

THE WALL STREET JOURNAL EUROPE.
Foro de la Nueva Economía
New Economy Forum

Conferencia y Coloquios celebrados en el
Foro de la Nueva Economía,
en Madrid, el 23 de septiembre de 2003

Ana Pastor
Ministra de Sanidad y Consumo



El modelo sanitario español: un verdadero sistema de cohesión social

1. Los principios de suficiencia, corresponsabilidad y solidaridad

En 1986 se promulga la Ley de Sanidad y se crea en nuestro país un sistema nacional de salud público, universal y gratuito, financiado por impuestos. La sanidad española está constituida por estructuras y servicios públicos dedicados íntegramente a prestar servicios sanitarios. Pero paralelamente a la aprobación de la Ley de Sanidad se produjo un proceso de integración de todas las estructuras sanitarias que había en el país y a la vez se logró la descentralización de las competencias sanitarias.

Se trata de un proceso dinámico, pero muy complicado, porque no es fácil descentralizar y que además siga siendo un sistema nacional de salud. En la actualidad hay 17 servicios de salud de las comunidades autónomas, servicios de salud que estaban reflejados en la Ley General de Sanidad y en los Estatutos de Autonomía de las comunidades autónomas, lo que ha supuesto una transformación considerable.

España ha dejado de ser un país en vías de desarrollo para tener una economía de libre mercado consolidada, un elevado nivel de renta y un producto interior bruto que nos coloca entre los 10 mayores del mundo. Se ha pasado de ser un punto estratégico de movimientos migratorios a ser destino de millones de turistas y receptores de emigrantes de muy diversas zonas del mundo. Todo ello ha influido en nuestro sistema de salud. Por otro lado la madurez y el grado de excelencia alcanzados por el sistema nos colocan en posición de desarrollar un papel mucho más activo y de mayor contribución en los ámbitos internacionales.

Culminado el proceso de transferencias, la financiación se configura dentro del modelo general de financiación autonómica bajo los principios que aprobaron prácticamente todos los partidos políticos de suficiencia, corresponsabilidad y solidaridad. Estos principios se ven reflejados en dos leyes de financiación que se aprobaron en el Congreso de los Diputados a finales de 2001, donde las comunidades autónomas y el Estado se han comprometido a llevar adelante una política financiera de responsabilidades compartidas y donde todos tenemos la obligación de poner en marcha los mecanismos necesarios para que la financiación del sistema sea suficiente y cubra las necesidades de los ciudadanos. Esto es lo que pretende el sistema de financiación, que es un sistema solidario, corresponsable y suficiente, de manera que cuando no haya recursos el modelo prevé que se incorporen más. Por eso hay que dedicarse a determinar qué cosas hay que hacer, si tienen holgura financiera en el sistema y cómo se financian, y ante un problema de salud el dinero tiene que priorizarse.

2. Nuestro modelo nacional de salud: un verdadero sistema de cohesión social

El sistema nacional de salud redistribuye un importante porcentaje del gasto público, de los más favorecidos a los menos, de las personas sanas a las enfermas, y favorece la convergencia con sectores de población y territorios que presentan indicadores de salud más favorables.

Se trata de un verdadero sistema de cohesión social, porque es lo que más redistribuye la riqueza; por ejemplo, una persona con una renta media en nuestro país, con las cotizaciones sociales, tanto de él como del empleador, nunca podría, por ejemplo, financiarse un trasplante de páncreas o de médula ósea. Por eso es muy importante que un país tenga un buen sistema sanitario y por eso cuando el sistema alemán en este momento o el francés tocan el sistema sanitario se mueven los pilares del Estado de bienestar, porque éste se apoya en las políticas de empleo y en las políticas sociales y sanitarias.

Además el sistema sanitario no sólo contribuye de manera muy significativa a la mejora de la salud de la población y como elemento de cohesión, sino que tiene un peso en la dinamización de la economía. En España el sector sanitario se constituye en el principal empleador, con más de 600.000 trabajadores y un gasto total de 36.900 millones de euros, de los cuales 3.000 millones corresponden al mercado de tecnología sanitaria y casi 14.000 al gasto farmacéutico. Expresado de otro modo, el gasto sanitario por persona en España alcanza ya los 1.500 euros anuales.

Los pacientes que tienen enfermedades raras, algunas tienen un coste anual por enfermo de entre 30 y 50 millones de pesetas, tienen tanto derecho a que se le trate como a los que tienen diabetes. Y, por ejemplo, el coste de un trasplante renal oscila entre 2 y 7 millones de las antiguas pesetas dependiendo de su complejidad.

El catálogo de prestaciones a las que toda la población tiene derecho incluyen la salud pública, la atención primaria, la especializada, todas las técnicas radiológicas, la salud bucodental, los cuidados paliativos, los medicamentos -el 100% de cobertura para mayores y el 60% en los demás-, prestaciones ortoprotésicas; por tanto, una cobertura universal. Se trata de uno de los catálogos más amplios de la OCDE, si nos comparamos con ellos. Por ejemplo, en España los trasplantes o el tratamiento con medicamentos anti-retrovirales del sida son gratuitos, mientras que en otros países no es así.

