

PROPUESTA DE CC.OO PARA UN PACTO POR LA SANIDAD.

1. Introducción.

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 (mediada por agentes externos y por agentes internos), la gobernabilidad del SNS, 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 los esfuerzos por resolver problemas financieros deberían estar alineados e incluir compromisos de sostenibilidad y actuaciones decididas en el mejor y más adecuado gobierno del SNS, que si bien no está en crisis, si presenta déficit y problemas, que de no acometerse a corto plazo, puede suponer un declive difícil de recuperar.

A su vez, en las Declaraciones de Diálogo Social firmadas por el gobierno y los agentes sociales y económicos en julio de 2004 y 2008 respectivamente, la materia de Sanidad quedó comprometida para su tratamiento, si bien, ni la continuidad, ni el alcance de los aspectos tratados han resultado satisfactorios a fecha de hoy. Máxime, si tenemos en cuenta los retos que tiene planteados el SNS para dar respuesta adecuada a las actuales necesidades de salud de la población y a las demandas sociales y profesionales orientadas hacia el ejercicio del derecho fundamental a la salud con todas las garantías públicas y basado en los principios y valores de equidad, accesibilidad, solidaridad, y universalidad en los que se sustenta el Sistema Público de Salud.

España se caracteriza por un elevado nivel de salud de acuerdo con los estándares internacionales: tenemos una elevada esperanza de vida, esperanza de vida libre de incapacidades y las tasas de mortalidad evitables o de mortalidad infantil son realmente buenas. Aunque es bien conocido que la salud no es solo el resultado del funcionamiento del sistema sanitario, es evidente que la influencia de éste es importante.

Por otro lado en nuestro país se identifican como los principales problemas de salud las enfermedades cardiovasculares, la obesidad y especialmente el

tabaquismo. Otros problemas no despreciables son el elevado consumo de alcohol y la accidentabilidad viaria. Y además continúan existiendo tasas elevadas de tuberculosis y de otras enfermedades infecciosas (VIH, etc.). Al mismo tiempo existe un serio deterioro del medioambiente cuyo impacto sobre la salud no está bien evaluado, al igual que las enfermedades laborales y una elevada accidentabilidad laboral. Por otro lado y como consecuencia de la mayor esperanza de vida hay un aumento de enfermedades crónicas y tumores (estos también relacionados con los tóxicos). Los cambios en la dieta (abandonando la dieta tradicional), el elevado sedentarismo y el consumo de drogas (legales e ilegales) son serios peligros para la salud en el medio/largo plazo.

Por otra parte, y si bien no existen estudios desarrollados a largo de todo el territorio que evalúen las desigualdades en salud por razón de la edad, género, territorios y clase social, los realizados en Andalucía y Cataluña demuestran que estas desigualdades son muy importantes. Es imprescindible desarrollar este aspecto para conocer realmente el estado de salud de la población porque podría suceder que los buenos datos generales estén encubriendo situaciones muy preocupantes.

2. El Pacto por la Sanidad es necesario.

Retomando análisis, reflexiones y trabajos compartidos y ya realizados en torno a la necesidad del Pacto por la Sanidad, desde CC.OO reafirmamos que éste se fundamenta en las siguientes afirmaciones:

- a) La sociedad española apoya profundamente los valores constitucionales de garantía de la protección de la salud, desarrollados en la Ley General de Sanidad y, sigue exigiendo a los poderes públicos que a través del SNS hagan realidad dichas garantías para todos los ciudadanos.
- b) La sociedad española tiene derecho a que el SNS funcione adecuadamente y se configure como el marco organizativo para las acciones de los poderes públicos sobre la salud, en donde se pueda dar a la vez sinérgicamente la descentralización a las Comunidades Autónomas y la cooperación entre todos los territorios.
- c) La sociedad española sufre con preocupación una serie de problemas de organización y financiación de la sanidad, que pueden ya estar dando lugar a problemas importantes de equidad en el acceso, de calidad y adecuación de los servicios sanitarios, y por ello exige a los poderes públicos que otorguen a la sanidad la prioridad política que le da la sociedad y se realice un esfuerzo de reflexión y concertación para presentar alternativas que permitan la sostenibilidad de un SNS que responda a las expectativas de los ciudadanos y al espíritu de las normas constitucionales y legales de protección del derecho a la salud.

