

El gobierno del Sistema Nacional de Salud en un marco descentralizado. Una visión desde Andalucía

M.º Jesús Montero Cuadrado
Consejera de Salud. Junta de Andalucía

Introducción

La sanidad ha constituido y constituye en todas las sociedades europeas desarrolladas uno de los principales mecanismos de solidaridad que se han diseñado para corregir desigualdades, introduciendo factores de redistribución. El derecho a la atención sanitaria, incorporado como derecho básico, es un poderoso factor corrector de desequilibrios interpersonales y de cohesión social, y la sociedad española lo ha interiorizado como uno de sus principales logros, una de sus mayores conquistas.

Así pues, de acuerdo con este principio básico e irrenunciable, la política sanitaria, en el marco de gobierno descentralizado con el que los ciudadanos nos hemos dotado, debe tener como objetivo central tanto para el nivel del Estado como de las autonomías, el reforzar la legitimidad del sistema público de salud

ante los ciudadanos, y consolidarse como un sistema de protección social moderno, flexible y adaptado a sus deseos y necesidades.

Parte de la consideración de que el Sistema Nacional de Salud (SNS) español constituye hoy en día un referente de primer orden en las políticas de bienestar en España y es, sin duda alguna, uno de los más avanzados y eficientes de cuantos existen en Europa, tanto por su alcance (prácticamente universal), como por su calidad científica y por sus prestaciones, que incluyen desde los elementos más básicos hasta los más complejos basados en el uso intensivo de tecnologías.

Pero al igual que ocurre en los demás países europeos, donde sus sistemas de salud también son puentes del sistema de protección social, España comparte circunstancias comunes a este entorno europeo de todos conocidas (demográficas, presión tecnológica, incremento del

gasto, etc.); se enfrenta a numerosos desafíos que pueden dificultar su capacidad de responder a la finalidad para la que fue creado.

Un poco de historia: desde su creación hasta el 14 de marzo

Es bien sabido que el SNS es una construcción basada en el antiguo sistema de Seguridad Social español (de 1942) que fue creciendo en su cobertura y prestaciones a lo largo de los años, desarrollando una red hospitalaria propia de alta calidad (la antigua red hospitalaria de la Seguridad Social) y un sistema de formación médica (Sistema MIR de 1978) de gran eficacia, que ha dotado a nuestros centros de profesionales perfectamente capacitados.

El SNS, tal como hoy lo conocemos, es fruto de la política del primer gobierno socialista, que elaboró la Ley General de Sanidad de 1986. Esta Ley fue complementada con la Ley 15/1997, de gestión del SNS, mediante la cual se modernizó y actualizó todo lo referente a formas de gestión en el SNS. Fue apoyada por los partidos políticos más progresistas, por cuanto cerraba el paso a formas de gestión que conllevaran la privatización y la introducción del lucro en la gestión del SNS.

Desde su creación el SNS ha ido creciendo y consolidándose dentro de un marco de razonable consenso entre las diferentes fuerzas políticas que han intervenido en el mismo, tanto en la esfera central del Estado como desde las diferentes autonomías.

Es más, la descentralización de la gestión del SNS ha facilitado que el sistema se haya modernizado y enriquecido a lo largo de estos años, desarrollando formas de gestión más eficientes. Ello ha originado, además, que las diferentes Comunidades Autónomas, dentro de un marco general común, hayan establecido líneas de prioridad diferentes, de modo que hoy existen Comunidades que han avanzado más que otras en la vertiente sanitaria.

En general, las que recibieron antes las transferencias de competencias sanitarias (Cataluña, Andalucía, País Vasco, Valencia, Galicia y Canarias) son las que han emprendido desarrollos más innovadores, y entre ellas, Andalucía ha sido una de las Comunidades que, en muchos terrenos, ha liderado la política sanitaria en el conjunto del SNS (Atención Primaria de salud, políticas de salud pública, nuevos derechos ciudadanos, nuevas prestaciones, política farmacéutica, impulso de la calidad, desarrollo de tecnologías de la información y la comunica-

ción aplicadas al sector, etc.). En el último apartado de este artículo reseñaré brevemente cuáles son las principales líneas de actuación para esta nueva etapa de gobierno en Andalucía.

