

Comisión No Permanente de Reconstrucción Social y Económica

Comparecencia de Julio Sánchez Fierro

Permítame, Señora Presidenta , comenzar con un sentido recuerdo a los más de 40.000 fallecidos, a las decenas de miles de contagiados y a sus familiares.

También deseo mostrar mi más sincero reconocimiento a los profesionales sanitarios, voluntarios, Fuerzas Armadas y Cuerpos de Seguridad del Estado por su eficaz, solidaria y abnegada labor.

Igualmente quiero expresar mi agradecimiento por la oportunidad de poder colaborar en las tareas de esta Comisión.

Señorías, les deseo mucho éxito en sus tareas y, sobre todo, en la consecución de un amplio acuerdo para bien de nuestra Sanidad.

Señorías, el enorme impacto de la crisis del coronavirus sobre el funcionamiento del SNS aconsejan un análisis sereno y una profunda reflexión sobre su actual situación y futuro

En una primera aproximación cabría decir que, en su conjunto, hay que mantener la positiva valoración de nuestro sistema sanitario, especialmente en lo que se refiere a los profesionales, cuya capacidad de entrega y dedicación son ejemplares, como ha podido constatarse en esta pandemia.

Sin embargo, la organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud son ciertamente mejorables.

Desde la completa transferencia de competencias sanitarias a las CCAA, hace dos décadas, se han ido acumulando problemas.

En mi opinión, el primero de ellos es el de la desigualdad territorial que sufren los pacientes en el acceso a prestaciones y servicios.

Es verdad que fue un acierto acercar la asistencia sanitaria a los ciudadanos, pero esta conquista ha ido perdiendo valor por algunas actuaciones que conllevan desigualdad de trato.

La discriminación territorial genera inequidad y hace que se resienta la cohesión y la solidaridad.

Señorías, es necesario evitar que nuestro SNS se siga agrietando en perjuicio de los pacientes y sus familias.

Habría que recuperar los mandatos inequívocos de la Ley General de Sanidad y de la Ley de Cohesión y Calidad para garantizar la igualdad efectiva de derechos sanitarios.

Pero no es esta la única cuestión que requiere la atención de los poderes públicos.

Otros problemas y cuestiones que sería necesario abordar son:

- dar voz a los pacientes y sus asociaciones, como derecho colectivo, no como un gesto de buenismo político,
- mostrar mayor sensibilidad ante el cambio de paradigma sanitario en razón a los fenómenos de la cronicidad, el envejecimiento y la dependencia,
- reconocer la prioridad que deben tener la Atención Primaria y las políticas de salud Pública.
- reformar el modelo de financiación,
- abordar la planificación de recursos e infraestructuras a corto y medio plazo,
- impulsar a través del diálogo social una política de recursos humanos, basada en la estabilidad en el empleo y en la motivación de los profesionales,
- revisar la política de medicamentos, centrada en la contención del gasto y huida a la hora de dar apoyo a la innovación,
- afrontar el problema de la creciente obsolescencia en equipamientos tecnológicos, y
- tender puentes efectivos entre los servicios sanitarios y sociales.

Atender a estos requerimientos desde el mayor consenso posible, nos situaría en el buen camino: el del fortalecimiento del SNS

Es cierto que buena parte de estos problemas son anteriores a la crisis del coronavirus, pero esta crisis los ha acentuado.

Desde hace tiempo preocupaban las listas de espera, pero el parón asistencial ha hecho que estas sean aún más largas (más de 700.000 pacientes; el doble que hace 10 años).

Aquí están también muchos pacientes que han visto interrumpidos sus tratamientos y miles de sanitarios, contagiados o en baja, que han acumulado días de trabajo sin descanso, a pesar de no contar con adecuados medios de protección.

Conocemos los problemas, pero ahora de lo que se trata es de proponer soluciones.

A ellas me referiré sucintamente.

El modelo descentralizador de la gestión asistencial, al que responde la Ley General de Sanidad, culminó hace 20 años.

La Ley de Cohesión y Calidad, que contó con el consenso de todos los Grupos Parlamentarios, fortaleció el Consejo Interterritorial para promover una coordinación sanitaria a más eficaz nivel macro.

El devenir del tiempo ha evidenciado que el Consejo ha sido más un foro de debate y confrontación, que un espacio de encuentro y colaboración entre las Administraciones sanitarias.

Por ello, sería necesario complementar el andamiaje institucional, diseñando nuevas vías para dotarle de mayor ejecutividad.

A tal fin, el Consejo Interterritorial, que seguiría siendo el órgano para adoptar los acuerdos básicos, contaría con una Agencia del Sistema Nacional de Salud, a cargo de la cual correría la ejecución de las Estrategias sanitarias de ámbito estatal, aprobadas o que puedan aprobarse en el futuro.

