes de 65 o más años de edad, tal y como se refleja en los gráficos 9 y 10. Las CCAA con mejor dotación de este recurso en 1993, tanto respecto a la población total como respecto a la población de 65 o más años de edad, son Canarias y Cataluña. Al final del período estudiado, tomando como referencia la población total, la mayor dotación corresponde a Cataluña y a Murcia, seguida muy de cerca por Canta-

Gráfico 5. TSI (tarjetas sanitarias individuales) por médico de familia, año 2004



Fuente: elaborado con apoyo en Ministerio de Sanidad y Política Social, Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP)

Gráfico 6. TSI (tarjetas sanitarias individuales) por médico de familia, año 2009



Fuente: elaborado con apoyo en Ministerio de Sanidad y Política Social, Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP)

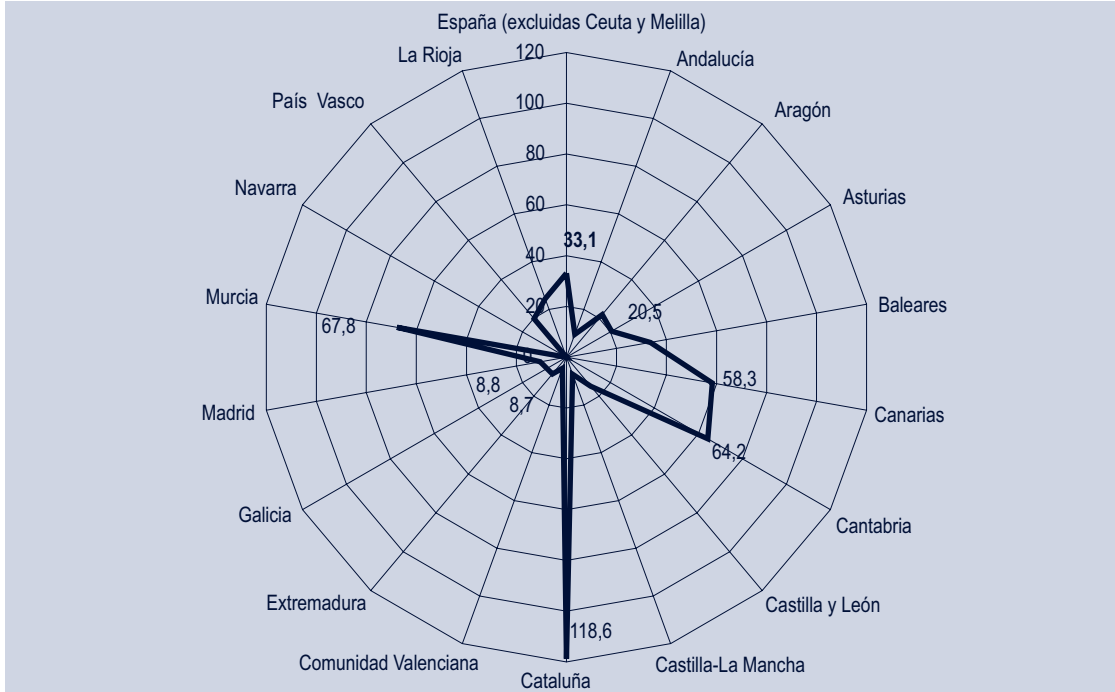
Gráfico 7. Dotación de camas de larga estancia por 100.000 habitantes, año 1993



Fuente: elaboración propia a partir de Eurostat-Regional Health Statistics (excluidas Ceuta y Melilla)

El cálculo de las tasas poblacionales y del coeficiente de variación ponderado se ha efectuado a partir de INE (Evolución de la población de España entre los censos de 1991 y 2001; estimaciones intercensales. Población tomada a fecha 1 de enero)

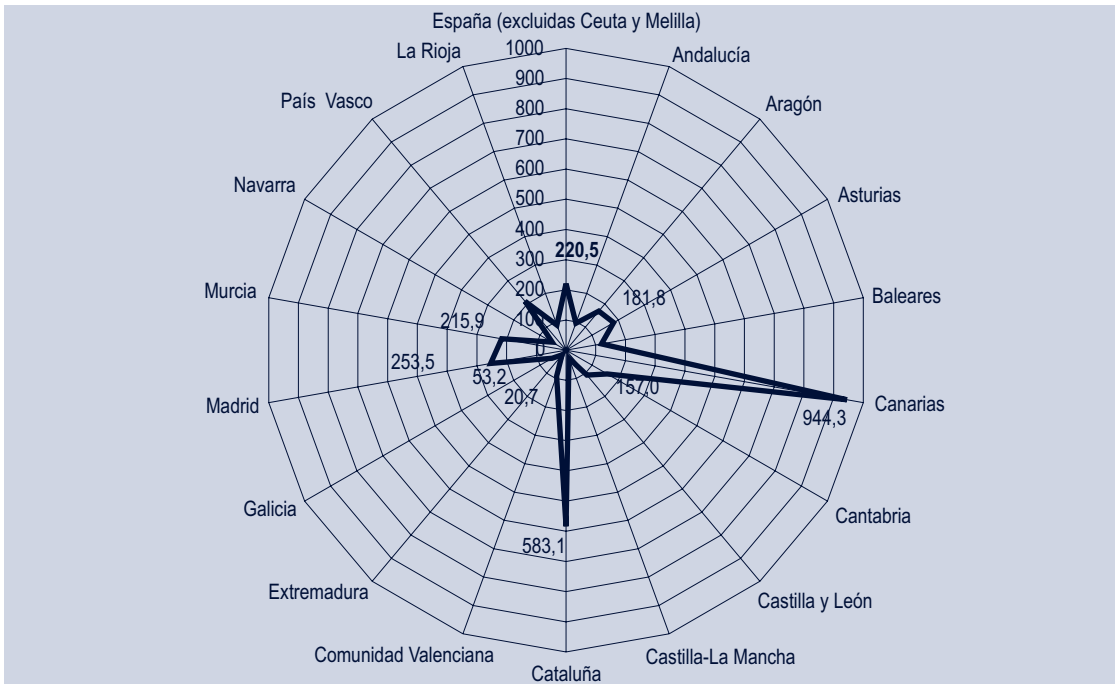
Gráfico 8. Dotación de camas de larga estancia por 100.000 habitantes, año 2007



Fuente: elaboración propia a partir de Eurostat-Regional Health Statistics (excluidas Ceuta y Melilla)

El cálculo de las tasas poblacionales y del coeficiente de variación ponderado se ha efectuado a partir de INE (Estimaciones de la población actual de España a partir del censo de 2001. Población tomada a fecha 1 de enero)

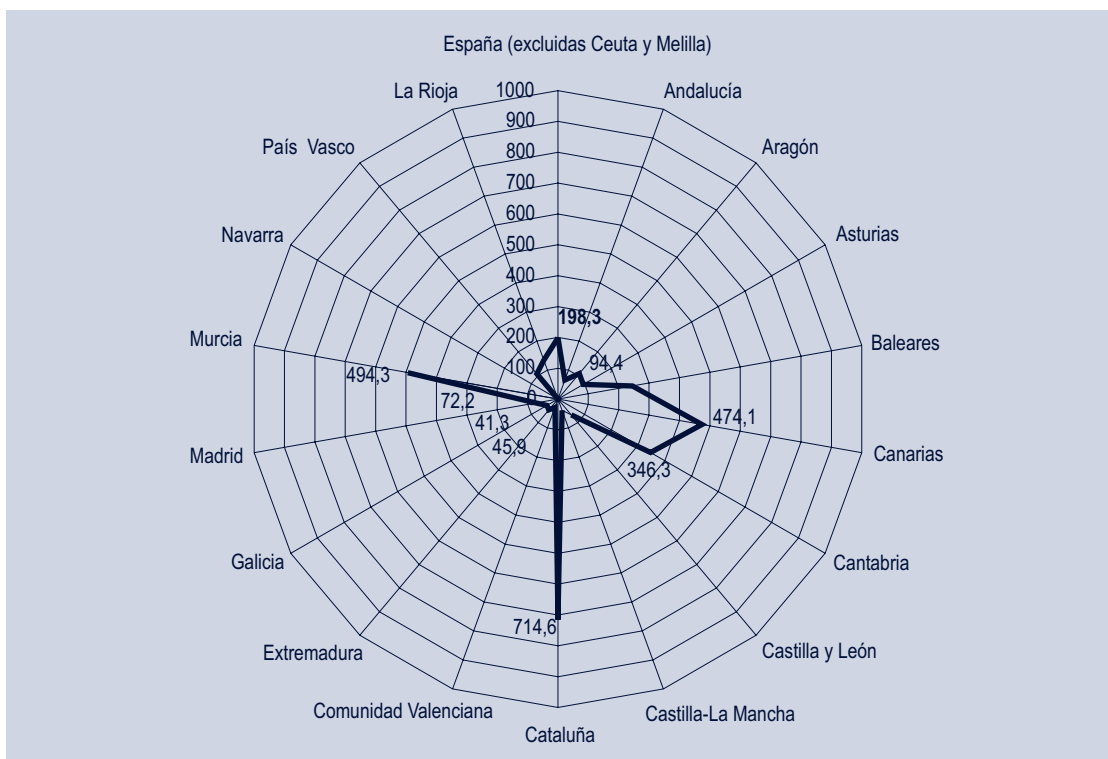
Gráfico 9. Dotación de camas de larga estancia por 100.000 habitantes de 65 o más años de edad, año 1993



Fuente: elaboración propia a partir de Eurostat-Regional Health Statistics (excluidas Ceuta y Melilla)

El cálculo de las tasas poblacionales y del coeficiente de variación ponderado se ha efectuado a partir de INE (Evolución de la población de España entre los censos de 1991 y 2001; estimaciones intercensales. Población tomada a fecha 1 de enero)

Gráfico 10. Dotación de camas de larga estancia por 100.000 habitantes de 65 o más años de edad, año 2007



Fuente: elaboración propia a partir de Eurostat-Regional Health Statistics (excluidas Ceuta y Melilla)

El cálculo de las tasas poblacionales y del coeficiente de variación ponderado se ha efectuado a partir de INE (Estimaciones de la población actual de España a partir del censo de 2001. Población tomada a fecha 1 de enero)

ria, CA a la que toma el relevo en el tercer puesto Canarias, cuando la ratio se estima respecto a la población de 65 o más años de edad.

Cabe resaltar la pérdida de posiciones relativas de CCAA con un fuerte envejecimiento de la población, cuando se adopta la óptica de la dotación por 100.000 habitantes de 65 o más años de edad. Éste es el caso de Asturias que, con 32 camas por 100.000 habitantes, superaba ligeramente la media nacional en 1993. En 2007, con 21 camas por 100.000 habitantes apenas supera el 62% de la media, mientras que con 94 camas por 100.000 personas de 65 o más años de edad no llega a alcanzar el 50% de la dotación media en el territorio español (198 camas).

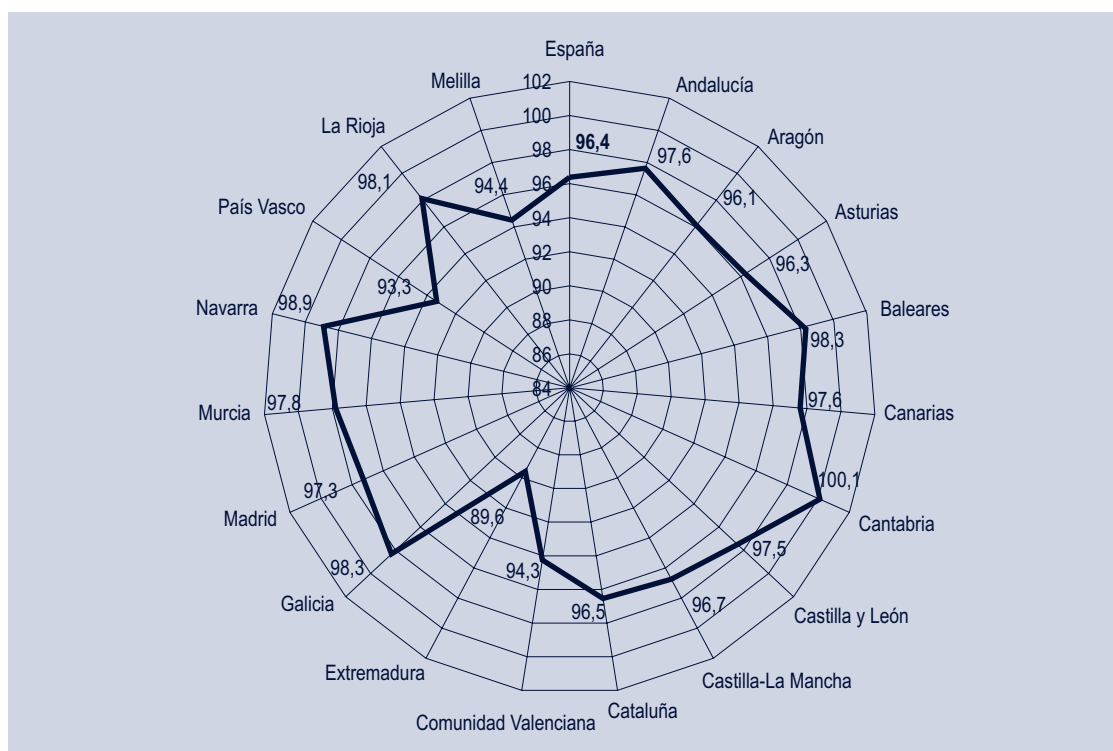
Por otra parte, y en línea con los resultados obtenidos para el año 1999 por Urbanos y González (2005, p. 169), cabe destacar las enormes disparidades que para este recurso existen en el territorio español. No sólo el coeficiente de variación ponderado se sitúa a un nivel extraordinariamente alto, sino que aumenta a lo largo de todo el período, tanto desde la óptica de la población general como desde la perspectiva de la población de 65 o más años de edad, si bien la dispersión resulta más alta en este último caso. En concreto, en 2007, la desviación típica representa más del 120% de la media en ambos casos, si bien el coeficiente de variación se sitúa 3 puntos por encima cuando la ratio se estima respecto a la población de 65 o más años de edad.

3. Actividad del sistema sanitario a nivel autonómico

En el ámbito de la actividad, entre los indicadores analizados se han seleccionado dos: la cobertura de las series básicas de vacunaciones (consideradas altamente efectivas) y la tasa de cesáreas. Dada la deseabilidad de alcanzar, para una determinada población diana, coberturas de las series básicas de vacunaciones próximas al 100%, las desviaciones a la baja pueden considerarse indeseables, del mismo modo que, en el caso de las cesáreas, se considera indeseable superar cierto límite, establecido en el 15% por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Respecto a las vacunaciones, se ha elaborado un índice sintético de la cobertura de las series básicas de vacunaciones de niños menores de un año de edad. El gráfico 11 da cuenta de los valores obtenidos por CCAA para el año 2008. Con una media del 96,4%, se puede considerar que existe una buena cobertura de vacunaciones básicas en España, a lo que cabe añadir que, además, se consigue con una dispersión relativamente baja, dado que el coeficiente de variación ponderado obtenido ascendió al 2,26% y el factor de variación, a 1,12. Ninguna CA, con la excepción de Extremadura, alcanzó una cobertura inferior al 93%. Por su parte, Asturias, con una cobertura del 96,3%, se sitúa en la media nacional.

Gráfico 11. Índice sintético de la cobertura de las series básicas de vacunaciones de niños menores de 1 año de edad, 2008*



*Poliomelitis; Difteria-Tétanos-Tos Ferina; *Haemophilus influenzae* tipo B; Hepatitis B y Meningitis Meningocócica C. Los datos correspondientes a Ceuta no están disponibles. La población considerada por el MSyPS en el cálculo de las tasas de cobertura infantil se refiere a los niños susceptibles de vacunación, de ahí que sea posible la obtención de tasas superiores al 100% (inclusión en el numerador de niños vacunados que no están considerados en la población objeto), como ocurre en el caso de Cantabria, la CA con mayor tasa de cobertura en 2008
Fuente: elaboración propia con apoyo en Estadísticas de Vacunación (disponibles en <http://www.msps.es>. Información no disponible para Ceuta)

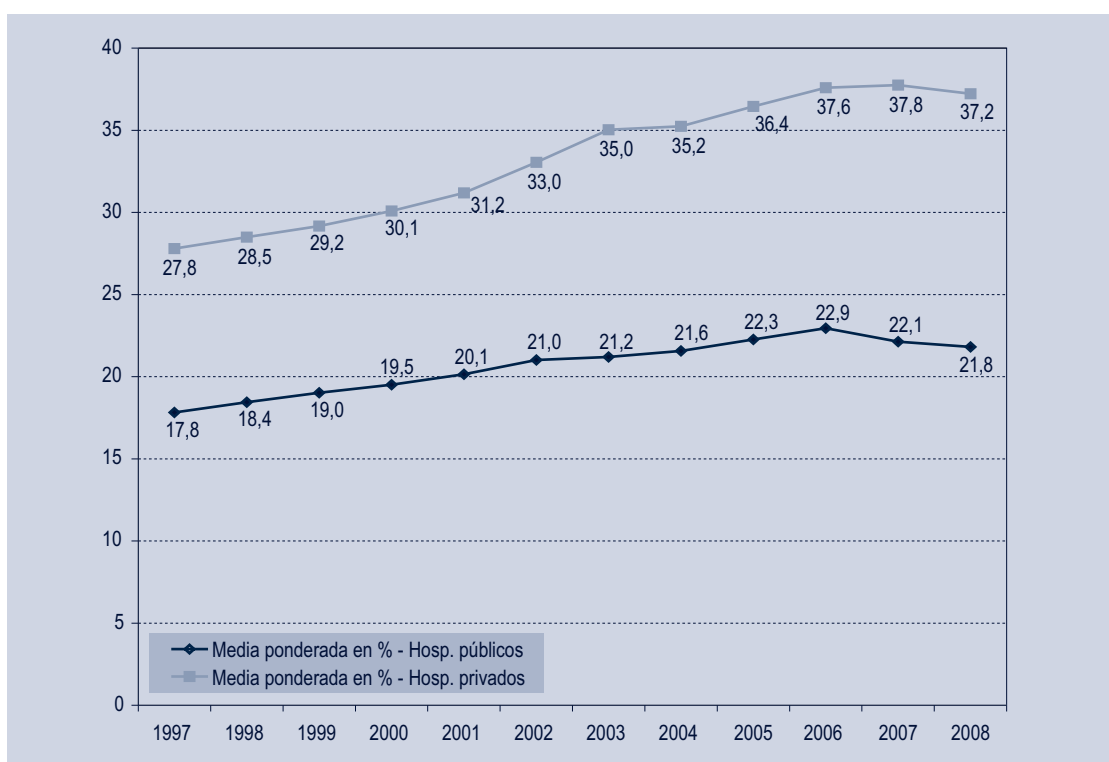
En 2008, la tasa media de cesáreas realizadas en los hospitales públicos españoles se sitúa en el 21,8% del total de partos, es decir, casi siete puntos por encima del nivel establecido por la OMS como límite aceptable. Como ocurre en numerosos países, la tasa correspondiente a los hospitales privados es aun mayor, superando el 37% (véase el gráfico 12). El nivel relativamente más alto en el ámbito privado en parte podría responder a incentivos financieros y en parte ser reflejo de una medicina "defensiva".

En el gráfico 13 se presenta la incidencia de cesárea en los hospitales públicos españoles, por CCAA, en el año 2008. Las CCAA con mayor y menor tasa respectivamente son Extremadura y País Vasco, CA donde desde 2004 se viene desarrollando un plan de recuperación de técnicas para reducir el número de cesáreas, a juz-

gar por las cifras, con éxito, constituyendo la única CA que no supera el límite admisible de cesáreas en 2008. Si bien el sistema sanitario público asturiano no alcanza la media nacional, supera en 6,5 puntos el nivel considerado aceptable. Por su parte, el sector hospitalario privado en Asturias supera en 15 puntos el límite fijado por la OMS, frente a los 22 puntos de exceso estimados a nivel agregado.

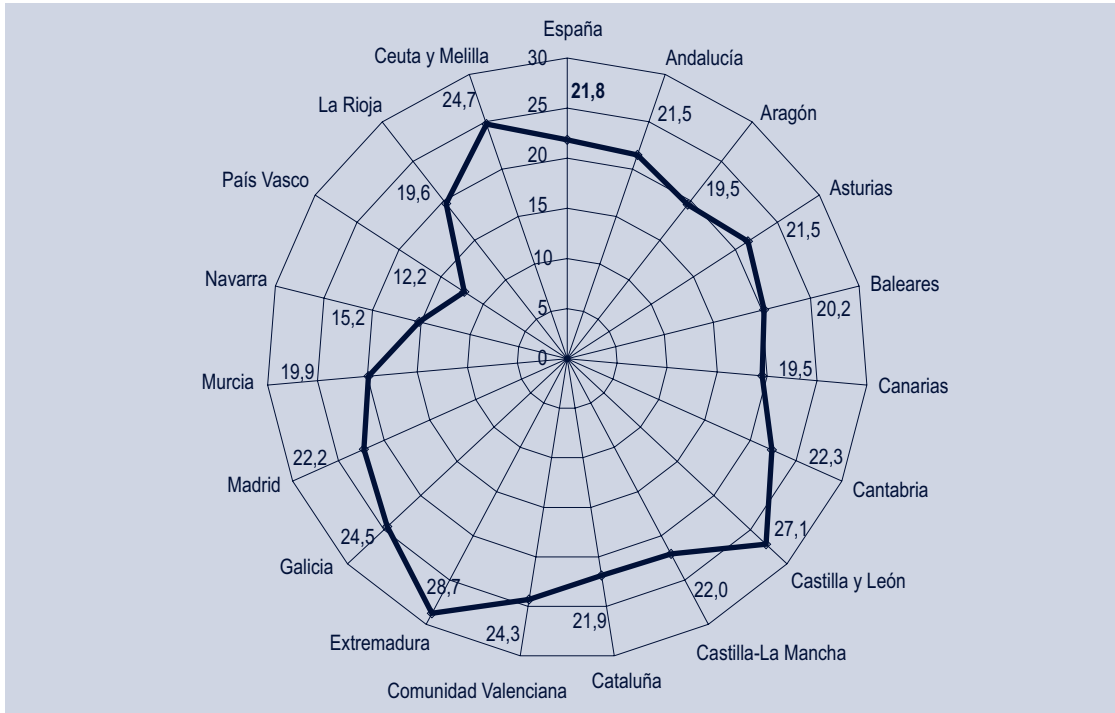
Por último, cabe señalar que no sólo la tasa de cesáreas en España es indeseablemente elevada, sino que, como puede apreciarse en el gráfico 14, la dispersión entre CCAA también resulta injustificadamente alta. El coeficiente de variación ponderado, con clara tendencia ascendente en los hospitales públicos, se sitúa en este ámbito en el 9,3% al principio del período estudiado y en el 13,8% en 2008, año en el que supera el nivel de

Gráfico 12. Tasa media de cesáreas (% sobre total de partos) en hospitales públicos y privados



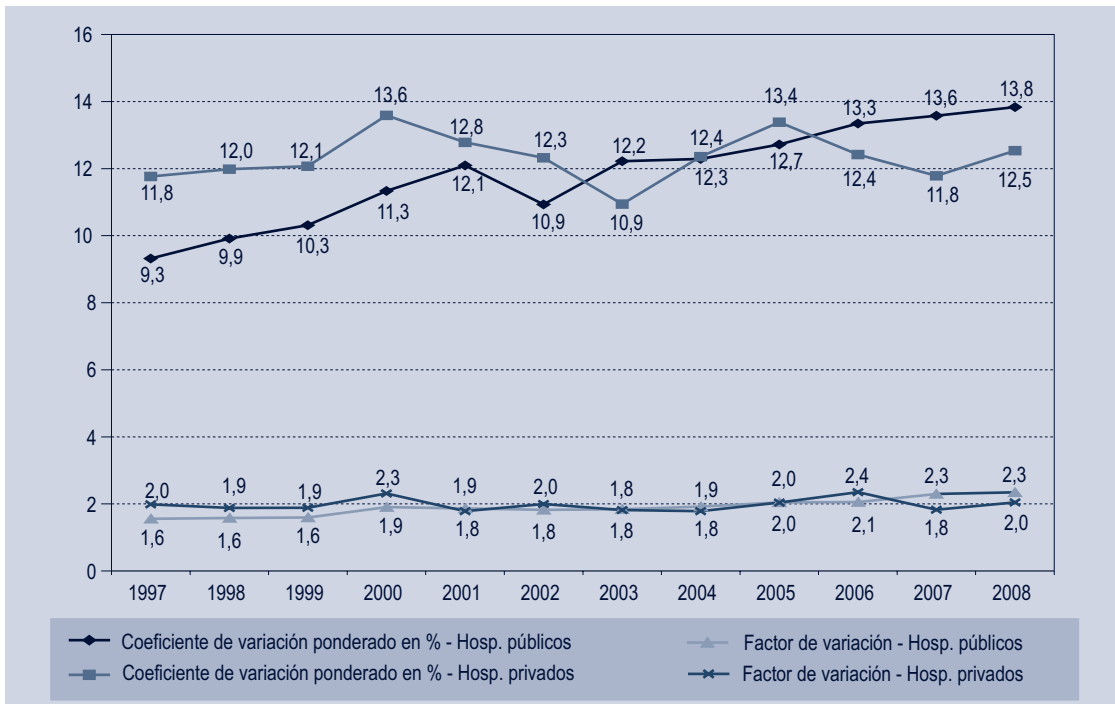
Fuente: elaboración propia a partir de MSyPS, Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado (ESCRI)

Gráfico 13. Incidencia de cesárea en los hospitales públicos, por CCAA, año 2008



Fuente: elaboración propia a partir de MSyPS, Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado (ESCRI)

Gráfico 14. Dispersión de la tasa de cesáreas entre CCAA, en hospitales públicos y privados



Fuente: elaboración propia a partir de MSyPS, Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado (ESCRI)

dispersión alcanzado en el ámbito privado. Asimismo, en el sector hospitalario público, la tasa de cesáreas en la CA con el nivel más alto en todo el territorio español en 2008 es 2,3 veces superior a la correspondiente a la CA con el nivel más bajo, frente a 2 veces cuando se trata del sector hospitalario privado. Estos resultados están en línea con los obtenidos en un estudio de VPM (variaciones en la práctica médica) (Bernal et al., 2009) aplicado a la incidencia de cesárea en los hospitales públicos del SNS, a partir del conjunto de altas en el período 2003-2005. El mencionado estudio concluye que, si bien la probabilidad de que se practique una cesárea está relacionada con la edad de la madre (aumentando entre un 4% y un 6% por cada año de vida), "... este factor individual controlado explica como máximo un 57% de la variación", no habiéndose encontrado "... correlación entre la incidencia de cesárea y la incidencia de partos de riesgo ... la variabilidad podría deberse más a estilos de práctica o formas de organización locales que a la necesidad de las pacientes" (Bernal et al., 2009, pp. 115 y 117). En definitiva, cabe dejar apuntada la hipótesis de la existencia de un problema de variaciones en la práctica médica en este ámbito en España.

4. Resultados del sistema sanitario a nivel autonómico

En el ámbito de los resultados, que es al fin y al cabo el que debería justificar tanto los recursos como la actividad desarrollada en un sistema sanitario, se recogen cuatro dimensiones: mortalidad evitable; calidad de vida (de enorme relevancia en territorios con población envejecida) y estado autopercebido de salud; seguridad/calidad de los servicios sanitarios (en algún caso vinculable a potenciales problemas de iatrogenia) y, por último, la valoración que los ciudadanos hacen del sistema sanitario público desde distintos puntos de vista, valoración que debería orientar mínimamente la política sanitaria, a efectos de la legitimación del sistema.

4.1 Resultados: mortalidad evitable

La mortalidad evitable se refiere a los "casos de muerte por enfermedades o causas externas que disponen de tratamiento o medidas de prevención y que podrían haberse evitado si el sistema sanitario hubiera actuado correctamente en todos sus pasos" (Gispert et al., 2006, p. 186). La mortalidad como indicador, aun refiriéndose a causas evitables, adolece de que refleja sólo una faceta de la morbilidad, si bien la más significativa (Cullis y ~~est~~, 1984, p. 235). Así, en los países desarrollados, con poblaciones cada vez más envejecidas, comienza a primar el concepto de "esperanza de salud", frente al de "esperanza de vida". De ahí que se hayan abordado otras dimensiones asociadas a la salud, como la calidad de vida.

A modo de indicador de calidad asistencial, en los gráficos 15 y 16 se muestra la mortalidad evitable (expresada en tasas por 10.000 defunciones) por enfermedades sensibles a los cuidados médicos: en particular, enfermedades del aparato respiratorio, circulatorio y tumores. Entre 1997-2001 y 2002-2006 la mortalidad cae en todas las CCAA, incluidas las Ciudades Autónomas, excepto en Baleares. A pesar de que Melilla representa, junto con Ceuta, el territorio con mayor mortalidad en 2002-2006, es preciso remarcar la notable disminución (a casi la mitad en el caso de Melilla) de la mortalidad experimentada en un período tan corto de tiempo. Tal y como reflejan los gráficos 15 y 16, Asturias goza de tasas inferiores a la media, distanciándose a la baja en más de 7 puntos y en casi 19 puntos en los sub-períodos 1997-2001 y 2002-2006, respectivamente.