Sin embargo, al igual que el Sistema Nacional de Salud ha avanzado muy positivamente, también es cierto que se enfrenta a retos clave en el momento actual. La superación o no de estos desafíos permitirá valorar si realmente puede funcionar como un Sistema o si se va a convertir en la suma de 17 servicios regionales de salud, independientes y poco homogéneos. Muchas de las cuestiones que se plantean no tienen todavía una respuesta definida, pues estamos aún en una fase inicial en la que surgen muchos interrogantes, cuyas respuestas deberán ser consensuadas y elaboradas entre todos.

La política sanitaria del Estado español desarrollada en el último período no ha contribuido especialmente a elaborar estas respuestas, aun cuando hace ya un año que fue aprobada la Ley de Cohesión y Calidad del SNS, que, en teoría, debía ir dirigida a garantizar la coordinación en un sistema sanitario totalmente descentralizado. Sin embargo, en la última etapa del anterior gobierno se han vivido diversas circunstancias que han provocado una cierta paralización, e incluso, en

algunos casos, hasta un deterioro del sistema, que se ha traducido en el retroceso de elementos determinantes para la construcción de un SNS coordinado, homogéneo y legitimado socialmente.

Voy a reseñar algunas de estas circunstancias, pero antes quiero manifestar que lo hago desde una posición política bien determinada, posición que mantenemos en Andalucía desde el comienzo de nuestra autonomía, hace ya casi 25 años, porque los andaluces así lo desean y lo manifiestan, mayoritaria y repetidamente, en las consultas electorales.

Así, en primer lugar, quiero hacer notar que el último quinquenio 2000-2004 ha venido marcado por las transferencias de competencias a las 10 Comunidades que todavía no las tenían (las que se regulan por el artículo 143 de la Constitución), hecho que se produjo de forma efectiva el 1 de enero de 2002.

Durante este período las políticas sanitarias del Estado se han mantenido bastante lejos de los objetivos de cohesión del SNS que debían haber marcado esta trascendental fase de descentralización. Al contrario, se han caracterizado por la ausencia de diálogo, decisiones unilaterales, y en algunas ocasiones, sectarias, que favorecían únicamente a determinadas Comunidades Autónomas (CC.AA.).

Es más, pese a ser la etapa en que las CC.AA. en su totalidad toman las riendas del SNS, la política central en algunos momentos ha tratado de forzar a las Autonomías a discurrir por caminos que podrían provocar una grave deslegitimación del SNS, y en muchos casos no permitiendo que las mismas pudieran establecer políticas y prioridades que tienen atribuidas, de lo cual Andalucía es un claro exponente.

Máxime cuando el actual sistema de financiación de la sanidad ha dejado ya de ser finalista y está englobado en el marco financiero general de las CC.AA., en el actual escenario de progresiva descentralización de la responsabilidad fiscal. Ello abunda a favor de la autonomía de los parlamentos regionales para adoptar sus propias decisiones políticas y prioridades de gasto (siempre, claro está, dentro del más absoluto respeto a la Constitución, al Estatuto de Autonomía y a la legislación básica del Estado).

La función de coordinación en el Sistema Nacional de Salud español

Así pues, con un SNS descentralizado en 17 servicios regionales –todos ellos con competencias bien definidas para adoptar sus propias decisiones y prioridades– la coordinación territorial de las

políticas de salud se convierte en uno de los desafíos más complejos que tenemos por delante. Es un elemento clave para la modernización del SNS pero presenta importantes dificultades para poder hacerse efectiva de forma real y satisfactoria. Y, como antes he comentado, todavía nos faltan muchas respuestas.

Porque coordinación significa lograr que el SNS siga siendo un sistema, con objetivos comunes, políticas coordinadas, con un panel de prestaciones homogéneo y homologable, en un entorno de cooperación y solidaridad entre los territorios, pero siempre desde el máximo respeto a la pluralidad, a las competencias autonómicas y a la potestad de las comunidades de fijar sus propias prioridades en salud.