La Agencia tendría naturaleza de organismo autónomo y su carácter sería fundamentalmente técnico. Algo similar al Instituto de Salud Carlos III o al INGESA.

Pero para que la gobernanza mejorase también habría que hacerla más participativa, lo que debería conllevar la incorporación de las Organizaciones de Pacientes y de las Sociedades Científicas al Comité Consultivo del Consejo Interterritorial.

Así mismo, habría que reorientar la asistencia sanitaria para garantizar la continuidad en los procesos asistenciales y para evitar que la superespecialización y la tecnomedicina acaben postergando los valores del humanismo, la dignidad y la libertad de los pacientes.

En cuanto a la continuidad de los procesos, es imprescindible implementar una política que la garantice desde la AP a la Atención especializada y entre los diferentes Servicios hospitalarios.

Se lograría así una gestión más eficiente y se evitaría desorientación e inseguridad a los pacientes.

A tal fin sería preciso acordar los correspondientes protocolos, contando con las Sociedades Científicas y las Asociaciones de Pacientes.

Respecto a la humanización asistencial, hay que decir que no basta con reconocer sus derechos a los pacientes. Hay que dar un paso más: humanizar la atención sanitaria.

En esta dirección se han dado algunos pasos interesantes en determinadas CCAA, pero todavía falta bastante para que la cultura y la práctica de la humanización sean una realidad generalizada.

Habría que reconocer y apoyar la importancia que, para lograrlo, tienen la forma de organizar la asistencia, especialmente en hospitales, la formación de los profesionales en valores humanistas desde la Universidad y el desarrollo de habilidades de comunicación con los pacientes.

De otra parte, la crisis del coronavirus ha puesto de relieve, aún más, la endeblez de la Atención Primaria.

En efecto, es notoria la falta de recursos humanos, técnicos y económicos, el empleo precario y la desmotivación.

Planes para corregirlo no han faltado. El último, el pasado año.

Sin embargo, hasta ahora no ha habido suficiente determinación.

Si de verdad se quiere contar con una robusta AP, habría que ponerse cuanto antes en marcha para conseguir:

- Dedicar mayor tiempo por paciente,
- Aprobar protocolos de coordinación con las estructuras de Salud Pública y con el nivel de Atención Especializada, fortaleciendo la comunicación vía internet,
- Desburocratizar la gestión de pruebas diagnósticas,
- Hacer un seguimiento telemático periódico de pacientes crónicos,
- Revisar la organización en el medio rural, reaccionando ante los efectos insolidarios de la España vaciada.
- Agilizar el sistema de atención a desplazados de otras CCAA,
- Aprobar protocolos de coordinación con la Farmacia Comunitaria,
- Intensificar la atención de pacientes frágiles (mayores, dependientes, personas con discapacidad).

La relación con Residencias, con Centros de Día y con los que viven solos en su hogar habría de ser atribuida preferentemente a la AP.

Señorías, Salud Pública es algo que suele asociarse con situaciones de crisis sanitaria.

Sin embargo, en línea con la OMS, estas políticas deberían traducirse fundamentalmente en una acción permanente para la prevención de enfermedades y promoción de la salud, de la calidad de vida y del bienestar de la población.

En España, en términos normativos, el bagaje en Salud Pública es pobre: una escueta Ley de medidas especiales de 1986 unas referencias en la Ley de Cohesión y una ambiciosa, pero poco efectiva, Ley General de Salud Pública.

Desde el punto de vista presupuestario, la situación de las políticas de Salud Pública no es mejor.

Baste decir que en el año en que se aprobó dicha Ley disminuyó su ya escasa dotación presupuestaria

Pues bien, la pandemia del coronavirus debería llevarnos a salir de ese letargo.

Para ello sería preciso crear una Agencia Estatal de Salud Pública.

Esa Agencia sería similar a la Agencia Española de Seguridad Alimentaria, cuya creación contó con el respaldo de todos los Grupos Parlamentarios.

También sería conveniente concretar mejor las actividades en Salud Pública, estableciendo una Cartera de Servicios propia, tal y como aparecía en el Proyecto de Ley de Salud Pública.

También convendría introducir en la vigente Ley, con carácter obligatorio, los planes de contingencia, la regulación de indicadores de salud pública para detectar anticipadamente las crisis y la articulación de mecanismos más eficaces de recogida de datos y de difusión de información a los ciudadanos.

Utilizar la red de médicos centinela también sería prioritario.

Dentro de esta misma área de salud pública, otro ámbito a revisar es de las vacunas.

La reciente exclusión de España de la alianza europea sobre vacunas, por falta de capacidad de producción, debería llevarnos a replantear en profundidad nuestra situación, sin perjuicio de valorar negativamente la insolidaridad de ciertos países y la lentitud de las instituciones comunitarias.