Por tanto, diecisiete años después de la Ley General de Sanidad hemos conseguido un sistema sanitario reconocido entre los mejores del mundo, concretamente el séptimo. Los valores de nuestros indicadores son buenos, tenemos una mortalidad infantil de las más bajas del mundo y la esperanza de vida de la mujer sobre todo es muy alta, vivimos como media 82,4 años las mujeres, 4 más que los hombres.

Y lo que es más importante, tenemos hoy en día un sistema sanitario valorado y defendido por los ciudadanos; el barómetro sanitario recientemente publicado muestra que si hace 10 años el 20% de la población pensaba que el sistema necesitaba cambios profundos, ahora sólo opina eso el 5%; si hace 10 años manifestaban que funcionaba bien el 40%, hoy el 80% de los ciudadanos declara que funciona bien o bastante bien, aunque lógicamente dicen que esperan que lo mejoremos.

3. Nuevas situaciones que obligan a una continua modernización

En España la descentralización ha supuesto mejoras porque los servicios de salud de las comunidades autónomas prestan un acercamiento de las prestaciones a los ciudadanos, que pueden opinar y exigir mejoras de calidad más fácilmente que antes; los servicios de salud se adaptan mejor a las necesidades locales, tienen decisiones más rápidas, mayor eficacia en la gestión y mejor control de las actividades.

Pero la situación de 2003 es distinta a la de 1986, y los sistemas sanitarios, entre ellos el nuestro, se enfrentan ahora a nuevos problemas y nuevos desafíos, entonces incipientes o apenas atisbados. El envejecimiento de la población, las nuevas formas de

enfermar, las constantes innovaciones tecnológicas y organizativas y la actitud activa de los ciudadanos nos obligan a dirigir el sistema de salud hacia su modernización.

A ello se une el cambio del marco geopolítico supuesto por la Unión Europea, que nos sitúa en una postura continental y obliga a una redefinición de nuestras políticas internas en aspectos tan significativos como la salud pública, se ha constatado hace apenas unos meses con el síndrome respiratorio agudo severo, que hace movilizarse a todos los países de todo el mundo.

Ante estas nuevas situaciones, los retos para el siglo XXI son cuatro fundamentales:

- Orientar la actividad sanitaria hacia resultados.
- Impulsar la calidad.
- Motivar a los profesionales.
- Incorporar la innovación de forma sostenible.

El modelo de sistema de salud es un modelo de modernización, de acercarse a los problemas de la gente en el siglo XXI, enfocado de forma clara y firme a mejorar los resultados en salud y la cohesión social. Una modernización que tenga como ejes una gestión equilibrada y organizada, la calidad como principal vector y la motivación de los profesionales. Un sistema sanitario inmerso en la sociedad y en contacto permanente con los ciudadanos. La realidad nos desborda permanentemente y hay que estar haciendo adaptaciones permanentes.

Es hora de centrar de verdad las políticas en los resultados en salud, por eso la principal estrategia es atender a las patologías prevalentes, las que causan mortalidad y morbilidad, a la patología cardiovascular, al cáncer, a las enfermedades emergentes y reemergentes, a los trastornos de salud mental y a los accidentes. Y también a lo que son las primeras causas de mortalidad y de años potenciales de vida perdidos. En sanidad cuando se quiere saber cómo actuar sobre un factor de riesgo para evitar muertes hay que analizar los años potenciales de vida perdidos que produce un factor o una patología concreta, por ejemplo el tabaco, sobre los años potenciales de vida perdidos. Ése es el principal indicador para hacer política sanitaria.

Bajo este prisma de priorizar por necesidades es fundamental que todas las comunidades autónomas estén cohesionadas, el sistema en su conjunto, porque hay que dar respuestas homogéneas y viables. Priorizar en salud es hacer políticas orientadas a estas patologías, pero con políticas y con cartera de servicios iguales, que es en lo que se está trabajando. Por tanto nuestra estrategia se tiene que centrar en resultados en salud, pero con el apoyo de las comunidades autónomas.

4. Los elementos clave del sistema sanitario

4.1. Salud pública y prevención

En salud pública es donde hay que hacer mayores esfuerzos, porque lo más eficiente en sanidad es prevenir. Por eso estamos desarrollando la cartera de servicios de salud pública, que es la prevención en todas las etapas de la vida de enfermedades cardiovasculares, cáncer, salud mental o enfermedades emergentes, como la neumonía asiática o la enfermedad del Nilo, que está afectando a algunos países desarrollados.

La prevención es lograr un entorno sano y seguro para los ciudadanos, para lo que se están emprendiendo acciones concretas para mejorar la calidad del aire del lugar de trabajo o la del agua, porque son factores decisivos para tener una vida más sana. Y por supuesto controlar la calidad de nuestros alimentos y promover estilos de vida saludables.

Casi nadie conoce la Agencia de Seguridad Alimentaria porque hace una labor absolutamente callada y solamente se oye hablar de ella cuando algo no funciona. Ahora está trabajando en el etiquetado de los alimentos para evitar confusiones, como cuando ciertos productos, por ejemplo el pan, se anuncian para bajar el colesterol, y yo me pregunto cómo es posible que el pan, un hidrato de carbono, pueda tener colesterol. En definitiva, cosas sencillas de explicar pero muy complejas de legislar en las que se está trabajando. También se va a poner en marcha el observatorio de la salud pública de la mujer para promover su salud ante problemas específicos de la mujer, como la osteoporosis o el cáncer de mama.