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

Todo lo anterior, hay que interpretarlo en clave de lo ineludible 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 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.

El Pacto por la Sanidad tiene un carácter político y social, es por ello que el gobierno central ha establecido y ordenado su tratamiento desde los ámbitos pertinentes. La conformación final de dicho Pacto vendrá derivada de los compromisos y acuerdos alcanzados en dichos ámbitos. Así, el acuerdo que pueda tomarse entre el gobierno central y los interlocutores sociales, puede recogerse bajo el epígrafe: Comité Institucional de Diálogo Social Reforzado, manteniendo la coherencia interna del conjunto.

Atendiendo a todas las consideraciones anteriormente expuestas, desde CC.OO entendemos que los principales aspectos y problemas que presenta el SNS, así como las diferentes propuestas en relación a los mismos, son las que se expresan a continuación y que deberían ser abordadas desde la concertación social y tener su reflejo en el Pacto por la Sanidad que se persigue.

3. Diagnóstico sobre el SNS.

- Financiación y gasto sanitario:

El gasto sanitario en España es comparativamente bajo, se sitúa a la cola de los países de la UE15 y por debajo de la media de la UE 27, a lo que debe unirse que el gasto público de protección social, que esta muy interrelacionado con la demanda sanitaria, es también bajo.

El reparto de la financiación entre las CCAA ha venido siendo irregular, si bien el nuevo modelo de financiación introduce nuevos mecanismos que suponen

mejoras respecto del cumplimiento de los objetivos de equidad y de suficiencia entendidos como garantía de los principios de equidad y de suficiencia que rigen el SNS en la prestación de los servicios sanitarios en el SNS. Dichas novedades son:

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

- La creación de un Fondo de Cohesión cuya finalidad es la de compensar a las Comunidades Autónomas por la atención sanitaria prestada a pacientes desplazados. El diseño del Fondo, cuya dotación presupuestaria es insuficiente, supone un avance respecto a la situación previa ya que por primera vez se establecen criterios objetivos para la compensación del coste generado por desplazados.

- Otra novedad introducida para garantizar la suficiencia dinámica del sistema es la concreción de las Asignaciones de Nivelación. El objetivo de este instrumento es el de garantizar la provisión de un nivel equivalente de aquellos servicios públicos considerados fundamentales, en todo el territorio nacional.

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

Desde el punto de vista de la suficiencia, la experiencia muestra que la evolución de las necesidades de gasto de las CCAA dista de ser homogénea. Tampoco los costes sanitarios pueden asumirse como homogéneos.

Por tanto partimos de que los recursos destinados a la sanidad siguen estando en España por debajo de los dominantes en el contexto de países desarrollados, que los recursos transferidos a las CCAA parecen relevase como insuficientes, que es necesario buscar fórmulas para solucionar el desequilibrio financiero que empieza a consolidarse en algunas comunidades y todo ello, sin perjuicio de las indudables mejoras posibles que cabe introducir en el sistema.

Nos situamos en la necesidad de financiación estable de no menos del 0,25% del PIB para cubrir el déficit autonómico corriente, otro tanto para permitir amortizar la deuda generada en el último periodo y quizás cuando menos, similar porcentaje para el fondo de cohesión nacional, así como las mejoras a introducir. En suma, un mínimo de un 1 del PIB que, ya en un plazo inmediato,

permitiera cubrir las necesidades más urgentes y acercar el gasto sanitario español al de los países de nuestro entorno.

La solución que se busque ha de ser:

- Equitativa, de forma que permita el acceso universal a los servicios básicos, asegurando que el acceso a la asistencia sanitaria pública no dependa de la capacidad adquisitiva de los sujetos.
- Eficiente, de forma que provoque las mínimas distorsiones posibles sobre el conjunto del sistema e implique los mínimos costes de gestión para la administración y para los administrados.
- Sostenible, de forma que garantice los recursos necesarios no sólo en el corto plazo, sino en un futuro razonablemente previsible.