Los gráficos 17 y 18 recogen la mortalidad evitable en hombres y mujeres separadamente, en 1997-2001 y los gráficos 19 y 20, la misma información, sólo que referida al período 2002-2006. La mortalidad evitable (por 10.000 defunciones) correspondiente a las mujeres es

Gráfico 15. Mortalidad evitable (tasas por 10.000 defunciones)*, 1997-2001



Fuente: INE, Indicadores Sociales 2008

*Las principales causas de muerte seleccionadas son enfermedades del aparato respiratorio, circulatorio y tumores

Gráfico 16. Mortalidad evitable (tasas por 10.000 defunciones)*, 2002-2006



Fuente: INE, Indicadores Sociales 2008

*Las principales causas de muerte seleccionadas son enfermedades del aparato respiratorio, circulatorio y tumores

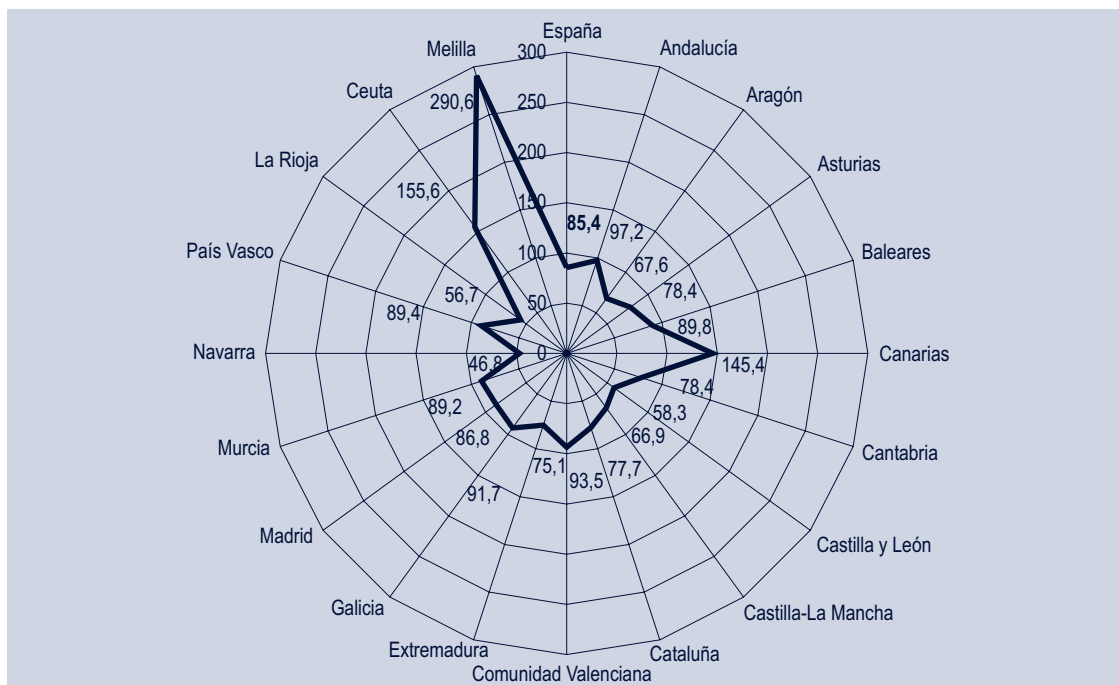
Gráfico 17. Mortalidad evitable (tasas por 10.000 defunciones)*, 1997-2001, Hombres



Fuente: INE, Indicadores Sociales 2008

*Las principales causas de muerte seleccionadas son enfermedades del aparato respiratorio, circulatorio y tumores

Gráfico 18. Mortalidad evitable (tasas por 10.000 defunciones)*, 1997-2001, Mujeres



Fuente: INE, Indicadores Sociales 2008

*Las principales causas de muerte seleccionadas son enfermedades del aparato respiratorio, circulatorio y tumores

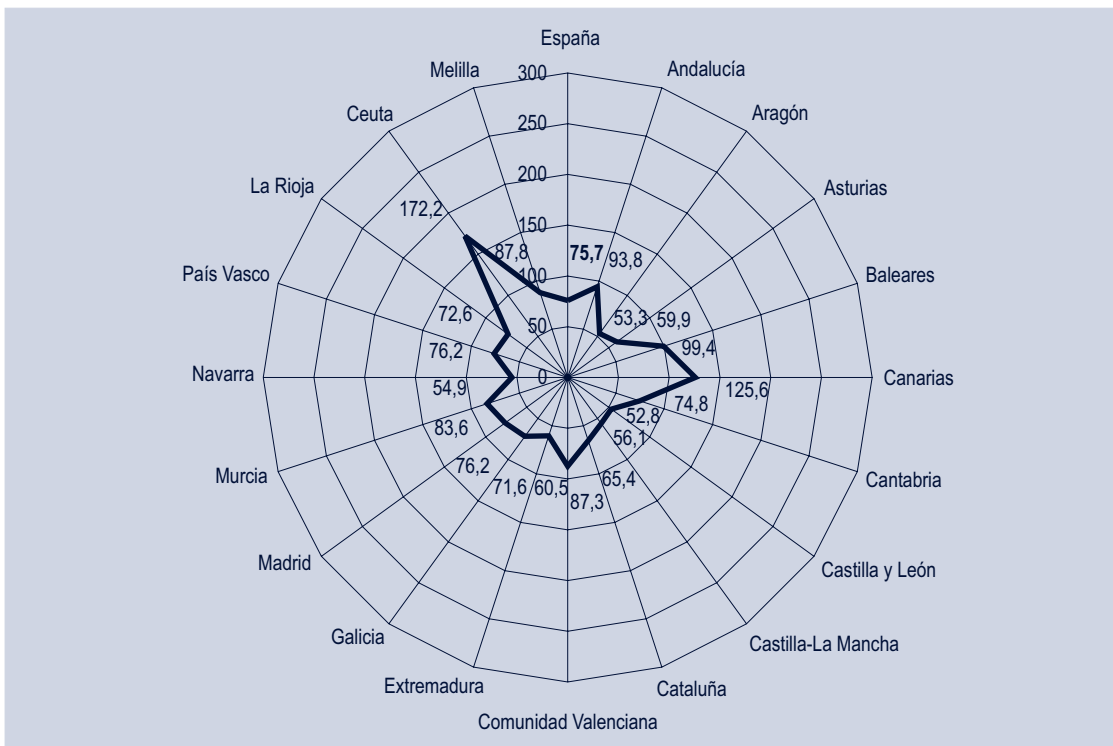
Gráfico 19. Mortalidad evitable (tasas por 10.000 defunciones)*, 2002-2006, Hombres



Fuente: INE, Indicadores Sociales 2008

*Las principales causas de muerte seleccionadas son enfermedades del aparato respiratorio, circulatorio y tumores

Gráfico 20. Mortalidad evitable (tasas por 10.000 defunciones)*, 2002-2006, Mujeres



Fuente: INE, Indicadores Sociales 2008

*Las principales causas de muerte seleccionadas son enfermedades del aparato respiratorio, circulatorio y tumores

inferior a la correspondiente a los hombres en la mayoría de las CCAA, con la excepción de Canarias y Melilla, en 1997-2001, y de Canarias, Ceuta, Navarra y La Rioja, en 2002-2006.

Cabe destacar que la caída de la mortalidad descrita para la población total tiene también lugar cuando se analiza sólo para los hombres (gráficos 17 y 19), con la salvedad de Baleares, donde la mortalidad entre los hombres en el segundo período es también menor al nivel de partida, siendo por tanto la mortalidad evitable entre las mujeres la que explica que la media haya aumentado en Baleares. La mortalidad evitable entre las mujeres aumenta asimismo entre 1997-2001 y 2002-2006 en Navarra, La Rioja y Ceuta (véanse los gráficos 18 y 20). No obstante, en estos casos, la evolución conjuntamente con la mortalidad evitable entre los varones arroja como resultado neto una caída de la mortalidad evitable total. La información referida a la población asturiana indica que, si bien la mortalidad evitable de las mujeres se sitúa por debajo de la de los varones, la ventaja respecto a la media, en 1997-2001, se traduce en casi un punto más en el caso de los hombres que en el de las mujeres, cuya mortalidad evitable (por 10.000 defunciones) es 7 puntos inferior a la correspondiente a la población total de mujeres españolas (véanse los gráficos 17 y 18). La ventaja relativa de los varones asturianos respecto a la alcanzada por las mujeres asturianas se amplifica, ascendiendo a casi 6 puntos de diferencia, en el período 2002-2006, tal y como se deduce de la información recogida en los gráficos 19 y 20.

Respecto a las disparidades, entre ambos períodos, el coeficiente de variación ponderado aumenta, mientras

que el factor de variación y la diferencia entre los valores extremos experimentan una caída, tanto para los hombres como para las mujeres (cuadro 3). Cabe destacar que la variabilidad, con cualquiera de las tres medidas empleadas, es mayor entre las mujeres que entre los hombres, si bien las distancias se han acortado notablemente en 2002-2006.

Por último, la evolución de la mortalidad evitable fue analizada específicamente en relación a la mortalidad perinatal y a las tres principales causas de muerte en España: las enfermedades cardiovasculares, las cerebrovasculares y el cáncer. Entre las primeras, la cardiopatía isquémica del corazón constituye la primera causa de muerte entre los hombres y las enfermedades cerebrovasculares, la primera entre las mujeres. A su vez, el cáncer de mama continúa siendo el más letal en el caso de las mujeres.

El período de análisis abarca desde el año 1981 hasta el año 2007. La unidad de medida utilizada es la TMA (tasa de mortalidad ajustada por edad), es decir, la tasa que se observaría en el territorio estudiado si tuviese la misma estructura de edad que la población de referencia: la población tipo europea de la OMS, para los datos del período 1981-2007 que se analizan.

A lo largo del período 1981-2007, la TMA asociada a problemas de cardiopatía isquémica cae tanto en hombres como en mujeres. Si bien la TMA correspondiente a los hombres se sitúa durante todo el período por encima de la correspondiente a las mujeres, cabe destacar que la distancia entre ambos tiende a acortarse. Los gráficos 21 y 22, realizados a la misma escala, reflejan

Cuadro 3. Disparidades en mortalidad evitable (tasas por 10.000 defunciones)*, según sexo, 1997-2001 vs. 2002-2006

Población total	1997-2001	2002-2006
Coefficiente variación p. (%)	18,00	20,06
Factor de variación	4,40	2,76
Máxima diferencia	183,70	93,16
CCAA con > mortalidad (en orden descendente)	Melilla Ceuta Canarias	Ceuta Melilla Canarias
CCAA con < mortalidad (en orden ascendente)	Navarra Castilla y León La Rioja	Navarra Castilla y León Aragón
Hombres		
Coefficiente variación p. (%)	16,93	19,80
Factor de variación	3,15	2,97
Máxima diferencia	129,56	100,66
CCAA con > mortalidad (en orden descendente)	Melilla Ceuta Canarias	Melilla Ceuta Andalucía
CCAA con < mortalidad (en orden ascendente)	Navarra Castilla y León Aragón	Navarra La Rioja Castilla y León
Mujeres		
Coefficiente variación p. (%)	20,92	22,21
Factor de variación	6,21	3,26
Máxima diferencia	243,82	119,36
CCAA con > mortalidad (en orden descendente)	Melilla Ceuta Canarias	Ceuta Canarias Balears
CCAA con < mortalidad (en orden ascendente)	Navarra La Rioja Castilla y León	Castilla y León Aragón Navarra

Fuente: elaborado con apoyo en INE, *Indicadores Sociales 2008 y movimiento natural de la población-defunciones*

*Las principales causas de muerte seleccionadas son enfermedades del aparato respiratorio, circulatorio y tumores. En todos los cálculos están excluidos los fallecidos residentes en el extranjero

la TMA por cardiopatía isquémica del corazón para el conjunto de la población española, por CCAA, en 1981 y 2007, respectivamente. En Asturias la TMA es superior a la media, tanto al principio como la final del

período estudiado. No obstante, la brecha se acorta significativamente, ya que en 2007 la distancia se reduce a 11 puntos, frente a los 18 puntos que nos separaban de la media en 1981.

Gráfico 21. TMA por cardiopatía isquémica del corazón, por 100.000 habitantes, 1981



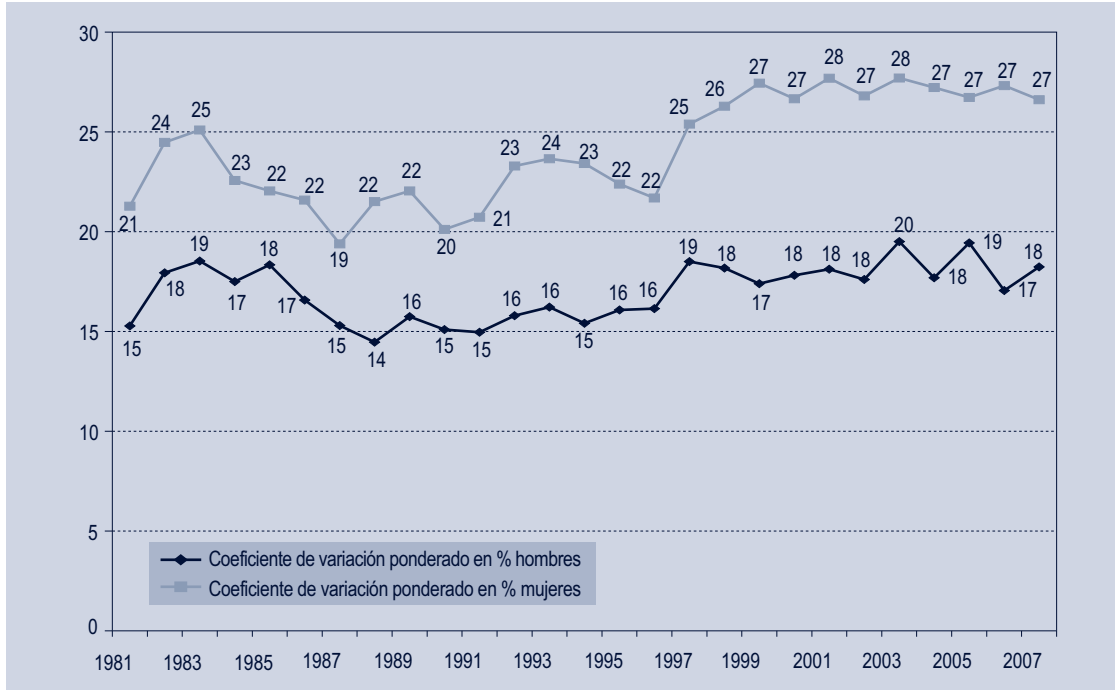
Fuente: MSyPS, Instituto de Información Sanitaria, Mortalidad por causa de muerte

Gráfico 22. TMA por cardiopatía isquémica del corazón, por 100.000 habitantes, 2007



Fuente: MSyPS, Instituto de Información Sanitaria, Mortalidad por causa de muerte

Gráfico 23. Coeficiente de variación de la TMA por cardiopatía isquémica del corazón, según sexo, 1981-2007*



Fuente: elaboración propia a partir de MSyPS, Instituto de Información Sanitaria, Mortalidad por causa de muerte e INE

*El cálculo del coeficiente de variación ponderado se ha efectuado a partir de INE (Evolución de la población de España entre los censos de 1981 y 1991 y entre los censos de 1991 y 2001 —estimaciones intercensales— y estimaciones de la población actual de España a partir del censo de 2001. Población tomada a fecha 1 de enero)

Al mismo tiempo que la TMA por cardiopatía isquémica del corazón cae a lo largo del período, aumenta el coeficiente de variación ponderado, tanto entre los hombres como entre las mujeres. No obstante, el valor correspondiente a las mujeres se sitúa durante todo el período por encima del correspondiente a los hombres, con tendencia a divergir (véase el gráfico 23). Del mismo modo, el factor de variación muestra una tendencia decreciente en el caso de los hombres y creciente en el de las mujeres.

Entre las posibles hipótesis explicativas de la mayor variabilidad de la TMA por cardiopatía isquémica del corazón entre las mujeres, aparte de las diferencias biológicas en la etiología de la enfermedad, cabe dejar apuntada la relacionada con un posible "sesgo de género", particularmente relevante en este caso: no

sólo debido a la no inclusión de mujeres en los ensayos clínicos, sino también, tal y como se detectó en el estudio IBERICA, sobre más de 8.000 casos de infarto agudo de miocardio, porque "... las mujeres tienen menor frecuencia de síntomas típicos [y] mayor demora ... entre el inicio de los síntomas y la monitorización...", situación tras la que subyace el papel de cuidadora de las mujeres (Ruiz-Cantero y Verdú-Delgado, 2004, pp. 120 y 122).

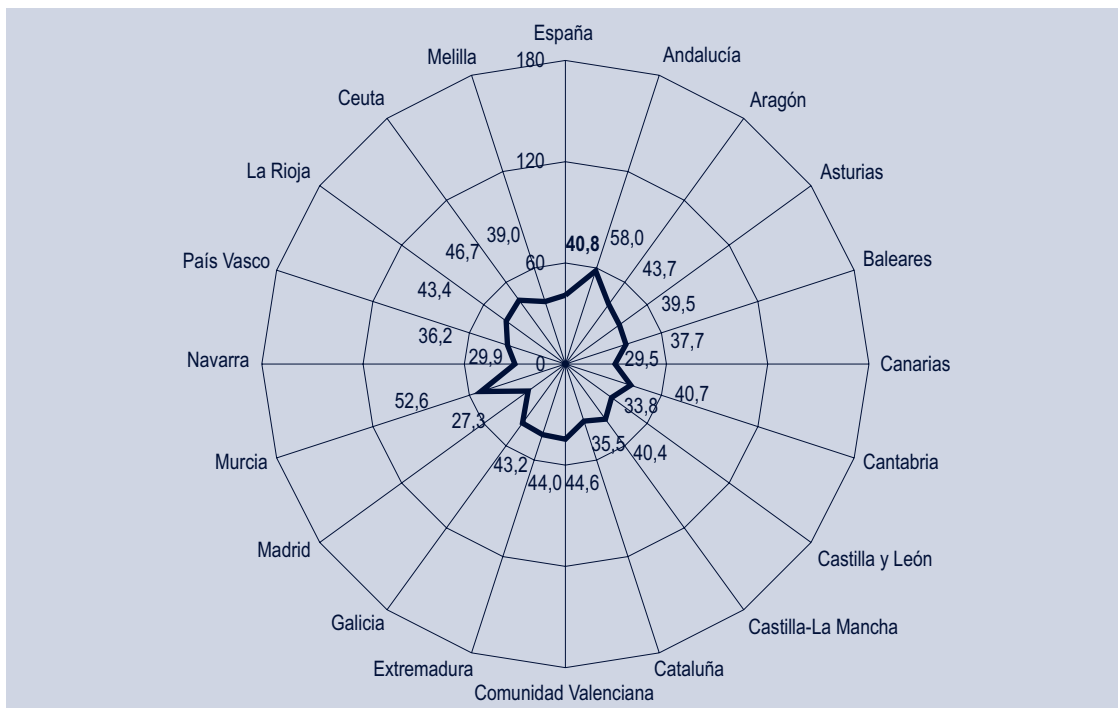
Los gráficos 24 y 25 permiten valorar la evolución de la TMA por enfermedades cerebrovasculares, entre los extremos del período estudiado, por CCAA. Cabe destacar la notable caída de la TMA en todas y cada una de las CCAA, incluidas las Ciudades Autónomas. En particular, la TMA para el conjunto de la población asturiana pasa del 115 por 100.000 habitantes, en 1981, al

Gráfico 24. TMA por enfermedades cerebrovasculares, por 100.000 habitantes, 1981



Fuente: MSyPS, Instituto de Información Sanitaria, Mortalidad por causa de muerte

Gráfico 25. TMA por enfermedades cerebrovasculares, por 100.000 habitantes, 2007



Fuente: MSyPS, Instituto de Información Sanitaria, Mortalidad por causa de muerte

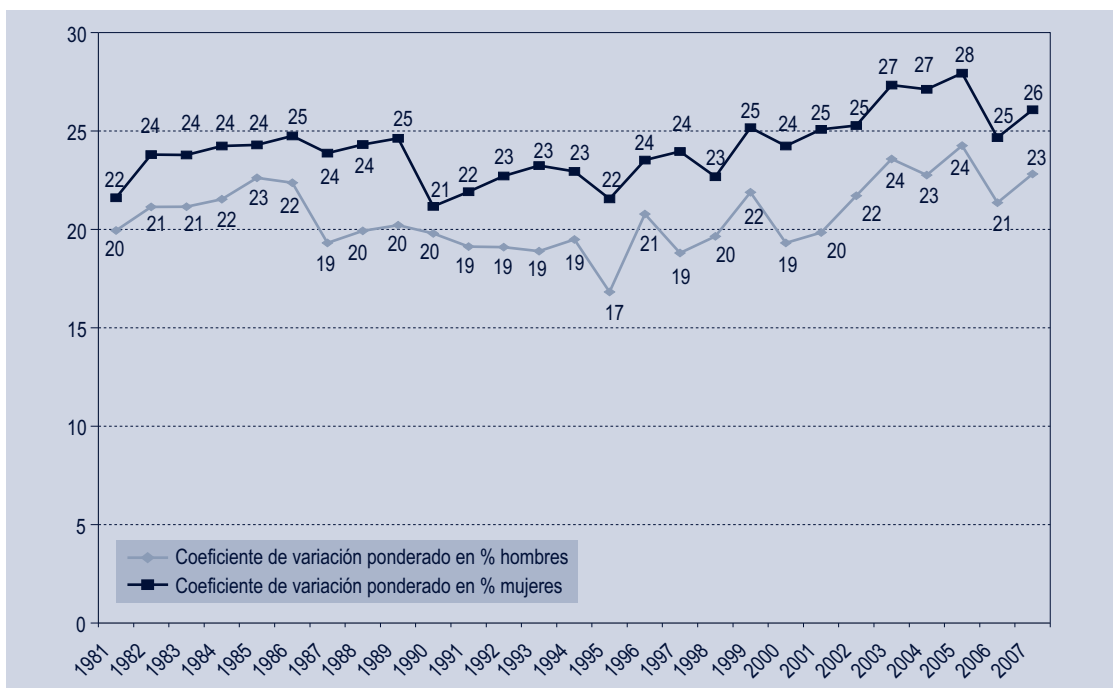
39,5 por 100.000 habitantes, en 2007; ligeramente inferior a la media nacional al final del período.

La dispersión en el territorio según sexo queda reflejada en el gráfico 26, que permite diferenciar dos sub-períodos: entre 1981 y mediados de los años 90, caracterizado por una tendencia descendente y desde entonces hasta 2007, con un repunte del coeficiente de variación tal que, en términos netos, la tendencia para el conjunto del período ha sido hacia una dispersión creciente. De nuevo, la variabilidad es mayor entre las mujeres que entre los hombres. Por su parte, la tendencia de la ratio y de la diferencia entre los valores extremos es descendente en ambos casos, si bien el factor de variación de las mujeres supera al correspondiente a los hombres, en la mayoría de los años del período contemplado.

El cáncer de mama constituye la principal causa de muerte por cáncer entre las mujeres. En el gráfico 27 se muestra la evolución de la TMA por cáncer de mama femenino, en el período 1981-2007. La TMA crece hasta mediados de los años 90 y desciende desde entonces, situándose en 2007 en 18,4 muertes por 100.000 mujeres, a un nivel ligeramente inferior al primer año del período contemplado. Entre 1990 y 1999, todas las CCAA incorporaron programas de detección precoz de cáncer de mama en su territorio (AETS, 2002), lo que podría relacionarse con la caída de la TMA en el segundo sub-período.

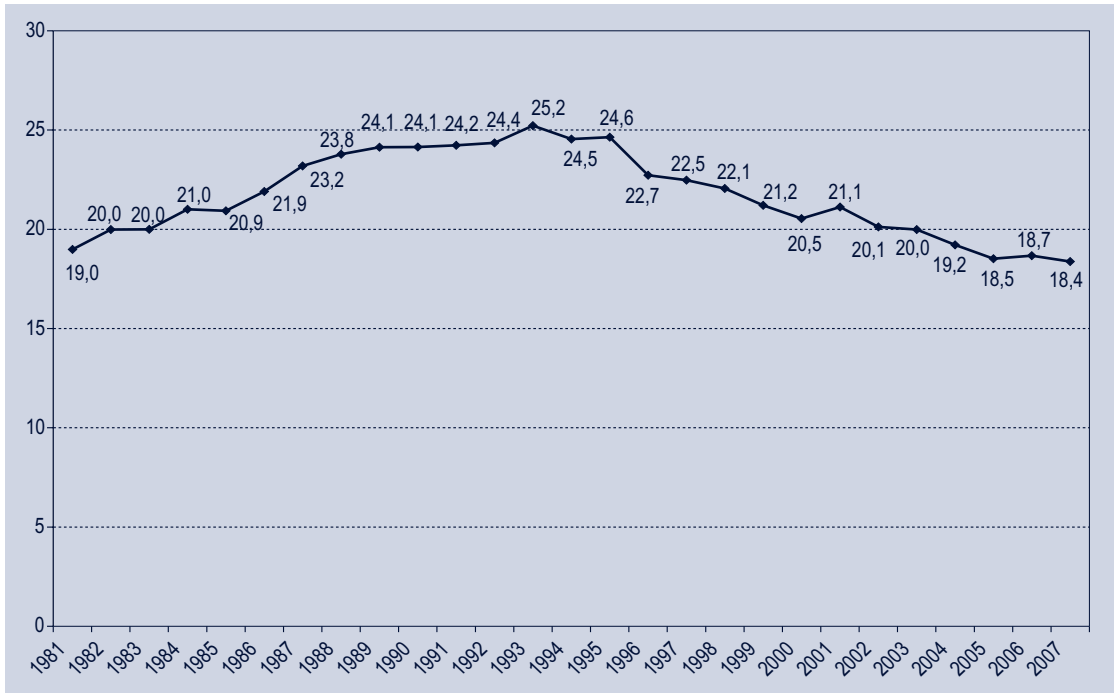
El gráfico 28 muestra la variabilidad de la TMA entre CCAA, con tendencia descendente, tanto si las disparidades se miden a través del coeficiente de variación ponderado, como si se miden a través del factor de

Gráfico 26. Coeficiente de variación de la TMA por enfermedades cerebrovasculares, según sexo, 1981-2007



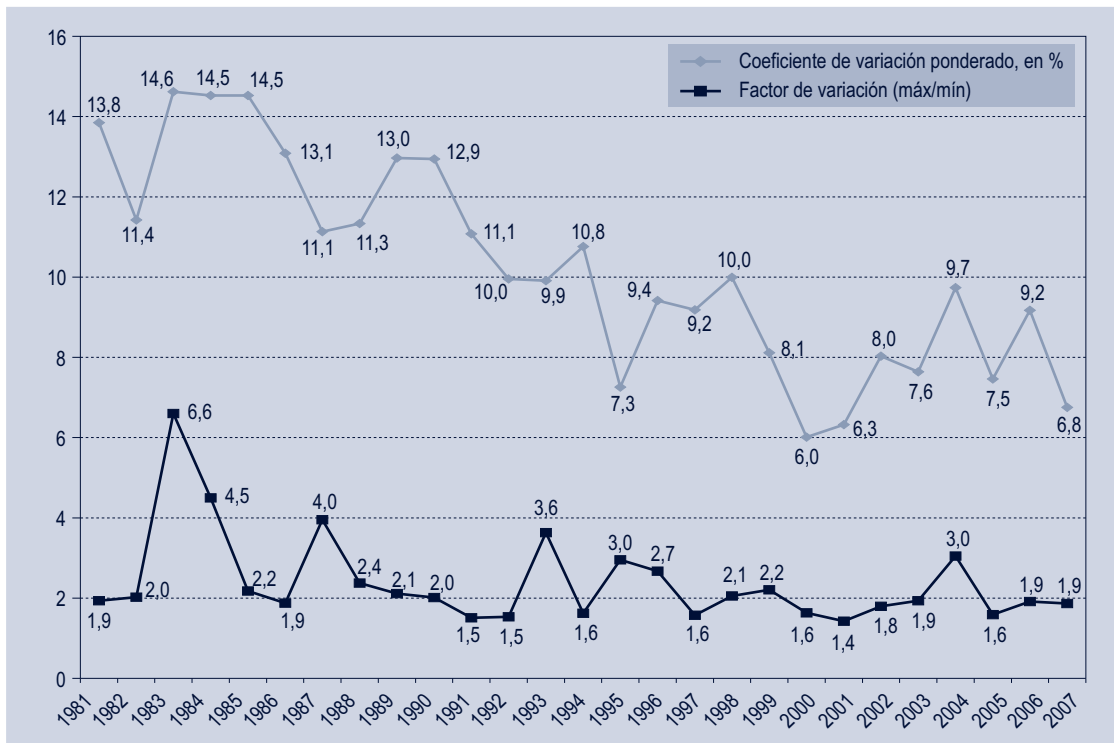
Fuente: elaboración propia a partir de MSyPS, Instituto de Información Sanitaria, Mortalidad por causa de muerte

Gráfico 27. Mortalidad evitable: cáncer de mama femenino, TMA por 100.000 mujeres, 1981-2007



Fuente: MSyPS, Instituto de Información Sanitaria, Mortalidad por causa de muerte

Gráfico 28. Coeficiente y factor de variación de la TMA por cáncer de mama femenino, 1981-2007



Fuente: elaboración propia a partir de MSyPS, Instituto de Información Sanitaria, Mortalidad por causa de muerte

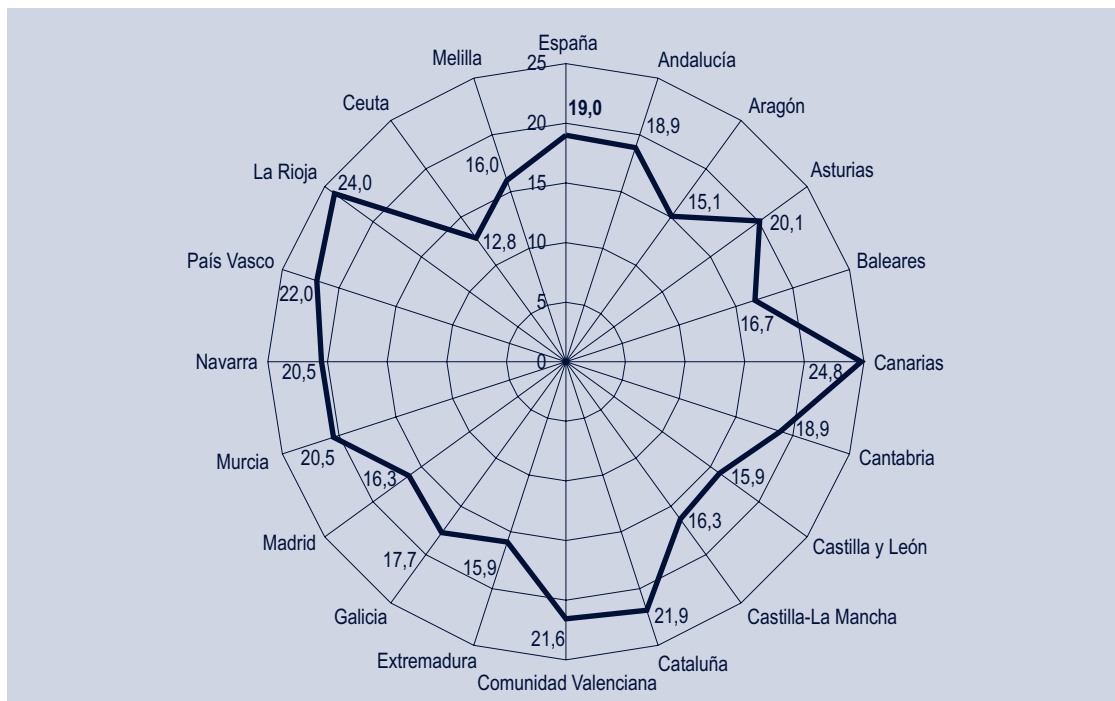
variación. Por último los gráficos 29 y 30 muestran la TMA en los extremos del período, por CCAA.