Esto es, consideramos imprescindible dotar de mayor coherencia al conjunto del SNS y garantizar tanto la cohesión territorial como la igualdad en el acceso a la atención sanitaria de todos los ciudadanos con independencia de su lugar de residencia, pues las virtudes que indudablemente ha tenido el proceso de descentralización de competencias a las Comunidades (aproximar las decisiones y la gestión al ciudadano) son plenamente compatibles con una profundización en la igualdad y la solidaridad entre los territorios.

Pero, ¿cómo se articula y se hace efectiva esta tarea de gobierno de todos? Dado que la coordinación no puede ser entendida como un mecanismo unidireccional (del centro a la periferia), sino intergubernamental, las CC.AA. debemos implicarnos en ella de forma leal y solidaria.

Así pues, en este nuevo escenario, en el que la gestión del SNS funciona con un carácter absolutamente descentralizado, y bajo la tendencia a la separación de las funciones de financiación y autoridad de las de gestión y provisión de servicios, la función de coordinación general debe enfocarse de acuerdo a esta nueva dimensión, como una tarea de todos los responsables del gobierno sanitario, y plenamente integrada en el papel del Consejo Interterritorial.

El Consejo Interterritorial

Es imprescindible recuperar el clima de entendimiento nacional reanudando las “formas” de hacer política en las que primen la transparencia y la lealtad interinstitucional. Sólo desde esta posición será posible garantizar un correcto funcionamiento y rol del Consejo Interterritorial del SNS (CISNS), órgano clave en la política sanitaria española y determinante en la tarea de coordinación.

Este debe constituirse en el órgano director del SNS, aspecto que todas las partes venimos reclamando, y ver reforzado su papel en la función de coordinación, con posiciones que realmente sean vinculantes, y con sistemas que permitan la toma de decisiones. Esto es, resulta imprescindible reforzar su carácter ejecutivo, modificando su capacidad de adoptar decisiones. Habrá que determinar en qué ámbitos deben tomarse por consenso y en cuáles a través de un sistema de voto ponderado, y por supuesto se habrá de crear una disciplina común de seguimiento de los acuerdos adoptados.

En ningún caso podemos permitir que el CISNS quede relegado a un papel de mero espectador, ni convertirse en un órgano cuya principal función sea emitir informes al Estado, sin carácter vinculante para el gobierno central.

Esta idea la confirma el hecho de que contamos con experiencias de algunas áreas en las que el Consejo Interterritorial ha funcionado de forma bastante razonable, y ha cumplido el objetivo de servir de órgano de coordinación del sistema.

Es el caso de la Salud Pública, con competencias transferidas hace tiempo a todas las CC.AA., en las que el papel del CISNS ha resultado muy positivo en cuanto a la adopción de políticas de salud

comunes a problemas comunes (valga la redundancia), si bien es cierto que esto ha dado mejor resultado en los problemas de medio y largo plazo que en los que requerían una solución más inmediata. Así, desde que en 1992 se creó la Comisión de Salud Pública se ha avanzado mucho, en la medida en que ello posibilitó la creación de una red nacional de vigilancia epidemiológica, la aplicación de directivas comunitarias en materia de seguridad alimentaria, la unificación de los calendarios de vacunaciones, el funcionamiento de una red de alerta para situaciones imprevistas, etc.

Ahora bien, la propia naturaleza del CISNS como órgano fundamentalmente consultivo y de debate e intercambio de información para generar consenso, ha imposibilitado a la vez que pueda funcionar con la necesaria agilidad y activando los mecanismos de decisión suficientemente ejecutivos en los casos de emergencia en salud pública.

De otro lado, también es notorio que se debe reforzar el papel de Conferencia Sectorial del CISNS para aquellos aspectos en los que el Estado debe vehicular la participación de las CC.AA., como es el caso de las decisiones del ámbito de la Unión Europea (UE).