En todo caso, se echan de menos en España ejemplos como los de Francia con políticas fiscales y de ayuda a las familias en este terreno, y mayor ambición en la investigación en vacunas, a partir de la colaboración público/privada.

No creo revelar nada nuevo si afirmo que la política de RRHH acumula muchos retrasos.

Quedan bastantes cosas por hacer en materia de formación continuada, de desarrollo profesional y de evaluación periódica de competencias.

La recertificación es una asignatura pendiente, pese a ser garantía de seguridad para los pacientes y un factor de motivación para los profesionales, además de una vía útil para mantener los apropiados estándares de calidad.

De otra parte, es necesario dar un fuerte impulso a la cultura del trabajo en equipo, desde el respeto a las respectivas competencias profesionales. El espíritu solidario y de colaboración entre profesionales evidenciado durante la crisis de la Covid no debería perderse.

Temas muy preocupantes son la elevada precariedad en el empleo (superior al 29%) y las retribuciones.

Uno y otro exigirían una actitud más abierta y más renovadora en los Servicios autonómicos de Salud

El Ambito de negociación con los Sindicatos y el Foro de las Profesiones sanitarias podrían contribuir a superar el estancamiento y actuar como verdaderos motores para el reconocimiento de sus derechos.

Por último, sería importante regular el baremo de indemnizaciones por daños sanitarios, tanto por interés de los profesionales como de los pacientes.

La generalización de las tecnologías de la información y de la comunicación abrió un horizonte prometedor para la mejora de la gestión sanitaria, pero, lamentablemente, los primeros pasos dentro del SNS no han respondido a una estrategia integral, pensada para el medio y largo plazo.

No faltan los que califican nuestra situación de Torre de Babel tecnológica, con más de 40 sistemas funcionando.

El resultado es un cierto grado de confusión, de ineficiencia y una limitada interoperatividad.

A ello se une un desarrollo muy desigual según las CCAA, provincias y centros e instituciones sanitarias.

De otro lado, las aplicaciones digitales, hasta ahora, han estado centradas en la gestión sanitaria y no en servicios directos a los pacientes.

En efecto, la salud digital se viene refiriendo preferentemente a la gestión financiera, recursos humanos, suministros y en parte a gestión clínica (HCD, receta electrónica), pero está muy retrasada en los servicios digitales directos al ciudadano (facilitar la comunicación paciente-profesional sanitario, visitas virtuales, etc.).

Para corregir este estado de cosas sería preciso acordar cuanto antes una Estrategia Nacional de Transformación Sanitaria Digital, que incluyese prioridades, programas, inversiones a corto y medio plazo, incentivos a la colaboración público/privada y que, aprovechando la experiencia de ciertas CCAA, estuviese sintonizada con los programas de la Unión Europea.

Dentro de esa Estrategia Nacional serían temas preferentes, además de la telemedicina, el big data sanitario, la utilización de la inteligencia artificial y la robotización.

En su elaboración deberían participar cuantos agentes operan en el ámbito sanitario y su desarrollo y seguimiento debería estar encomendado a una Comisión Permanente, vinculada al Consejo Interterritorial y con representación de otros Ministerios implicados, en especial Industria, Hacienda y Economía

España cuenta con un importante sector sanitario privado, que colabora, desde distintas áreas, con el SNS.

Así, la Industria farmacéutica dedica más de mil millones de euros/año a investigación y desarrollo para fármacos y cuenta una importante red de investigación clínica hospitalaria (la tercera del mundo). Es un motivo de satisfacción.

No sucede lo mismo si hablamos del

Programa Profarma, que arranca de 1986 y que necesitaría una puesta al día, lo mismo que los incentivos fiscales, en particular los relativos a medicamentos huérfanos.

Consideraciones similares cabría hacer respecto del sector de tecnologías sanitarias, poniendo el acento en su contribución a la salud y a la necesidad de su evaluación.

Experiencias como el NICE británico serían altamente recomendables, que, están planteadas desde la independencia y la profesionalidad.

Compatibilizar las importantes magnitudes de gasto en medicamentos y tecnologías con la indispensable sostenibilidad del SNS es un desafío que no cabe eludir.

Para ello habría que apostar por un avance decidido en la utilización de nuevas y transparentes formas de compra pública y de financiación, como el riesgo compartido, la aportación de valor u otras similares, así como introducir sistemas de reevaluación permanente, tal y como ya sucede en otros países comunitarios.

Para concluir, las actividades del sector de hospitales y centros sanitarios privados, que representan algo más del 28% del sistema sanitario total, han sabido colaborar intensamente en la crisis del coronavirus, bajo el mando único del Ministerio de Sanidad.

Su cooperación con la Sanidad pública habría de valorarse desde la eficiencia y no desde meros planteamientos ideológicos.

Su regulación, que arranca de 1986 con la Ley General de Sanidad podría requerir cierta actualización.