El SNS tampoco está exento de riesgos financieros que tienen que ver y acometerse desde el buen gobierno y la racionalidad del Sistema, y no puede obviarse la necesidad de incrementar los fondos, sin descartar para ello el empleo de una mayor y adecuada fiscalidad y eficiencia recaudatoria.

- Política farmacéutica

En relación con el punto anterior, pero manteniendo su propia identidad, también hay que considerar el hecho de que el gasto farmacéutico en España continua siendo elevado en relación al gasto sanitario total, aunque en los últimos años se ha producido una ralentización del crecimiento es obvio que este continua siendo superior al de los presupuestos sanitarios. Continúa siendo desconocido el gasto farmacéutico hospitalario. Tenemos poca presencia de los medicamentos genéricos con una distribución muy irregular en las distintas CCAA y una prescripción con un perfil inapropiado. Simultáneamente, también es muy importante la presencia de las empresas farmacéuticas en la promoción de eventos “científicos” y en la formación continuada de los profesionales.

- Cobertura poblacional del SNS: Retos de Universalización y Equidad en el aseguramiento.

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

Por todo ello, es necesario, proclamar el derecho a la cobertura sanitaria pública para toda la población por igual, con igual título, en definitiva como un derecho cívico, personal, ligado a la condición de ciudadanía y residencia. El establecimiento por ley de este derecho es una exigencia de

equidad, pero también de coherencia entre política fiscal y social y, además de su importancia para fortalecer al SNS, y establecer con todas sus consecuencias prácticas y operativas, que la cobertura de la asistencia sanitaria es una prestación universalizada y no contributiva de la Seguridad Social.

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

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

Las Mutualidades de funcionarios en España, mantienen una extraña situación en la que un colectivo, el de los funcionarios, tiene un sistema de cobertura diferente del resto de la población lo que supone una evidente inequidad. El modelo favorece la parasitación del sector público por el privado mediante la doble cobertura y el cambio de seguro (se ha identificado una tendencia consistente de cambios hacia el sistema público de las personas con mayores problemas de enfermedad). Por supuesto es una fuente de ingresos muy importante para el sector privado, y además supone una contradicción en un sistema descentralizado la presencia de otro centralizado para los funcionarios que ni siquiera depende del Ministerio de Sanidad.

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

En cuanto al aseguramiento y provisión privada, los seguros privados en España tienen un espacio de mercado que ha venido favorecido por el modelo MUFACE y por el establecimiento de sistemas de desgravación en el impuesto de sociedades.

La provisión privada también se sustenta sobre la financiación pública y con un notable incremento de externalizaciones que se ha producido en los Servicios Regionales de Salud. Dos problemas añadidos son que su calidad es muy irregular y muy poco controlada, y que frecuentemente se sustenta en la utilización del mismo personal médico que ya trabaja en el SNS.

- El buen gobierno del Sistema Sanitario.

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

- el principio institucional, que representa las creencias y los valores orientados desde la unidad de acción hacia el bien común y los intereses preferentes de la sociedad
- el principio organizativo, que se articula en base a las políticas y los servicios para crear valor económico y social, manteniendo la integración y la coherencia en el conjunto del sistema.

El gobierno de las instituciones sanitarias deberá dotarse de nuevas competencias y capacidades para asegurar una rectoría coherente con la misión del SNS.

Aunque los datos macro son buenos, en relación a los resultados en salud y con un bajo nivel de gasto y en general la satisfacción de los usuarios es alta, no debe olvidarse que existen muchos aspectos mejorables en la gestión de la sanidad pública, para atender la demanda sanitaria y mejorar la salud de la población.

Ha habido muchas iniciativas para introducir cambios en los modelos de organización y gestión de los servicios sanitarios, que en la mayoría de los casos han derivado en una privatización total o parcial de los mismos. También las experiencias y la intensidad de las privatizaciones es distinta según las CCAA, en algunas se vive una ofensiva de privatizaciones y desmantelamiento de la red pública. No existen evaluaciones oficiales sobre estas experiencias, pero todo lo conocido avala la constatación de que los centros privatizados o semiprivatizados tienen unas ratios de personal y camas muy inferiores a los públicos, que practican la selección de riesgos y donde prima el beneficio sobre los resultados en salud.