La disminución en la TMA por cáncer de mama femenino en numerosos países europeos, aun en aquéllos donde no existen programas de cribado, ha conducido a algunos autores a afirmar que "...los determinantes de la tendencia de mortalidad pueden incluir tanto la detección temprana como la mejora en las terapias asociadas" (Pérez et al., 2006, p. 52). Aunque sólo sea como hipótesis, a lo sugerido más arriba acerca del potencial impacto positivo de los programas de cribado desde mediados de los años 90, en el caso español, cabe apuntar que el hecho de que las disparidades entre CCAA hayan disminuido en el período analizado, junto al hecho de que las tres CCAA con mayor TMA

(en orden descendente, Baleares, Asturias y Canarias) se encuentren entre las últimas en introducir programas de detección precoz (en concreto, en 1997, 1998 y 1999, respectivamente; AETS, 2002, pp. 23 y 24) sugieren que los programas de prevención de cáncer de mama comienzan a mostrar su efectividad, particularmente en las CCAA que llevan tiempo desarrollándolos.

Por último, entre las causas de mortalidad evitable se ha analizado la evolución de la mortalidad perinatal (niños fallecidos en la primera semana de vida y muertes fetales tardías por 1.000 nacidos vivos más muertes fetales tardías). Los gráficos 31 y 32 permiten captar simultáneamente la extraordinaria caída de la tasa de mortalidad perinatal entre los extremos del período estudiado (del 14,5 en 1981 al 4,5 en 2007), así como

Gráfico 29. TMA por cáncer de mama femenino, por 100.000 mujeres, 1981



Fuente: MSyPS, Instituto de Información Sanitaria, Mortalidad por causa de muerte

Gráfico 30. TMA por cáncer de mama femenino, por 100.000 mujeres, 2007



Fuente: MSyPS, Instituto de Información Sanitaria, Mortalidad por causa de muerte

Gráfico 31. TM Perinatal (por 1.000 nacidos vivos + muertes fetales tardías), 1981



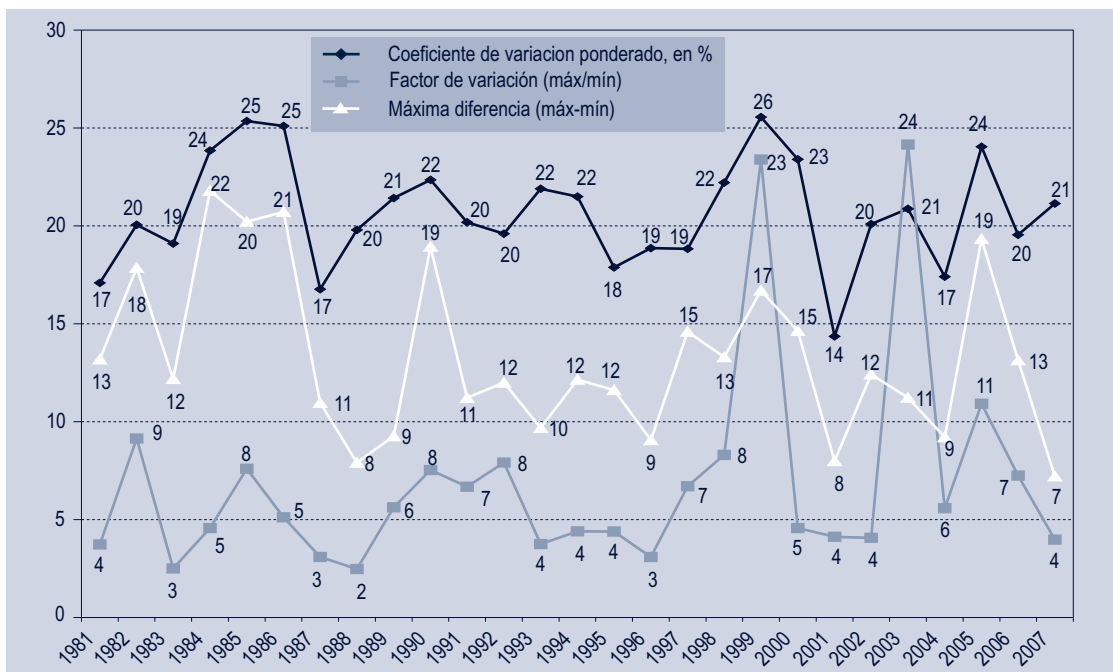
Fuente: MSyPS, Indicadores de Salud 2009. Evolución de los indicadores del estado de salud en España y su magnitud en el contexto de la Unión Europea

Gráfico 32. TM Perinatal (por 1.000 nacidos vivos + muertes fetales tardías), 2007



Fuente: MSyPS, Indicadores de Salud 2009. Evolución de los indicadores del estado de salud en España y su magnitud en el contexto de la Unión Europea

Gráfico 33. Disparidades de la tasa de mortalidad perinatal entre CCAA (por 1.000 nacidos vivos + muertes fetales tardías)



Fuente: elaboración propia, con apoyo en MSyPS (Indicadores de Salud 2009) e INE (movimiento natural de la población)

las diferencias entre las CCAA. La tasa mortalidad perinatal en Asturias, partiendo de un nivel muy similar a la media, también desciende, pero a un ritmo muy inferior al conjunto español, situándose en 2007 en 7,1, tasa sólo superada ese año en Ceuta.

Esta tendencia decreciente se ha conseguido, además, con una disminución del coeficiente de variación ponderado y de la diferencia entre los valores extremos (véase el gráfico 33). En cambio, el factor de variación tiende a crecer, sobre todo al final del período. Conviene mencionar en este sentido que, cuando se manejan tasas muy bajas, el factor de variación puede ofrecer una imagen distorsionada (al alza) de las disparidades (siempre que sea posible su cálculo) y que, en esos casos, puede cobrar mayor interés observar la evolución de la diferencia entre los valores extremos.

4.2. Resultados: calidad de vida y estado autopercibido de salud

Con vistas a considerar no sólo la esperanza de vida, sino también la esperanza de salud, en los siguientes apartados se analizan diversos indicadores de la calidad de vida de los españoles. En particular, el cuadro 4 recoge la EVLD (esperanza de vida libre de discapacidad) en los años 2000 y 2008. Nótese que las dispari-

dades geográficas aumentan cuando en lugar de la esperanza de vida se adopta la perspectiva de la calidad de vida. La población asturiana en 2000 goza de una esperanza de vida de 79,2 años, ligeramente por debajo de la media correspondiente a la población española, mientras que la esperanza de vida libre de incapacidad es superior. En cambio, si bien tanto la esperanza de vida como la EVLD en 2008 superan los valores alcanzados en 2000, ambos valores son ligeramente inferiores a la media nacional.

En este ámbito cobra particular relevancia analizar las diferencias en función del sexo. El gráfico 34 recoge la diferencia neta entre mujeres y hombres en EVLD y en expectativa de discapacidad, en el año 2008. En todas las CCAA (incluidas las Ciudades Autónomas), las mujeres gozan de mayor esperanza de vida y, excepto en Melilla, también gozan de mayor esperanza de vida libre de discapacidad. No obstante, la mayor esperanza de vida conduce a una mayor expectativa de discapacidad (viven más años, pero también más años de discapacidad), que supera, por término medio, en 3,9 años la expectativa de discapacidad de los hombres. La diferencia neta es notablemente mayor a la del conjunto del territorio nacional en los casos de Melilla (5,9 años); Andalucía (4,9 años) y Asturias, Extremadura y Murcia (con 4,6 años).

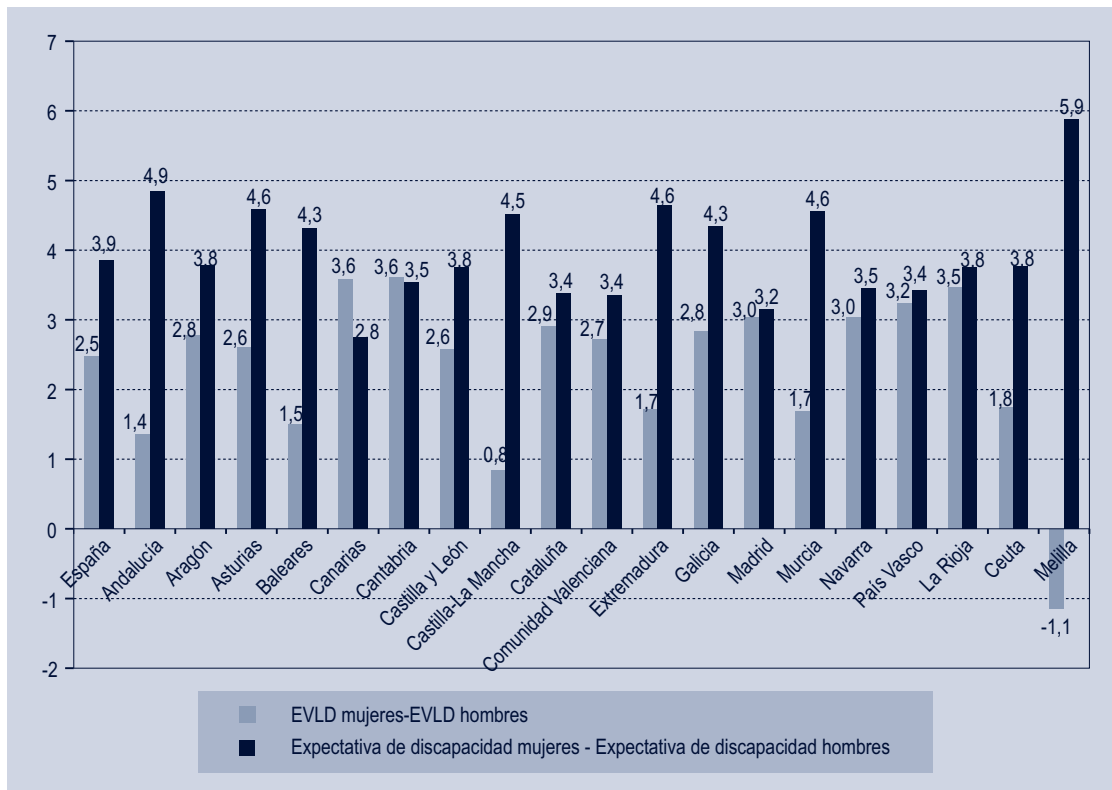
Cuadro 4. Esperanza de vida y esperanza de vida libre de discapacidad (al nacer), 2000 y 2008

	EV H+M 2000	EVLI H+M 2000	EV H+M 2008	EVLD H+M 2008
España	79,4	70,7	80,94	72,49
Asturias	79,2	71,1	80,22	72,39
Factor de variación	1,04	1,11	1,05	1,12
Máxima diferencia	3,1	7,40	3,78	8,31

EVLI: Esperanza de vida libre de incapacidad. EVLD: Esperanza de vida libre de discapacidad

Fuente: 2000: MSyPS (2005) y 2008: Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia, 2008, INE

Gráfico 34. Esperanza de vida libre de discapacidad y expectativa de discapacidad (al nacer): diferencia neta entre mujeres y hombres, 2008



Fuente: elaboración propia, con apoyo en Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia, 2008, INE

Otra vertiente de la calidad de vida se refiere a la EVLEC (esperanza de vida libre de enfermedad crónica). Como se puede ver en el cuadro 5, en 2008, la EVLEC en la CA con mayor nivel entre los hombres casi duplica la EVLEC en la CA con el nivel más bajo. Estos valores extremos corresponden, respectivamente, a La Rioja y a Asturias. En el caso de las mujeres, la proporción entre los valores extremos (correspondientes a La Rioja y a Melilla, respectivamente) es aún más alta, situándose en 2,37. Aunque la distancia que separa la EVLEC de las mujeres asturianas de la del conjunto de las mujeres españolas no es tan grande como la referida a los varones, el resultado neto sitúa a la población asturiana como la población de menor EVLEC en 2008 en el mapa español.

El gráfico 35 muestra la diferencia neta entre mujeres y hombres en EVLEC y en expectativa de enfermedad crónica. En función de esta información, en tres CCAA cabe esperar que las mujeres vivan más de 14 años de enfermedad crónica por encima de los hombres; se trata de Baleares, Canarias y Murcia. En ninguna CA la EVLEC de las mujeres supera a la de los varones. En Asturias, en relación directa con la baja EVLEC de los hombres, cabe esperar que las mujeres vivan casi 9 años más de enfermedad crónica que los hombres, frente a 11,5 años de diferencia en el conjunto del territorio nacional.

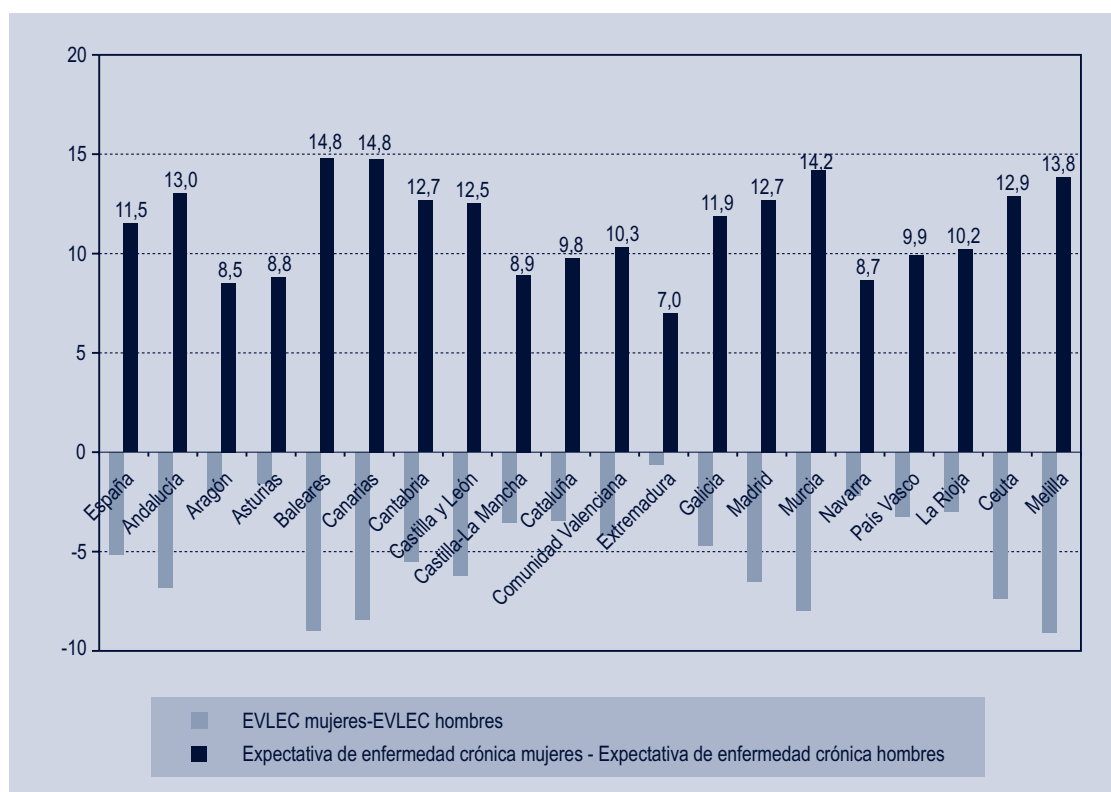
Cuadro 5. Esperanza de vida libre de enfermedad crónica (al nacer), según sexo, 2008

	EV H+M	EVLEC H+M	EV H	EVLEC H	EV M	EVLEC M
España	80,94	28,81	77,77	31,34	84,11	26,16
Asturias	80,22	22,42	76,59	23,12	83,79	21,52
Factor de variación	1,05	1,94	1,04	1,94	1,05	2,37
Máxima diferencia	3,78	21,03	3,28	21,63	4,24	24,12

EVLEC: Esperanza de vida libre de enfermedad crónica

Fuente: elaborado con apoyo en la Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia, 2008, INE

Gráfico 35. Esperanza de vida libre de enfermedad crónica y expectativa de enfermedad crónica (al nacer): diferencia neta entre mujeres y hombres, 2008



Fuente: elaboración propia, con apoyo en Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia, 2008, INE

Cuadro 6. Esperanza de vida en buena salud (al nacer), años 1991, 2002 y 2008

	EVBS H+M 1991	EVBS H+M 2002	EVBS H+M 2008
España	53,9	55,1	55,3
Asturias	51,7	50,9	53,7
Factor de variación	1,28	1,31	1,3
Máxima diferencia	13,3	14,8	14,9

Fuente: Años 1991 y 2002: MSyPS (2005) y año 2008: INE

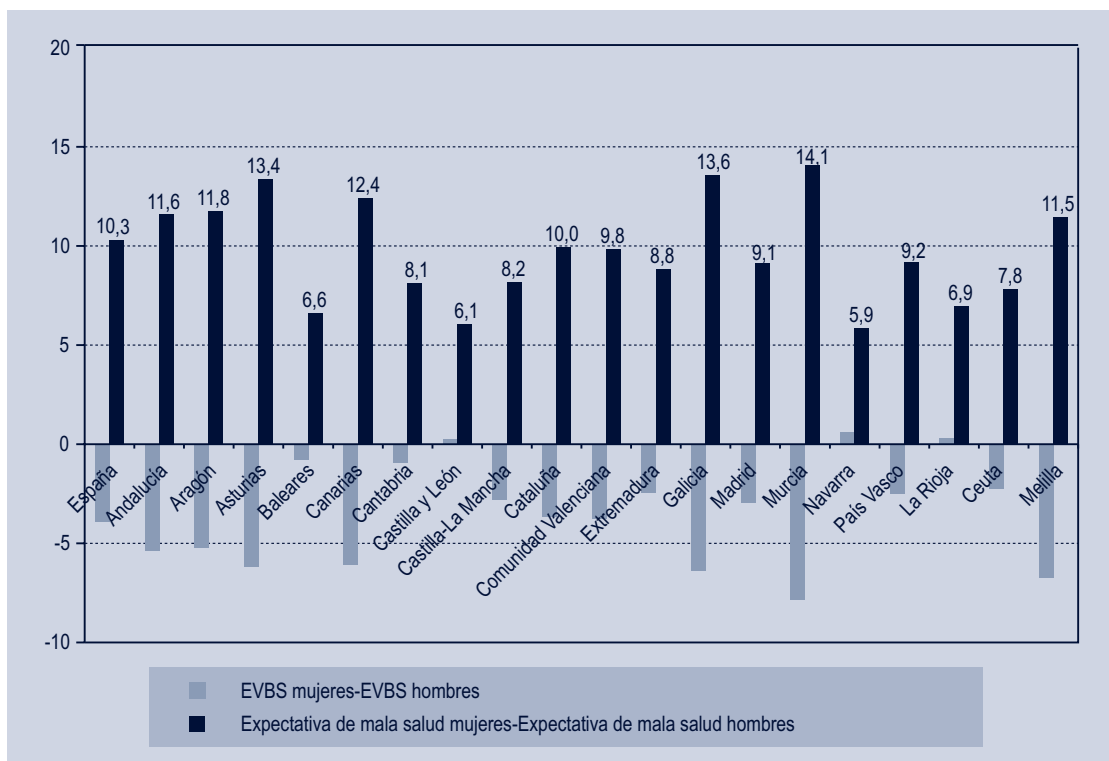
Por último, en relación a la calidad de vida, en el cuadro 6 se recoge la dimensión de EVBS (esperanza de vida en buena salud) al nacer, en los años 1991, 2002 y 2008, obtenida a partir de la ponderación de la esperanza de vida por la percepción subjetiva del estado de salud. En términos agregados, la tendencia ha sido positiva. La tendencia a lo largo del período también ha sido positiva en el caso de Asturias, si bien la EVBS de la población asturiana ha sido inferior a la media en todos los años contemplados, situándose en 2008 más de 1,5 años por debajo de la correspondiente al conjunto de la población española. Al mismo tiempo, han aumentado las disparidades entre CCAA; muy ligeramente el factor de variación y más de un año y medio la diferencia entre los valores extremos.

El gráfico 36 recoge la diferencia neta entre mujeres y hombres en EVBS y en expectativa de mala salud (al nacer), en el año 2008. Excepto en Castilla y León, Navarra y La Rioja, la EVBS de las mujeres es inferior a la de los hombres. En relación directa con su mayor esperanza de vida, la expectativa de mala salud de las mujeres es mayor que la de los hombres, en todas las CCAA, incluidas Ceuta y Melilla. La EVBS de las mujeres es muy inferior a la de los hombres en los casos de Murcia y Melilla. Combinada esta información con la esperanza de vida, la expectativa de mala salud de las mujeres supera en más de 13 años a la de los varones en Murcia (14,1 años), Galicia (13,6 años) y Asturias (13,4 años).

A modo de balance, y englobando las tres dimensiones de calidad de vida revisadas previamente, se puede afirmar que la situación de las mujeres es particularmente desfavorable, respecto a los hombres, en Andalucía, Asturias, Melilla y Murcia.

Por último, se ha efectuado la comparación del estado autopercebido de salud por CCAA, entre 2003 y 2006, a partir de la Encuesta Nacional de Salud, arrojando los resultados presentados en el cuadro 7. Conviene recordar que la percepción subjetiva del estado de salud "... goza de un extraordinario prestigio como medida de salud general de la población,... seguramente fundamentado en las altas correlaciones encontradas entre esta medida y ciertos índices y perfiles de salud de contrastada validez, o en el fuerte carácter predictivo que tiene sobre el uso de servicios y la mortalidad" (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2005, p. 219). Entre las diversas interpretaciones de la salud percibida como indicador de los problemas de salud, cabe resaltar dos: la "hipótesis de la esponja", que considera el estado autopercebido de salud como un indicador más completo, por su sensibilidad para captar información que otros no pueden identificar y la "hipótesis de la trayectoria", que resalta la capacidad predictiva que la percepción negativa de la salud tiene del deterioro inminente de la salud (AETS, 2001, p. 14).

Gráfico 36. Esperanza de vida en buena salud y expectativa de mala salud (al nacer): diferencia neta entre mujeres y hombres, 2008



Fuente: elaboración propia, con apoyo en INE

Cuadro 7. Estado autopercebido de salud como bueno o muy bueno, 2003 y 2006

	Estado autopercebido de salud como bueno o muy bueno (%), 2003	Estado autopercebido de salud como bueno o muy bueno (%), 2006
España	71,31	69,99
Asturias	63,52	65,25
Factor de variación	1,28	1,35
Máxima diferencia	17,19	20,56

Fuente: elaboración propia, a partir de la ENS 2003 y 2006 (MSyPS e INE)

Como se puede ver en el cuadro 7, agregadamente, y en un período tan breve de tiempo, la salud percibida como buena o muy buena disminuye algo más de un punto entre 2003 y 2006. Asimismo, las disparidades territoriales entre los extremos aumentan, tanto en tér-

minos absolutos como relativos. Si bien en Asturias el estado autopercebido de salud como positivo es inferior a la media española ambos años, entre 2003 y 2006 aumenta casi un 2%, frente a la caída experimentada para el conjunto de la población española.

Gráfico 37. Autovaloración del estado de salud mujeres vs. hombres: porcentaje de mujeres que responde que su estado de salud es bueno o muy bueno menos el porcentaje correspondiente a los hombres, 2006



Fuente: elaboración propia a partir de la ENS de 2006 (MSyPS e INE)

Como cabía esperar, el estado autopercebido de salud de las mujeres es peor que el de los hombres. Según los resultados obtenidos en la ENS de 2006, el porcentaje de mujeres que contesta que su estado de salud es bueno o muy bueno se sitúa 10 puntos por debajo del correspondiente a los varones (véase el gráfico 37). Si bien en todas y cada una de las CCAA las mujeres valoran peor que los hombres su estado de salud, en algún caso la brecha es particularmente amplia, como ocurre en Asturias, Galicia y Murcia, donde supera los 14 puntos.

4.3 Resultados: seguridad/calidad de los servicios sanitarios

A modo de aproximación a la seguridad/calidad de los servicios sanitarios, se ha analizado la evolución de la mortalidad debida a efectos adversos de los medicamentos y a incidentes asociados a técnicas quirúrgicas y médicas; la prevalencia de infecciones nosocomiales y la frecuentación de urgencias hospitalarias. En parte por las bajas tasas y en parte por la propia naturaleza de la causa de muerte estudiada, se pueden dar com-

portamientos erráticos, de modo que no se considera oportuno incidir demasiado en las disparidades territoriales en los dos primeros casos. Únicamente, conviene dejar indicada la tendencia alcista de la mortalidad debida a los efectos adversos de los medicamentos, al mismo tiempo que las disparidades aumentan, a lo largo del período 1981-2007⁴. Respecto a los incidentes mortales asociados a procedimientos quirúrgicos y médicos, en cambio, tanto la TMA como la diferencia entre los valores extremos han experimentado una disminución a lo largo del período.

La prevalencia de infecciones nosocomiales viene siendo objeto de estudio por la Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene (Estudio EPINE) desde 1990, a través de una encuesta anual de prevalencia realizada en hospitales médico-quirúrgicos de enfermos agudos de 100 o más camas. En los gráficos 38 y 39 se muestra el porcentaje de infecciones sobre el total de enfermos estudiado (51.674 pacientes, en un total de 214 hospitales, en 1997 y 62.468 pacientes y 276 hospitales, en 2008) (Vaqué, J. y Grupo de Trabajo EPINE, 1998, y EPINE 2008).

Entre 1997 y 2008 ha aumentado muy ligeramente la prevalencia de infecciones nosocomiales en España, tanto desde la perspectiva del porcentaje de infecciones (gráficos 38 y 39), como desde la óptica de la proporción de pacientes infectados, alcanzando, en todo caso, valores aceptables en comparación a otros países de nuestro

entorno (Vaqué, J. y Grupo de Trabajo EPINE, 1998, p. 35). Por su parte, las disparidades entre CCAA, medidas a través del coeficiente de variación y de la ratio y la diferencia entre los valores extremos, disminuyeron entre 1997 y 2008. En concreto, el coeficiente de variación referido a la prevalencia de infecciones cae desde el 12,5% en 1997 hasta el 10,7% en 2008. Por último, cabe destacar que, en 2008, la mayor prevalencia de infecciones nosocomiales detectada en el estudio EPINE (2008) se ha situado en Asturias, con 0,108 infecciones nosocomiales por paciente estudiado.

Se ha utilizado la frecuentación de urgencias como indicador de calidad-seguridad del sistema sanitario en la medida en la que una elevada frecuentación agregada admite diversas lecturas de signo negativo: precaria continuidad de los cuidados; problemas de accesibilidad (como largas listas de espera para consulta con el especialista) y, obviamente, la actitud de los pacientes ante los problemas de salud. La frecuentación de urgencias hospitalarias, tanto en hospitales públicos como privados, ha mostrado una tendencia creciente entre 1997 y 2008. Sin embargo, las disparidades entre CCAA, medidas a través del coeficiente de variación ponderado, han disminuido a lo largo del período en ambos sectores hospitalarios, pasando, entre los extremos y para el conjunto hospitalario español, del 17,2% al 12,6%. No obstante, en 1997, la frecuentación de urgencias en hospitales públicos en la CA con el valor

⁴ En 2007, el número de defunciones por esta causa ascendió a 147 (véase Indicadores de Salud 2009, p. 46, en <http://www.msps.es>).