En este sentido sería de mucha utilidad que se configurase un órgano técni-

co de apoyo al CISNS, de carácter estable, para todos los asuntos relacionados con la Unión Europea. Dicho órgano sería responsable de aportar toda la información necesaria y de canalizar los consensos necesarios a las reuniones del Pleno del CISNS previamente a la celebración de los Consejos de Ministros de Salud y Bienestar Social de la Unión. Igualmente, debería sostener una base documental de salud en relación con la UE que sirviese de apoyo al conjunto de las autonomías.

Y, por último, aunque no menos importante, es la necesidad de reforzar también la participación democrática de los ciudadanos, otorgando el necesario impulso a los órganos consultivos del CISNS y una mayor capacidad relacionada con la participación de centrales sindicales, organizaciones empresariales, organizaciones profesionales y organizaciones de consumidores y usuarios.

El papel del Estado en el gobierno del sistema

Aun considerando el CISNS como el órgano ejecutivo y de coordinación de las políticas sanitarias, también estamos convencidos de que el Estado no puede hacer dejación de su principal tarea de gobierno en el ámbito sanitario: garanti-

zar el ejercicio de los ciudadanos al derecho a la protección de su salud.

En esta línea tiene que asegurar la cobertura universal de todos los ciudadanos españoles y extranjeros según los tratados internacionales vigentes suscritos por España; tiene que garantizar un aseguramiento único y público para todos, acreditando que funcionan los mecanismos de solidaridad de los que se ha dotado a la sociedad española; tiene la responsabilidad de asegurar mecanismos de financiación según reglas de juego claras y consensuadas por todos y sustentadas en la satisfacción de necesidades y en la corrección de desigualdades; tiene que fijar el marco regulador de la sanidad con unos mecanismos facilitadores y amplios, pero que eviten las tentaciones de romper los principios básicos del Sistema; tiene que garantizar un espectro amplio y uniforme de prestaciones por igual en todo el territorio español, sin menoscabo de las prioridades que puedan fijar las CC.AA. en el ejercicio soberano de sus competencias; tiene que garantizar la libre circulación de profesionales y la definición de los sistemas nacionales de formación y especialización, y también tiene la obligación de establecer un marco global de planes integrales de salud que sirva de referente a los planes integrales de cada una de las CC.AA., garantizando la adecuada coordi-

nación positiva de estas políticas en ejercicio de la superior función de autoridad sanitaria que la Constitución le reserva.

Pero todo ello debe ejercerse desde una actitud consecuente con la realidad de un Estado plural, ejerciendo su propio papel y no usurpando el de los demás, y favoreciendo el correcto desarrollo de las competencias de las CC.AA., sin interferencia y sin dejación de responsabilidades.

Algunos problemas básicos en la coordinación: las políticas de profesionales

Un ejemplo paradigmático de alguna de las dificultades que va a experimentar el gobierno del sistema descentralizado en esta etapa que comienza es la necesidad de coordinación en el SNS de las políticas de recursos humanos (políticas profesionales en el sentido más completo del término). La configuración de un entorno con 17 servicios regionales de salud hace que se vislumbren “riesgos” para la gestión y puesta en marcha de determinadas políticas, especialmente las relacionadas con los profesionales, por cuanto pueden suponer una herramienta de presión en la negociación de las condiciones laborales y retributivas, basada en la denuncia de “agravios comparativos”.

De un lado se plantea un escenario de 17 servicios de salud, que son observados permanentemente en sus actuaciones y que elevan el nivel de presión en el resto en lo que atañe a la introducción de mejoras hasta grados insospechables.

De otro, la necesidad legal de desarrollo reglamentario y aplicación (en cada uno de los servicios regionales) del nuevo marco legal establecido en las Leyes de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS) y del Estatuto Marco.

De lo anterior, resulta evidente la necesidad de mejorar los mecanismos de coordinación del sistema, que minimicen los riesgos a la vez que permitan mantener los niveles de competencias constitucionales y estatutarios de cada CC.AA.