- El papel de las CC.AA y la Cohesión del SNS.

El proceso de descentralización se realizó en España de una manera poco coordinada, con plazos muy dilatados y sin un plan previo que permitiera una organización integrada y equilibrada de los Servicios autonómicos y regionales de salud en su conjunto, por eso sus resultados han favorecido el desarrollo de 17 subsistemas con diferencias muy notables. La Ley de cohesión y calidad del SNS de 2003 no ha conseguido establecer unos mecanismos eficaces de coordinación del SNS y continua echándose en falta la capacidad del Consejo Interterritorial para definir una política general del SNS, así como la ausencia de un Plan Integrado de Salud del SNS (ya previsto en la LGS de 1986) que permita la definición de objetivos de salud comunes a todo el SNS.

- El desarrollo legislativo del las CC.AA

El año 1986, la Ley General de Sanidad universaliza la asistencia sanitaria a toda la población, impulsando la creación de los Servicios de Salud a todas las comunidades autónomas, transfiriendo las competencias sanitarias y regulando la posibilidad de establecer conciertos para la prestación de los servicios, permitiendo la separación de la financiación y la provisión. Con la aprobación de las diferentes Leyes de Ordenación Sanitaria han proliferado diversas formulas de gestión que difieren en el papel que se le otorga al sector privado en la provisión de servicios sanitarios y repercute en diferencias en el ejercicio del derecho a la salud por parte de la ciudadanía.

- Red de hospitales públicos y atención especializada.

En España la red de hospitales públicos se caracteriza por una importante carencia de camas (la ratio camas/1.000 habitantes se sitúa en 3,4 frente a la media de la UE de 7,8), sobre todo camas de media y larga estancia lo que unido a la escasa capacidad de la red de apoyo sociosanitario y al escaso desarrollo de las hospitalizaciones domiciliarias provoca frecuentes saturaciones en los hospitales en los momentos en que se producen picos de la demanda (camas en los pasillos, esperas exageradas en urgencias, etc), además de una manera inexplicable se ha producido en los últimos años una disminución del numero de camas instaladas.

La actividad de la red hospitalaria pública es muy importante, tanto en volumen como en calidad de la atención, habiéndose desarrollado áreas de actividad muy relevantes: transplantes, cirugía mayor ambulatoria, etc. Existe una tendencia creciente a una mayor utilización de los recursos (consultas y cirugía de tarde, etc) pero todavía puede asegurarse que los importantes recursos tecnológicos de nuestros hospitales están infrutilizados, aunque existen muchas diferencias entre territorios y entre centros.

Las demoras en las citas de la primera consulta de atención especializada y las de intervenciones quirúrgicas siguen siendo demasiado elevadas y constituyen un serio problema, aunque iniciativas sobre derechos y garantías en tiempos de espera que han abordado algunas CCAA han mejorado en parte esta situación. Debería profundizarse en esta vía para garantizar un tiempo de respuesta adecuado según patología.

La organización de los hospitales se caracteriza por una hipertrofia del gerencialismo y la perdida de capacidad autoorganizativa de los profesionales y de la independencia de los cargos intermedios (total en gestión y enfermería y todavía parcial en el caso de los médicos). Los sistemas de organización en servicios siguen siendo predominantes y el desarrollo de nuevas iniciativas organizativas (gestión clínica, etc.) es escaso, aunque algunos resultados son esperanzadores.

Los recursos tecnológicos de los centros públicos siguen siendo muy importantes, si bien en algunas CCAA se esta favoreciendo una importante presencia del sector privado en las innovaciones.

- Atención Primaria

La Atención Primaria (AP) es en teoría uno de los grandes activos de nuestro SNS. No obstante su desarrollo es bastante desigual, tanto en dotaciones de personal e infraestructuras como en capacidad de resolución (acceso a pruebas diagnósticas y terapéuticas). El desarrollo de la promoción y prevención es escaso de manera generalizada. Existe un programa de mejoras (AP21) que todavía esta pendiente de ejecutarse en la práctica.