La salud pública es fundamental porque es el área de prevención, que tiene que integrarse en todas esas áreas de riesgo. Es imposible por razones de espacio explicar todas ellas, sólo mencionar como ejemplos cuán importante es poner en marcha programas como el de yodación de la sal o las campañas para dejar de fumar, para el consumo de alcohol con moderación o para hacer ejercicio.

4.2. La atención primaria

La atención primaria es uno de los elementos clave del sistema sanitario porque en él está la primera entrada al mismo. Son prioritarias en este área la desmasificación de las consultas y la humanización de la asistencia, la cirugía menor y la atención a grupos de riesgo, como inmigrantes, jóvenes, víctimas de violencia doméstica –se ha elaborado un protocolo para que hasta en el último pueblo de España haya un protocolo para la prevención precoz de la violencia doméstica.

En la gestión de casos socio-sanitarios, en los que la primaria tiene un papel fundamental, es primordial facilitar que los pacientes puedan ser escuchados, pues es muy importante en la consulta del médico de cabecera que los profesionales tengan el tiempo necesario para sus pacientes. También la accesibilidad, facilitando citas de una manera rápida y directa. Ahora que estamos en el siglo de las nuevas tecnologías, la innovación tecnológica nos tiene que permitir avanzar en estas nuevas exigencias. Hay que poner al servicio de la salud todas las herramientas de los sistemas de información. Lo que puede parecer hoy un poco difícil, que es la receta sanitaria electrónica para todos los ciudadanos, estoy segura de que en muy poco tiempo va a estar en marcha.

4.3. Los hospitales

Los hospitales son una pieza fundamental en el sistema sanitario, de tal manera que si funcionan mal los hospitales funciona mal una parte del sistema sanitario. Hay que

redefinir el papel del hospital, que tiene los mejores profesionales, los mejores servicios sanitarios y las mejores tecnologías, pero es necesario hacer esfuerzos por reestructurar los servicios clínicos y la descentralización de la gestión, hacer esfuerzos en la externalización de servicios de apoyo.

La evolución de la capacidad hospitalaria en España muestra una clara tendencia a la reducción de camas. El más corto e intenso uso de las camas, con estancias breves, refleja los cambios en los patrones de enfermedad. Hoy ya las cataratas, las hernias y muchas otras patologías se operan y en el mismo día el paciente vuelve a su casa.

Por tanto los hospitales se tienen que reorientar a las patologías a las que tienen que hacer frente, tienen que ser modelos que incluyan y contemplen la diversidad, como lo que está poniendo en marcha Murcia, un programa específico para atender a los niños enfermos dentro de los hospitales, porque no se les puede tratar como adultos. Hay que humanizar las instituciones sanitarias, no basta sólo con que los profesionales tengan muy buena formación y utilicen muy buenas tecnologías.

4.4. La atención socio-sanitaria

La atención socio-sanitaria es el mejor ejemplo de cómo ha de funcionar una sociedad que se adapte bien al siglo XXI. En nuestro país existe todavía una cierta superposición entre lo social y sanitario; además la definición de ambos campos y la integración de sus objetivos varía también de unas comunidades a otras, y en ocasiones estas diferencias se traducen en una visión reducida o poco integral.

Queremos definir una atención integral que incluya procesos personalizadas para las personas que tienen enfermedades invalidantes, sobre todo Alzheimer y patologías neuro-degenerativas. Por eso se está desarrollando la cartera de servicios socio-sanitaria para las prestaciones de enfermedades como el Alzheimer, donde no haya fronteras organizativas entre los servicios sociales y sanitarios y donde los cuidados hospitalarios tengan una especial protocolización para cada tipología de paciente.

Es fundamental la configuración de un elemento gestor basado en la atención primaria que coordine los dos ámbitos, lo social y lo sanitario, y hay que ordenar actuaciones conjuntas en patologías concretas. La rígida división entre niveles es una carga muy pesada que no podemos ni debemos sostener. El envejecimiento de la población y el aumento de enfermos crónicos exige esta integración.

4.5. La cartera de servicios

4.5.1. Reconocer las prestaciones sanitarias, primer paso para la calidad del sistema

La Ley de Cohesión y Calidad proporciona sostenibilidad a una organización altamente descentralizada, que debe compatibilizar la autonomía que le es propia a las comunidades autónomas con el establecimiento de condiciones que garanticen los derechos de los ciudadanos. Nos encontramos por tanto en una nueva etapa, una etapa

que debe articularse sobre la base de esta Ley de Cohesión y Calidad, con los principios de equidad, calidad y participación.

La sostenibilidad del sistema pasa por una utilización eficiente de los recursos y una clara actitud de priorización. Se cuenta ahora con una gran oportunidad, la cartera de servicios, que consiste en definir cuáles son las prestaciones de todas las comunidades autónomas que den respuesta a esas necesidades en atención primaria, especializada, socio-sanitaria y salud pública.