En este sentido, voy a hacer una breve referencia a algunos de los elementos de riesgo en las políticas de personal.

Procesos de selección y movilidad de profesionales: son competencia de cada CC.AA., pero con la necesidad de que en la Comisión de RR.HH. se homologuen las categorías que existan en cada servicio de salud, a efectos de movilidad, para garantizarla a todos los profesionales del sistema. ¿Cómo se compatibiliza con un modelo específico, como por ejemplo el andaluz, de gestión por competencias y carrera profesional?

Acuerdos sobre ordenación del tiempo de trabajo y directiva europea de jornada máxima efectiva de 48 horas semanales. ¿Qué ocurre en los términos ya citados de “agravios comparativos” si los servicios de salud acaban gestionando lo más fácil: incorporar nuevos profesionales y pagarles más para compensar la posible merma retributiva?

Desarrollo y carrera profesional: constituye otro “gran asunto” de coordinación intergubernamental. Tanto la LOPS como el Estatuto Marco incluyen una regulación específica para intentar garantizar el “reconocimiento” de los niveles profesionales en procesos de movilidad de un servicio de salud a otro. Cuando se analizan los distintos modelos de carrera, existentes o en vías de negociación, se puede comprobar que la tarea va a ser extraordinariamente compleja. Por otra parte, una dificultad añadida es que las dos leyes obligan a su implantación pero sin hacer mención o análisis económico del coste.

El indiscutible problema de la financiación de la sanidad

Es evidente, y de sobra conocido, que para seguir avanzando en un modelo sanitario acorde a la realidad española es preciso que exista una coherencia entre

el modelo de SNS descentralizado y el sistema de financiación propio de las CC.AA., que debe garantizar la suficiencia financiera, el reparto con criterios de equidad, la afectación de unos niveles determinados de financiación a la función sanitaria, la cohesión sobre la base de fomentar la nivelación de los servicios, la corresponsabilidad financiera y la capacidad de las CC.AA. para ejercer su autonomía sobre la materia.

El actual modelo de financiación de la sanidad acordado en el año 2001, e integrado con carácter no finalista en el Sistema General de Financiación de las CC.AA., ha aportado mayor capacidad a las Comunidades en muchas vertientes financieras y fiscales.

Tras este acuerdo el sistema financiero contemplaba, entre otros, dos aspectos muy importantes: el fondo de cohesión (para corregir desigualdades y promover la equidad en el acceso a los servicios de salud) y la financiación por la vía de la Seguridad Social por la colaboración de las Comunidades en la gestión sanitaria de la Incapacidad Temporal.

Sin embargo, transcurridos ya tres años, y a pesar de que el modelo ha aportado algunas ventajas, los dos aspectos que acabo de citar han tenido resultados bastante menos satisfactorios de lo que hubiera sido deseable y necesario.

No entiendo que el modelo esté agotado (porque de hecho no lo está), pero sí es cierto que parte de una situación de insuficiencia financiera del sistema en relación a las necesidades de nuestra sociedad y de acuerdo al nivel de renta de nuestro país. Por ello, es un modelo muy perfeccionable desde diferentes puntos de vista, y cuando se estime oportuno revisarlo, se deben tener en cuenta los siguientes principios:

1. Debe incrementarse el monto total de la financiación del Sistema, al menos en un punto porcentual respecto del PIB nacional para tender así a la convergencia con los países europeos de nuestro entorno y con niveles de desarrollo muy similares.

2. Deben revisarse los criterios de reparto y permitir que la financiación capitaliva se ciña a un censo más real y se ajuste por factores más allá del envejecimiento y la insularidad (actualmente vigentes), incorporando otros criterios de necesidad ampliamente contrastados y utilizados ya en otros países (razones de mortalidad, medidores de desarrollo social, renta, etc.).

3. Debe eludir cualquier tentación de incrementar el pago directo de los ciudadanos por los servicios (copagoss, ticket moderador...). En Andalucía apostamos decididamente por un modelo de sistema sanitario como el actual, en el que la

gratuidad es un elemento determinante para garantizar el acceso a los que más necesitan la atención sanitaria.