- Integración y desintegración de recursos.

Existe poca relación entre AP y Especializada y menos aún con otros recursos sanitarios (salud mental), sociosanitarios y de servicios sociales. Se han realizado algunas experiencias de gestión coordinada de recurso en una misma área, pero no hay una evaluación de sus resultados, aunque algunas experiencias apuntan a mejoras en eficiencia y resultados en salud. La privatización y la creación de múltiples formulas de gestión hace todavía más difícil esta relación.

- Salud Laboral.

La salud laboral es una asignatura pendiente del sistema sanitario, pese a las competencias que atribuía al respecto la Ley General de Sanidad de 1986. En el Sistema Nacional de Salud se integran los centros hospitalarios y asistenciales del Sistema Público de Salud y del modelo mutual - con las Entidades Gestoras (INSS e ISM) y las Colaboradoras (MATEPSS, Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social) -, que poseen centros patrimonio de Seguridad Social, pero con gestión privada. De ahí la necesidad de avanzar en medias que repercutan en el uso conjunto, coordinado y eficiente de estos centros asistenciales. Más allá de las reformas legales necesarias.

La salud laboral es determinante de la salud pública y por ello desde aquí debemos hacer hincapié en dos aspectos fundamentales:

- Las políticas públicas de salud laboral contribuyen de manera efectiva a la reducción de desigualdades sociales.
- Es imprescindible para ello la integración y coordinación de las distintas Administraciones y entidades especializadas comprometidas.

- Salud Mental.

En España se desarrolló una importante reforma de la salud mental, estableciendo un modelo comunitario de atención. Una vez más se constata

una gran desigualdad entre CCAA, pero sobre un escaso desarrollo general de la atención.

- Salud Género.

Existen importantes desigualdades de salud atendiendo a la variable de género y desigualdades en los planes y formulas de atención entre las CCAA. Los dispositivos de salud sexual y reproductiva están infradotados y la IVE desatendido en la red pública, si bien pueden producirse mejoras al respecto derivadas de la aplicación de la nueva ley.

- Investigación en Salud.

Tenemos un bajo gasto I+D+i que además se está viendo disminuido por las restricciones presupuestarias. Hay una gran presencia de los intereses de las empresas farmacéuticas y muchas pseudoinvestigaciones.

- Los profesionales de la Salud.: Necesidades y formación.

En España hay un número insuficiente de profesionales médicos agravado con una mala distribución entre las CCAA y con unas perspectivas de futuro de ir agravándose aún más por la falta de plazas de médicos en las Universidades. Hay un déficit notorio de profesionales de enfermería con un desarrollo muy escaso de las especialidades. La formación postgrado como ya se ha señalado esta demasiado vinculada a los intereses de las empresas farmacéuticas, constituyendo éstas una presencia muy importante en la promoción de “eventos científicos” y en la formación continuada de los profesionales¹.

- Los derechos de los ciudadanos en el SNS.

Aunque hay una legislación avanzada sobre los derechos de los ciudadanos, no existe un sistema real de garantías públicas en el acceso y calidad prestacional y además estos derechos no son suficientemente conocidos por la población.

- Participación social y profesional.

Existe un gran desequilibrio entre la importancia que a dicha participación se otorga para conseguir el buen funcionamiento del SNS y la escasa participación real existente a todos los niveles en el conjunto del Sistema, tanto a nivel organizativo, como en los órganos institucionales de participación. .

¹ Los recursos humanos en el S.N.S, constituyen una propuesta específica que CC.OO también ha presentado al Gobierno

4. Propuestas de CC.OO.

Con frecuencia observamos como las cuestiones que deben ser objeto de atención para la adecuación del SNS a la realidad actual y para un mejor cumplimiento de sus cometidos, aparecen referidas con enunciados similares en distintos documentos de análisis que provienen de distintas fuentes.