En definitiva, las Administraciones sanitarias, los profesionales y los ciudadanos como usuarios del sistema debemos decir cuál es y como debe ser la atención o esa prevención para todos los niños y para todos los adultos. Por eso la cartera de servicios va a ser una de las cosas más importantes que se van a aprobar en los próximos meses.

La cartera de servicios que desarrolle las prestaciones se va a acordar con las comunidades autónomas porque nuestro estilo y nuestro deber no es imponer, es compartir, es convencer, si podemos, o que nos convenzan. Entre otras tiene que definir por ejemplo en salud pública programas de deshabituación tabáquica, que todos los centros de nuestro país tengan un programa de deshabituación para quien quiera dejar de fumar; o programas para tratar el alcoholismo o la ludopatía, programas para determinadas patologías de la infancia y de la adolescencia, como la anorexia y la bulimia, de psico-geriatria, de pacientes judiciales penales o programas para minusválidas psíquicas, pero siempre dependiendo de la comunidad autónoma.

Ante situaciones de igual necesidad se tiene que obtener la misma respuesta, vivan donde vivan los ciudadanos y estén donde estén. El fin último es mejorar la calidad de vida de las personas sin que se resienta de forma importante la calidad de vida de su entorno. Reconocer las prestaciones sanitarias a las que todos tenemos derecho es el primer paso, si no lo damos habremos perdido mucho tiempo.

4.5.2. La colaboración interadministrativa

La cohesión requiere también el deber de colaboración interadministrativa y la articulación de políticas de calidad y de responsabilidades compartidas. Nadie puede decir que un centro sanitario funciona mejor que otro o da mejores resultados si no determina cómo lo mide y sin interferir en la diversidad de fórmulas organizativas de las Comunidades Autónomas.

La tarjeta sanitaria individual es una de las herramientas clave para que los ciudadanos se muevan y que la información sea intercambiable. A este respecto señalar que 12 comunidades autónomas más Ceuta y Melilla ya han firmado el convenio para que todos compartamos la misma base de datos de tarjeta sanitaria.

Se van a establecer también centros de referencia para patologías que requieren la intervención de profesionales de alta especialización porque con el sistema que tenemos no podemos tener de todo en todas partes; por ejemplo, no es posible tener unidades de cirugía cardiaca en todas las capitales de España porque los profesionales que trabajan en una unidad de cirugía cardiaca tienen que tener suficiente número de casos para que sus manos, si se me permite la expresión, estén suficientemente "adiestradas".

4.5.3. La calidad, guía para la práctica en todos los niveles del sistema

Por todo lo anterior queremos incorporar la mejora de la calidad como guía para la práctica diaria en todos los niveles del sistema. Éste es un proceso continuado, para lo que se ha creado la Agencia de Calidad del Sistema, el Instituto de Información Sanitaria y el Observatorio del Sistemas, que son herramientas que van a permitir compartir información.

La Agencia de Calidad no va a estar para medir, va a estar para analizar cómo funciona el sistema, cuál es el modo más eficiente de trabajar y, una vez analizado, poner en marcha las mejores prácticas clínicas y los mejores modos. Nadie puede decir que un sistema sanitario en una comunidad autónoma es el mejor, porque cada uno es bueno en algunas cosas, pero no todo el mundo es bueno en todo; éste es un principio en medicina.

5. La apuesta por la investigación

Todo lo expuesto hasta ahora no tendría ningún sentido si al apostar por la calidad y a cohesión no se piensa en el futuro. En sanidad pensar en el futuro es pensar en investigación bio-médica. En el mes de octubre se va a presentar la iniciativa sectorial de investigación en salud, que es un plan integrado de la investigación bio-médica en España en el que trabajan todos los profesionales, todos los que se dedican a investigación tanto básica como clínica y de salud pública, compañías de biotecnología y de farmacia.

Se presenta este plan que va a dar respuesta a lo que ya es un hecho hoy, y es que los investigadores españoles trabajen en red. Se pusieron en marcha hace algunos meses las redes temáticas de investigación cooperativa, que es el modo de que todos los investigadores en una misma materia trabajen juntos para avanzar mucho más rápido.

Se apuesta decididamente por la investigación. Se ha destinado este año un 60% más de presupuesto que el año pasado, pero queremos la colaboración también de la sociedad civil y del sector privado, para hacer posible, como en todos los países de nuestro entorno, que hacer ciencia, hacer país, hacer futuro, añadir conocimientos y saberes científicos es una labor de todos, de todas las instituciones públicas y privadas, porque repercute en la sociedad en su conjunto.

En este momento la industria farmacéutica está contribuyendo de una manera importante a la investigación bio-médica en España, pero queda mucho por hacer, todavía hay que coordinar mucho más las políticas de investigación, aunar esfuerzos y recursos para trabajar de forma más coordinada.

6. La motivación y el reconocimiento de los profesionales, decisivos en el buen funcionamiento del sistema

El crecimiento acelerado de las necesidades sanitarias, con niveles cada vez mayores de exigencias y de calidad, hacen que el esfuerzo de los profesionales sea muy importante y que se exija un nivel de calidad y de formación permanente. Los profesionales sanitarios son los que más tienen que estar al día, porque la ciencia médica en un año en un área determinada cambia de manera espectacular.