4. Y debe incluir una revisión muy en profundidad del actual Fondo de Cohesión de la Sanidad, incrementando la cuantía del fondo y ajustando sus criterios de reparto a lo que ya expresaba su Ley de creación (superación de desigualdades y atención a especiales situaciones de necesidad sanitaria); parece imprescindible corregir la perversa, por desviada y nociva, situación generada en el momento actual en el que reciben más los que disponen de más recursos y tecnologías.

En este sentido la administración central sanitaria tiene también un importante rol que desempeñar, participando en las políticas dirigidas a garantizar la sostenibilidad del SNS. Por ello pensamos que, para el mejor gobierno del sistema, debe ejercer un papel regulador, desarrollando diversas líneas de trabajo:

I. Desarrollar un importante papel ante las autoridades económicas (Hacienda y Seguridad Social en nuestro caso) a fin de canalizar las aspiraciones de las CC.AA. en materia de financiación y propiciar acuerdos basados en la responsabilidad y en la eficiencia.

2. Favorecer mecanismos flexibles para las mejoras en la eficiencia y en la financiación del Sistema.

3. En una primera etapa trabajar para corregir el diferencial de gasto sanitario en España respecto a los países de nuestro entorno. Es de sobra conocido el Informe de Salud Mundial de 2003 de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el que se manifiesta que el gasto total español en sanidad es el 7,5 % del PIB (frente al 8 % de media de la UE). De este total el 71,4 % es gasto público, cantidad que además ha descendido en más de un punto en los últimos 5 años.

4. Actuar de interlocutor principal para resolver el conflicto planteado por la Seguridad Social respecto a la financiación sanitaria (en el componente de la incapacidad laboral).

5. Políticas de corresponsabilidad financiera con las CC.AA. Debe ser totalmente asumido por todos el hecho de que no se pueden imponer nuevas prestaciones si no se adapta la financiación.

Una nueva política farmacéutica

Sin duda la insuficiencia financiera reseñada en el apartado anterior es resultado del relativo estancamiento presupuestario que ha experimentado el SNS durante los últimos años cuando, por otra parte, han aumentado las demandas sociales. Pero también contribuye a esta insuficiencia el crecimiento exponencial

del gasto farmacéutico, que absorbe recursos necesarios para atender otros requerimientos sanitarios. De esta forma, reconducir el crecimiento del gasto farmacéutico a niveles compatibles con su sostenibilidad ha pasado a ser quizás la mayor prioridad de la política sanitaria, y una de las más importantes de la política social en España. Y es otra de las tareas determinantes para esta nueva etapa de gobierno del SNS.

De ahí que el éxito del Plan Estratégico de Política Farmacéutica anunciado por la administración central requiera de un amplio acuerdo, no sólo entre las administraciones estatal y autonómica, sino también entre éstas y los sectores profesionales y económicos afectados, así como por parte del conjunto de los ciudadanos, a través de las organizaciones sociales.

Este amplio consenso requiere que todas las instancias interesadas establezcan un punto de partida común: la conformación de un marco farmacéutico estable, sostenible y predecible; y ello implica una profunda modificación en los esquemas de la mayoría de los agentes económicos y profesionales.

Las CC.AA. venimos reclamando el derecho a participar de forma activa en las decisiones que deben adoptarse, a través de un renovado Consejo Interterritorial con las atribuciones que antes

he señalado. Por ello proponemos a continuación algunas de las posibles vías de desarrollo de las políticas farmacéuticas que, desde Andalucía, consideramos imprescindible desarrollar para garantizar la sostenibilidad del sistema:

1. Coparticipación entre las CC.AA. y la administración central en determinadas decisiones claves (políticas de autorización, fijación de precio y decisiones de financiación).
2. Regulación seria sobre las políticas de publicidad y comercialización (responsables directas del crecimiento del gasto).
3. Una nueva política en I + D + i que comprometa seriamente a la Industria y que proteja sólo la verdadera innovación terapéutica.
4. Favorecer los mecanismos para que las CC.AA. tengan herramientas efectivas de control y uso racional.