Gráfico 38. Prevalencia de infecciones nosocomiales en los hospitales de agudos, 1997



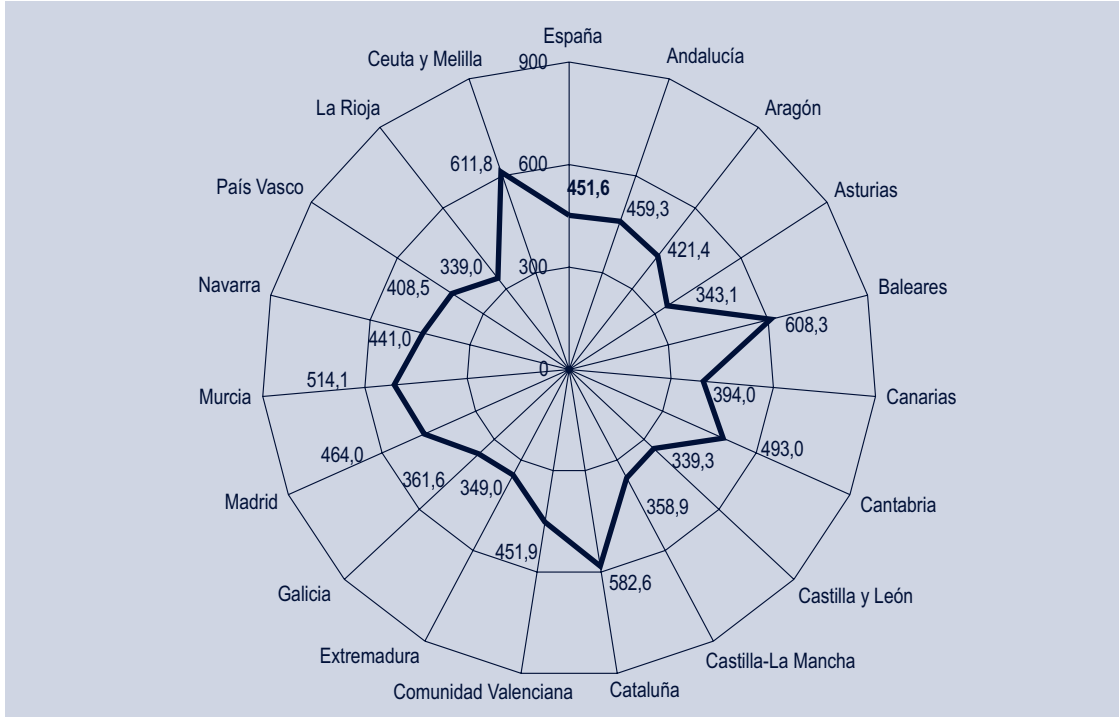
Fuente: Vaqué J. y Grupo de Trabajo EPINE (1998)

Gráfico 39. Prevalencia de infecciones nosocomiales en hospitales de agudos, 2008



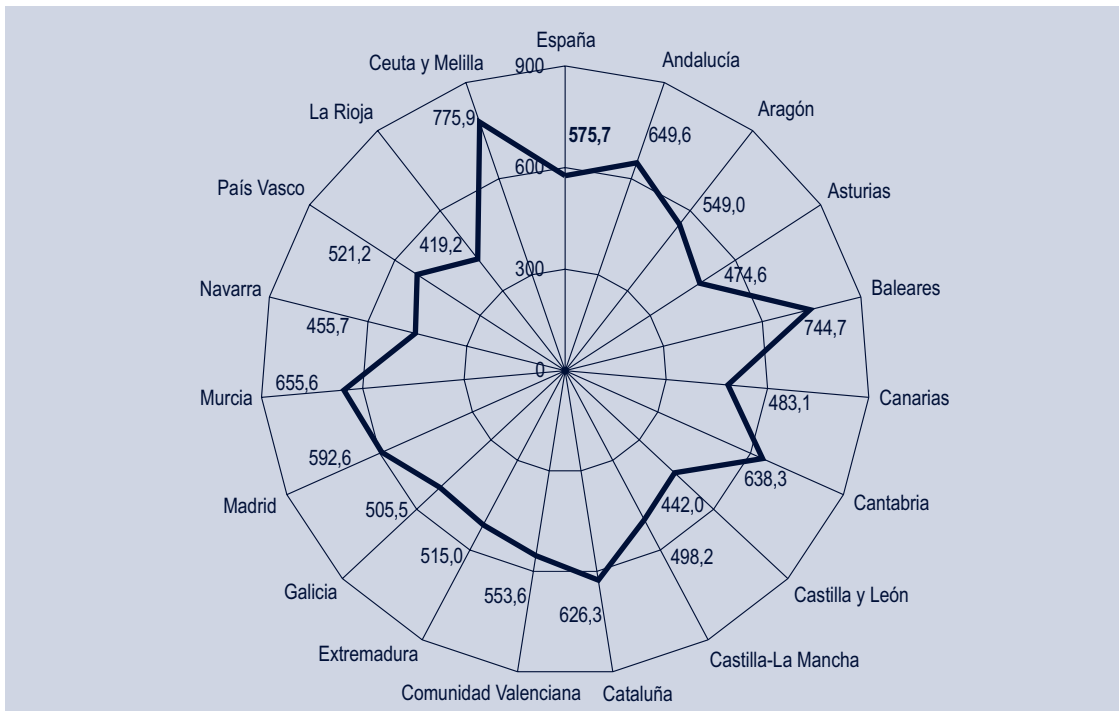
Fuente: EPINE (2008)

Gráfico 40. Frecuentación de urgencias por 1.000 habitantes, 1997



Fuente: MSyPS, Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado (ESCRI)

Gráfico 41. Frecuentación de urgencias por 1.000 habitantes, 2008



Fuente: MSyPS, Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado (ESCRI)

más alto fue 2,2 veces mayor que la correspondiente a la CA con menor frecuentación y, en 2008, la ratio aumentó hasta 2,5.

Los gráficos 40 y 41, referidos a la frecuentación de urgencias en el conjunto hospitalario español en 1997 y 2008, permiten visualizar tanto el aumento de la frecuentación de urgencias como las grandes diferencias entre CCAA. Si bien en Asturias, al igual que en el conjunto del territorio español, se ha producido un aumento de la frecuentación, el nivel en los extremos del período estudiado se sitúa por debajo de la media nacional, alcanzando un valor de 475 visitas a urgencias por 1.000 habitantes en 2008.

4.4 Resultados: la percepción de los ciudadanos

En el cuadro 8 se resumen los resultados obtenidos en las encuestas del Barómetro Sanitario, en relación a la satisfacción de los encuestados con el funcionamiento del sistema sanitario público español, en general y con los distintos niveles de atención recibida.

Extrapolando los resultados de las encuestas llevadas a cabo por el CIS (Centro de Investigaciones Sociológicas), se puede afirmar que la satisfacción de la población española con el sistema sanitario público en general, así como con la atención recibida en los distintos niveles de atención, ha mejorado en los últimos años. No sólo la valoración otorgada en 2008 es en todos los casos superior a la valoración concedida al principio del período estudiado, sino que resulta de una tendencia creciente y sostenida a lo largo del tiempo. Respecto a las disparidades territoriales, con la excepción de la satisfacción con el funcionamiento del sistema sanitario público en general, tanto la ratio como la diferencia entre los valores extremos tienden a caer a lo largo del período estudiado, siendo el valor correspondiente a 2008 siempre inferior al correspondiente al pri-

mer año del período estudiado en cada caso (cuadro 8). En cuanto a la valoración de los distintos niveles de atención sanitaria, cabe destacar que, si bien en 2003 la valoración más alta corresponde a la atención recibida en las consultas de medicina general, desde 2004 toma el relevo la atención hospitalaria que, con la excepción del año 2006, constituye el nivel de atención más valorado desde entonces, llegando a obtener valoraciones del 100% en algunas CCAA. En 2008 la atención hospitalaria es la más valorada, con un 85,6 % de los encuestados considerándola como buena o muy buena.

En este ámbito, los resultados obtenidos para Asturias merecen una mención aparte. En relación a la satisfacción con el funcionamiento del sistema sanitario público en general, los asturianos muestran una satisfacción siempre superior a la media nacional, situando al Principado en la primera posición en seis de los siete años estudiados. En 2008, la puntuación otorgada al sistema asciende a casi 7,1 puntos, frente a una media próxima a los 6,3 puntos.

Respecto a la atención recibida en los distintos niveles de atención, el grado de satisfacción de los asturianos alcanza varios años valores máximos, con los matices que se indican a continuación. La valoración otorgada a la atención recibida en las consultas de medicina general supera siempre la media, obteniendo en dos ocasiones valores máximos. En concreto, en 2008, más del 88% de los asturianos encuestados estima que la atención recibida es buena o muy buena. En cuanto a la atención recibida en las consultas del especialista, excepto en 2008, la valoración de los asturianos es superior a la otorgada por el conjunto de los españoles, alcanzando en 2003 el valor máximo. Por último, excepto en 2004 (año en que alcanza el valor mínimo) y en 2006, la valoración otorgada por los asturianos a la atención recibida en el ámbito hospitalario supera a

Cuadro 8. Satisfacción con el funcionamiento del sistema sanitario público español

	Media: TP 2002-2008		FV: TP 2002-2008		MD: TP 2002-2008		Valores extremos en el período
	V 2002	V 2008	V 2002	V 2008	V 2002	V 2008	
Satisfacción con el funcionamiento del sistema sanitario público, escala de 1 a 10 (de peor a mejor)	5,94	6,29	1,35	1,30	1,88	1,64	Máximo: Asturias y Navarra Mínimo: Canarias y Galicia
	Media: TP 2003-2008		FV: TP 2003-2008		MD: TP 2003-2008		Valores extremos en el período
	V 2003	V 2008	V 2003	V 2008	V 2003	V 2008	
Valoración de la atención recibida en consultas de medicina general como Buena o Muy Buena (%)	82,57	84,92	1,32	1,18	22,65	14,29	Máximo: Asturias, Aragón, Cantabria y Castilla y León Mínimo: Canarias
Valoración de la atención recibida en consultas del especialista como Buena o Muy Buena (%)	80,27	81,75	1,29	1,21	20,94	16,47	Máximo: Navarra, Asturias, Cantabria, Extremadura y La Rioja Mínimo: Canarias, Galicia y Cataluña
Valoración de la atención recibida en el hospital como Buena o Muy Buena (%)	81,87	85,60	1,56	1,32	34,06	24,13	Máximo: Cantabria (3 años, el 100%), Navarra (2 años, el 100%), Aragón, Asturias (2003), Castilla-La Mancha y Murcia Mínimo: Canarias, Asturias (2004), Extremadura y La Rioja

TP: tendencia en el período

V: Valor

FV: Factor de variación (máx/mín)

MD: diferencia entre los valores extremos (máx-mín)

Fuente: elaboración propia con apoyo en Barómetro Sanitario (Centro de Investigaciones Sociológicas), varios años

la otorgada por el conjunto de los españoles (alcanzando en 2003 el valor máximo). En 2008, más del 90% de los encuestados en Asturias estima que la atención recibida durante la hospitalización es buena o muy buena. A pesar de los valores relativamente más altos

que los tres niveles de atención sanitaria en Asturias obtienen generalmente en las encuestas, es preciso señalar que las ventajas relativas con respecto a la media se están acortando, no sólo porque la satisfacción siga una tendencia creciente en términos agrega-

dos (tal y como se refleja en el cuadro 8), sino también, en los casos de las consultas de medicina general y del especialista, porque la satisfacción de los encuestados asturianos viene experimentando una tendencia decreciente en el período 2003-2008.

Desde 2002 el Barómetro Sanitario trata una cuestión de particular relevancia en este estudio, referida al porcentaje de encuestados que cree que en la sanidad pública se prestan los mismos servicios a todos los ciudadanos —o que existe equidad—, independientemente de las siguientes variables: la CA de residencia; la residencia en el medio rural o urbano; edad; nivel social; sexo; nacionalidad española y, por último, que se resida legalmente o no en España (las tres últimas se incorporan en 2006). La tendencia de la media apunta hacia una mejora de la equidad en todos los ámbitos, excepto en las condiciones de ser o no español y de residir o no legalmente en España. Las condiciones que afectan negativamente a la equidad del sistema en menor medida, según la percepción de los encuestados, son el sexo y la edad, con un 88,55% y un 73,29% de encuestados considerando que los servicios recibidos son los mismos con independencia de que se sea hombre o mujer y de que sea joven o anciano, respectivamente, en 2008 (véase el cuadro 9). A pesar de la tendencia positiva en el tiempo, hay que resaltar que la geografía es la dimensión que en mayor medida parece influir negativamente en el grado de equidad del sistema, con una media de poco más del 43,3% de los encuestados considerando que los servicios prestados en la sanidad pública son los mismos con independencia de la CA de residencia.

En general, las disparidades de respuesta entre CCAA aumentan a lo largo del período. Sólo en relación a la CA de residencia y a la edad se produce simultáneamente una tendencia descendente de la ratio y de la diferencia entre los valores extremos de la valoración de la equidad (véase el cuadro 9).

Al igual que en relación al grado de satisfacción con el sistema sanitario, el grado de equidad percibido por los asturianos es relativamente más elevado que el percibido por el conjunto de los españoles, con contadísimas excepciones, que se reducen al año 2008 y se refieren a las condiciones de sexo, nacionalidad y residencia legal o no en España. Para todas las condiciones, excepto para el hecho de ser hombre o mujer, se alcanzan valores máximos en algún año del período estudiado en cada caso. En particular, hasta tal punto los asturianos estiman que la sanidad pública presta los mismos servicios a todos los ciudadanos con independencia de la CA de residencia, la residencia en el medio rural o urbano y el nivel social, que para estas tres condiciones se alcanzan valores máximos a nivel nacional, al menos en tres de los siete años contemplados. Por último, el factor que más negativamente afecta al grado de equidad percibido por los encuestados asturianos en 2008 es el hecho de residir o no legalmente en España, seguido de la CA de residencia que, tal y como quedó indicado previamente, constituyó el factor principal a nivel agregado (véase el cuadro 9).

En los gráficos 42 y 43, se muestra el porcentaje de encuestados en el Barómetro Sanitario que responde haber esperado más de seis meses para obtener consulta con el especialista, en 2005 y 2008, respectivamente. En 2008, el tiempo de espera más elevado se sitúa en Galicia y el más bajo en La Rioja, donde ningún encuestado responde haber esperado más de seis meses para obtener cita con el especialista (gráfico 43). A lo largo del período, los valores más altos se localizan, aparte de en Galicia, en Canarias, CCAA en las que, extrapolando los resultados a toda la población, cabría concluir que ésta padece graves problemas de accesibilidad a este nivel de atención sanitaria. La media a lo largo del período 2005 a 2008 tiende a caer en el conjunto del territorio español, desde el 7,6% de

Cuadro 9. Porcentaje de encuestados que cree que en la sanidad pública se prestan los mismos servicios a todos los ciudadanos —o que existe equidad—, con independencia de diversas variables

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	TP
CA de residencia								
Media	39,47	43,41	49,6	44,5	46,65	45,29	43,33	↗
Asturias	54,7	46,22	63,41	56,9	71,37	58,36	56,36	↗
FV	2,21	2,09	2,07	2,55	2,17	1,83	1,85	↘
MD	33,68	32,95	33,42	35,1	38,49	26,45	25,96	↘
Residencia en el medio rural o urbano								
Media	35,92	39,82	46,4	41,7	42,32	43,52	43,37	↗
Asturias	50,72	49,82	55,83	55,8	76,44	70,33	68,44	↗
FV	2,53	2,61	1,89	1,77	2,84	2,34	2,19	↘
MD	34,93	42,89	29,59	24,3	49,52	40,32	37,13	↗
Que se sea joven o anciano								
Media	60,06	64,26	70,5	66,2	71,25	71,21	73,29	↗
Asturias	66,64	66,2	70,46	79	84,42	88,78	78,3	↗
FV	1,66	1,42	1,36	1,44	1,39	1,43	1,39	↘
MD	31,21	21,13	22,14	24	24,61	26,78	24,77	↘*
Que se tenga un nivel social alto o bajo								
Media	57,66	60,77	68,6	61,1	67,88	68,83	70,63	↗
Asturias	67,37	65,48	68,96	76,8	86,95	90,93	78,69	↗
FV	1,82	1,51	1,51	1,56	1,56	1,53	1,58	↘
MD	34,43	23,9	28,1	27,5	31,29	31,51	29,51	↗
Que se sea hombre o mujer								
Media	-	-	-	-	87,85	87,52	88,55	↗
Asturias	-	-	-	-	89,13	92,75	81,99	↘
FV	-	-	-	-	1,21	1,21	1,24	↗
MD	-	-	-	-	16,9	16,46	18,81	↗
Que se sea español o extranjero								
Media	-	-	-	-	65,92	64,86	65,18	↘
Asturias	-	-	-	-	70,28	78,3	61,77	↘
FV	-	-	-	-	1,33	1,42	1,66	↗
MD	-	-	-	-	17,75	23,23	30,57	↗
Que se resida legalmente o no en España								
Media	-	-	-	-	54,97	54,5	54,73	↘
Asturias	-	-	-	-	65,57	62,34	53,73	↘
FV	-	-	-	-	1,86	1,85	2,62	↗
MD	-	-	-	-	30,3	30,01	42,22	↗

TP: Tendencia en el período

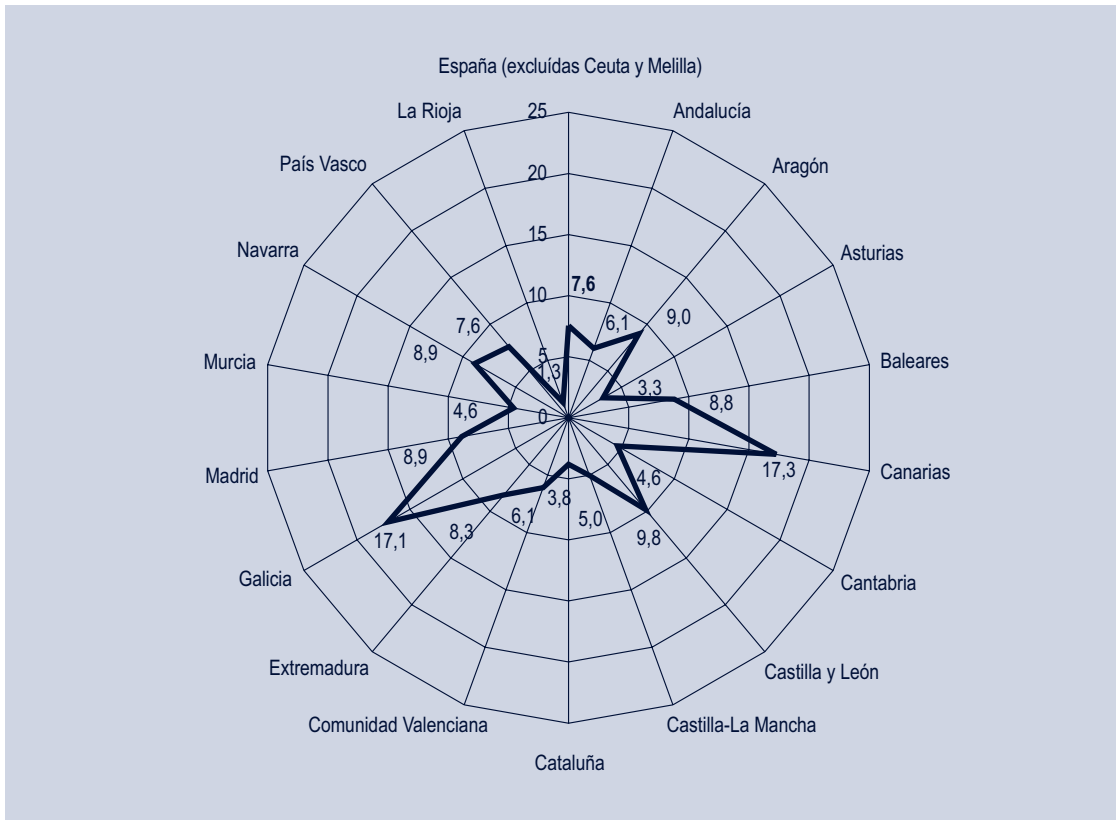
FV: Factor de variación (máx/mín)

MD: Diferencia entre los valores extremos (máx-mín)

*Ligeramente

Fuente: elaborado con apoyo en Barómetro Sanitario (Centro de Investigaciones Sociológicas), varios años

Gráfico 42. Porcentaje de encuestados que contesta haber esperado más de seis meses para obtener consulta con el especialista, 2005

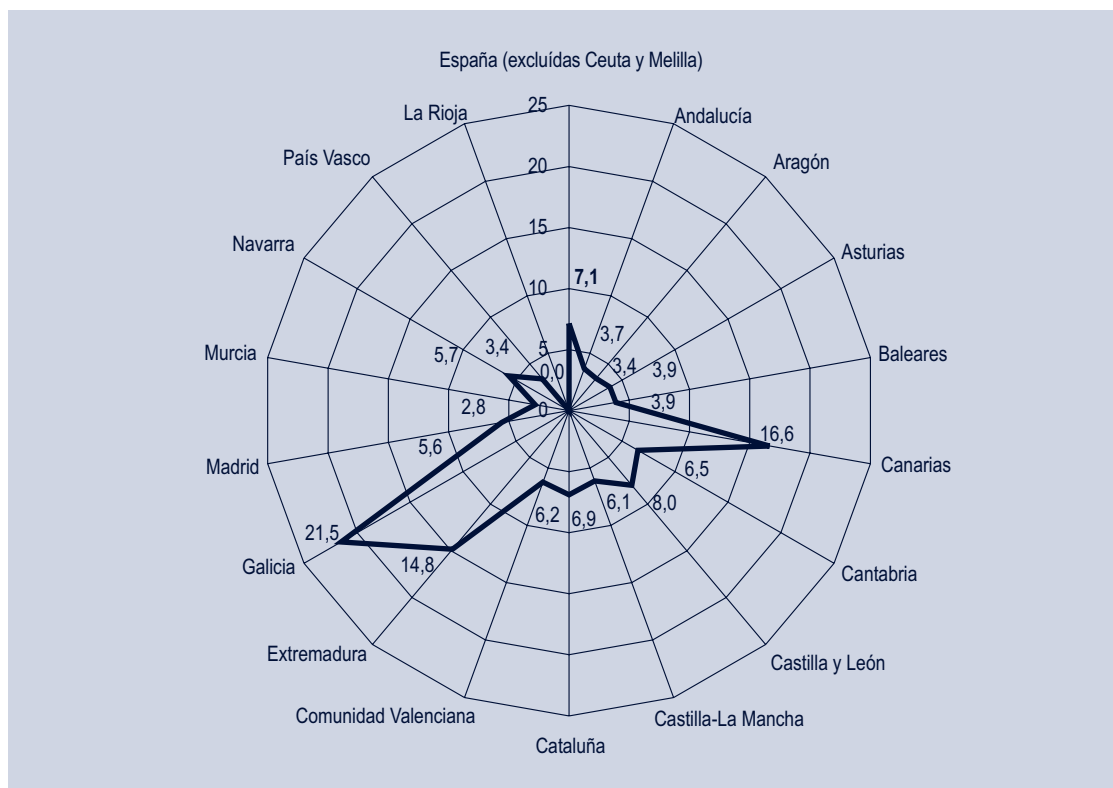


Fuente: *Barómetro Sanitario (Centro de Investigaciones Sociológicas)*

los encuestados que responde haber esperado más de seis meses, en 2005, hasta el 7,1%, en 2008. No obstante, las disparidades territoriales aumentan: en concreto, la ratio entre los valores extremos oscila entre 13,2 en 2005 y 19,9 en 2007 (último año de la serie para el que es posible su cálculo) y la brecha entre los valores extremos asciende a 16,0 puntos en 2005 y a 21,5 puntos en 2008. En Asturias, el porcentaje de

encuestados que responde haber esperado más de seis meses para obtener consulta con el especialista, inferior al correspondiente al conjunto del territorio español tanto en 2005 como en 2008, permite situar a nuestra CA entre las que obtienen valores relativamente más bajos. No obstante, a diferencia de lo que ocurre a nivel nacional, el porcentaje aumenta entre ambos años.

Gráfico 43. Porcentaje de encuestados que contesta haber esperado más de seis meses para obtener consulta con el especialista, 2008



Fuente: Barómetro Sanitario (Centro de Investigaciones Sociológicas)

5. Conclusiones

Antes de apuntar las principales conclusiones que de los resultados presentados previamente cabe derivar para el sistema sanitario asturiano, es obligado aludir a la existencia de los tan frecuentemente mencionados problemas de información en el SNS español. En concreto, en el ámbito de los medicamentos, conviene llamar la atención sobre la práctica ausencia de información relevante para valorar la adecuación de la prescripción farmacéutica, más allá de que se trate de un capítulo que representa más de la quinta parte del gasto sanitario público, por su potencial impacto en la salud. Asimismo, cabe mencionar la ausencia de datos objetivos y comparables a nivel autonómico sobre listas

de espera (quirúrgicas, de especialistas y de pruebas diagnósticas). Cuestión relevante, sobremanera si se tiene en cuenta que están asociadas a problemas de accesibilidad, que operan sin duda en perjuicio de las clases más desfavorecidas. Lamentable e incomprensiblemente, en España, respecto a las listas de espera sólo existe información cuantitativa a nivel agregado.

El grado de satisfacción de los asturianos con el sistema sanitario público español en general y con los distintos niveles de atención es muy elevado. El grado de equidad percibido es (con contadas excepciones) superior a la media, alcanzando valores máximos respecto a la mayoría de las condiciones planteadas.

De la frecuentación a los servicios de urgencias y del tiempo declarado de espera para obtener consulta con el especialista —respecto a la media española— cabría apuntar la hipótesis de una buena posición relativa en accesibilidad.

En el ámbito de la actividad, en cuanto a vacunaciones básicas, Asturias se sitúa en la media nacional y, respecto a la incidencia de cesárea, aunque permanece ligeramente por debajo, el sistema público supera en más de 6 puntos el nivel considerado aceptable por la OMS.

En el ámbito de los resultados en salud, en términos de mortalidad evitable por 10.000 defunciones, el sistema asturiano arroja unos resultados relativamente mejores que la media. Por causas específicas, entre otras, la disminución de la mortalidad perinatal no alcanzó la velocidad media alcanzada en España.

En el ámbito de la calidad de vida, nos situamos en peor situación que otros ciudadanos españoles: en

2008 los asturianos varones tienen (al nacer) la menor EVLEC y la expectativa de mala salud de las mujeres asturianas es de las más elevadas, tanto en términos absolutos como en relación a los hombres.

Por último, relacionando la calidad de vida con el ámbito de la estructura del sistema, cabe señalar que, a pesar de que el gasto por persona protegida es mayor a la media (tendencia también confirmada a partir del presupuesto inicial per cápita en el período 2008-2010), no es así cuando se toma como proxy de necesidad la población protegida equivalente, es decir, cuando se ajusta por la estructura de edad. En vista de los resultados obtenidos y del envejecimiento de la población asturiana, cabría apuntar la conveniencia de continuar disminuyendo el número de TSI por médico de familia y de aumentar la dotación de camas de larga estancia, siendo particularmente relevante una mejor coordinación entre el sistema sanitario y el sector socio-sanitario.

Referencias bibliográficas

AETS (2001): *Análisis comparativo de la Encuesta Nacional de Salud. Año 1997*. Informe de Evaluación de Tecnologías Sanitarias nº29. Madrid: AETS (Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias) - Instituto de Salud Carlos III.

AETS (2002): *Uso de la mamografía y de la citología de papanicolaou para la detección precoz del cáncer de mama y de cérvix uterino en España*. Informe de Evaluación de Tecnologías Sanitarias nº34. Madrid: AETS (Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias) - Instituto de Salud Carlos III.

Bernal, E. et al. (Grupo ATLAS VPM) (2009): *Variaciones en la utilización de cesárea en los hospitales públicos del SNS*. Documento de Trabajo 04-2009, Atlas de Variaciones en la Práctica Médica.

Cullis, J. G. y Wt, P. A. (1984): *Introducción a la Economía de la Salud*. Biblioteca de Economía Desclée de Brouwer.

EPINE (2008): *Estudio de prevalencia de las infecciones nosocomiales en España, 2008*. Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene, 19º estudio.

Gispert, R., Barés, M. A., Puigdefàregas, A. y el Grupo para el Consenso en la Mortalidad Evitable (2006): "La mortalidad evitable: lista de consenso para la actualización del indicador en España", *Gaceta Sanitaria*, 20 (3), pp. 184-193.

Ministerio de Sanidad y Política Social (2005): *La salud de la población española en el contexto europeo y del Sistema Nacional de Salud. Indicadores de salud*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social.

Ministerio de Sanidad y Política Social (2007): *Informe del Grupo de Trabajo de Análisis del Gasto Sanitario*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social.

Mohan, J. (1987): "Transforming the Geography of Health Care: Spatial Inequality and Health Care in Contemporary England", en Wams, A. (ed.): *Health and Economics Proceedings of Section F (Economics) of the British Association for the Advancement of Science*, Bristol, 1986] The British Association for the Advancement of Science, pp. 82-105.

Ortún, V. (2006): "Desempeño y deseabilidad del sistema sanitario: España", *Revista Asturiana de Economía*, nº35, enero-abril, pp. 23-43.

Pérez, G., Cirera, E., Rodríguez, M. y Borrell, C. (2006): *Desigualdades de mortalidad en las Comunidades Autónomas entre 1981 y 2002*. Informe elaborado para el Observatorio de Salud de la Mujer, Ministerio de Sanidad y Política Social (disponible en <http://www.msc.es>).

Rico, A., Ramos, X. y Borrell, C. (2002): "Distribución de la renta, pobreza y esperanza de vida en España", en Cabasés, J. M., Villalbí, J. R. y Aibar, C. (coords.): *Invertir para la salud. Prioridades en salud pública*. Quinta edición del Informe SESPAS (Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria), Volumen I. Valencia: Generalitat Valenciana, pp. 67-72.

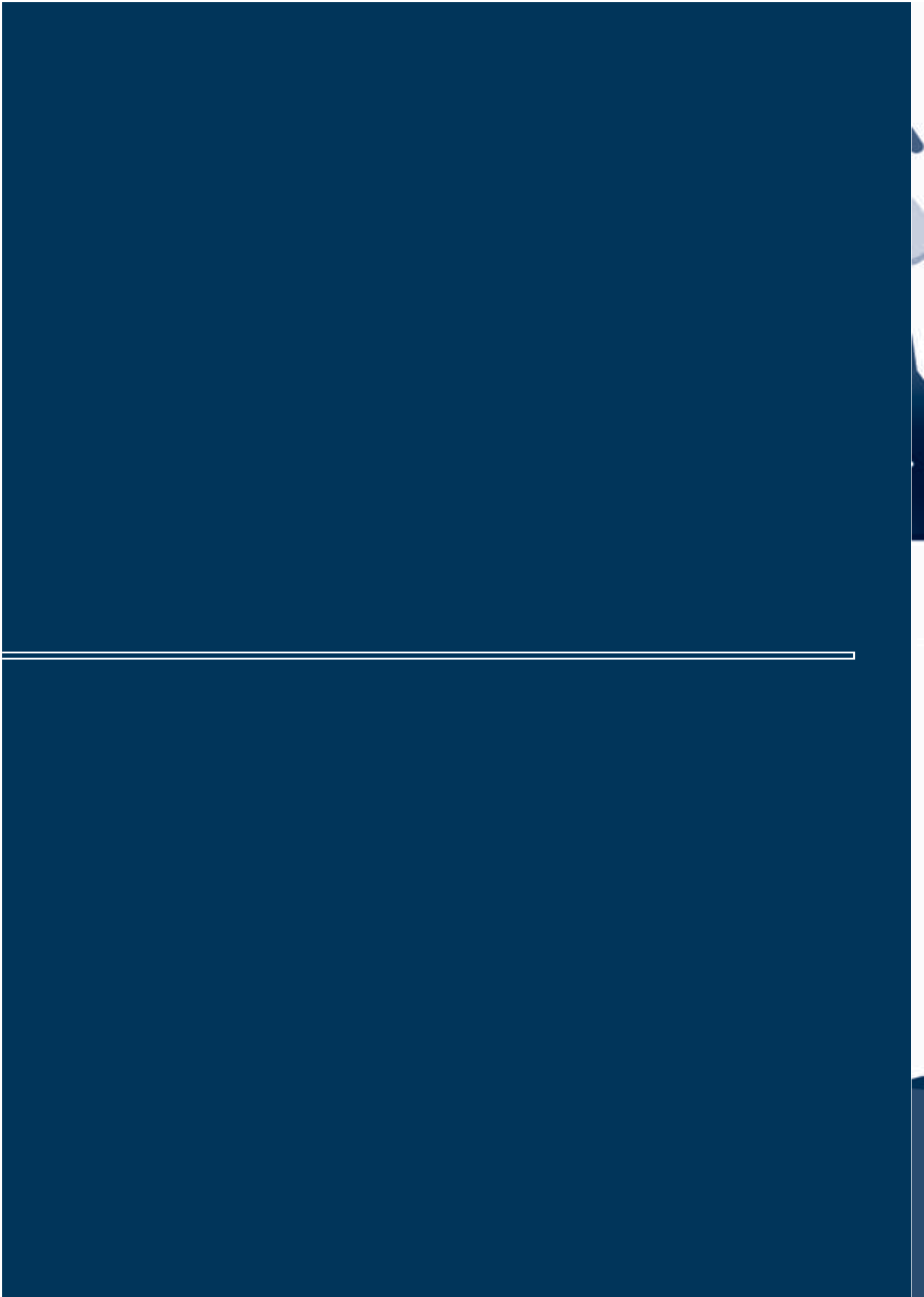
Ruiz, J. L., García, M. y Negro, M. (1990): "La equidad en el reparto de los recursos sanitarios: el caso español", en Montserrat, J. y Murillo, C. (coords): *Salud y Equidad*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo (compilación de ponencias y comunicaciones presentadas en las VIII Jornadas de Economía de la Salud, celebradas en las Palmas de Gran Canaria en 1988), pp. 171-179.