Desde la Administración se deben promover las mejoras necesarias, desarrollar un sistema organizativo para los profesionales, diseñando sistemas que permitan dar más incentivos y más oportunidades a los mejores profesionales, para que su motivación siga siendo el motor del cambio, de la innovación, del progreso; características que la medicina del inmediato futuro promete, pero sobre todo necesita, porque tal vez hoy como nunca antes se había necesitado, pues la sociedad de hoy es mucho más dinámica que nunca y la enfermedades también cambian. Los factores esenciales para determinar la calidad de la práctica profesional son:

- La formación inicial, entendida como la formación pre-grado, en la que hay que profundizar. Hay que analizar el currículum de Medicina e introducir la bio-ética en el mismo, pues nos parece un tema fundamental que se está planteando desde hace muchos años
- La formación continuada, que esté acreditada y sea accesible.
- Los incentivos, tanto morales y profesionales como económicos,
- Unas prácticas más eficientes, efectivas y seguras.

Con la Ley de Cohesión, la Ley de Ordenación de Profesiones Sanitarias (LOPS) y el Estatuto Marco se pone en marcha un trípode de cambios legales que deben ayudar a los profesionales a cumplir con estos objetivos, con calidad, con motivación y con reconocimiento. La LOPS es una ley que va a permitir por primera vez en nuestro país que haya un énfasis en el trabajo multidisciplinar, dando más importancia a la formación continuada, reforzando la formación especializada y poniendo en marcha un sistema de desarrollo profesional homologado que deber servir de base para un nuevo concepto de carrera, para que por ejemplo un urólogo de Canarias pueda venir a Madrid o irse a Galicia o a Andalucía y que su desarrollo profesional sea reconocido.

Un sistema de reconocimiento al mérito individual del profesional del sistema público y privado que es previo a la consideración económica, a las retribuciones, porque los profesionales sanitarios no quieren más dinero, lo primero que quieren es reconocimiento, y después todo lo que conlleve este reconocimiento profesional, porque el reconocimiento en el área de bio-medicina es fundamental. No puede ser que un profesional entre con 26 años en el sistema sanitario público y llegue a los 60 y siga siendo adjunto, con las mismas retribuciones y el mismo nivel que cuando ingresó en el centro sanitario. Es decir, tiene que ser un sistema de calificación independiente de los empleadores, pero con un fuerte componente de homologación para toda España para que pueda haber movilidad, que los profesionales tengan los mismos derechos y oportunidades independientemente de su residencia.

En este sistema de desarrollo profesional tiene que existir una evaluación regular de la formación continuada acreditada y reglada, que no se mezclen cursillos con una formación reglada. También tiene que haber una contribución de todas las organizaciones profesionales, de los colegios profesionales, de las organizaciones sindicales, de la propia profesión, en este reconocimiento. Estamos a las puertas de un cambio legislativo muy importante para el futuro de nuestro país, porque la motivación y el reconocimiento individual de los mejores profesionales va a hacer que la política sanitaria en España mejore sustancialmente.

7. El modelo de financiación

Varios países de la OCDE han optado por sistemas de compra de servicios a proveedores acreditados, hay países con sistemas nacionales de salud como Italia y Gran Bretaña o en servicios autonómicos en los que se ha separado la función de compra de la de provisión. Para nosotros hay algo fundamental, y es que en el desarrollo y en la evolución de esta separación los contratos y sistemas de pago relacionados con la actividad se han convertido en herramientas de los compradores para influenciar el comportamiento de los proveedores y alcanzar objetivos de política sanitaria y mejorar los resultados. Por ejemplo, Canadá tiene provincias federadas. Allí el sistema público de salud tiene un contrato por actividad con cada una de ellas y actualmente se propone disponer de un fondo adicional para hacer proyectos especiales.

Los mejores sistemas del mundo son modelos en los que está siempre preservada la financiación pública y gratuita a todos los ciudadanos, que haya una cartera de servicios pública para todos que sea homogénea y sobre todo que haya suficiencia en el modelo, es decir, que de los recursos públicos, los impuestos de los ciudadanos, la parte que se pueda vaya destinada a esta parte tan importante que es una parte del Estado del Derecho de los ciudadanos, pues el derecho más esencial después del derecho a la vida es el derecho a la salud.

Pues bien, con fin de garantizar en España esta suficiencia, las propias leyes de financiación y también la propia Ley de Cohesión prevén el modelo que hay que seguir para que cuando se introduzca una prestación nueva en el modelo se pueda pagar. Por eso la discusión no está en si algo se puede introducir, lo que hay que ver es si es bueno para el sistema y además todos estamos dispuestos a introducirlo en el modelo de financiación. Se trata de ver si tiene cabida en el modelo de financiación y si no la tiene acudir a los mecanismos financieros que están contemplados en el fondo de cohesión, en el fondo de suficiencia y sobre todo en esa tramitación que regula la Ley de Cohesión que es el informe al Consejo de Política Fiscal y Financiera, que tiene que valorar si la prestación que se incorpora tiene cabida en la capacidad financiera de las comunidades autónomas.