Andalucía ante la nueva etapa de gobierno

En esta nueva etapa de gobierno en el Estado también la administración andaluza estrena una legislatura, que hemos iniciado con el convencimiento de que, tras una fase en que el entendimiento con el gobierno central ha sido muy complejo, mejorarán notablemente los mecanis-

mos de coordinación. Ello nos hace contar con ilusiones renovadas.

La sanidad pública andaluza ha conseguido alcanzar una reconocida posición de liderazgo en el conjunto del SNS, lo que, lejos de ser fruto del azar, es el resultado, entre otras cosas, del esfuerzo y la capacidad que se ha desarrollado en la política sanitaria autonómica para abordar las expectativas y satisfacer, cada vez más, las necesidades reales y emergentes de la población.

En Andalucía, como he comentado reiteradamente desde el principio de este artículo, nos preocupa extraordinariamente reforzar la legitimidad y el aprecio de los ciudadanos por su sistema sanitario, ofreciendo una asistencia que, además de a insoslayables principios de equidad y solidaridad, debe responder a un nivel de calidad ajustado a los estándares establecidos en las modernas sociedades desarrolladas, como lo es la andaluza. Somos conscientes de que la sociedad nos exige que estemos preparados para ofrecer más y mejores prestaciones sanitarias, con rapidez y sin demoras innecesarias, con un mayor grado de personalización, con transparencia, facilitando el acceso a una información veraz acerca de un sistema sanitario de cuyo funcionamiento y mejora el ciudadano, ya sea en calidad de usuario o de

profesional, se siente y quiere ser copartícipe.

Todo ello, además, bajo el paraguas de una estrategia de innovación, de incorporación de los avances tecnológicos y de asunción de nuevas formas de trabajo, comunicación, organización y gestión, que hoy marcan las directrices de todo sistema sanitario que desee permanecer a la vanguardia en calidad asistencial, en desarrollo profesional, en accesibilidad, y en definitiva, en efectividad y eficiencia.

Principales valores y prioridades de la Consejería de Salud de Andalucía

Así pues, la calidad, la eficiencia y la transparencia, además de la innovación y la modernización, bajo la misma dinámica y filosofía que está marcando el proceso de segunda modernización de Andalucía, son las claves de funcionamiento decisivas que vienen rigiendo la sanidad pública andaluza. Y queremos que siga siendo así en esta etapa que comienza, pero con una renovada visión que cree y se centra en el futuro.

Y, por supuesto, compartimos problemas con el resto del sistema español y europeo, que condicionan el panorama futuro de nuestra sanidad pública y constituyen, por tanto, el conjunto de nuestro

desafíos. Para abordar con firmeza dichos desafíos, fortaleciendo nuestra estructura de bienestar sanitario, debemos necesariamente establecer prioridades.

En este sentido, la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía se plantea abordar durante esta nueva etapa una serie de líneas prioritarias que se agrupan en 5 ejes de actuación.

Mejorar los estándares de salud de la población andaluza

Reforzando las garantías de seguridad y protección de la salud, fomentando espacios sociales y estilos de vida favorecedores de salud, y poniendo en marcha iniciativas que refuerzen la atención otorgada a problemas de salud específicos: lucha contra el tabaco e implantación de los planes integrales ya desarrollados (diabetes, enfermedades mentales, cáncer, cardiopatías, Alzheimer) o en fase de diseño (enfermedades osteoarticulares, dolor, accidentes, nutrición y hábitos alimentarios, etc.).

El ciudadano como centro de las actuaciones sanitarias

Potenciar la atención a las nuevas necesidades en salud, sobre todo las que afectan al campo sociosanitario y la atención al paciente dependiente, así como desarrollar nuevos derechos y garantías de los ciudadanos (chequeo médico

anual para los mayores de 65 años, regulación de los derechos de los niños asistidos y sus padres, extensión del derecho a la segunda opinión médica a nuevos procesos asistenciales, atención bucodental a niños de hasta 14 años; extensión de la red pública de unidades de reproducción asistida a todas las provincias andaluzas, garantía de plazo máximo de atención en consultas externas y pruebas diagnósticas, etc., por citar sólo alguna de las actuaciones previstas).