La atención de mayores y dependientes, con independencia de que viva en su hogar, solos o con su familia, acudan o no a un Centro de Día, con el apoyo de telesistencias o que estén alojados en una Residencia, pública o privada, ha de prestarse en términos de calidad y de igualdad de derechos, tanto en los cuidados, sanitarios como sociales.

La falta de una Estrategia de Coordinación y Atención Sociosanitaria ha tenido y tiene consecuencias negativas para este grupo social tan frágil. Con ocasión de la pandemia se ha visto a las claras.

En ausencia de esa Estrategia, al menos, hubiera sido necesario que el Real Decreto 463/2020 lo hubiera tenido más en cuenta y que el mando único, atribuido al Ministerio de Sanidad, se hubiese ejercido desde el mismo día en que se aprobó el estado de alarma.

Hubo que esperar más de una semana, hasta una Orden de 21 de Marzo para verlos tenidos en cuenta. Unas instrucciones lo complementaron, pero solo a los efectos de medidas de aislamiento y prevención en el seno de la organización interna de las Residencias.

Se echaron de menos unas instrucciones para la coordinación con las estructuras asistenciales.

Ahora, el Real Decreto Ley 21/2020 si lo tiene en cuenta en su artículo 10, pero si su artículo 29 contempla planes de contingencia para establecimientos sanitarios, no lo hace para las Residencias de Mayores.

Posiblemente las cosas hubieran podido ir mejor si hubiese aprobado en su día la Estrategia de Atención y Coordinación sociosanitaria, cuyo proyecto fue elaborado con una amplia participación de las CCAA.

Convendría recordar que el Proyecto de Estrategia se concibió a partir del Libro Blanco de la Dependencia, cuyas previsiones se han confirmado con creces, tanto respecto a la evolución demográfica como sobre el tipo y volumen de necesidades asistenciales.

Y también que la Ley de Dependencia de 2006 no incluyó un modelo de financiación capaz de hacer frente a dichas necesidades, lo que se ha traducido en retrasos en las ayudas para desesperación de quienes padecen dependencia y de sus familias.

En cualquier caso, para afrontar estos y otros cambios que precisa el SNS hay que hablar de financiación. No vale esquivar tan básica cuestión.

Hace 15 años se celebró una importante reunión de la Conferencia de Presidentes autonómicos, convocada por el entonces Presidente Zapatero.

Los resultados fueron escasos. Una inyección de 500 millones de euros y la autorización a las CCAA para endeudarse a base de anticipos con cargo a presupuestos futuros.

Luego sobrevino la crisis de 2008 y nuestro sistema sanitario, ya de por sí deficitario, se endeudó aún más.

El Grupo de Trabajo, constituido por aquel entonces en el Consejo de Política Fiscal y Financiera no aportó las esperadas soluciones.

Así, a finales de 2011 la deuda sanitaria superaba los 16.000 millones de euros. Hubo que salvar empleo y evitar el cierre de empresas estratégicas para el sector Salud con medidas de financiación extraordinarias

Lo cierto y verdad es que se han ido sucediendo infructuosamente los anuncios de reforma financiera.

Ante la falta de dinero, como alternativa se ha entronizado el “discurso de la eficiencia”

Al servicio de una supuesta eficiencia se han ido adoptando medidas restrictivas de distinto tipo, tales como Protocolos, Guías o Algoritmos que encierran recortes y barreras de acceso a prestaciones y servicios. Y en cada Comunidad Autónoma las suyas.

Para que no sigan estas anomalías, habría que incrementar la financiación no solo en términos de PIB, sino también *per capita*. Las diferencias entre Comunidades superan los 500 €/año.

En todo caso la reforma del modelo de financiación debería prever que, los Presupuestos autonómicos aborasen el capítulo de la Sanidad, aplicando indicadores que fuesen establecidos legalmente para el conjunto del sistema sanitario.

Entre ellos podrían figurar factores como la insularidad, la dispersión de la población, el grado de envejecimiento, las infraestructuras disponibles, los recursos humanos o las políticas de salud pública.

Además, habría que recuperar el papel equilibrador y promotor del Fondo de Cohesión Territorial.

En materia de financiación también sería necesario introducir mayor transparencia y agilidad en el procedimiento de fijación de precios.

Los medicamentos, Señorías, por encima de todo, tienen un valor terapéutico y constituyen una inversión para recuperar la salud.

La competencia transparente y una política que tenga en cuenta la necesidad de garantizar la continuidad de los tratamientos debería ser la base para dar un desarrollo razonable de los biosimilares y los genéricos, preservando siempre los mejores resultados en salud

Termino ya, Señorías, reiterándoles mi deseo de que cuando finalicen los trabajos de la Comisión, los españoles seamos testigos de un gran Pacto de Estado por la Sanidad.

Muchas gracias.