8. Innovación y política farmacéutica

Muchos expertos dicen que por qué no se plantea en España el co-pago a los ciudadanos para que se gaste menos en medicinas. A esto quiero decir rotundamente que no, que en el sistema sanitario hay todavía muchas cosas que hacer, hay que buscar estructuras organizativas mucho más eficientes y hay que hacer una política farmacéutica mucho más potente. Nuestra estrategia es jugar un papel relevante en el diseño institucional, en la gestión descentralizada de las comunidades autónomas, en esa generación de la oferta y de la demanda, pero sobre todo un papel relevante en garantizar a los ciudadanos que tengan los mismos derechos, y también tenemos que hacer posible que el plan de política farmacéutica que hemos puesto en marcha ya hace un año sea compatible con las necesidades de los ciudadanos y si es posible con los intereses de todos, de los profesionales, de los sectores.

Entendemos que el papel del Ministerio es de liderar e inspirar buena parte de las políticas. Esto se ha hecho con el programa de dispensación personalizada de medicamentos, más conocido como Unidosis, un programa piloto al que se unieron sólo cuatro comunidades autónomas y que comenzará en unos días en la Comunidad Valenciana. Se han financiado programas para premiar las mejores prácticas en la prescripción de medicamentos y se va a seguir haciendo poniendo en marcha este invierno la campaña institucional más importante sobre el buen uso de los medicamentos dirigida a los ciudadanos y proporcionando a los profesionales cada vez más información sobre los medicamentos.

8.1. La regulación del mercado de los medicamentos

El Ministerio es también el regulador del mercado de los medicamentos. En todos los países europeos Gobiernos responsables están ajustando sus regulaciones en el sector farmacéutico. También se está haciendo en España y se quiere continuar contando con un nuevo sistema de precios de referencia, que había llegado casi una década antes en otros países europeos y que Romay puso en marcha cuando era Ministro de Sanidad. Se trata de un mercado que en este momento supone más del 30% del gasto sanitario. Nuestro sistema permite que a igualdad de principio activo no se prescriba el más barato. El sistema nacional de salud ha estado pagando un producto exactamente igual pero con distinta marca y que costaba diez veces más caro.

Con la modificación que se está llevando a cabo se pretende, sin tocar un ápice la innovación -porque solamente es una evaluación de precios para aquellos medicamentos para los que llevan más de diez años en el mercado y que ya han tenido un período de amortización de sus inversiones-, llegar a unos precios que sean más armónicos con los costes y sobre todo sean mucho más armónicos en esta banda tan ancha que hace casi imposible que el sistema público con dinero público pueda pagar por lo mismo precios tan diferentes.

En la próxima legislatura se pondrá en marcha una nueva Ley del Medicamento que actualice todos los contenidos de una norma esencial, donde estén perfectamente regulados todos los productos que son complementos dietéticos. Han pasado ya trece años desde la Ley del Medicamento y creemos que es el momento adecuado para hacer una modificación de la Ley; se está haciendo todo el análisis de la misma para que en el momento oportuno se pueda poner en marcha una modificación en profundidad.

8.2. Medicamentos seguros, eficaces e innovadores

El Ministerio de Sanidad da prioridad al acceso a medicamentos de calidad, seguridad y eficacia. En el año 2003 nuestro vademécum cuenta con 9.000 medicamentos y se han introducido 30 nuevos principios activos que permitirían la curación de patologías de forma más eficaz, de modo que los ciudadanos españoles tengan acceso a los medicamentos más innovadores. Queremos que todos los ciudadanos tengan acceso a los mismos medicamentos y por eso en las próximas semanas se va a aprobar una nueva clasificación anatómica de medicamentos que va a permitir el acceso a mejores condiciones económicas para algunas patologías crónicas como la soriasis o la hipercolestolemia familiar, es decir, que los pacientes crónicos de algunas patologías van a tener una aportación menor.

Se ha aprobado el desarrollo del artículo 100 de la Ley del Medicamento para asegurar la trazabilidad de los medicamentos, porque los medicamentos son sustancias que sirven para mejorar, para aliviar o para curar las enfermedades, y por lo tanto ante todo tienen que ser seguros y eficaces, y por eso la política de fármaco-vigilancia es una de las más activas. Se están poniendo en marcha políticas importantes en materia de innovación, porque en definitiva la política farmacéutica es innovación.

9. La cohesión: base de todos los retos del Ministerio de Sanidad

De todos los retos de los que aquí se ha hablado, el de orientar las necesidades a los recursos, el de tener los mejores profesionales, el de la calidad, el de la innovación tecnológica..., el más importante hoy en España es el de la cohesión. Éste es el gran reto, el que lo resume todo. En sanidad no se puede ir unos por un lado y otros por otro, unos prometiendo unas prestaciones y otros dando otras, unos diciéndole a los ciudadanos que tienen el mejor sistema en su ciudad y cuando cambia de ciudad o de comunidad tiene otro.

Hay que entender que cuanto más extendido, diversificado y descentralizado es un sistema sanitario más necesario es garantizar la visibilidad de los objetivos centrales que dan cohesión al conjunto. Tenemos el privilegio de contar con un buen sistema nacional de salud, un sistema con un desarrollo autonómico que le ha hecho más eficaz y más cercano.