Ruiz-Cantero, M. T. y Verdú-Delgado, M. (2004): "Sesgo de género en el esfuerzo terapéutico", *Gaceta Sanitaria*, vol. 18 (suplemento 1), pp. 118-125.

Urbanos, R. M. y González, B. (2005): "La configuración del sector sanitario en España y sus efectos sobre la equidad", en Ruiz-Huerta, J. (coord.): *Políticas públi-*

cas y distribución de la renta. Bilbao: Fundación BBVA, pp. 147-212.

Vaqué, J. y Grupo de Trabajo EPINE (1998): *Evolución de la prevalencia de las infecciones nosocomiales en los hospitales españoles*. Madrid: Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene.



A stylized graphic on the left side of the page shows a dark blue path leading upwards. Several human figures are positioned along this path. One figure on the left has a white cross on its chest, representing a medical professional. Other figures are shown in various poses, some appearing to be walking or standing. The background is white, and the overall aesthetic is clean and modern.

> Análisis de situación y propuestas para el sistema sanitario público en Asturias. La perspectiva de los partidos políticos

Mesa redonda

Moderador: D. Jaime Rabanal García, Consejero de Economía y Hacienda del Principado de Asturias

D. Luis Antuña Montes, Presidente de la Comisión de Sanidad del Partido Popular

Dña. Pilar Alonso Alonso, Portavoz de Salud y Servicios Sanitarios del Grupo Parlamentario Socialista en la Junta General del Principado de Asturias

D. Ángel López Díaz, Responsable del Área de Salud de IU de Asturias



El debate sobre el futuro del sistema sanitario público del Principado de Asturias, importante en sí mismo, cobra especial relevancia si lo enmarcamos dentro de las dificultades económicas actuales derivadas de la crisis a la que nos enfrentamos desde hace dos años. Y es que la coyuntura económica es un factor adicional, que pone en evidencia los problemas ya existentes en relación con la financiación y la sostenibilidad del sistema sanitario público.

No es nueva en España la convivencia de desarrollos del Estado del Bienestar con momentos de crisis económica. Cabe recordar los años en que se aprobó la Ley General de Sanidad, un momento en el que, a pesar de las dificultades y gracias a la firme voluntad de sus impulsores, se hizo el esfuerzo necesario para adaptar el desarrollo de su implantación a las posibilidades del difícil momento económico en el que vio la luz.

Desde que el Principado de Asturias asumió en el año 2002 el traspaso de los servicios sanitarios, la evolución del gasto sanitario y su financiación han sido una constante en las preocupaciones del Gobierno de Asturias. Los esfuerzos desarrollados en estos años de gestión se han dirigido a completar y mejorar la red asistencial transferida desde la Administración Central cuya característica principal es la de ser intensiva en dotación de recursos, por razones de equidad, dadas las especiales condiciones de envejecimiento y dispersión que caracterizan a nuestra población.

Así pues, es fácil comprender esta preocupación si se tiene en cuenta que el gasto sanitario ha crecido en el período 2002-2009, y lo ha hecho varios puntos más que los recursos teóricamente destinados a este fin en el modelo de financiación de las comunidades autónomas.

Adicionalmente, el crecimiento experimentado por el gasto sanitario, superior en 4 ó 5 puntos al aumento del PIB del mismo período, ha originado un importante incremento del porcentaje de recursos que el presupuesto de la comunidad destina a esta competencia. De ahí la razón por la que se ha convertido en un tema de preocupación y discusión pública.

Este incremento del gasto, no se explica por el aumento de la población ya que ha permanecido estable a lo largo del período, sino por aumento del coste de los factores y la intensidad en la utilización de la tecnología. Sin embargo, en el futuro, debido a la estructura demográfica de Asturias, se podrán producir importantes cambios sobre la situación actual si no se es especialmente prudente en defender la eficiencia del sistema sanitario.

Incrementos relevantes del gasto, que de seguir en esta dinámica serán imposibles de sufragar ya que absorberían todos los recursos contenidos en el presupuesto, y que no siempre se ven reflejados en más o en mejores niveles de calidad de los servicios, sino que, en algunos casos, hacen patente la necesidad de mejorar la eficiencia en la utilización de los recursos.

Esta idea es la base central de uno de los objetivos fundamentales que persigue el Gobierno del Principado de Asturias: garantizar la sostenibilidad de los servicios públicos incidiendo especialmente en la mejora de la eficiencia y la productividad. Éste es nuestro reto.

Nos enfrentamos, por tanto al desafío de continuar prestando asistencia sanitaria a todos los ciudadanos, con los niveles de calidad actuales, sin que su coste lleve a un deterioro que lo haga inviable.

Justo es reconocer que éste no es un problema exclusivo del servicio de salud asturiano, sino que está presente en todos los servicios de salud de las comunidades autónomas e incluso del conjunto de los países de la UE y EEUU como ponen de manifiesto las propuestas del Presidente Obama.

En la actual coyuntura económica caracterizada por una brusca caída de los ingresos públicos, el peso del gasto sanitario sobre el conjunto de los recursos públicos tenderá a incrementarse, sin que parezca posible que podamos recuperar a corto plazo las tasas de crecimiento de los ingresos, afectadas no sólo por el crecimiento económico sino también por el cambio de modelo productivo.

Por otra parte, el modelo de financiación autonómica que acaba de entrar en vigor este año, se basa en un importante incremento de la cesión tributaria del IRPF, del IVA y de los Impuestos Especiales y en consecuencia de la capacidad recaudatoria que dichos tributos tengan en la comunidad autónoma en un contexto de bajo crecimiento, por lo que los crecimientos de los ingresos públicos estará más en función de nuestro propio crecimiento.

Estas circunstancias, brevemente descritas, hacen que la preocupación por la financiación; cómo disponer de recursos suficientes para financiar los servicios sanitarios y su sostenibilidad, es decir, cómo hacerlo en un contexto de mejoras en las prestaciones, aumento en la intensidad de las tecnologías, aumento de la demanda asistencial, etc., se sitúe en el primer plano de las preocupaciones por el futuro del sistema sanitario. Y es que el sistema sanitario se caracteriza por ser un sistema que exige mejoras continuas de todo orden.

Sin embargo, la disminución de los ingresos tributarios y el cambio de modelo económico, debe de venir aco-

pañada por un cambio en cómo entendemos que debe de ser la gestión sanitaria. El objetivo de este cambio conceptual debe ser el de reducir los costes a través de la mejora de la calidad, porque tenemos que entender que podemos tener el gasto sanitario y social que nos podemos permitir, porque el gasto se financia con impuestos presentes o con déficits que exigirán mayores impuestos en el futuro y que el volumen de gasto público y su composición afectan al crecimiento y, en consecuencia, al empleo.

Por tanto, no sólo es importante el nivel de gasto, sino cuál es su destino, y qué resultados se obtienen. En este sentido parece existir un consenso suficiente para poder afirmar que en muchos espacios de nuestros servicios de salud antes que incrementar el gasto, es necesario y posible mejorar su gestión, es decir, existe amplio margen para mejorar la eficiencia y los costes sin pérdida de la calidad asistencial, para ello es imprescindible cambios profundos en la coordinación de los servicios sanitarios, la corresponsabilización de los ciudadanos en su utilización y en la mejora de la productividad del sistema sanitario.

Toda vez que el debate está abierto, creo que sería importante abordar cuestiones, como el incremento constante del gasto farmacéutico; la frecuentación, ya que tenemos un número de consultas o visitas por encima de la media; la definición de la cartera de servicios, la introducción de las tecnologías, su eficacia o los incentivos de productividad del personal sanitario, entre otros. En un contexto de escasez de recursos, necesitamos incorporar las restricciones económicas y presupuestarias al conjunto de instrumentos de decisión sobre la mejora de los servicios de salud.

La sostenibilidad de los servicios sanitarios y la necesidad de mantener el Estado de Bienestar, planteará por otra parte, más pronto que tarde la necesidad de revi-

sar profundamente nuestro sistema fiscal, para garantizar una presión fiscal que lo haga financieramente viable.

No obstante todo lo anterior, cabe destacar que la valoración que tienen los ciudadanos del sistema sanitario público es muy positiva, en España en general, y, especialmente, en Asturias. Valoración que nos anima a to-

dos los agentes implicados a trabajar más y mejor por una sanidad pública de calidad.

Finalmente, me gustaría destacar que iniciativas como la llevada a cabo por el Consejo Económico y Social de organizar unas jornadas que nos lleven a la reflexión y al debate son sumamente importantes a la hora de entender y encarar las reformas futuras.

Buenas tardes a todos, muchas gracias al Consejo Económico y Social por su invitación, muchas gracias Sr. Rabanal por moderar esta mesa, muchas gracias a Pilar y Ángel por compartir este debate conmigo y muchas gracias a todos ustedes por su asistencia.

Antes de comenzar mi exposición permítanme dos consideraciones: en primer lugar trasladarles las disculpas de mi compañero Carlos Galcerán, Diputado y Portavoz de Sanidad del Grupo Parlamentario Popular en la Junta General del Principado, que tenía mucho interés en acudir a este acto, pero un compromiso ineludible se lo ha impedido. En segundo lugar una doble felicitación: por un lado, al Consejo Económico y Social por la organización de esta jornada de trabajo, debate y reflexión sobre los retos de futuro del sistema sanitario público asturiano, entiendo que es pertinente, oportuna y necesaria, y es una muestra de la preocupación de esta institución por los problemas reales de la sociedad asturiana; y por otro lado mi felicitación al Sr. Elola por su estudio sobre el futuro de nuestro sistema sanitario, es una herramienta de trabajo muy útil para los que estamos interesados en el devenir de la sanidad asturiana.

Nos han pedido a los intervinientes en esta mesa que traslademos la perspectiva de los partidos políticos sobre el presente y el futuro de nuestro sistema sanitario; en esta línea intentare desarrollar mi intervención y cumplir las expectativas, es decir, "hablar de lo que ustedes esperan que hable".

Quiero comenzar esta intervención lanzando un mensaje de confianza en el futuro: "el sistema sanitario público asturiano continuara siendo un pilar fundamental de cohesión de nuestra sociedad". Puede parecer un optimismo exagerado, pero tengo una razón muy poderosa para hacer esta afirmación: la inmensa mayoría de los asturianos considera a nuestro sistema sanitario co-

mo el principal soporte del Estado del bienestar, y su alta legitimación social se mantiene a pesar de las circunstancias adversas.

Este reconocimiento masivo de la sociedad a la función que cumple el sistema sanitario nos obliga, a todos los agentes que interaccionamos en el sistema y, en mayor medida, a aquellos que ostentan una responsabilidad otorgada por los ciudadanos, a tomar todas las medidas y utilizar todos los mecanismos necesarios para garantizar la sostenibilidad del sistema. Lo contrario supondría un fraude democrático. Estoy convencido que todos los que estamos aquí compartimos un mismo objetivo: conseguir que las próximas generaciones puedan disfrutar de una asistencia sanitaria pública con las mismas o mejores condiciones que las que disponemos nosotros.

Ahora bien, ser optimista no significa estar fuera de la realidad. Y la realidad es que nuestro sistema sanitario público se enfrenta a retos importantes y sufre amenazas que ponen en riesgo su continuidad tal y como lo conocemos ahora. Así, por ejemplo, las necesidades de suficiencia financiera, la adecuada estrategia en política de recursos humanos, la incorporación de nuevas tecnologías, las exigencias de calidad en la asistencia y seguridad del paciente, la productividad y eficiencia del sistema, etc. Afrontar y dar solución a estos retos es clave para preservar nuestro sistema sanitario.

Quiero destacar que las soluciones a estos problemas deben nacer desde la defensa de un sistema sanitario público para todos los ciudadanos, de acceso universal e inspirado en los principios básicos de: equidad, cohesión, calidad e innovación, seguridad, y sostenibilidad. Sostenibilidad no sólo en términos financieros, sino también en términos de legitimación social y profesional.

Análisis de situación

El análisis de situación y la presentación de propuestas orientadas a garantizar la sostenibilidad del sistema sanitario público, están supeditados a la identificación de los factores que condicionan su funcionamiento. Es necesario actuar sobre un conjunto de factores determinantes si queremos conseguir un resultado global satisfactorio.

Con el objetivo de ser breve y esquemático he identificado cinco factores que considero determinantes para el futuro del sistema sanitario público:

1. La política económica.
2. La financiación.
3. La legitimidad social y profesional.
4. La productividad y eficiencia.
5. El Sistema Nacional de Salud.

Estos factores determinantes, están a su vez condicionados por múltiples elementos que interaccionan entre sí. No pretendo ser exhaustivo ni abarcar todas las aéreas que tienen influencia en el sistema, pero sí hacer referencia a lo que considero importante en la actualidad del sistema sanitario público asturiano.

1. La política económica

La sostenibilidad del sistema sanitario sólo es posible si hay una política económica que lo permita.

No todas las políticas económicas son iguales, y no basta con una política económica cualquiera. Es necesaria una política económica que garantice el crecimiento, que apoye a las empresas, que asegure los derechos de los trabajadores, que favorezca la igualdad de oportunidades, que fomente la creación de empleo y que fortalezca la creación de riqueza.

Bien es cierto, que gran parte de la responsabilidad de la política económica reside en el Gobierno Central y ¡ya ven como estamos! Pero a nivel autonómico, también se pueden tomar medidas que ayuden a reconducir la situación económica actual:

- No incrementar los impuestos transferidos.
- Plan de Austeridad y Eficacia en la Administración Autonómica.
- Plan de "Adelgazamiento" del sector público.
- Rigurosidad y transparencia en la gestión pública: "hay que desterrar de las portadas de los periódicos, la palabra *sobrecoste*".
- Inversión en I+D+i en sanidad, como una línea estratégica en la política económica. En este sentido, el desarrollo del "clúster" de ciencias de la salud asociado al nuevo HUCA es una iniciativa irrenunciable.

Es importante, desde el punto de vista económico, asumir al sistema sanitario como parte del sector productivo de la comunidad, y no solamente como un generador de gasto. De igual forma, es importante reconocer las potencialidades del sector para contribuir a la generación de tejido productivo.

2. La financiación

El problema de la sostenibilidad del sistema sanitario no se reduce a un problema de financiación. Sin embargo, sí parece cierto, que existe un déficit de financiación en el conjunto del Sistema Nacional de Salud, que afecta a todas las Comunidades Autónomas, y previsiblemente, será necesario aportar nuevos fondos económicos. La pregunta es ¿de dónde debe salir esta nueva aportación económica?

Por otro lado, las reglas de juego para la financiación sanitaria nos vienen determinadas por el nuevo Modelo de Financiación Autónoma. Se abre un nuevo escenario sobre el que hay que reflexionar.

Nosotros nos financiamos con impuestos, y además lo hacemos desde la Comunidad Autónoma, con un modelo que hace depender los recursos para financiar la sanidad, del crecimiento de la recaudación y de la decisión política sobre la cantidad a invertir. La financiación no es finalista, y es la Junta General del Principado quien decide cuanto nos gastamos en sanidad.

Con este nuevo escenario fiscal, en las Comunidades Autónomas con mayor capacidad de generar recursos, la presión del gasto sanitario tendrá menor repercusión en los presupuestos. De ahí, la transcendencia de aplicar una política económica adecuada.

En este punto, quiero hacer mención al controvertido "nuevo copago". Y voy a ser muy claro, nosotros mantenemos una postura de *rechazo*. ¡Aún nos queda mucho por hacer! Para mejorar la gestión sanitaria antes de entrar a valorar medidas disuasorias o incrementar el copago actual.

3. Legitimación social y profesional

El alto nivel de legitimación social constituye la principal fortaleza de nuestro sistema sanitario. Para mantenerlo e incluso aumentarlo, necesitamos un sistema orientado a generar valor sanitario para el paciente, y que responda a las expectativas de los usuarios. Tenemos que adaptar, el sistema sanitario al "cambio social" que ha experimentado nuestra sociedad y atender las preferencias de los ciudadanos.

En Asturias, los cambios demográficos, nos llevan hacia un centro metropolitano envejecido, circunstancia

que hace necesario replantearse el actual modelo sanitario. La atención integral a pacientes crónicos y las interrelaciones socio sanitarias pasan a tener un papel preponderante.

Esta "nueva ciudadanía", enmarcada en la sociedad de la información, trae consigo nuevas demandas y nuevas necesidades, que es necesario integrar en nuestro sistema para seguir contando con el apoyo social actual.

En esta línea es primordial potenciar ¡ya! políticas de transparencia informativa, de libertad de elección, de implicación de los ciudadanos en la marcha del sistema de salud, de gestión de la seguridad, y garantizar la incorporación de la innovación en las prestaciones sanitarias.

Asimismo, la legitimidad profesional de nuestro sistema, debe ser una prioridad estratégica para la administración.

Iniciativas que generen valor para los profesionales contribuirán a su adhesión e implicación con el sistema. Esto es fundamental para el éxito de los cambios organizativos que se pretendan implantar. Tres razones respaldan esta afirmación:

- Somos una organización basada en el conocimiento, lo que significa que la delegación de derechos de decisión debe hacerse sobre los profesionales, poseedores del conocimiento necesario para garantizar la calidad en la toma de decisiones.
- Para que un modelo organizativo sea sostenible, los profesionales sanitarios, deberán ser agentes activos con capacidad de autorregulación, autonomía responsable y liderazgo autogestor.
- El factor humano: la relación médico-paciente es un intangible insustituible en el sistema sanitario.

Una política de recursos humanos integradora será clave para el futuro del sistema sanitario público asturiano.

Es necesario el desarrollo de un Plan de RRHH acorde con las circunstancias actuales y consensuado con los profesionales, en el ámbito sanitario.

4. Productividad y eficiencia

La contención del gasto sanitario público es de vital importancia para la sostenibilidad financiera de nuestro sistema sanitario y debe ser un objetivo común de todos los agentes con responsabilidad en el mismo. Para conseguir este objetivo es fundamental la mejora de la productividad y eficiencia del sistema.

Reflexionar sobre qué modelo sanitario necesitamos es obligación de todos.

Debemos caminar hacia un modelo sanitario moderno, que cumpla con las funciones asignadas, buscando la eficiencia y garantizando la calidad de las mismas. Son cambios deseables para un modelo de futuro:

- Liderazgo institucional y gestor.
- Cambio organizativo de la actividad asistencial: generalización de la gestión clínica y el trabajo por procesos.
- Adaptar la estructura de la administración sanitaria al nuevo modelo organizativo de la asistencia.
- Autonomía de gestión de la autoridad sanitaria.
- Política de recursos humanos propia.
- Profesionalización de la función directiva.

- Explorar iniciativas organizativas interhospitalarias, con el objetivo de asegurar la incorporación de la innovación a las prestaciones sanitarias, en base a la evidencia científica. Esta es la mejor manera de garantizar la calidad y la equidad en la asistencia a todos los ciudadanos de Asturias. En este apartado será trascendental la aportación del nuevo HUCA.

- Medidas dirigidas a mejorar la prescripción farmacéutica.

- Desarrollo de sistemas de información; claves para poder medir y evaluar resultados.

- Implantar procesos de atención integral a los pacientes: prevención, promoción y asistencia. Merecen una mención especial los programas de atención integral a los pacientes crónicos.

- Reorganización integral de la Atención a las Urgencias y Emergencias.

- Coordinación con el sistema de prestaciones sociales.

- Plan de control de los tiempos de espera.

- Gestión adecuada de la seguridad.

Todos estos cambios y medidas, no solo ayudarán a construir un modelo sanitario que responda a las necesidades de nuestros ciudadanos sino que probablemente contribuirán al control del gasto sanitario.

5. El Sistema Nacional de Salud

El último de los factores que considero determinantes para el futuro del sistema sanitario público asturiano es nuestra pertenencia al Sistema Nacional de Salud. For-

mamos parte de un "todo" que condiciona nuestro desarrollo en dos direcciones:

1. Todas las iniciativas promovidas en nuestra Comunidad Autónoma, en materia de política de recursos humanos y sobre cambios en el modelo organizativo, quedan supeditadas a regulaciones normativas de ámbito nacional.

2 Dadas las características y el tamaño de nuestro Servicio de Salud, necesitamos el apoyo del Servicio Nacional de Salud, fundamentalmente en áreas como:

- Evaluación de nuevas tecnologías.
- Política farmacéutica.
- Política de recursos humanos, es necesario un registro nacional de profesionales.
- Desarrollo normativo, que de soporte a nuevos modelos de gestión.
- Política de centralización de compras.
- Incorporación de la innovación, y desarrollo de la estrategia en I+D sanitaria.
- Incorporación y desarrollo de las Tecnologías de la información y comunicación (TIC).

Desde esta órbita, comparto la afirmación enunciada por el Sr. Elola en su trabajo: "el sistema sanitario público asturiano no es sostenible sin la existencia de un Sistema Nacional de Salud español cohesionado".

Es necesario que desde Asturias, y en los ámbitos en los que estemos representados, se promueva el de-

sarrollo de un Sistema Nacional de Salud con capacidad de liderazgo, adaptado a la situación transferencial actual y garante de la cohesión del sistema.

Conclusión

Como conclusión a este análisis, quiero insistir en que el sistema sanitario público asturiano debe estar orientado hacia el paciente como centro del sistema, y sus funciones, deberían ser objeto de una gestión equilibrada, de una organización flexible, de una financiación sostenible, de una alta motivación de sus profesionales y de una innovación tecnológica constante.

Es evidente, que alcanzar este objetivo entraña grandes dificultades y tendrá sus costes. Corremos el riesgo de optar por no afrontar el reto y dejar que el tiempo pase. Pero, la experiencia nos indica que el inmovilismo organizativo y social tiene más costes que el cambio. Por eso es imprescindible que todos nos moviliemos, y lo hagamos en la misma dirección.

Propuesta

Convencido de que ésta es la línea a seguir, y desde la perspectiva política de nuestra visión sobre la situación por la que atraviesa el sistema sanitario público asturiano, quiero hacer una única propuesta:

REITERAR NUESTRA INICIATIVA DE PROMOVER UN "PACTO POR LA SANIDAD" EN ASTURIAS.

Digo reiterar, porque esta iniciativa fue presentada por el Partido Popular, en la Junta General del Principado, el 29 de septiembre de 2009, con motivo del Debate de Orientación Política y rechazada por los partidos de Gobierno. Espero que reconsideren su postura, ante una propuesta que entendemos necesaria, oportuna y demandada por nuestra sociedad.

Finalizo, con una reflexión en clave de advertencia: la realidad social y económica avanza mucho más rápido que la realidad política; el tiempo de los debates y propuestas se está agotando, entramos en el tiempo de los consensos, de los acuerdos, de la toma de decisiones y

de aplicar medidas eficaces. Y si me permiten una expresión de Dña. Ana Pastor: "en política hay que mojarse".

Muchas gracias y estoy a su disposición si tienen alguna pregunta.

Buenas tardes:

En primer lugar quiero agradecer la invitación a participar en estas jornadas de reflexión sobre "El futuro de la sanidad" organizadas por el Consejo Económico y Social.

Estamos en un momento clave en el que nos jugamos un cambio de modelo a nivel mundial y en el que la sanidad está en el punto de mira.

Aunque hemos avanzado en los últimos 30 años hacia una buena posición, el sistema va a enfrentarse a retos significativos en los próximos años, tanto financieros, como de incremento de la demanda de atención, de escasez de recursos disponibles.

Con el informe elaborado por el CES se genera un debate sobre la necesidad de evolución del sistema actual cuya finalidad para los socialistas es clara: hacer sostenible y preservar las señas de identidad de un modelo que es ejemplo en muchas partes del mundo. Que todos tengamos acceso a los mejores tratamientos requiere de un ejercicio de responsabilidad. Todos (gestores, profesionales, pacientes) tenemos que colaborar y actuar en consecuencia si queremos preservar este legado. Ya que la solución al problema de sostenibilidad del sistema no debe limitarse al ámbito económico, también depende de la confianza en el mismo, de la voluntad política, de la cohesión del sistema y de una correcta utilización de los recursos por parte de todos los agentes.

Respecto al primer aspecto, la confianza en el sistema, decir que los datos, las encuestas y las valoraciones de la ciudadanía ponen de manifiesto la alta estima y valoración de nuestro sistema de salud.

Porque tenemos un buen Sistema Nacional de Salud.

Los datos proporcionados por las encuestas del CIS sobre servicios públicos, según la percepción de los ciudadanos, la sanidad es el servicio que mejor funciona después de correos y el transporte urbano. El 36,6% de los ciudadanos considera que se destinan los recursos justos a la sanidad y un 49% que se destinan demasiado pocos. Un 94% se manifiesta en contra de cualquier recorte de gasto en sanidad, el servicio que encabeza este rechazo.

El porcentaje de ciudadanos satisfechos con el sistema sanitario español es del 67,03%. En Asturias, con un 84,68%, ocupamos los primeros lugares.

Ante la pregunta de preferencia sobre la titularidad de los centros esta se inclina por los centros públicos con un porcentaje más alto en Asturias y el apoyo al actual modelo de sistema sanitario es claramente mayoritario (menos de un 5% de la población apoya un cambio de modelo).

La voluntad política, que debe concretarse en un compromiso real

De poco sirve que hagamos manifestaciones públicas de apoyo a la sanidad pública cuando la práctica política sigue otros derroteros, como es el caso del PP, que allí donde gobierna aplica los postulados de la Fundación FAES dirigida por el Sr. Aznar y que difiere bastante de lo manifestado por el portavoz del PP en este foro.

Sin embargo, para los socialistas la protección de la salud ha sido siempre un objetivo prioritario. Desde todas las instituciones en las que hemos tenido responsabilidades, hemos desarrollado una apuesta permanente por la consolidación y mejora de nuestro sistema sanitario, concebido como un servicio público básico y universal, lo que nos ha permitido construir un SNS que

es considerado hoy como uno de los mejores del mundo. Éste es, por tanto, uno de los activos más importantes que los socialistas consideramos se ha de mantener y potenciar para el conjunto del Estado tal y como refleja nuestro programa electoral.

Su orientación hacia la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, al ser un sistema con una fuerte base en la Atención Primaria de salud, ha sido una de las claves que explican en buena parte los éxitos alcanzados en estos años.

A partir del año 2002 en que tuvo lugar la transferencia de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social a nuestra Comunidad, las prioridades del Gobierno socialista han supuesto la modernización de los servicios públicos y su evolución con criterios de cohesión social y territorial y su capacidad para ejercer de motores de desarrollo económico, social, científico y tecnológico.

En estos años de gestión del conjunto de la sanidad en Asturias hay que reconocer el notable esfuerzo del gobierno para adecuar la dotación de equipamientos y centros sanitarios a los cambios demográficos, de accesibilidad territorial y de aparición de nuevas técnicas diagnósticas y terapéuticas fruto de una clara voluntad política para destinar un volumen importante de recursos presupuestarios, voluntad que se manifiesta asimismo en el programa que el PSOE ha presentado en las elecciones autonómicas y que avanza los aspectos a abordar para una adecuación y mejora continua del modelo implantado con la Ley General de Sanidad y van orientadas a su refuerzo. ¿En que dirección?.

1. La mejora de los servicios públicos que es y será en el futuro una prioridad de nuestra política

Así se pone de manifiesto en los presupuestos del Principado, con un incremento entre 2002 y 2010 de un

71%, pasamos de 955,6 millones de euros a 1.635 millones en 2010. El gasto por habitante que aumentó un 66%, 1.537 euros o el presupuesto destinado a sanidad en 2010 que supuso un 7,2% del PIB y el 37% del gasto ejecutado.

En la inversión realizada para ampliar, renovar y modernizar los equipamientos de la red sanitaria pública, la mejora de las condiciones de trabajo, las retribuciones del personal sanitario, la incorporación de las nuevas tecnologías que contribuyen a mejorar la gestión y la atención al usuario.

La renovación de toda la red de equipamientos con nuevos consultorios y centros de salud, importantes inversiones en la mejora y adecuación de toda la red hospitalaria, S. Agustín, el Valle del Nalón, Cabueñes, Jario, Cangas del Narcea, la construcción del Álvarez Buylla y que culmina con la construcción del hospital Universitario Central de Asturias que será el gran centro de referencia de la sanidad pública asturiana del siglo XXI, equipamiento emblemático impulsado por la firme voluntad de los socialistas, cuya financiación está garantizada por la colaboración de la Administración General del Estado y la declaración del Instituto Nacional de Silicosis como Centro de Referencia Nacional incluido en el complejo HUCA.

Quiero hacer especial hincapié en lo que supone el nuevo HUCA, el mayor hospital público en construcción en España, a pesar de la oposición del PP a este proyecto para que no se lleve a cabo. Hoy continúan con su estrategia, que consiste en desprestigiarlo y establecer todas las dudas posibles sobre el mismo hablando de sobre coste y no de sobre inversión. El gobierno socialista ha defendido los costes de ejecución de la obra porque responden a las mejoras incorporadas en el proyecto inicial y, como es lógico, un proyecto que se elabora en el 2002 debe tener capacidad de adaptarse

a los cambios que se producen a lo largo de este tiempo y por ello en el 2006 se realiza un estudio exhaustivo con el fin de adaptarlo a las nuevas necesidades surgidas, motivadas por nuevos avances técnicos, necesidades clínicas, exigencias de sostenibilidad ambiental.