Los profesionales: principal activo de valor del Sistema Sanitario

Mejorar la organización sanitaria andaluza a través de líneas de desarrollo profesional: favorecer la vinculación y la dedicación de los profesionales al sistema público de salud, desarrollar la carrera profesional, basada en su acreditación atendiendo a las competencias y fomentando la vinculación de las retribuciones al rendimiento, poner en manos de los profesionales nuevas herramientas que les permitan desarrollar los componentes de gestión clínica y gestión por procesos, etc. De igual modo, consolidar un espacio que permita poner en valor colectivo el conocimiento del sistema sanitario público, aprovechando las oportunidades que ofrecen las nuevas tecnologías.

Investigación e innovación

De un lado pretendemos la consolidación del liderazgo científico para la investigación en terapia celular y medicina regenerativa, así como una política decidida de fomento de la investigación de excelencia, basada en la generación de redes multicéntricas y cooperativas.

De otro, consideramos imprescindible potenciar las estrategias de innovación, con medidas que mejoren, faciliten y agilicen la relación del sistema sanitario con los ciudadanos. Para ello, queremos afianzar la estrategia digital ya existente (receta electrónica, historia de salud digital, telemedicina, etc.), y potenciar nuevos instrumentos que faciliten la gestión y aumenten la transparencia del sistema con los ciudadanos y los profesionales (publicación de los indicadores de calidad de los hospitales públicos andaluces, nuevo entorno web de todos los centros sanitarios, extensión de los servicios de “Salud Responde”, entre otros).

Autonomía y compromiso de centros y profesionales

Es importante promover las mejoras oportunas en la organización y gestión, profundizando fundamentalmente en la capacidad de autonomía y responsabili-

dad que tienen los centros y profesionales, y en su compromiso por la eficiencia del sector público, incorporando para ello nuevas formas de gestión, con un alto grado de autonomía y descentralización, pero manteniendo un sistema fuertemente integrado.

La calidad, elemento vertebrador del sistema sanitario

Para el desarrollo de todos estos ejes un elemento integrador clave va a ser la puesta en marcha de un nuevo Plan de Calidad y Modernización del Sistema Sanitario Público de Andalucía que, recogiendo la herencia del anterior, permitirá seguir las políticas de calidad ya iniciadas. Gracias a ellas Andalucía cuenta con consolidada experiencia en gestión por procesos, entre cuyos elementos clave se encuentra la continuidad asistencial.

Para finalizar

Como ha quedado patente desde Andalucía apostamos por el gobierno de un sistema descentralizado que respeta la pluralidad y las aspiraciones lógicas de autogobierno de las CC.AA., y las hace compatibles con lo que debe ser un SNS con plenas garantías para los ciudadanos y para su libertad de circulación por el

territorio nacional, y que fomenta la cooperación entre las partes integrantes del mismo.

El buen gobierno de un sistema sanitario descentralizado se debe basar en la coordinación. Pero coordinar no significa revocar o arrogarse competencias que están transferidas a las CC.AA.; tampoco significa ordenarles cómo deben dirigir la política de sanidad más allá de unos mínimos básicos, y por supuesto, no significa determinar, con decisiones unilaterales, la función soberana de un Parlamento a la hora de fijar las prioridades de los presu-

puestos de una Comunidad. No se pueden imponer por decreto nuevas prestaciones, nuevos estándares de calidad y garantías de tiempos máximos que, después, las CC.AA. deberán cumplir y financiar por su cuenta.

Coordinar significa cooperar, desde la lealtad institucional y el respeto a la autonomía, sobre unas bases consensuadas, para construir un SNS equitativo, solidario, cohesionado, que ayude a superar las desigualdades y que sea capaz de proporcionar a los ciudadanos una atención sanitaria de calidad.