Una lectura positiva de tal circunstancia es que existe una base de diagnóstico común y generalizado, en un sustrato importante de la sociedad repercutida e implicada desde distintas vertientes por la materia de salud.

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 CC.OO entendemos que además de los compromisos concretos que deben adquirirse para una mejor financiación, gobernanza y calidad del SNS, existen unos Acuerdos previos y generales que deben tomarse entre el gobierno central y las CC.AA y que resultan imprescindibles para dar garantías institucionales y públicas de gobierno desde el conjunto del Estado y en desarrollo de las funciones esenciales del SNS..

Para garantizar la cohesión y coordinación eficaces del SNS y por tanto para poder desarrollar y operativizar los objetivos y propuestas concretas que dicho Pacto contemple, resulta preceptivo:

PROPUESTAS GENERALES Y PRECEPTIVAS

1. Redefinir el papel del Consejo Interterritorial, dotándole 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 CC.AA 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 EBEP, dotándola de competencias y regulando su desarrollo, así como redefinir el papel del Foro Marco para el Diálogo Social.

PROPUESTAS ESPECÍFICAS

1. Elaboración de un libro blanco sobre salud para disponer de un diagnóstico sobre la situación de salud de la población española y del funcionamiento de los servicios sanitarios, desagregando la información por CCAA y evaluando las desigualdades que puedan estar produciéndose derivadas de la edad, el nivel socioeconómico, el género etc, en materia de salud.
2. Elaboración del Plan Integrado de Salud, comprometido en la LGS de 1986, que establezca los objetivos e indicadores de salud comunes del conjunto del SNS.
3. Elaboración de la Ley de Salud pública.
4. Evaluación por parte de la Agencia de Evaluación de políticas públicas los denominados “nuevos modelos de gestión” y sus resultados en relación a la eficacia, la calidad y la eficiencia de sus prestaciones, que deberán ir orientadas a potenciar el Sistema Sanitario Público, extendiendo las medidas que se consideren positivas al modelo de gestión tradicional (entre otras eliminación de la intervención previa)
5. Paralización de las privatizaciones de la Red Sanitaria Pública, acompañada de la implementación de medidas para la mejora de gestión y gobierno público del SNS.
6. Evaluación de las experiencias realizadas para garantizar la continuidad de los cuidados, mediante la integración de las actuaciones y recursos sanitarios del SNS, conducente a la adopción de medidas concretas.
7. Armonización de los desarrollos normativos autonómicos en aquellos aspectos que no garanticen los objetivos e indicadores de salud comunes del conjunto del SNS .
8. Instrumentación efectiva de prestaciones tal y como ya se propone en normas legales vigentes (RD de Ordenación de Prestaciones y Ley de Cohesión), con especial énfasis en la introducción ordenada y uso tutelado de nuevas tecnologías.
9. Diversificar la gama de políticas sanitarias financiadas a través del fondo de cohesión en función de las prioridades sociales y de la equidad distributiva para el conjunto del SNS.
10. Crear la carrera de gestión, apostando por la profesionalización, y abandonando la instrumentalización política de la gestión.