El primer modificado permitió introducir mejoras técnicas se construyen 11.379 m² de superficie más, 11 ascensores, mejoras en los sistemas de seguridad, en las instalaciones eléctricas, adaptación al Código Técnico de Edificación, aprobado con posterioridad a la elaboración del proyecto del HUCA, adaptación de las telecomunicaciones y posteriormente las que se corresponden con avances médicos y sanitarios y la dotación de equipamientos tecnológicos sanitarios que permitan ofrecer los últimos avances en todas las áreas funcionales del Hospital.

En definitiva, el objetivo es construir un hospital mejor y más eficiente aunque requiera una inversión mayor de la prevista inicialmente. El gobierno invierte más para tener un hospital mejor. Y, si se desean comparaciones, hay que decir que se está trabajando con un coste similar al de cualquier otro de nuestro entorno y de características similares. Ajustado a las necesidades presentes y futuras de Asturias y a nuestra aspiración a participar de la evolución científica y tecnológica de un campo de conocimiento tan amplio como el de las ciencias de la salud.

Pero resulta doblemente incomprensible la actitud del PP de Oviedo, en un primer momento y ahora también del PP autonómico, si tenemos en cuenta lo que va a suponer la construcción de este hospital no sólo para Asturias sino en particular para Oviedo.

La construcción del nuevo hospital contribuye a hacer ciudad, una ciudad más integrada, con la correspon-

diente urbanización del entorno, un nuevo parque, más grande que el Parque San Francisco, la resolución de la red de comunicaciones del Norte con la construcción de un anillo hospitalario que conectará las autovías A66 y A66a que sirve también de enlace entre el polígono del Espíritu Santo y la Urbanización de Prados de la Vega, la ordenación de tráfico en una zona de amplia expansión, la creación de empleo y la liberación de espacios en el Cristo que permite rediseñar esa parte de la ciudad con equipamientos y dotaciones más adecuadas a las características de esta zona y las necesidades ciudadanas.

En definitiva, un hospital no sólo emblemático sino que permita corregir las deficiencias del actual y que introduzca un nuevo modelo de organización de la asistencia sanitaria basado en las áreas o unidades de gestión clínica.

2. La adaptación a la nueva realidad territorial y demográfica de la región de los servicios sanitarios

El mapa sanitario de nuestra Comunidad ha sido diseñado como un instrumento dinámico y cuyo objetivo es garantizar la equidad y la eficiencia. Es de justicia reconocer el trabajo realizado por quienes hace 25 años diseñaron un mapa que ha cumplido con los objetivos para los que fue concebido y que incluso se adaptó a la nueva estructura surgida del traspaso de competencias sin necesidad de realizar cambios.

Decimos que es un instrumento dinámico y de hecho la propia Ley prevé la revisión del mismo ya que debe responder a lo que necesitan los ciudadanos y la adaptación a las nuevas realidades.

El PSOE a través de sus gobiernos ha liderado siempre esta cuestión, de hecho no ha habido más iniciativas que las de los socialistas, porque el PP no ha tenido proyecto ni aquí ni en los lugares donde gobierna, sirva

como ejemplo la Comunidad de Madrid donde han establecido un Área Única, o las declaraciones del responsables del PP cuando gobernaron en Asturias en contra del mapa que ahora tanto dicen defender.

Los cambios demográficos y las posibilidades ofrecidas por la mejora de las comunicaciones como consecuencia de la puesta en servicio de nuevas infraestructuras plantea la necesidad de una adecuación continua del mapa sanitario, corrigiendo los desequilibrios territoriales y haciendo más eficiente el sistema. Equidad y eficiencia son los dos parámetros de este equilibrio y, la adaptación debe tener en cuenta que, para los socialistas, es fundamental la existencia de una estructura en el territorio que favorezca la toma de decisiones horizontal y la creación y mantenimiento de un empleo de calidad y estable. La descentralización debe buscar la eficiencia pero también la definición de las Unidades de Dirección. Por eso, la implantación de la Gerencia Única sería una cuestión no tanto de ahorro como de eficacia en la gestión y la continuidad de los cuidados.

La ordenación de la Red Hospitalaria y, sobre todo, el modelo de gestión de los centros es otro reto inmediato. El modelo actual es del año 87 y requiere también una modernización que haga posible una mayor agilidad en las decisiones, un funcionamiento más eficiente y una respuesta más adecuada a las necesidades de los territorios a que sirven estos centros.

3. La apuesta por la Atención Primaria de Salud

El modelo de Atención primaria goza de una magnífica reputación entre los sistemas sanitarios de nuestro entorno, es alabado en muchas partes del mundo y su buen funcionamiento es reconocido por los expertos, incluida la Organización Mundial de la Salud, ya que ha dado buenos resultados en salud a un coste razonable y por el concepto de puerta de entrada, garante de la

continuidad en la prestación de los servicios y su papel en el asesoramiento profesional a los ciudadanos. Además goza de un alto aprecio entre los usuarios y los ciudadanos desde su implantación hace 25 años.

En este momento en Asturias se está tratando de impulsar un cambio constructivo, teniendo en cuenta que tenemos un sistema de Atención Primaria que está funcionando, que da buenos resultados y está bien valorado, pero que necesita una revitalización y para ello se requiere del consenso de todos, Administración, profesionales y ciudadanos. Tenemos una base que es la estrategia de AP21 y debemos seguir ese camino.

El futuro de la Atención Primaria como puerta de entrada al Sistema Público de Salud, que puede hacer un proceso integral de atención a los pacientes tanto en prevención como en promoción y asistencia, pasa por replantearse fórmulas de estructuración de los equipos de atención primaria que permitan una mayor autonomía e identidad profesional, más capacidad de autoorganización, una adecuada dotación tecnológica, descargando de actividades burocráticas y estimulando y dotando de mecanismos de integración e interdependencia con Atención Especializada, por reforzar el papel de médico personal como agente y consejero próximo al paciente y es necesario relanzar el papel comunitario de la enfermera de atención primaria.

Con estos objetivos se está trabajando y el papel de las Unidades de Gestión Clínica puede ser fundamental para conseguirlo.

Tenemos un enorme reto. Después de 25 años de existencia de un modelo de Centros de Salud que respondían a la perspectiva de aquel momento, ahora se requiere un impulso porque las necesidades son otras y la motivación profesional es un elemento que habrá que considerar especialmente ahora en que se hace

más necesario involucrarlos en la misión de la organización, el compromiso con la descentralización y la gestión clínica. Una adecuada gestión clínica que redunde tanto en un alto nivel científico y técnico de las prestaciones como en la satisfacción y motivación de los profesionales y, en consecuencia de la seguridad de los pacientes.

Dado el cambio de estructura demográfica y el incremento de enfermos crónicos, la solución sigue siendo la apuesta por la atención primaria de salud y la eficaz coordinación con la especializada.

4. La incorporación de la asistencia socio sanitaria y la atención a la dependencia como elemento de equidad para garantizar una atención sanitaria de media y larga duración oportuna y de calidad, dando prioridad a las soluciones basadas en la comunidad

El incremento de la población mayor de 65 años obliga a un mayor desarrollo de los servicios socio sanitarios. La aprobación de la Ley de Autonomía personal viene a suplir este déficit y a constituir el llamado cuarto pilar del estado del bienestar. Y se completará con el desarrollo del Plan socio sanitario en proceso de elaboración por el Ministerio y la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios.

5. La incorporación de las nuevas tecnologías a la gestión de los servicios con la disponibilidad de la información clínica compartida

Se trata de poner a disposición de los profesionales sanitarios nuevas herramientas que permitan mejoras para los ciudadanos.

Que los profesionales sanitarios y sobre todo los de Atención Primaria puedan dedicar más tiempo a la atención de sus pacientes y desburocratizar las consul-

tas médicas no es un sueño. Ya está sucediendo donde se aplican los proyectos "Sanidad en línea" y la receta electrónica, que está produciendo entre el 20 y el 30 por ciento la reducción del número de visitas que hacen los pacientes, principalmente las personas con enfermedades crónicas.

La mejora de los procesos asistenciales y de la calidad de los servicios sanitarios y, sobre todo, la atención a los ciudadanos al tiempo que se crea empleo, contribuyendo al crecimiento económico, a la innovación tecnológica y a la cohesión social.

Todos los sectores sanitarios tienen actualmente algún reto de futuro relacionado con la sanidad digital.

6. Mejora en la gestión económica orientada a lograr unos servicios de calidad, una fácil accesibilidad y celeridad en la resolución de los procesos

La garantía del mantenimiento del actual modelo y la disponibilidad económica para la incorporación de nuevas técnicas diagnósticas y terapéuticas que garanticen las máximas cotas de calidad de los servicios públicos, depende de medidas de fondo incorporadas a la gestión ordinaria de los servicios y de la reorientación del modelo, reforzando conjuntamente los valores de solidaridad y corresponsabilidad e incorporando la promoción y protección de la salud como prácticas de una sociedad democrática.

También medidas de gestión económica, de mejora en la gestión clínica, de reducción de riesgos y efectos adversos, de difusión de intervenciones basadas en la evidencia, de incorporación de las nuevas tecnologías al compartir la información clínica, medidas de ahorro en el gasto farmacéutico y uso racional del medicamento. Estas actuaciones, junto con la apuesta por las políticas de promoción de la salud y de participación ciuda-

dana, contribuyen a la mejora de la eficiencia del sistema sanitario y ponen las condiciones para garantizar la viabilidad futura de un Sistema de Salud que constituye por sí mismo uno de los más importantes instrumentos de justicia social de que disponen las instituciones democráticas.

En este sentido, se ha elaborado un Plan de medidas correctoras y de optimización del gasto en los siguientes ámbitos de actuación: recursos humanos, y contratación y régimen económico.

7. El desarrollo de los mecanismos de participación ciudadana

No hay norma que tenga más desarrollada la participación que la del Servicio de Salud que ha posibilitado el desarrollo normativo que tenemos. Sin embargo, creemos que se necesita una mayor transparencia y más responsabilidad de la ciudadanía, así como nuevos instrumentos de participación responsable.

A nivel de Atención Primaria, mediante el desarrollo de Redes Comunitarias en estrecha relación con los equipos de atención primaria y con Consejos de Salud que ejerzan un papel de liderazgo en la definición de estrategias de salud comunitaria y cuyo objetivo sea contribuir a crear más salud para la población.

La realidad y las TIC permiten que la participación se imponga con otras vertientes también importantes (blocks...) que producen una información fuera del control institucional y que si no sabemos entender nos castra a todos.

8. El nuevo marco organizativo que aconseja la actualización de la Ley de creación del SESPA con la elaboración de una nueva Ley de Salud y de Ordenación de Servicios Sanitarios

La Ley del SESPA es una buena Ley, que necesita incorporar nuevos elementos para adecuarse a los contenidos de las nuevas Leyes (Cohesión, Profesiones sanitarias, Estatuto Marco, Autonomía del paciente).

La autoridad sanitaria (financiación, programación, planificación) debe diferenciarse de la provisión de servicios (con distintas maneras de gestión).

9. Reorientación del modelo, intensificando las políticas de salud pública, que es una de las medidas más eficientes en términos de salud

La decisión de llevar adelante una Ley estatal de salud pública conlleva la definición de un concepto de salud pública acomodado a las necesidades del siglo XXI, que impregne de forma transversal todas las políticas públicas de las administraciones y que puede dar enormes ventajas en salud y competitividad.

La intervención pública en la mejora de la salud debe dirigirse a los determinantes de salud, responsables del estado de salud de nuestra población a través de un enfoque basado en la promoción y el fomento de la salud y no sólo en la atención a la enfermedad.

10. Modelo centrado en el usuario en una estructura de prestación pública

Frente al proyecto de mercantilización y fraccionamiento de los servicios a que nos tiene habituada la derecha, allá donde gobierna, los socialistas sostenemos que la salud no es un bien que deba quedar al arbitrio del mercado, sino que el sistema debe basarse en la equidad, la eficiencia y la efectividad, preservando el carácter de servicio de salud basado en una única red asistencial de forma que se evite la fragmentación social y la dualización de los servicios según nivel adquisitivo.

Los socialistas defendemos un sistema de salud prospectivo, atento a las desigualdades y centrado en las necesidades de los usuarios, capaz de hacer mayores esfuerzos para quienes gozan de peor salud, a fin de contribuir a crear una sociedad de personas autónomas en un estado de bienestar.

11. Un nuevo modelo organizativo y de gestión

El impulso de las Unidades de Gestión Clínica supondrá la organización de la actividad alrededor de procesos asistenciales basados en las mejores evidencias científicas y la incorporación de todos los profesionales en la gestión de los recursos que utilizan en su práctica clínica.

Asturias será una de las primeras comunidades autónomas que implante de forma generalizada este innovador sistema de gestión con la puesta en marcha del nuevo Hospital Central.

Se ha aprobado el Plan de Ordenación de Recursos Humanos, que favorecerá la eficiencia, la mejora continua en la organización y el trabajo en equipo con el objetivo de alcanzar un alto grado de satisfacción entre los ciudadanos.

Cohesión del sistema

La actual crisis económica internacional está teniendo importantes consecuencias presupuestarias en las Administraciones públicas entre las que puede señalarse un descenso relevante de la recaudación fiscal, que se ha traducido en unos presupuestos austeros en el 2009-2010 y que condiciona una (difícil) situación presupuestaria que debe abordarse conjuntamente.

Factores clave: Un sistema Nacional de Salud cohesionado

Los desafíos de calidad, equidad y cohesión, así como la necesidad de mantener la sostenibilidad del SNS hacen que la Consejo Interterritorial deba abordar actuaciones que permitan consolidar el sistema sanitario español abordando algunas reformas sobre unas bases firmes.

Tenemos un buen modelo sanitario que debe ser reforzado y consolidado para el futuro y éste es el momento adecuado para articular un acuerdo con un conjunto de acciones y medidas formuladas desde el consenso de todos, evitando el dogmatismo y el uso partidista de la sanidad para que el modelo actual siga siendo excelente, equitativo y sostenible.

Se debe actuar para mantener la sostenibilidad de la calidad, de la innovación en infraestructuras y en tecnología, así como haciendo viable la respuesta al envejecimiento de la población y a las nuevas necesidades sanitarias.

En lo que se refiere a los problemas financieros, la solución a la problemática actual no pasa, únicamente por disponer de suficiencia en los recursos destinados a la sanidad (cuestión a la que ha de ser sensible el Consejo de Política Fiscal y Financiera) sino que también requiere que dichos recursos se utilicen de la manera más racional y eficiente posible.

Y ello requiere el esfuerzo de todos:

- La sociedad, usuarios y pacientes, que deben entender que son corresponsables de su salud y tienen que implicarse en el compromiso de hacer un buen uso del sistema.
- Los profesionales, que tienen que seguir cooperando dado que gran parte del gasto sanitario depende de su criterio y sus actuaciones clínicas.

- Las empresas suministradoras de productos sanitarios, que deberán también corresponsabilizarse de la sostenibilidad del sistema.
- Los gestores que han de garantizar la utilización eficaz, eficiente y equitativa de los recursos que les son asignados.
- Los agentes sociales.
- La autoridad sanitaria, que ha de asegurar un sistema de calidad equitativo y cohesionado que incorpore prestaciones en base a la evidencia científica al coste más eficiente posible.

En este contexto es en el que debemos trabajar para alcanzar un acuerdo por la sanidad.

Si es previsible en el futuro un aumento de las necesidades de gasto, por aumento de la población de más edad, de la complejidad de los problemas de salud, por una mayor disponibilidad de tecnologías sanitarias y nuevos medicamentos y otros factores relacionados esto obliga a prever y adoptar medidas a corto y medio plazo.

Y en ese camino es importante una conciencia social sobre los retos y dificultades, así como de la necesidad de racionalizar la utilización de los servicios sanitarios en una sociedad en la que se han generado condiciones para una sobre-utilización de los servicios sanitarios incluso para atender malestares o disfunciones menores aumentando la presión asistencial.

También es necesario incrementar la conciencia de dificultad en muchos profesionales. La utilización de técnicas costosas que en ocasiones se deciden sin valorar alternativas más eficientes o la indicación de pruebas o medicamentos de 2ª elección como primera opción, así como la auto demanda generada por el propio sistema

sin una evaluación de resultados, son situaciones que, cuando ocurren, crean una tensión inflacionista que afecta a la sostenibilidad del modelo sanitario actual.

Por todo lo dicho hay que trabajar en la articulación de una serie de medidas que aporten más eficacia en la gestión de los recursos disponibles a corto y medio plazo, así como sentar las bases para hacer posible en el futuro una dotación presupuestaria suficiente y una gestión eficaz y eficiente. Y que entendemos deben dirigirse en tres direcciones:

1. Reorientación del modelo, intensificando las políticas de salud pública. Porque está demostrado que poner la salud en todas las políticas nos puede dar enormes ventajas en salud y competitividad.

2. Garantizar la financiación, eficiencia y calidad de los servicios que lo componen. Un sistema de financiación que garantice la suficiencia dinámica, mediante la definición previa de la cartera de servicios homogénea, y el coste de referencia de los servicios en el que además de la población se tenga en cuenta, envejecimiento, dispersión, dificultades orográficas.

3. Reforzar los mecanismos de cohesión.

Para ello, necesitamos reflexionar sobre cómo debe plantearse en el futuro el gobierno del SNS y el marco más adecuado es la Comisión del Pacto por la Sanidad.

En esa dirección camina el gobierno de España con el paquete de medidas a corto plazo aprobadas en el Pleno de 18 de marzo de 2010, en el que se incluyen medidas en materia de:

- Calidad, equidad y cohesión: plena universalidad, normas para establecer el tiempo máximo de acceso a las prestaciones, calendario vacunas único, uso exten-

sivo de las nuevas tecnologías (atención telefónica, móvil, Internet).

- En materia de eficiencia y control de gasto: políticas comunes en materia farmacéutica, procedimiento de compras agregadas para el conjunto del SNS.
- Desarrollo de estrategias educativas, informativas y organizativas que ayuden a moderar la presión asistencial, criterios comunes para las retribuciones.

Y también un paquete de medidas a medio plazo para su aplicación progresiva en el periodo 2010-2013.

Como conclusión, nos encontramos con un sistema sanitario cuya eficacia se demuestra con los indicadores universales que lo califican como uno de los mejores del mundo. En términos generales, los ciudadanos españoles disfrutamos de un sistema sanitario con una buena relación coste calidad. Además, la alta valoración de la ciudadanía pone de manifiesto que la calidad es percibida como buena por los destinatarios de los servicios.

Las amenazas a la salud pública y los retos que supone el nuevo contexto económico son una oportunidad inmejorable para empezar a debatir los retos que debe afrontar la sanidad pública y a proponer vías de avance desde el consenso de las diferentes fuerzas públicas y el resto de los agentes sociales. Un pacto por la sanidad con acuerdo sobre 3 ó 4 medidas concretas que permitan empezar a avanzar puede ser el camino, con el objetivo de asegurar, a futuro, un sistema sanitario público, universal, y equitativo, que mantenga e incluso mejore el sistema sanitario actual.

Estamos, por tanto, ante un Sistema de Salud con un buen nivel de calidad y de equidad con un razonable nivel de cohesión y que, además está actuando como un importante instrumento de justicia social, pero con retos y desafíos. Como señalaba recientemente M^a Luisa Carcedo "tenemos la responsabilidad de estar a la altura de la consideración que le tienen los ciudadanos y la tarea de consolidarlo, mejorarlo y garantizar su viabilidad".

Muchas gracias, moderador. Muchas gracias también al CES, por darnos esta oportunidad de explicar nuestra política.

España tiene uno de los mejores sistemas de salud del mundo. Como no es perfecto, nos dicen que hay que cambiarlo. De acuerdo, ya lo venimos diciendo desde hace décadas. Cambiémoslo.

Hace cuatro años llegué a la conclusión de que en Asturias, y probablemente también en España, es aplicable la que podríamos llamar la Hipótesis del Equilibrio, según la cual casi todos los agentes sociales, profesionales y políticos disfrutan del raro privilegio de disponer de la fuerza suficiente para bloquear cualquier iniciativa de los demás, privilegio que va acompañado de la maldición de carecer de la fuerza y el liderazgo suficientes para orientar al sistema sanitario en dirección alguna. Fruto de tan rara combinación, el sistema sanitario asturiano —temo que el español esté aquejado del mismo mal, aunque los agentes puedan cambiar— vive desde hace muchos años en un raro equilibrio que, manteniendo el status quo aparente, lo está debilitando hasta extremos de enorme vulnerabilidad.

Según esta hipótesis, el primer problema es plantearse la voluntad y la posibilidad del cambio. ¿Realmente queremos cambiar nuestro sistema, o al menos su funcionamiento? ¿No será que quieren los que no pueden y los que pueden no quieren?

De los tres escenarios que la Hipótesis del Equilibrio preveía para iniciar ese cambio se ha dado el peor. Pues el primero: un pacto entre las grandes fuerzas políticas —lo que hubiera sido un "cambio dirigido de las reglas"—, ni se ha dado, ni se va a dar; el segundo: la irrupción de un jugador consciente, que rompiera ese equilibrio y abriera el juego, tampoco se ha producido.

Sin embargo, ha sido la tercera posibilidad, la gran crisis económica, la que denominaba entonces "modelo de la catástrofe" en el sentido de René Thom, la que se ha hecho dueña y señora de nuestras circunstancias.

Circunstancias que no hacen otra cosa que poner de manifiesto lo equivocado de los fundamentos de nuestro sistema, la práctica egoísta, banal y engañosa de nuestros políticos y líderes sociales, y lo acomodaticio, venal e inconsciente de la ciudadanía.

La hipocresía, el disimulo y la adulación, sólo pueden ser entendidas como desinterés. Por tanto, aceptémoslo, es cierto, todos somos responsables. Lo que pasa es que unos lo son más que otros, y en discriminarlos con finura estará el mérito de quienes sean capaces de cambiar el voto, que es de lo que se trata.

Así pues nos encontramos con una crisis de proporciones considerables; que sin duda tendrá su impacto en la Sanidad y en el conjunto de los servicios públicos.

No es cuestión de polemizar sobre las causas y los responsables de la crisis. Lo que parece claro es que es que son los salarios los que la van a pagar en mayor medida, los salarios directos, los diferidos (las pensiones), y los indirectos (los servicios públicos). Ante una crisis que supondrá el mayor ataque al estado del bienestar desde la caída de la URRS —cuando se están redibujando las potencias hegemónicas del mundo, cuando el proyecto de la UE está mostrando su verdadero rostro, cuando ya no hay otro paradigma que el sistema capitalista más depredador, desregulado e irresponsable de la historia— el sistema sanitario español, virtual, desarticulado y descoordinado, se enfrenta a lo que sin duda será la puntilla del modelo que conocemos y el alumbramiento definitivo de un modelo liberal de sanidad.

Y no me digan que soy catastrofista, ni siquiera pesimista, no hay fatalismo alguno en mis palabras, el futuro es claro si uno no se hace trampas en el solitario.

El diálogo necesario para evaluar la posibilidad de aunar esfuerzos para el cambio requiere clarificar desde el principio desde qué perspectiva se quieren analizar las cosas. Como es lógico pueden elegirse varias. Para mis propósitos basta destacar dos. Una es la habitual en este tipo de reuniones, en la literatura académica y entre los mismos ciudadanos; se trata de analizar el sistema en sus propios términos, dando por sentado que su envoltura social es una constante. La otra es la que enfoca su análisis precisamente partiendo de la valoración de la propia envoltura social (económico-política) como una variable y de ahí derivar los puntos de interés para el análisis de los problemas, de los desafíos y de las respuestas pertinentes a los mismos.

Ni que decir tiene que mi opción es la segunda.

A partir de estas consideraciones corresponde destacar como primera y fundamental contradicción de la situación del SNS la divergencia de sus valores con los valores hegemónicos de nuestra sociedad. Los fundamentos de nuestro sistema público sanitario: Universalidad, Equidad y Calidad, no son congruentes con los valores de la sociedad en la que vivimos: MERCADO—consumo, desigualdad y banalización—. Ésta es la raíz del problema.

El pastel sanitario es tan importante, en términos económicos, que los grandes actores: bancos, aseguradoras, constructoras, han ido condicionando el desarrollo del sistema y poniendo los cimientos de su alternativa de dominio a través de sus agentes (el PP, los nacionalistas de derecha, los grupos mediáticos y profesionales, e importantes sectores de la "izquierda" y los agentes sociales).

Mientras, la izquierda política, los agentes sociales y la misma sociedad se ha ido diluyendo en discursos gestores, pragmáticos, cortoplacistas y autocomplacientes, hasta el extremo de casi desaparecer del mapa confundidos en una revuelta inercia de mediocridades con apariencia de nada.

Y en esto llegó la crisis. No por presentida menos deletérea.

Y no parece que las cosas vayan a cambiar. Cautivo y desarmado el interés general volverá a postrarse frente a los poderosos intereses particulares.

Es en este marco en el que pueden ser entendidas las deficiencias de nuestro sistema, que ni son genéticas ni sobrevinidas por arte de magia. Responden a líneas de fuerza persistentes, múltiples y de desigual desarrollo, pero contumaces en ir transformando el sistema en lo que les interesa: vender servicios sanitarios y que paguen por ellos, los que puedan, más de lo que se paga ahora.

Pero si es cierto que el discurso del liberalismo económico se ha convertido en hegemónico en nuestro entorno, no es menos cierto que al interior del sistema se dan también contradicciones cuya solución se ha ido produciendo sistemáticamente en beneficio de ese discurso. Señalaré algunas:

La primera es una que generalmente no suele destacarse, la de la progresiva pérdida de efectividad del sistema, dicho de otra manera, la de la gigantesca desproporción entre los ingentes recursos empleados y la escasa aportación que hacen a la salud de la población, sobre todo en términos, precisamente poblacionales. Una contradicción ésta, que debería estar en el frontispicio de cualquier reflexión medianamente rigurosa so-

bre el sistema sanitario actual. Y no es, por tanto, extraño que esta contradicción descansa sobre el modelo conceptual hegemónico en el SNS: el modelo o paradigma biomédico, un reduccionismo coherente con la lógica individualista y mercantilista del liberalismo. Pues de haber sido ajeno a esa lógica no se habría consolidado con tanta fuerza como le han suministrado los enormes apoyos profesionales, académicos, institucionales y mediáticos. Un modelo que no habré yo de tachar de prescindible, pero sí de enormemente perjudicial para la salud, la seguridad y la cohesión social cuando se lo toma como único.

A nuestro sistema le falla el modelo conceptual sobre el que se basa su propio ejercicio. Y ello por más que se hagan protestas de orientación hacia la promoción y la prevención, no hay más que ver el porcentaje de los presupuestos que se dedican a la llamada Salud Pública.

La efectividad no es un valor que interese al mercado, al menos no en este ámbito, antes al contrario es un dique al mismo, por eso no suele tenerse en cuenta. Así, parapetados tras la supuesta voluntad de conservar el sistema, la mayoría de los análisis suelen empezar generalmente, desde hace muchos años, por conceptos económicos como la eficiencia y su supuesto objetivo: la sacrosanta sostenibilidad.

En segundo lugar es destacable el enorme problema de calidad con el que se trabaja en nuestro sistema, empezando por la falta de información adecuada que permita evaluarla rigurosamente, puede afirmarse sin temor a equivocarse que nuestro sistema adolece de problemas serios de calidad. El último número de Gaceta Sanitaria publica al respecto un interesante artículo de Bernal y Ortún¹.

Pero el mantra del mercado manda: hay que producir, ofertar, responder a la demanda inducida por el entorno y por el propio sistema, en definitiva hay que consumir; qué importa si se hace bien o mal.

En tercer lugar, no podemos olvidar la consecuencia que en términos de *seguridad* tiene intrínsecamente este modelo. La falta de seguridad es el resultado de la reducción del margen terapéutico de las intervenciones médicas. El arsenal diagnóstico y terapéutico es tan potente y su uso tan intensivo que la medicina está próxima a poner en peligro aquello de "primun non nocere". Pero la lógica de las mercancías manda, y no me hablen del avance tecnológico que ya somos muy mayores: hay que introducir toda y cualquier tecnología porque así lo exige el mercado, no la lógica ni el interés general. Y, en ocasiones, se hace con la connivencia, cuando no con la demanda ruidosa, de los propios ciudadanos, cuya sindéresis reposa en el fondo del mar de la desinformación generalizada.

Puede destacarse, ahora ya en términos micro, la existencia de enormes bolsas de ineficiencia dentro del sistema, ya que en términos macro no sería éste el mayor problema. Pensemos en las consultas por motivos irrelevantes, las pruebas diagnósticas, medicaciones, derivaciones o intervenciones innecesarias que se realizan por inadecuadas condiciones de trabajo, baja formación, malos sistemas de información y comunicación, intereses espurios, presión de la industria... Pensemos en el bajo rendimiento del estamento enfermero para el que no hemos sido capaces de desarrollar un nuevo modelo que la haga rentable para el sistema.

De otros problemas como los derivados de la atomización de los poderes sanitarios, de la falta de integración

¹ Bernal y Ortún en Gac Sanit. 2010; 24 (3): 254-258.
Documento descargado de <http://www.elsevierinsituaciones.com> el 08/06/2010.

y coherencia de las políticas en asuntos tales como la información, los recursos humanos, la rigidez normativa o la ausencia de sistemas organizativos adecuados, no es necesario hablar porque es precisamente en estos asuntos en los que suele centrarse el debate y en los que hay mejores aproximaciones a su diagnóstico.

Sí es obligado destacar un aspecto crucial y sintomático que refleja todo lo que venimos diciendo y que puede resumirse como el Rapto de lo público. El SNS español, y el asturiano, ha sido hurtado a los ciudadanos, meros consumidores de servicios o de voto, mediante la patrimonialización que algunos grupos han hecho del mismo: me refiero a los políticos, los gestores y los trabajadores. Quizá sea esta patrimonialización el preludio de la privatización. El SNS no tiene mecanismos de conformación de su voluntad en el que estén presentes, de forma decisiva, los propios ciudadanos. Claro que a estas alturas de la exposición, y de la película a nadie le extrañará este dato.

Todo para el pueblo pero sin el pueblo. Un itinerario que va del despotismo ilustrado al liberalismo sin máscara.