La apuesta por la cohesión ha de ser el gran reto, pero eso sólo se conseguirá con la ayuda de todos, los colegios profesionales, las organizaciones sindicales, funcionarios, el Ministerio de Sanidad española y, cómo no, el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, que es pieza clave y fundamental para llevar a cabo una extraordinaria política de cohesión en materia social y sanitaria.

COLOQUIO

- Moderador (Cartla Vitzthum, corresponsal de *The Walt Street Journal*). En primer lugar, hay varias preguntas sobre el tabaco. ¿Financiará la sanidad pública los medicamentos para dejar de fumar? El tabaco reportó en 2002 a Hacienda 6.000 millones de euros, ¿le ha dicho algo su colega Cristóbal Montoro de la nueva ofensiva contra el tabaco impulsada desde su Ministerio? ¿Qué le parecen las propuestas de la Comisión Europea de usar leyes sobre la sanidad de trabajadores para prohibir fumar en cafés, bares y restaurantes?, ¿su Gobierno apoyará estas propuestas?

- Ana Pastor. Como todos saben, tanto la Organización Mundial de la Salud como la Unión Europea han llevado a cabo en el último año una serie de propuestas conducentes todas ellas en materia de salud pública a prevenir la primera causa de muerte evitable en el mundo, que son las muertes producidas por el tabaco. En España mueren todos los años 56.000 personas por consumo de tabaco y es el principal problema de salud pública prevenible en el mundo. Por eso se ha firmado por 192 países del mundo un plan de prevención y control del tabaquismo.

Desde el Ministerio de Sanidad tenemos que hacer políticas en materia de salud pública, hemos puesto en marcha una serie de medidas y tenemos todavía muchas por hacer. España fue el primer país de la Unión Europea que aprobó el plan de acción de la lucha contra el tabaco 2003-2007, y en este plan se contemplan acciones de todo tipo intersectoriales, se presentan acciones en colaboración, por ejemplo, con el departamento del Ministerio de Interior con el Plan Nacional sobre Drogas; se contemplan aspectos de educación para la salud en los centros escolares; se plantean acciones para los jóvenes, para las mujeres, y se contemplan también actuaciones en el ámbito sanitario. De forma inmediata se va a establecer en la cartera de servicios de los centros de atención primaria que todos los ciudadanos que quieran dejar de fumar puedan hacerlo; en definitiva, hemos puesto en marcha un programa intersectorial para dejar de fumar.

Entre las directivas comunitarias aprobadas, hay una que entrará en vigor en 2005 que regula todo lo que tiene que ver con la publicidad, porque el objetivo fundamental en España es disminuir la prevalencia del hábito tabaquico, pero sobre todo en jóvenes. Somos el país de la Unión Europea que más fumadores jóvenes tiene, los niños empiezan a fumar entre los 13 y los 17 años, sobre todo las niñas, y tenemos los indicadores peores junto con Grecia y Portugal de Europa. Queremos que los jóvenes no entren en el hábito tabaquico y que los adultos, dentro de su libertad, tengan información suficiente para que sepan los efectos perjudiciales, porque aquí no se va contra nadie, ni contra ningún colectivo, pero nosotros somos los responsables sanitarios y en consecuencia actuamos así.

- M. ¿Tiene futuro el seguro privado, considerando los éxitos de empleo y la efectividad de la Seguridad Social en nuestro país?

- A. P. El seguro privado en España tiene una cobertura diferente dependiendo de las comunidades autónomas; por ejemplo, Cataluña tiene un nivel de cobertura de seguro privado mucho más alta que otras comunidades. Los seguros privados en nuestro país tienen una regulación bastante precisa y en este momento están prestando unos servicios, por ejemplo a Muface, pues el funcionario puede elegir entre público y privado y en ese caso los funcionarios públicos están eligiendo aseguradoras privadas. España tal vez sea uno de los países europeos que tiene una mejor regulación del sector privado y unas coberturas de prestaciones que ha servido de ejemplo para algunos países europeos.

- Carmen Gurruchaga (Tertuliana de Onda Cero). Usted ha comentado que el principal problema que tienen las personas que se acercan al servicio de salud es el de la burocracia, que es un obstáculo difícil de solventar, ¿qué va a hacer su Ministerio o qué está haciendo para superar este obstáculo?

- A. P. Ése es uno de los aspectos más importantes a los que se tienen que orientar los servicios sanitarios, pues la burocracia es lo que hace que el ciudadano perciba que el sistema no funciona. Hay que hacer un esfuerzo por incorporar sistemas de información que van a aligerar muchísimo las trabas burocráticas. Hay cosas que son muy sencillas pero que mejoran mucho la calidad. Lo que se está haciendo es analizar las principales trabas burocráticas. Por ejemplo, los niños de espina bífida tienen un problema muy importante para acceder a algunas prestaciones, como los pañales, cuando el niño que tiene espina bífida lo va a tener de por vida. Por lo tanto en algunos colectivos muy

especiales queremos poner en marcha una tarjeta de acreditación, que a ese paciente cuando vaya a una farmacia se le preste el servicio de forma automática y luego se reintegren los gastos, que tenga como una especie de “cuenta”.