11. Realizar un estudio y presentar un informe sobre el funcionamiento y organización de la Atención Especializada, y elaboración de propuestas de organización interna, de provisión de cargos intermedios y de relación con el área de salud garantizando la continuidad de la asistencia.
12. Establecer medidas para rentabilizar la Red Sanitaria Pública y reforzar sus medios humanos y técnicos, para garantizar una atención sanitaria de calidad y en un tiempo razonable.
13. Estímulo institucional efectivo a la práctica clínica apropiada, en la búsqueda de la mejor relación beneficio-riesgo para la persona, y orientadas a una mayor capacidad de autogobierno dentro de los centros y servicios de la Red Sanitaria Pública.
14. Incrementar el número de camas hospitalarias públicas con el objetivo de conseguir tasas de 5/1.000 habitantes.
15. Potenciar la Atención Primaria en la línea de los objetivos de la AP21 garantizando su aplicación en todas las CCAA.
16. Desarrollo de la Salud Mental Comunitaria dotándola de los medios profesionales y de las infraestructuras suficientes en la red sanitaria pública.
17. Diseño y desarrollo de políticas de atención a la salud atendiendo a la problemática de género mediante su sistemática incorporación a la AP y especializada y la creación de los recursos específicos que sean necesarios
18. Universalización sanitaria definitiva, como derecho personal, ligado a la condición de ciudadanía y residencia permitiendo la integración al SNS a todos los colectivos excluidos, estableciendo los periodos transitorios oportunos a cada caso. Siendo el principal exponente las mutualidades de funcionarios, pero sin olvidar el seguro escolar, las empresas colaboradoras etc.
19. Análisis de la viabilidad del actual modelo dual de atención a la pérdida de salud (SPS/INSS con Mutuas) e incentivar el uso conjunto de centros sanitarios entre sistemas públicos de salud y centros mutuales del INSS/Mutuas. Abordando en el Pacto de Toledo los cambios normativos necesarios para conseguir un sistema eficaz, eficiente y sostenible.
20. Promover en SPS la acción preventiva en materia de alcohol y otras drogas, garantizando la atención asistencial a las personas con una dotación suficiente y adecuada de los dispositivos sanitarios y garantizando la atención sociosanitaria. Ampliar y fortalecer las medidas y programas para la prevención e inserción. Establecer la coordinación estable e institucional entre las administraciones implicadas, tanto territorial como competencialmente.

21. Dotar a la atención primaria y especializada de los apoyos y recursos precisos (humanos y económicos) para que asuman adecuadamente los aspectos en salud laboral, que han de cubrirse necesariamente en las áreas de salud. Creando unidades de salud laboral y específicamente, desarrollando los medios para dar eficacia al art. 5 del RD 1299/2006. En este punto es fundamental desarrollar el compromiso de la EESST 2007-2012 de constituir el Centro Nacional de Referencia en Enfermedades Profesionales, que oriente tanto para diagnóstico de enfermedades del trabajo, como para la elaboración de protocolos para la vigilancia de la salud.
22. Puesta en marcha de sistemas de control rigurosos del funcionamiento de los centros privados para garantizar la calidad de sus prestaciones asistenciales.
23. Establecimiento de políticas activas para el control del gasto farmacéutico con el objetivo de que su crecimiento se sitúe al menos 1 punto por debajo del crecimiento de los presupuestos sanitarios.
24. Promover la utilización de medicamentos genéricos en el SNS
25. Garantizar información y formación actualizada en farmacoterapia a todos los profesionales prescriptores y que ésta sea independiente de las empresas farmacéuticas.
26. Control del marketing farmacéutico exigiendo la declaración pública de las ayudas que se destinen a los profesionales de la salud
27. Información pública del gasto farmacéutico hospitalario con una periodicidad cuando menos anual.
28. Revitalizar los mecanismos e instrumentos de participación social, profesional y ciudadana en todos los niveles y en los distintos órganos de representación y participación social e institucional del SNS
29. Garantizar al conjunto de la población una información detallada sobre sus derechos en materia de salud.
30. Incremento de la dotación para I+D+i y de la infraestructura organizativa que permitan políticas de investigación y desarrollo orientando el esfuerzo científico hacia objetivos de salud socialmente relevantes.
31. Definición de una estrategia de TIC para el SNS, en la cual los principales retos como la tarjeta sanitaria, la historia clínica electrónica, el uso de bases de datos clínicas, etc, sean piezas de innovación generadas desde el propio sector
32. Establecer de manera urgente la troncalidad en la formación especializada de los profesionales médicos, así como el desarrollo de



las especialidades de enfermería, para acercarnos a la media de la ratio europea.

En definitiva, este Pacto debe perseguir la sostenibilidad presente y futura del Sistema Nacional de Salud, algo que no puede abordarse desde una sola perspectiva, requiere de un tratamiento integral, además de mejorar la financiación, hay que aplicar criterios de mejora en la gestión, mejorar la eficiencia y aplicar criterios de buen gobierno y de racionalidad. Todo ello en función de una mejor y más amplia respuesta del SNS a los derechos de las personas en materia de salud, contando con todas las garantías públicas.