En resumen, la realidad es que uno de los mejores sistemas sanitarios del mundo aparece como inefectivo, de calidad media-baja, cada día más inseguro y con grandes bolsas de ineficiencia... qué más quieren, acaso no debe producirse un cambio radical en el modelo... pues dejemos que sea la iniciativa privada, que todos sabemos que es mucho más "eficiente" y da más satisfacción, la que lo gestione, ya que se ha demostrado que lo público no funciona.

Así, debilitado el sistema por la inacción, la tibiedad o la connivencia de sus propios directivos, gestores y trabajadores, viviremos una intervención que ya no harán ni el Ministerio ni las Consejerías de Hacienda, como hasta ahora, sino el BCE, el Ecofin y hasta el Banco Mundial.

De esta forma, transitaremos del 7% del PIB al 9 o al 10, pasando por el Banco de Santander.

Acaso cabe alguna esperanza en este marco. Qué puede hacerse desde la perspectiva de los derrotados que aún mantienen interés político. Sólo cabe una respuesta y no es técnica, ni organizativa, no es un problema ingenieril, ni legal, ni económico. La naturaleza de la única respuesta adecuada es política. La dimensión de la respuesta, su intensidad ha de ser proporcionada al envite planteado.

Esa respuesta es necesaria en términos generales, particulares y hasta individuales. En términos generales porque no es separable la solución de los problemas de la sanidad de la orientación general del modelo social y político. En términos particulares, porque los cambios en el sistema sanitario serán trunfo de los cambios en el sistema político español o no serán, e individuales, porque los desafíos que plantea el mantenimiento de las características esenciales de nuestro modelo exige un replanteamiento personal de la relación, la actitud y el desempeño de todos y cada uno de los que hoy trabajamos o utilizamos el sistema.

El vértigo surge cuando se plantea si tal respuesta por más que sea necesaria es efectivamente posible; sobre todo hoy cuando el estado de ánimo general de nuestra sociedad, y también del sistema sanitario, es el miedo a que la crisis pase factura a nuestro modo de vida y sobre todo de consumo. Situación ésta que propicia el surgimiento de actitudes defensivas, corporativas, egoístas, del sálvese quien pueda, de la culpabilización del otro. Pendiente por la que insensiblemente se desliza una sociedad anestesiada y amordazada que le hace el juego a quienes originaron la crisis y ahora se aprovecharán de ella hasta el final.

Sea por rabia, por convicción racional, o simplemente por sensibilidad moral, o inquietud intelectual sobre el propio trabajo, o finalmente sea por dignidad ciudadana, quienes no comulgamos con las verdades a medias del discurso liberal, estamos obligados a tomar postura sobre lo que otros hacen y sobre lo que nosotros deberíamos hacer.

Empecemos:

1. No queremos un Pacto de Estado sobre la sanidad. Queremos un pacto de las izquierdas del estado sobre los servicios públicos, y para ello trabajamos. Un pacto con dos objetivos inmediatos.

2. Cambiar el modelo de conformación de la voluntad del sistema. Sin este cambio el futuro del SNS está cantado.

3. Forjar una alianza de los ciudadanos y los trabajadores frente a los intereses de las multinacionales, las corporaciones privadas y los intereses particulares, aunque éstos puedan anidar también en las burocracias gestoras, profesionales, partidistas o sindicales.

4. No haber hecho cambios en tiempo de bonanza ha sido negligente. Ahora se convierte en una prioridad minimizar el impacto de la crisis sobre la financiación del SNS, pero como los cambios que el sistema necesita requieren inversiones importantes, habrá que atajar las bolsas de ineficiencia y habrá que aportar recursos adicionales. Sacar agua de la barca, si no se tapa el agujero por el que entra es inútil.

5. Aunque no lo queramos reconocer, el principal problema de gasto del SNS deviene del uso de la tecnología y de la farmacia. Proponemos una moratoria tecnológica y farmacéutica.

6. No estamos a favor del copago. El problema no es de demanda, es de oferta. El copago ampliaría la cultura

del mercado en un servicio esencial, y nosotros no estamos a favor de esa cultura. No apoyaremos repagos de ningún tipo.

7. No estamos a favor de la separación de financiador y provisor, porque es más de lo mismo. Alguien se cree en Asturias que lo que haga un gerente en Jario no repercutirá directamente en el consejero, y a la inversa, alguien puede creerse que esa propuesta no está modelada en el marco de una interpretación liberal del proceso de producción de servicios y es la puerta de entrada de los proveedores privados (con o sin ánimo de lucro).

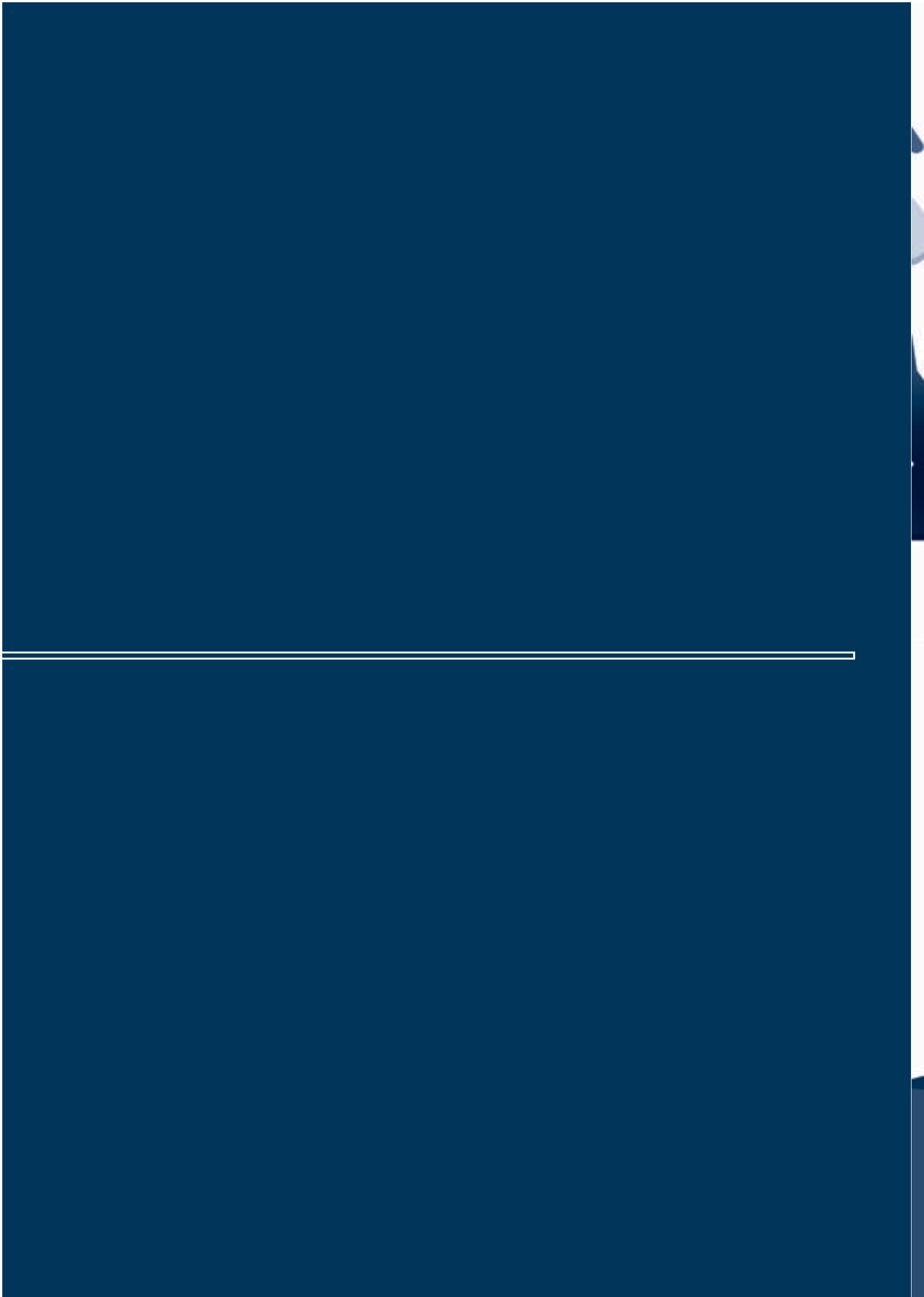
8. Propiciaremos cambios en el marco legislativo sobre condiciones laborales, modelo organizativo, inversiones, sistemas de formación e información...

9. No estamos a favor de mantener la situación actual de MUFACE, MUJEJU e ISFAS, seguro escolar, sanidad penitenciaria, accidentes de tráfico, turismo sanitario...

Porque el desafío es tan grave, de poco vale detenerse en los ajustes finos, más propios de situaciones que T.S. Khun calificaría de ciencia normal. Ahora estamos ante un cambio de paradigma, o ante un volantazo, si ustedes quieren. De poco nos valen los sabihondos. Necesitamos a los audaces... ciudadanos, me refiero a los ciudadanos.

La experiencia, el saber técnico y las reflexiones académicas, están en la base de nuestra reflexión y de las propuestas de acción con las que trabajamos, pero no estamos ante un problema intelectual o técnico, si no es demasiado tarde ya, éste es el momento de la acción, de la acción de los ciudadanos para defender sus intereses frente al mercado y sus mandados.

Gracias.



A stylized graphic on the left side of the page shows a dark blue path leading upwards and to the right. Several human figures are positioned along this path. One figure on the left has a white cross on its chest, representing a medical professional. Other figures are shown in various poses, some appearing to be in motion or interacting. The background is white, and the overall aesthetic is clean and modern.

> Clausura de la jornada

> **Un nuevo rumbo para la sanidad en Asturias.
Una tarea posible**

> D. Ramón Quirós García

*Consejero de Salud y Servicios Sanitarios del
Principado de Asturias*



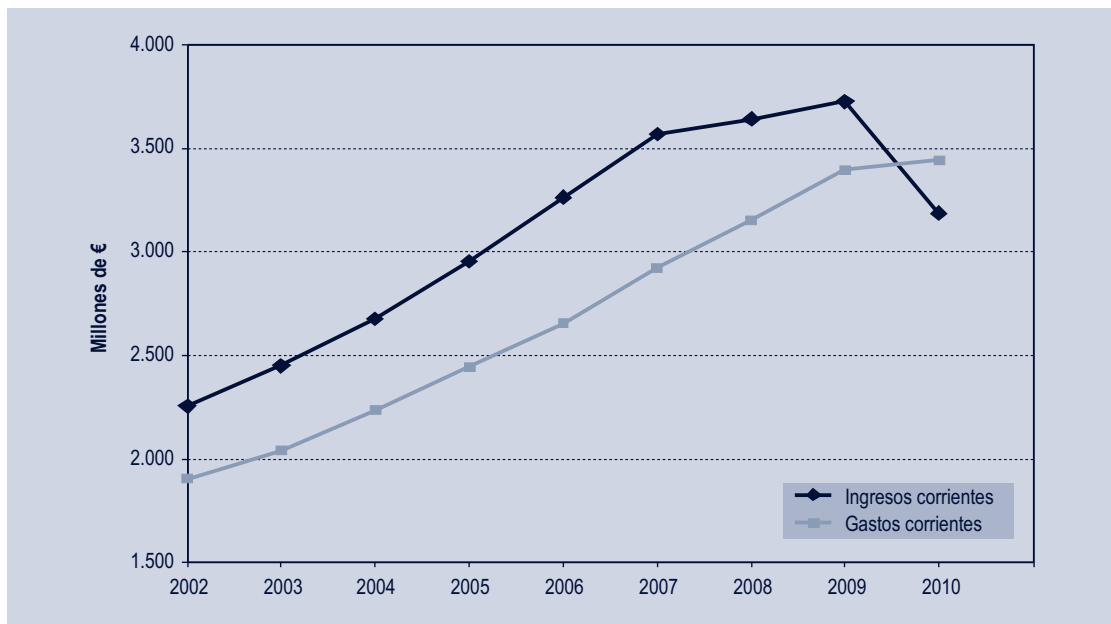
Generar un nuevo rumbo para la sanidad asturiana requiere en primer lugar la toma de conciencia de que es necesario cambiar cosas, luego es preciso consensuar una visión compartida de adónde se quiere llegar y finalmente se hace necesario identificar dónde estamos para disponer los instrumentos necesarios de cambio para movernos en la dirección deseada.

De ahí que esta intervención la haya articulado en tres partes. La primera aporta una dosis de realidad. Estamos en una situación económica complicada que exige tomar decisiones con prontitud. La segunda reflexiona sobre algunos factores que retratan algunas características de nuestro sistema de salud lo que permite apuntar cambios necesarios y finalmente, la tercera esboza una visión de futuro de nuestro sistema sanitario que nosotros, desde el Gobierno de Asturias, estamos promoviendo y queremos compartir.

UNA DOSIS DE REALIDAD

Quiero que revisen la figura 1. La línea azul marca lo que han sido los ingresos del Principado de Asturias desde el año 2002, fecha de la transferencia de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social, hasta este año, 2010. La línea clara son los gastos corrientes, los necesarios para mantener nuestra estructura, es decir, nuestro personal y los gastos de funcionamiento. La diferencia entre los ingresos y los gastos es el ahorro corriente y eso es lo que nos ha permitido financiar inversiones de todo tipo, que han ido dirigidas a posicionarnos como comunidad en una situación mas favorable para poder hacer más y mejor las cosas. Como se aprecia en el gráfico, y ésta es la primera vez que ocurre de una forma tan abrupta, los ingresos han caído tan rápido que se han colocado por debajo de los gastos corrientes y por tanto o conseguimos más ingresos

Figura 1. Ingresos y gastos corrientes del Principado de Asturias (2008-2010 estimaciones)



(difícil pues en este momento no se puede recurrir a la deuda y además es insensato endeudarse para pagar gastos ordinarios de funcionamiento) o reducimos los gastos corrientes para poder cuadrar las cuentas públicas y seguir funcionando.

La diferencia se estima que es del orden de 210 millones de euros, de ahí que el Gobierno, a parte de dar ideas, tiene que tomar decisiones concretas. Tenemos que decidir qué políticas públicas son las más valiosas, aquellas que no podemos perder como sociedad y reducir o dejar caer otras actuaciones de menor valor relativo.

Es una ecuación sencilla aunque no guste. Por tanto, la primera conclusión es que tenemos que recortar gastos y hay que decidir de dónde porque ya sabemos cuánto. Si los ingresos siguieran cayendo tendríamos que seguir recortando gasto pero eso no es posible hasta el infinito. Por tanto, segunda conclusión: Tenemos que trabajar en ver cómo conseguimos desde el punto de vista de país, de sociedad, tener un crecimiento económico estable que nos permita conocer cuál es nuestro techo de gasto asumible, aquél que podamos financiar. Es decir, hay un problema de ingresos, de cuánto podemos recaudar y de dónde podemos obtenerlos ya que todo parece indicar que una economía basada en el consumo y en el crédito barato ya no será factible con los niveles de deuda acumulados en nuestra sociedad.

Dos apuntes más. El primero, recordar que de los 3.500 millones de euros de gasto corriente, alrededor de 1.600 millones es lo que nos cuesta el Servicio de Salud y unos 20 millones adicionales más la Consejería de Salud. Con esta participación en el gasto es fácil inferir que cualquier recorte importante afectará en mayor o menor medida a Salud y por tanto habrá que pensar de dónde lo sacamos sin tocar lo esencial del sistema.

El segundo apunte que quiero hacer es que gastar en salud es invertir en capital social, aunque reconozco que cuesta mucho convencer a muchos políticos de esto, convencerles de que la salud da retornos económicos directos manteniendo a gente sana y productiva o recuperándolos de la enfermedad y permitiéndoles que lleven una vida independiente, lo que sin duda es un factor de competitividad. Además es un sector que genera empleos de alta cualificación, con una elevada proporción de empleo femenino y que necesita de empresas de suministros de todo tipo para cumplir sus fines lo que tira de otros sectores económicos. Además está distribuida por todo el territorio, esto no es casual, es una forma de entender la política, de redistribuir rentas, de fijar población en el territorio, de mantener la equidad en el acceso a los servicios públicos esenciales... Y hay algo más: Parte de lo que los empleados cobran del sistema, lo retornan a las arcas públicas en forma de impuestos y consumos de todo tipo en zonas periféricas ya que es una empresa que actualmente no es deslocalizable.

Ante esta situación hay algunos que señalan que "*con esa reducción de gastos, no es posible mantener un servicio público de calidad*". Yo digo: Nada más lejos de la realidad. Puede ser el fin si nosotros como sociedad queremos que sea el fin. Si no es así, y trabajamos cooperativamente en lo que es esencial no lo será y podremos mantener un sistema que es patrimonio de todos.

Lo que sí ha llegado es el fin de una manera de entender el sistema sanitario público. Este país tiene que hacer cambios notables. No es una cuestión de intentar conseguir de nuevo ese diferencial de ingresos para salvar los muebles... Eso no nos va a servir. En términos tenísticos eso sería salvar el "*match point*", pero no ganar el partido y ahí tenemos los sucesivos acuerdos de la Conferencia de Presidentes cuyo efecto se ha agotado rápidamente. El partido necesita algo más que

financiación. Necesita hacer sólo aquello que ofrezca evidencias de añadir un plus a la salud o calidad de vida de los pacientes y hacer las cosas de una manera eficiente y ágil. Todo lo que tenga poca evidencia o sea ineficiente debe desaparecer. Y ese cambio, aunque necesario, va a costar.

SOBRE LA NECESIDAD DE CONFLUENCIAS

A mi juicio, en nuestro país no tenemos un problema de análisis de la situación, del reconocimiento de los problemas, no tenemos una gran dificultad tampoco para saber lo que hay que hacer y qué podemos esperar de ello... Lo que tenemos son carencias a la hora de ser capaces de hacer lo que es preciso hacer con éxito y rápido. Cuando uno echa la vista atrás y empieza a revisar documentos, incluso de los años 90, se da cuenta que muchas de las cosas que se han venido a decir hoy aquí o que yo mismo puedo apuntar hoy, es lo que se viene diciendo desde los 90 y que aún no se ha hecho.

Pienso que para trabajar con éxito se necesita que haya una serie de confluencias en lo que llamo "*las 5 P*": la población, los profesionales, los proveedores, la prensa, la política. Y pongo la política como elemento central porque los políticos somos los que más responsabilidad tenemos y porque en estos momentos difíciles es cuándo más esencial es el papel de la política. Se necesita una confluencia mínima entre todos los agentes que forman parte del sistema para llevar a cabo nuestras acciones con éxito. Pienso que hay que transformar el sistema sanitario y que ha llegado el momento de hacerlo, que ya no disponemos de más tiempo y por tanto la acción política tiene que ser capaz de poner en marcha esta confluencia.

¿Cómo? Con liderazgo, generando equipos, asignando presupuestos adecuados y trabajando más allá del corto plazo y la inmediatez del día a día.

En primer lugar se necesita poner la salud en un lugar prominente de la agenda política. Este Gobierno considera que la salud es un bien público básico, necesario para nuestra población, que merece la pena sufragarlo con nuestros impuestos y que merece la pena repartirlo con equidad para todos por igual, por un derecho de ciudadanía. Esta prioridad se plasma en los presupuestos, que son un galimatías para la gente pero que realmente reflejan cuál es el esfuerzo que nosotros damos desde la política a un determinado sector, en este caso a la salud.

Se necesita que esos recursos sean eficaces para obtener lo que se desea y que además sean empleados de una forma eficiente y para ello la política tiene que ser capaz de generar una visión que pueda ser compartida por una mayoría de los agentes mencionados. El sistema sanitario es tan complejo que no puede estar bailando continuamente de conceptualización y necesitamos una visión compartida que nos permita construir sobre lo anterior, manteniendo lo valioso e incorporando aquello que nos permita conseguir mejores resultados de salud. En los últimos 25 años, el sistema se ha movido muy poco. Sin embargo, la población y las necesidades han cambiado mucho por lo que el desajuste es cada vez mayor.

Esa visión compartida necesita liderazgo, pero no sólo de una persona, esto es una cuestión de equipos... O hay equipos, o no hay progreso. Y, por tanto, mi reconocimiento a toda la gente que se ha embarcado y viene sufriendo conmigo horas y horas de trabajo de proyectos, de discusiones y de ir resolviendo temas. El equipo es necesario para mantener la dirección del cambio en el tiempo y hacerlo llegar a todos los ámbitos del sistema. El sistema es tan complejo y tan esencial que ha de transformarse a la vez que sigue atendiendo a la gente y eso requiere ciclos de tiempo de cierta duración para obtener cambios notables.

Además de esa visión compartida y equipos que lideren necesitamos presupuesto para soportar los diferentes proyectos. No comparto el punto de vista de aquellos que dicen que podemos seguir con las prestaciones que tenemos y bajar el presupuesto de un día para otro sin afectar a las características, la calidad, la accesibilidad y la equidad del sistema. Es cierto que el sistema ha de ser más eficiente y que hay áreas que deben funcionar con menos recursos pero hay un nivel mínimo de gasto por debajo del cual, lógicamente, ese bien público se resiente y eso tenemos que saberlo todos, políticos incluidos. Y esa reducción por la vía de la ganancia de eficiencia no es fácil hacerla de un día para otro. Una reducción notable de presupuesto en un corto espacio de tiempo puede afectar a las prestaciones del sistema. Y por ello cuando se habla de recortar soy de los que piensa que un euro no produce el mismo retorno en los distintos sectores económicos. Un euro bien empleado en salud, probablemente, produce mucho más retorno que en otras políticas sectoriales.

Con ser mucho, todo eso no es suficiente. Cualquier cambio en este país necesita apoyos, es decir votos en un parlamento. Y los votos en este país como vemos casi a diario están muy caros sobre todo si es para ponernos de acuerdo en lo que hay que recortar y en los cambios que hay que introducir. Tengo que reconocer que como político y como ciudadano, en ocasiones estoy decepcionado con tanta demagogia, con aquellas organizaciones que manifiestan simultáneamente sin rubor su apoyo a una tesis y a la contraria con tal de obstaculizar y desgastar buscando ínfimos réditos a corto plazo. Pienso que en este país con lo que tenemos podíamos hacer las cosas bastante mejor y miro con envidia a cómo se ponen de acuerdo en otros países en las cuestiones importantes. Y la salud lo es.

REFLEXIONES SOBRE ALGUNOS ASPECTOS DEL SISTEMA SANITARIO EN ASTURIAS

Incremento del gasto por encima de la economía y la inflación

Este Gobierno ha venido destinando importantes recursos económicos a financiar la sanidad. En la figura 2 se puede visualizar la evolución del gasto sanitario público (gasto real devengado) frente al PIB y al IPC desde las transferencias de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social hasta ahora. La primera reflexión es que el gasto sanitario público crece bastante (un 68% desde las transferencias) mientras que en ese período la inflación creció un 20%. La segunda es que el gasto sanitario también ha crecido más que la economía sobre todo a partir de la caída del PIB en estos últimos años, lo que señala que el Gobierno ha tenido que priorizar la salud frente a otras políticas sectoriales.

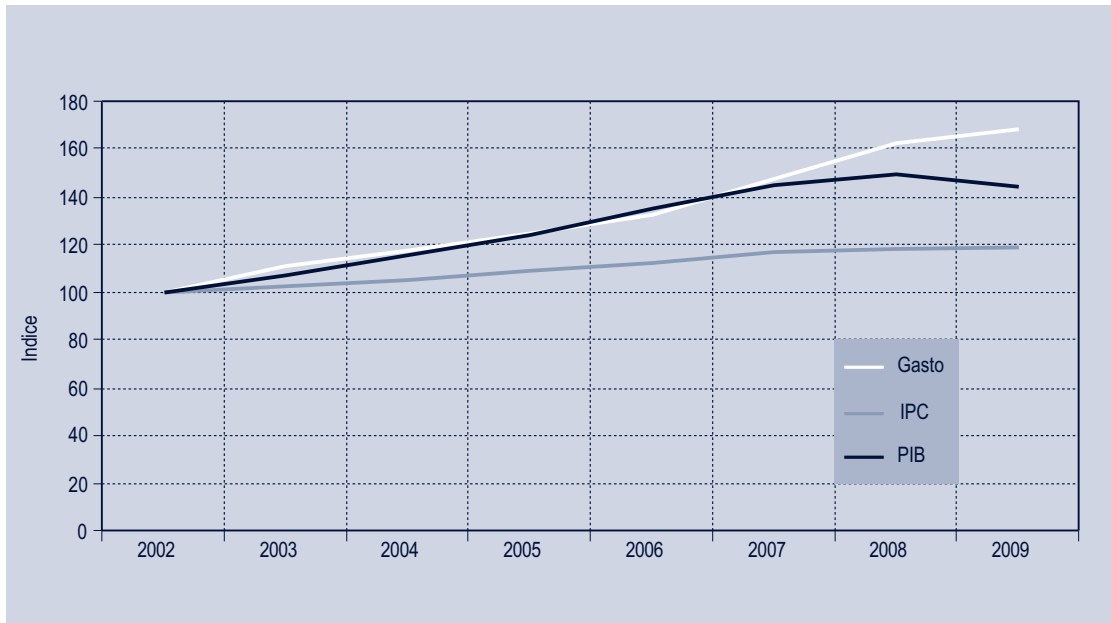
Una aclaración. Se dice que el nuevo HUCA o las nuevas inversiones son los responsables del incremento del gasto. Y no es así. En sanidad más del 95% del gasto es gasto corriente, es decir pago de nóminas y consumos incluyendo farmacia. La pregunta es obvia.

¿Podemos mantener un incremento del gasto corriente de nuestra sanidad por encima del crecimiento económico durante más tiempo? La respuesta también es obvia.

Población envejecida y con pluripatología en hospitales de agudos

Como muchos de ustedes conocen estamos informatizando todo el sistema. Ahora es posible mirar la ocu-

Figura 2. Evolución del PIB, IPC y gasto sanitario público en Asturias 2002-2009 (Año 2002 = Índice 100)



pación de las plantas de hospitalización on line. Ayer entré en una planta del Hospital San Agustín, la de Medicina Interna. La teníamos prácticamente cubierta. Empecé a ver las edades de las personas ingresadas: 91 años, 86 años, 84 años, 54, 58, 93, 69, 83, 83, 81, 81... Esto es lo que tenemos en una planta de agudos en un hospital de nivel como el San Agustín, personas con múltiples patologías de edad avanzada. Esto no lo teníamos hace 15 años. La gente dice que esto es la causa más importante del incremento del gasto, el envejecimiento.

Yo no estoy de acuerdo. Ya éramos viejos también hace cinco años y el envejecimiento no crece a un ritmo tan alto como ha venido creciendo el gasto.

Cada vez más población con medicación crónica

La figura 3 recoge el consumo del gasto en farmacia en Asturias desde las transferencias sanitarias. En este período Asturias ha mantenido estable su población,

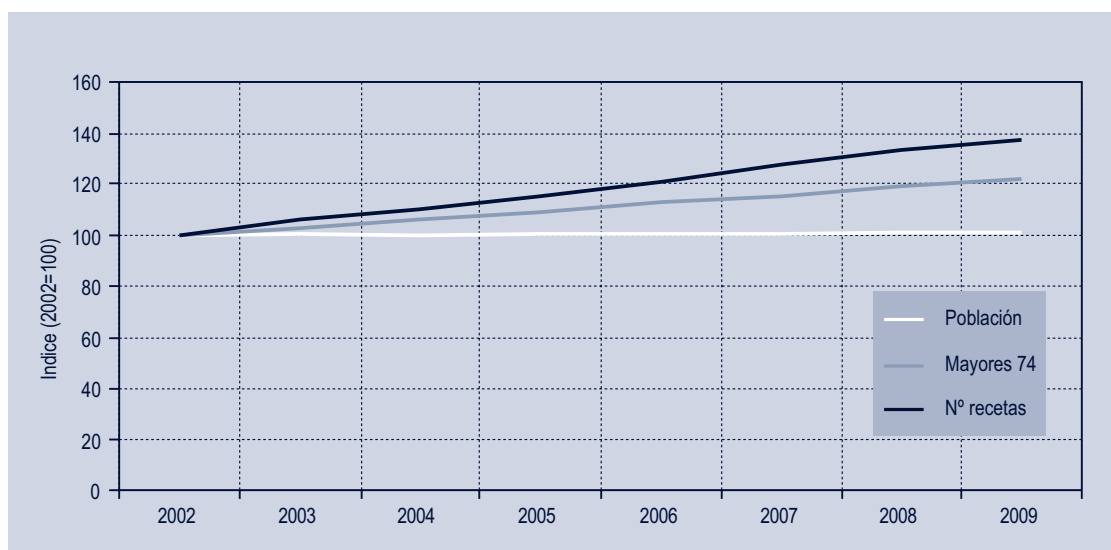
poco más de un millón de habitantes. Sin embargo, para la misma población, el número de recetas ha crecido casi el 40% desde las transferencias mientras que en este período de tiempo el porcentaje de mayores de 74 años ha subido un 20%.

El año 2009 se cerró aproximadamente con 24 millones y medio de recetas, y somos un millón de habitantes desde hace varios años. Para una población estable tenemos en los últimos años casi 900.000 recetas más de media cada año, sin embargo el promedio de incremento anual de mayores de 75 años es de 3.370 personas. Es evidente que hay algo más. Hay algo más que el envejecimiento.

Variabilidad en la práctica clínica

Algunos ejemplos. Cuando se examina el número de recetas ajustadas por población por cada 1.000 habitantes ponderados, es decir teniendo en cuenta si tienen población envejecida, u otras características obser-

Figura 3. Evolución del nº de recetas y de la población mayor de 75 años. Asturias 2002-09. (Año 2002= Índice 100)



vamos una curva en la que hay médicos prescriptores que gastan de media siete recetas por paciente y mes y otros que emplean hasta 37 recetas de media por paciente y mes.

Otro ejemplo: cuando clasificamos a los médicos de atención primaria en función de su capacidad de resolución (episodios resueltos en unidades relativas de valor) y el gasto que efectúan vemos grandes variaciones con profesionales que son capaces de resolver un 40% más con un 20% menos de coste que la media, y otros que resuelven un 30% menos y gastan un 30% más que la media. No todos los profesionales obtienen los mismos resultados clínicos ni al mismo coste.