- Máximo González (Presidente del Consejo General de Enfermería). La Ley de Cohesión y de Calidad era una ley muy deseada y muy necesitada, pues todo el sector estaba muy preocupado viendo cómo después del proceso trasferencial no había una cohesión, una armonización del sistema, lo cual estaba generando una serie de situaciones no deseadas y por lo tanto entendíamos la necesidad de esta ley que, como bien ha dicho usted, resuelve temas de equidad, de accesibilidad y de calidad. Y además ha tenido usted la habilidad para ganarse el afecto y la confianza de todos, partidos políticos y el sector profesional, por lo tanto enhorabuena en este sentido.

Pero lo que nos ha dejado más sorprendidos es que haya sido capaz de abordar dos temas tan importantes que completan esa trilogía de los profesionales, dos leyes que veníamos demandando desde hace diecisiete años. Hemos conocido varios borradores que por diversas circunstancias no han visto la luz, y usted ha tenido la genialidad o la valentía de, en muy poco tiempo, llevarlas al Congreso de los Diputados, y además dando seguridad a los profesionales, porque había inseguridad ante lo que supone un sistema descentralizado y la ruptura de principios básicos que la Ley de Estatuto Marco viene a poner en su sitio. Con la Ley de Ordenación de las Profesiones creo que se va a conseguir que se devuelva la confianza a los profesionales y su motivación. También le tengo que decir que no tenía la confianza de todas las profesiones al principio, cuando hizo el borrador, concretamente la mía, pues usted sabe que nuestra asamblea general votó en contra del Proyecto de Ley. Sin embargo, usted supo sentarnos a todos los profesionales en su mesa y llegar a un consenso de todas las profesiones, y resulta increíble que haya conseguido ponernos de acuerdo a todas las profesiones.

Por lo tanto, quiero felicitarla por haber llevado adelante estas dos leyes, y me gustaría hacerle dos preguntas. ¿Cómo es posible que con una ley como la Ley de Ordenación de las Profesiones sus profesionales estemos absolutamente de acuerdo -me parece una ley muy vanguardista y progresista en el mejor de los sentidos- haya partidos políticos que no la quieran votar? ¿Qué trámite considera que va a tener para que podamos tener ya publicadas en el Boletín Oficial del Estado estas dos Leyes que nos parecen fundamentales?

- A. P. Muchas gracias por sus palabras y sobre todo porque la profesión a la que usted representa, la enfermería, que tiene un peso muy importante en el sector sanitario, conozca que esta Ley lo que hace es que la enfermería en nuestro país vaya a tener una promoción profesional y un reconocimiento a lo largo de su vida.

Con respecto a sus preguntas, hay una tramitación pendiente en el Senado. En política hay un principio que es que uno ha de tener lo que se llama ahora en términos modernos “cintura”, que es lo que yo llamo tener sentido común, o sea, sentarte, ver lo que todo el mundo expone, ver en lo que tienen razón y poderlo incorporar. Pero todo tiene un límite; hay cosas que son la esencia, los principios, y es que la LOPS tiene unos principios que son inamovibles, y los principios son que para que el sistema nacional de salud avance los profesionales han de tener un desarrollo profesional y movilidad entre comunidades autónomas.

Estos dos principios son inamovibles porque son la esencia de la Ley. Creo que en política hay que tener la flexibilidad para entender dónde está lo importante y dónde lo secundario, y si lo importante se preserva en una norma, luego se pueden cambiar otros

elementos, pero la esencia, en lo que se cree, no, porque el modelo de carrera profesional es un modelo que hemos defendido desde nuestro grupo político, el Partido Popular, y que defienden los profesionales sanitarios. En esta parte de la tramitación junto con los senadores de nuestro partido intentaré convencer, si se me permite, a quien no está todavía convencido, porque sí me gustaría que la Ley se aprobara por consenso.

- José María Catalán (RNE). ¿Qué posibilidades hay de llegar a algún punto de encuentro entre el Gobierno y la oposición en el texto la reforma de la ley de reproducción asistida?

- A. P. En primer lugar decir que en todas las propuestas normativas desde el Grupo Parlamentario Popular y desde el Gobierno siempre hemos tendido la mano a todos los grupos políticos. De cualquier modo voy a defender pasado mañana una enmienda a la totalidad de un grupo político con los principios inspiradores de esta Ley, que no son otros que una modificación de la Ley vigente de reproducción humana asistida, que es una norma que ha generado un problema y es que en este momento tenemos un número de embriones congelados, que unos cifran en 40.000 y algunos hasta en 200.000, cuyo destino final no estaba contemplado.

Esta Ley quiere hacer compatible que la reproducción humana asistida sea una técnica eficaz y de la que sigan beneficiándose en las mismas condiciones todas las parejas y todas las mujeres de nuestro país con dar una solución a los embriones que estaban hasta ahora congelados. Ofrecer una solución en el sentido de que los padres que tienen un embrión congelado puedan decidir si ese embrión es destinado a la congelación, a la reproducción de la propia pareja, a la donación o a la investigación.