Incorporación de nuevos fármacos o tecnologías sin evaluación de resultados comunitarios y a un coste superior al tratamiento previo

Un ejemplo que no es único: el año 2004 la facturación del Clopidogrel, un antiagregante plaquetario, creció en Asturias el 25%. La factura que pagó el Servicio de

Salud fue de 6,6 millones de euros. Desde entonces ha venido incrementando sus ventas de forma constante hasta llegar a facturar 10,4 millones de euros en 2009. Pero tengamos en cuenta otra cuestión. El coste del tratamiento anual con Clopidogrel para un paciente es de 692 euros. Este fármaco está sustituyendo en muchos casos al ácido acetil salicílico, la Aspirina de toda la vida. El coste anual de tratamiento de un paciente con ácido acetilsalicílico es de 29 euros. Lo que tenemos que ser capaces de analizar es qué valor añadido nos da el Clopidogrel sobre el ácido acetil salicílico y usarlo cuando sea necesario. Para eso tenemos guías clínicas. Esas guías dicen que en algunos casos el uso del Clopidogrel puede dar alguna ventaja pero en la mayoría de indicaciones de uso de antiagregantes, la Aspirina ofrece resultados similares.

Otro ejemplo. En la farmacia hospitalaria el gasto está creciendo a más de dos dígitos de incremento anual. Uno de los apartados que crece más es el de los nuevos fármacos antitumorales. Voy a mostrarles un ejemplo concreto sobre el que quiero que reflexionen. Si se

compara la supervivencia de pacientes que reciben un tratamiento de quimioterapia o ese mismo tratamiento al que se le añade otro nuevo fármaco antitumoral se observa que los que reciben el nuevo tratamiento tienen una supervivencia media de 13,8 meses, con el tradicional viven 11,1 meses. Dos meses de supervivencia nos cuesta 11.805 euros más por paciente. ¿Merece la pena esa inversión para esos resultados? No lo sé, es algo sobre lo que tenemos que reflexionar como sociedad.

Medicalización creciente de la vida diaria

La industria farmacéutica está desarrollando fármacos frente a "no enfermedades" y está induciendo la demanda entre los pacientes. Un ejemplo reciente es el tema de la disfunción eréctil que acontece con la edad. Este es un esquema que ha venido funcionando ya en otros ámbitos, por ejemplo en las distimias con la introducción masiva de benzodicepinas y los antidepresivos para situaciones habituales de la vida diaria. Miren lo que dice el anuncio, "*¿Quién dice que la potencia sexual de los hombres llega a su máximo a los 18 años cuando eso ya es evitable? ¿Por que no va a su médico y le pide que le regale una muestra para que usted lo use y decida qué edad quiere realmente tener?*"

Estamos generando consumo sanitario, más fármacos, más pruebas..., pero ¿Estamos recogiendo beneficios en términos de salud? No lo sé, probablemente no. Esa viñeta en la que una pareja está sentada en un banco en el que ella, que está leyendo horrorizada un periódico, dice: "Si las mujeres toman hormonas parece que tienen riesgos de sufrir cáncer de mama, si consumen fármacos para la osteoporosis, al final parece que eso produce cáncer esofágico...". Y él responde: "Y si no toman nada, ellas ponen en riesgo los beneficios de Wall Street". Importante cuestión que nos tiene que hacer reflexionar sobre lo que está pasando.

Sistema fragmentado y organizado en función más de las necesidades de los profesionales que de los pacientes

A veces el sistema lo tenemos muy laberíntico, muy fragmentado. Un paciente con una estancia media de 5 días en un hospital puede ver a 45 sanitarios diferentes y se escriben sus datos unas 75 veces y se dedica por el personal sanitario un 35% del tiempo en labores administrativas.

Los médicos de familia piden una cita con el especialista, éste recibe al enfermo, le deriva a pruebas diagnósticas y luego los revisa de nuevo para instaurar tratamiento. Tres listas de espera para recibir tratamiento. Nuestros pacientes no merecen esto, tenemos que conseguir cambiar esto.

Predominio de actividades reparadoras sobre las preventivas y comunitarias

El sistema esta perfectamente preparado para obtener los resultados que obtiene, y eso significa que no estamos trabajando con la suficiente intensidad en términos poblacionales, en lo que son políticas de "aguas arriba" y dedicamos la mayoría de los esfuerzos a tratar pacientes enfermos. Dedicamos muchos esfuerzo a tratar la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, los accidentes cerebro vasculares, los infartos y sin embargo no estamos trabajando todo lo posible para evitar el tabaquismo en nuestros pacientes... La atención primaria sigue basada en la consulta a demanda y salvo honrosas excepciones no dedica suficiente tiempo a ayudar a la población a mantenerse sana.

Sistema basado en actividad no en resultados de salud

Esta otra cuestión también es clave: Hacer un TAC no indicado es tirar el dinero y radiar al paciente. Y hay

estudios que señalan que hasta un tercio de las pruebas de imagen son innecesarias. Lo que buscamos es eficacia, es bien público, es ganancia en salud, no actividad en sí misma. Es preciso por tanto obsesionarse con medir los resultados de la actividad que hacemos y de si ésta merece la pena realmente en términos de mejoras en la calidad de vida y la salud de los pacientes.

Rigidez del modelo de gestión de personal y fragmentación sindical

Para mí es la clave, es la mayor dificultad. Necesitamos la implicación de los profesionales y esto no es fácil con el modelo de gestión de personal de las Administraciones Públicas. Es preciso mantener la libertad clínica, y conjugarla con el uso responsable de los recursos y la responsabilidad de la gestión de unos recursos que son de todos.

Sin embargo, hay cuestiones que ya no responden a las necesidades y que hemos abordado en el Plan de Recursos Humanos del Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA), que sin embargo está costando mucho poner en marcha. Ahí tenemos el ejemplo de los traslados en el que tendríamos que ir hacia un sistema de evaluación de competencias para el traslado pues por ejemplo no es igual un cardiólogo que se dedica fundamentalmente a hacer ecos que el que pone válvulas o hace angioplastias.

Hay una excesiva fragmentación de los agentes sociales, con organizaciones que defienden intereses corporativos y que rara vez comparten la visión general de lo que necesita el sistema, lo que origina una judicialización de los procesos muy alta con la inseguridad que crea en los profesionales y la lentitud en el cierre de los procesos, ahí tenemos el caso de los traslados o de la oferta pública de empleo (OPE) de médicos de asistencia pública domiciliaria (APD).

Tampoco el sistema es capaz de discriminar positivamente el buen hacer de algunos profesionales y de ayudar a cambiar la práctica de otros que muchas veces no conocen su propio patrón respecto del de otros profesionales.

En cierta medida las cifras de absentismo reflejan esta falta de adecuación del modelo de gestión de personal existente hasta ahora. Tenemos un elevado volumen de incapacidades transitorias (IT) en el SESPA. Los datos de 2009 señalan que la prevalencia de IT del personal médico es de un 4%, la enfermería de un 7%, los auxiliares de clínica un 10%, los celadores de casi un 11% y los pinches alcanzan el 16%. ¿Es sostenible este sistema con estas cifras?

Ciudadanía con altas expectativas y poca participación

La medicina no puede resolver la vida de las personas y hay muchos ejemplos que conocéis todos. Más no siempre es mejor. La tecnología tiene limitaciones incluso a veces diría que es peor un uso más intensivo de tecnología. Es preciso conseguir que nuestra población asuma la necesidad de autocuidados para mantener la propia salud y transmitir la idea de que ingresar en un hospital es un fracaso del sistema sanitario ya que tenemos el conocimiento para mantenernos sanos más tiempo. Sin embargo mucha gente está más dispuesta a operarse, a someterse a exploraciones radiológicas o tomar medicación crónica antes que dejar de fumar, hacer ejercicio físico de forma habitual o mantener un peso adecuado.

Las experiencias de participación de la ciudadanía en los servicios de salud están dando, en general, resultados pobres. Participar significa no sólo trasladar reivindicaciones y tratar de resolver problemas entre todos sino también compartir riesgos y costes. Hemos puesto en marcha todos los consejos de salud de área y el

Consejo de Salud del SESPA que se viene reuniendo tres o cuatro veces al año. El otro día me pedían un pediatra para atender a 50 niños, porque era una promesa electoral. Otros pedían una UVI móvil en una zona rural que genera menos de una urgencia cada mes. Pero cuando preguntas cómo vamos a costear el servicio ¿Con más impuestos? ¿Quitando de otro lado? Entonces la cosa cambia. Ahí ya poca gente quiere participar en la toma y el apoyo a la decisión. La cuestión es dónde ponemos el límite de las prestaciones y cómo las financiamos.

Defiendo que el sistema es patrimonio de todos, que se ha construido sobre el esfuerzo de las generaciones anteriores y que protegerlo es una tarea colectiva. Y esto pasa por un ejercicio de rendición de cuentas y de transparencia, cuestión que hemos empezado a hacer aunque está generando resistencia en algunos sectores. Hemos empezado publicando información acerca de las listas de espera en la Web y vemos que hay diferencias, también los programas y planes son publicados como documentos consultivos antes de editarlos para conseguir aportaciones, hemos involucrado a los pacientes en la evaluación de los servicios de salud mental... Queremos seguir trabajando en esta línea porque el sistema es de todos y para todos.

El rol creciente de los medios de comunicación e Internet

El tratamiento de las noticias sobre salud en los medios tiene una relevancia notable. Esta línea de transparencia a veces se vuelve contra el propio sistema al resaltar los medios selectivamente lo negativo lo que genera resistencias en los propios profesionales o en ciertos ámbitos políticos donde el no hacer ruido parece ser lo esencial.

El papel de los medios quedó de manifiesto hace dos legislaturas donde tras una reunión en Oviedo todos los consejeros de salud de España acordaron, tras los

correspondientes informes técnicos, no vacunar frente a la meningitis. Bastó que un medio titulara a toda plana: "*Un muerto por la meningitis*" y al día siguiente: "*Segundo muerto por la meningitis*" a toda plana y luego las fotos de colas de personas, incluido algún político, buscando la vacuna para que alguna Comunidad Autónoma comenzara a vacunar desencadenando un efecto dominó de vacunación a pesar del consenso previo en contra de la utilidad de la vacunación. Se generó una gran confusión en la población y una pérdida de confianza en las Instituciones.

Con la gripe A, también hemos tenido sus más y sus menos, baste recordar el tema de la monja. Hay una mezcla continua de información y de opinión. Y además con la llegada de Internet es muy difícil distinguir la información de calidad y contrastada. A veces los medios dan un altavoz a supuestos expertos que causan gran confusión o alarma basados en opiniones o datos no contrastados. Incluso a veces se publica información falsa y cuando se intenta aportar información contrastada, lo máximo que consigues es una columna pequeña. Prácticamente nunca una rectificación de la información previa con el mismo espacio. No es una cuestión de Asturias, no es una cuestión de España. Es una cuestión de Europa y sobre todo de determinados medios que con determinados "*descubrimientos*" están generando expectativas irreales entre la población.

Todas estas y otras cuestiones nos señalan que la transformación del sistema sanitario es imparable porque ya está ocurriendo. El desafío es conseguir guiar esa transformación necesaria en beneficio de todos.

ALGUNAS IDEAS PARA UN NUEVO RUMBO EN ASTURIAS

Quiero finalmente comentar un decálogo de propuestas que estamos intentando poner en marcha para redirigir

el sistema sanitario asturiano y tratar de mejorar algunas de las disfunciones que antes he comentado.

Respetar el presupuesto. Financiación en base capitativa y realista

Lo esencial es presupuestar los costes reales del servicio y cumplir el presupuesto. Aquí sí que le doy la razón al Consejero de Hacienda. El gasto sanitario no puede ser "acontecible" en el que si me paso del presupuesto no pasa nada. Ese es el argumento que está introduciendo la empresa privada que está diciendo: "*Si vosotros no podéis hacerlo, nosotros sí*". Muchos políticos empiezan a defender que la Administración Pública debe reservarse exclusivamente el rol de una aseguradora y por tanto su papel es "comprar" servicios a proveedores que no tienen por qué ser públicos, a un precio acordado y con determinados niveles de calidad. Yo defiendo que podemos seguir haciendo una provisión y gestión pública del servicio pero que desde luego exige, entre otras cosas, eficiencia, productividad y disciplina presupuestaria.

Es un hecho que una buena parte de la deuda pública de este país es deuda del sistema sanitario. ¿Por mala gestión del sistema? En su mayor parte no, sino porque la sanidad ha servido en muchos casos y en determinadas épocas para financiar políticas de inversión, porque luego a final de año se recogía el dinero sobrante de las inversiones, la transferencia del Estado como resultado de la correspondiente liquidación de los ingresos de una economía que crecía y se cuadraba el presupuesto. Esa manera de actuar también se acabó. Las liquidaciones ya no serán tan positivas y no podemos recurrir al déficit. Bruselas y Madrid no nos dejan. Es preciso debatir ingresos reales y costes reales. La sanidad tiene un coste y tenemos que decir cuál es el coste que puede ser asumible financiar en función de nuestro nivel de desarrollo y de la prioridad de otras políticas

sectoriales. Una vía es debatir la posibilidad de buscar ingresos finalistas que puedan ayudar a financiar el sistema pero sobre todo es necesario ir a presupuestos capitativos ajustados por necesidad para hacer los presupuestos más justos y más transparentes para todos, huyendo de los presupuestos historicistas.

Es importante también resolver el tema de la Seguridad Social. La exención del copago farmacéutico de los pensionistas es un beneficio de Seguridad Social, el patrimonio de muchos centros sanitarios que mantenemos sigue siendo de la Seguridad Social, la filiación sigue siendo de la Seguridad Social... Y, sin embargo, actualmente el sistema se financia con los impuestos. El papel de la Seguridad Social en el sistema nacional de salud está sin resolver desde la Ley general de Sanidad. A lo mejor es hora de que lo resolvamos.

En estos momentos también habrá que ir hacia una moratoria de nuevas prestaciones y acciones en tanto en cuanto no estén resueltos los mecanismos de financiación para poder mantener el sistema en el tiempo. En estos temas pienso que es esencial pensar como Sistema Nacional de Salud y tratar de impulsar consensos estatales en estas materias. En estos momentos el desafío es mantener lo que tenemos.

Conectar los dispositivos asistenciales, desburocratizar y ayudar a mejorar la práctica clínica de los profesionales.

El sistema sanitario es una empresa de conocimiento. El uso intensivo de tecnologías de la información y comunicación (TIC) es una palanca de cambio muy importante para hacer las cosas de otra manera. Hemos avanzado muchísimo en esta legislatura y hay ejemplos importantes. La implantación progresiva de la historia clínica digital que pueda ser compartida en sus apartados básicos entre todos los centros asistenciales de Asturias y

otros centros del resto del Estado, el compartir resultados analíticos o imágenes digitales entre profesionales de atención primaria y especializada, el proyecto de receta electrónica, las experiencias de teleoftalmología que estamos llevando a cabo en el área I para luego extender al resto de Asturias, la petición de cita a través de la Web, la propia Web o los programas de desburocratización, ayuda a la prescripción o a la elaboración de perfiles de práctica profesional en las consultas de atención primaria son ejemplos de lo que queremos.

A pesar de la crisis debemos seguir invirtiendo en este capítulo, no podemos quedarnos atrás y necesitamos seguir creando capacidad de cambio y de mejora.

Obsesión por la medición de resultados. Investigar

Les confieso que a mi no me obsesiona tanto el gasto como los resultados de salud que obtenemos a cambio del gasto. El contrato programa ha de seguir siendo el instrumento de relación entre la Consejería y los centros sanitarios y la financiación debe responder a los resultados. Ya no vale eso de: "*Yo soy el mejor*". Ahora habrá que demostrarlo y dejar patente cuáles son tus resultados. Ahora empezamos a poder saber cómo están yendo los profesionales y ellos empiezan a saber cuales son los resultados que obtienen en comparación con sus compañeros. El *benchmarking* entre centros debe ser alentado de forma transparente, queremos publicarlo en la Web como hemos empezado a hacer con las listas de espera quirúrgicas y siempre como elemento de autoanálisis y mejora. Hay veces que la gente cuando empieza a mirar sus datos se da cuenta de cuál es realmente su práctica.

El paso del papel a la digitalización estructura necesariamente la información clínica. Cuando un profesional escribe en una historia clínica en papel cada uno escribe y lo organiza según su criterio. Cuando escribe en

SELENE escribe lo que considere pero con unos patrones estandarizados que nos permiten comparar, compartir, intercambiar o evaluar, y generar bases de datos que tienen una utilidad muy importante para realizar investigación. En el sistema sanitario investigar no es una elección, debe ser una obligación profesional para mejorar lo que hacemos en beneficio de los pacientes.

Reorganizar la atención basándose en procesos asistenciales

Tenemos que mejorar el servicio y la agilidad de nuestra actividad. No podemos seguir trabajando por servicios y con tanta fragmentación. Tenemos que hacer un esfuerzo como el que está haciendo el Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA), por ejemplo, de reordenar todos los procesos asistenciales claves, de ir fusionando servicios que están viendo a los mismos pacientes para que organicen el proceso asistencial ahorrando tiempos de espera o de transferencia, para que se eliminen etapas innecesarias, para que cada vez más procesos diagnósticos y de instauración de tratamiento se puedan hacer en una sola visita, para compartir realmente el proceso asistencial con la atención primaria...

Profesionales más involucrados en el gobierno de los centros sanitarios a través de la gestión clínica

La base de trabajo en el sistema han de ser las unidades y áreas de gestión clínica en la que grupos de profesionales se responsabilicen de un volumen de pacientes, de sus resultados, de la calidad de la atención y también del coste de sus decisiones clínicas. Se ha desarrollado un proceso tanto en atención primaria como en especializada que busca trabajar con las mejores evidencias científicas acerca de los beneficios para los pacientes de distintas intervenciones incorporando una visión de servicio público en el que se busca maximizar los resultados de los recursos públicos disponibles.

El traslado del HUCA no queremos que sea un mero cambio de estructura física. El rediseño de los procesos asistenciales y la constitución de áreas y unidades de gestión clínica señalan un camino de cambio en la manera de organizar el trabajo. El propio proceso de comparación y de involucrarse los profesionales en el gobierno de los centros conlleva la generación de incentivos. Y esto es algo que no se entiende muy bien todavía en muchos sectores de la Administración. Soy de los que piensa que hay que diferenciar el compromiso y los logros profesionales y que esto tenemos que conseguirlo mediante el diseño de incentivos transparentes y objetivos, que tenemos que conseguir que los mejores profesionales sean los que lideren las unidades y que ese trabajo se reconozca de forma diferente según los resultados alcanzados.

Funcionamiento en red de los centros sanitarios, no aisladamente

Hace unos años el paradigma de un hospital era ser la Clínica Mayo en pequeño, lo que denominé el sistema autárquico en el que se trataba de hacer todo tipo de intervenciones con la dotación que se tenía. Hoy sabemos que la calidad depende del volumen de la patología atendida, de tal manera que es difícil obtener buenos resultados cuando las enfermedades son raras y no hay suficiente experiencia en el centro precisamente porque la falta de pacientes con esa patología no permite generar la experiencia necesaria. Igualmente las relaciones con atención primaria o con salud mental eran mediante derivaciones. Hoy tenemos la situación para cambiar el modelo asistencial y constituir una red cooperativa de centros que comparta profesionales y pacientes de forma ágil, que utilice las nuevas tecnologías de comunicación de forma intensiva para compartir e intercambiar información, que comparta vías clínicas con atención primaria y especializada para las patologías más relevantes, que reduzca niveles administrativos intermedios...

En Asturias podemos sentirnos orgullosos de la accesibilidad que tenemos al sistema sanitario con unos hospitales de área que vienen funcionando bastante bien. Ahora necesitamos profundizar en la seguridad y en la calidad de los procedimientos y para esto necesitamos volúmenes mínimos de pacientes. Eso significa compartir plantillas intercambiar profesionales, formar profesionales, movilidad... Porque si no los profesionales jóvenes que están en los hospitales pequeños no tendrán nunca la oportunidad de llegar a alguno grande porque no habrán tenido la ocasión de adquirir determinadas competencias por falta de un número alto de pacientes. Y al revés, nunca podríamos en un hospital pequeño tener la atención especializada de alta calidad para enfermedades no habituales o poco frecuentes si no tuviéramos un apoyo continuo de profesionales de otros centros que tienen el acceso a ese volumen y a esa experiencia.

Estratificar pacientes en función del riesgo

La Red de Centros de Atención Primaria tiene que cambiar. Estamos en un modelo reactivo, basado en la consulta a demanda y necesitamos pasar a un modelo mucho más comunitario y mucho más basado en lo que sería la estratificación de riesgos. En definitiva, se trata de cambiar el paradigma desde la atención al enfermo hacia trabajar para mantener sana a nuestra población.

Éste es el modelo del Kaiser en California o el que se está impulsando también en el País Vasco. El objetivo final es que la gente permanezca sana, que esté en su domicilio. Por tanto tenemos que trabajar más en el ámbito comunitario, impulsando los autocuidados y la formación de los enfermos, incrementando los cuidados a domicilio de los pacientes con mayor riesgo antes de que se generen las consultas y las complicaciones y dejando el ingreso hospitalario, que tiene que verse

como un fracaso del sistema sanitario, para los casos más complejos y graves.

Se trataría de evitar lo que ocurre ahora. Tenemos un montón de diabéticos controlados en atención primaria y a la vez España es segunda en tasas de amputaciones por diabetes. Una adecuada estratificación de los pacientes con seguimientos personalizados a los de mayor riesgo, a los que no van a la consulta o muestran peor control glicémico podrían revertir esta situación.

Desarrollar un modelo comunitario de atención a pacientes crónicos

Como ya señalé el modelo de organización basado en la consulta a demanda y en la hospitalización de agudos como base del sistema no parece acomodarse a las necesidades actuales de pacientes más envejecidos, con mayor dependencia y con pluripatologías y polimedicados. Estamos dando los primeros pasos para organizar un modelo de atención a enfermos crónicos basado en la estratificación de riesgos, con mayor papel de los autocuidados y el apoyo en domicilio y aprovechando toda la línea de la telemedicina y la telemonitorización que la tecnología empieza a facilitar.

En Jarrío la experiencia en teleoftalmología que hemos implantado permite evitar largos desplazamientos desde la zona rural al hospital a pacientes diabéticos y crónicos para revisar agudeza visual, fondo de ojo y tonometría. El propio proceso de receta electrónica que se está pilotando en esta área va a permitir un mejor seguimiento de pacientes polimedicados.

Desarrollar el espacio sociosanitario

Varias experiencias, también en Jarrío, nos están permitiendo dar pasos en este sentido. El sistema sanitario está trabajando con las residencias de personas

mayores en el manejo de los pacientes más frágiles, estableciendo programas específicos de cuidados que no sólo evitan ingresos sino que mejoran la situación de los ancianos.

Igualmente hay que destacar la puesta en marcha del plan de cuidados paliativos que hemos iniciado esta legislatura y que, por ejemplo en Jarrío, ha permitido que más del ochenta por ciento de los pacientes terminales mueran en su domicilio con control de síntomas con control del dolor y rodeados de los suyos. Este programa está obteniendo una alta valoración ciudadana y es un ejemplo de alta rentabilidad social y económica.

También está siendo bien valorado el esfuerzo que estamos haciendo en Salud Mental con la extensión del modelo de centros integrales donde al de Monteviel hemos añadido ya Luarca y la Corredoria que permiten ofrecer centro de día con diferentes talleres para mantenimiento de la autonomía del paciente y prevención de recaídas, la incorporación de espacios residenciales para casos de agudización y para apoyo y respiro de cuidadores familiares además del resto de servicios ambulatorios. Todo ello conectado con la atención primaria evitando la estigmatización de los pacientes.

Un nuevo marco de gestión de personal

Probablemente el mayor problema que tenga el sistema sanitario en España. El modelo funcional no es el mejor modelo para la gestión ágil que necesita el sistema sanitario. En esta legislatura hemos elaborado un Plan de Recursos Humanos que señala el camino. Por ejemplo: un entorno de demanda cambiante no puede estar basado en instrumentos rígidos como la relación de puestos de trabajo, los traslados basados en antigüedad... Y eso al sistema no le vale y tengo que reconocer que no siempre es bien entendido en otros ámbitos administrativos. No es lo mismo la capacitación que

necesita un cardiólogo en Jarrío que uno en el HUCA que sólo realice cateterismos cardiacos, que otro en la Clínica Mayo que se dedique a ecocardiografía de síndromes complejos. Todos son cardiólogos pero tienen diferentes perfiles profesionales porque su actividad y su necesidad de capacitación son diferentes. El sistema debe evolucionar hacia la gestión de competencias profesionales, hacia la movilidad y la cooperación entre centros sanitarios para asegurar que los pacientes, estén donde estén, tengan a su disposición a los profesionales más adecuados para su situación.

Queremos que la enfermería juegue un rol más relevante aún en el sistema. La enfermería es la base del sistema de cuidados hospitalarios mientras que en atención primaria debemos aprovechar mejor este recurso. La puesta en marcha de la especialidad de enfermería comunitaria puede ayudar a que puedan trabajar más en ámbitos comunitarios, más en la educación y la vigilancia de pacientes crónicos en domicilio, así como una mayor autonomía a la hora de organizar y planificar cuidados.

Otra necesidad es formar profesionales, no necesariamente personal sanitario, para trabajar en el ámbito de la salud pública. Las diferencias retributivas y la falta de oferta de esta especialidad en nuestro sistema hacen que muy pocos profesionales sanitarios decidan formarse y ejercer su profesión en el campo de la salud pública. Incluir otros perfiles profesionales para realizar tareas esenciales de salud pública son otra línea a impulsar necesariamente.

También abogo por profesionalizar la gestión pública de los servicios. Aquí tenemos demasiado voluntarismo y yo tengo que dar las gracias a toda la gente que se ha metido en esto porque la mayor parte de la gente aquí son profesionales que pierden dinero, trabajan más horas, reciben bastante presión y además son mal vistos

como si se hubieran pasado al lado oscuro de la fuerza, por lo que quiero agradecer especialmente su esfuerzo a toda la gente que está trabajando y dedicando y poniendo conocimiento y empeño e ilusión en esta tarea. Necesitamos un grupo de directivos y mandos intermedios no muy grande, pero bien formados y bien retribuidos para gestionar profesionalmente un presupuesto y un personal que en cualquier otra empresa marearía.

Salud, como ya he señalado, es una empresa de conocimiento. Conocimiento que está cambiando continuamente y exige una formación continuada muy exigente. Debemos centrarnos en ser excelentes en el núcleo de nuestra empresa, el prevenir, diagnosticar y tratar. La logística, la restauración o el mantenimiento no son nuestros núcleos de negocio, no podemos ser expertos en todo. Tenemos que separar el campo clínico del de los servicios de soporte generales para modernizar y mejorar la eficiencia de estas actividades.

Otro aspecto que cuesta es la necesidad que tienen nuestros centros de autonomía de gestión, siempre con la consiguiente corresponsabilidad en el uso de los recursos y respeto a la legalidad. El sistema necesita agilidad y dejar un margen de gestión a los directivos sin tener que buscar autorizaciones y papeleos continuamente. Eso nos está costando mucho, hemos obtenido pequeños avances y también algún retroceso, pero la tendencia va hacia la profesionalización de la gestión, establecer acuerdos de gestión objetivos y transparentes con los centros, exigir y vigilar su cumplimiento y dotar de incentivos y de capacidad de gestión a los directivos en ese marco.

Dar más protagonismo a la población

Y ¿Dónde está la gente en todo esto? El sistema en teoría es un sistema para la gente, pero la gente no aparece por ningún lado. Sigue siendo un sistema en

gran medida paternalista. Señalaba anteriormente que las experiencias de participación basadas en los Consejos de Salud, son bastante limitadas, hay algunos que están funcionando bien, depende de las personas que caigan en ellos, depende de los intereses de cada persona...

Estamos intentando nuevas alternativas. Os voy a contar una experiencia. Es la única que conozco en España de ir un paso más allá. Estamos evaluando el sistema de Salud Mental, hemos tenido ayuda de la Organización Mundial de la Salud. Llevamos un año trabajando con grupos de profesionales y con grupos de ciudadanos, pero con grupos de ciudadanos que son enfermos y familiares de enfermos ¿Cuál es la novedad? Hemos hecho con un cuestionario validado externamente por la Organización Mundial de la Salud, en el que enfermos mentales y familiares están revisando aspectos relacionados con la atención desde el punto de vista de la convención de derechos humanos en el que hacen de auditores de los propios servicios clínicos acompañados de profesionales en formación, para evaluar los dispositivos. Estos grupos han visitado las Comunidades Terapéuticas, los Centros de Salud Mental, las Unidades de toxicómanos, las unidades de agudos... Y ahí han ido los enfermos a preguntar: *"dígame usted si tiene el protocolo de esto, dígame usted cómo guarda la confidencialidad, dígame usted cómo informa a los pacientes..."* Y los profesionales se han sentado con los pacientes y salen cuestiones no resueltas, a mejorar. Esa es la base para elaborar una nueva estrategia de salud mental y es una línea de trabajo que queremos ir expandiendo al resto del sistema. Mejorar el sistema entre todos.

Otra línea en este sentido es publicar todos los planes y programas sectoriales previamente en la página Web para recibir aportaciones y organizar jornadas con pro-

fesionales, ciudadanos y organizaciones para discutir esas aportaciones antes de hacer oficiales los planes. Es una línea incipiente en la que queremos profundizar.

REFLEXION FINAL

Salir de esta situación económica, va a ser complicado. Esto no es coyuntural, ha venido para quedarse una temporada y por tanto vamos a necesitar muchísimo esfuerzo para adaptarnos a esta nueva situación y cambiar las cosas que hemos venido haciendo durante años. Va a ser muy duro, vamos a necesitar tiempo, vamos a necesitar dinero. Parece un contrasentido pero para gastar menos vamos a necesitar invertir dinero, los cambios necesitan recursos. La única opción que tenemos de conseguir dinero a corto plazo es quitar de un sitio de bajo valor relativo para ponerlo en otro de mayor valor, y para ello se necesita mucha visión de lo que es relevante, mucha generosidad y mucha capacidad de llegar a acuerdos. En definitiva, mucha cooperación.

Finalmente quiero transmitirles mi convencimiento de que en este momento no es posible sobrevivir aisladamente. Como sociedad asturiana tenemos que decidir avanzar rápido para salir de aquí abandonando los discursos demagógicos y las posiciones del *"hay que"* y ser capaces de transformar las palabras en acciones.

Pienso que es el momento de tomar decisiones de cambio con responsabilidad, por encima de intereses particulares y corporativos. Nos jugamos un patrimonio que nos legaron los que nos precedieron. Juntos podemos mantenerlo y mejorarlo para los que vienen detrás. ¡Claro que podemos!

Muchas gracias.

