**DIRECTOR**

Humberto Arnés

COORDINACIÓN DE REDACCIÓN Y PRODUCCIÓN

Alberto de Oliveira, Beatriz Lozano y Julián Zabala

EDITA

FUNDACIÓN FARMAINDUSTRIA

Serrano, 116. 28006 Madrid

Teléfono: 91 515 93 50

www.farmaindustria.es

pacientes@farmaindustria.es

REALIZACIÓN

Servimedia S.A.

C/ Almansa, 66. 28039 Madrid

Teléfono: 91 545 01 00

Fax: 91 391 39 31

www.servimedia.es

pacientes@servimedia.net

DIRECTOR GENERAL

José Manuel González Huesa

DIRECTOR DE PUBLICACIONES

Arturo San Román

JEFA DE**PUBLICACIONES**

Paz Hernández

COORDINACIÓN

Meritxell Tizón

REDACCIÓN

Pedro Fernández, Lilián Moyano, Asier Vázquez, Mar Gueimonde, Meritxell Tizón y Lucía Carbajo

DISEÑO Y MAQUETACIÓN

Teresa Garrido

PORTADA

Teresa Garrido Lemus

FOTOGRAFÍAS

Jorge Villa y Archivo Servimedia

IMPRIME

Espacio y Punto

Depósito Legal: M-35091-2005

- 3** **Trinidad Jiménez**
Ministra de Sanidad y Política Social.
- 4** **Enrique Múgica**
Defensor del Pueblo.
- 5** **Jesús Acebillo**
Presidente de FARMAINDUSTRIA.
- 6** **La Sanidad en España**
- **Juan José Rodríguez Sendín**
Presidente de la Organización Médica Colegial (OMC).
 - **Máximo González Jurado**
Presidente del Consejo General de Enfermería.
 - **Carmen Peña**
Presidenta del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos.
- 12** **Andalucía**
- 14** **Aragón**
- 16** **Principado de Asturias**
- 18** **Islas Baleares**
- 20** **Canarias**
- 22** **Cantabria**
- 24** **Castilla-La Mancha**
- 26** **Castilla y León**
- 28** **Cataluña**
- 30** **Comunidad Valenciana**
- 32** **Extremadura**
- 34** **Galicia**
- 36** **Comunidad de Madrid**
- 38** **Región de Murcia**
- 40** **Comunidad Foral de Navarra**
- 42** **País Vasco**
- 44** **La Rioja**
- 46** **Ceuta y Melilla**

**PACIENTES**Es una publicación de fundación
farmaindustria



Trinidad Jiménez García-Herrera

Ministra de Sanidad y Política Social

La salud es el factor de vida que más preocupa y que es más valorado por los ciudadanos. En este sentido, las políticas públicas son determinantes para garantizar las políticas sanitarias como un importante instrumento de cohesión social, además de un elemento generador de riqueza y de empleo.

Los servicios sanitarios públicos son objeto de interés prioritario por parte de los ciudadanos, cuya extensión y gestión, en el contexto de la internacionalización de la economía, están siendo cuestionados por planteamientos neoliberales, pero que, como ciudadanos y desde un Gobierno socialista, estamos obligados a mantener y defender.

En España la evolución de los sistemas de asistencia sanitaria ha pasado históricamente por multitud de estadios y modelos, hasta que en la Constitución de 1978 quedase establecido, en su artículo 43, el derecho a la protección de la salud. En consecuencia, el propio Estado se obligó a legislar al respecto, promulgando la Ley General de Sanidad (LGS) como la herramienta que permitiría la configuración de un Sistema Nacional de Salud (SNS) que haría efectivo ese derecho desde el ámbito del sistema sanitario.

El Sistema Nacional de Salud está fundamentado en los principios de universalidad

El Sistema Nacional de Salud, una herramienta eficaz que se adapta a las nuevas necesidades

y de equidad. Es público y está financiado con recursos públicos vía impuestos. La LGS lo definió como "el conjunto de los servicios de salud de la Administración General del Estado, de las Comunidades Autónomas y de las Administraciones Locales, convenientemente coordinados". Esta característica de nuestro sistema sanitario, y la descentralización en su gestión, ha acercado los servicios a los ciudadanos facilitando su acceso.

Desde la configuración del SNS, éste ha experimentado importantes cambios, sobre todo en aquellos aspectos referidos a las competencias de gestión en los diferentes ámbitos territoriales. Concluidos estos, a finales del año 2001, el SNS queda configurado como un ente único a nivel de Estado, gestionado por las distintas Comunidades Autónomas en sus respectivos territorios.

A pesar de la multivariada en las formas de gestión, el SNS se presenta como una herramienta de cohesión del sistema sanitario, que además ha de hacer efectivo el derecho a la protección de la salud, de forma equitativa, homogénea e igual para el conjunto de la población, independientemente del lugar de origen o residencia del ciudadano. De forma simultánea a este proceso, se puso en funcionamiento el Consejo Interterritorial del SNS, como órgano de Gobierno, encuentro, debate y toma de decisiones, que afectan al conjunto del sistema sanitario.

La eficacia del SNS, en su conjunto, es valorada de forma muy positiva por los ciudadanos, según los datos que se reflejan en el último Barómetro Sanitario de 2008. Aunque este Barómetro también refleja que un sistema con el alto nivel de descentralización tanto en la toma de decisiones como

en la gestión, necesariamente tiene que identificar áreas de mejora, debilidades y amenazas, en temas como tiempos de espera o coordinación entre Comunidades Autónomas.

Desde el Gobierno de España, y a través del Ministerio de Sanidad y Política Social, seguiremos trabajando para intentar solventar las disfuncionalidades, potenciando y mejorando las funciones de cohesión en el conjunto del sistema. Eliminando las barreras que puedan ser causa de inequidad en las prestaciones y en el acceso a las mismas. Induciendo a las Comunidades Autónomas a seguir mejorando la colaboración entre ellas. Realizando las observaciones que nos permitan identificar y poner en marcha mejoras para garantizar la equidad y la calidad para el conjunto de los ciudadanos; en este sentido, estaremos vigilantes para que la financiación de la asistencia sanitaria, incluida en el modelo de financiación autonómica, garantice unos servicios suficientes y de calidad. También seguiremos trabajando para que la toma de decisiones dentro del Consejo Interterritorial sean efectivas en su aplicación.

En general, y de acuerdo con la opinión de los ciudadanos, hemos de considerar que el SNS es un buen instrumento para la asistencia sanitaria, que ha funcionado y funciona bien –como es también considerado a nivel internacional–, y que tiene una alta valoración. Pero también, según los ciudadanos, precisa de mejoras en su organización, gestión y oferta de servicios, de acuerdo a los nuevos condicionantes, nuevas enfermedades y nuevas demandas que surgen en una sociedad multicultural, en sus valores y estilos de vida, en su estructura demográfica y en sus necesidades. ■

En nuestro país, tenemos un modelo sanitario que, por su financiación pública, por la extensión y el alcance de las prestaciones, por la práctica universalidad con la que se presta la asistencia a todos los ciudadanos, por la excelente cualificación de los profesionales, y por la dotación de los centros con medios de alto nivel tecnológico, puede equipararse al de los países que gozan de mayor nivel de protección y revela un importante esfuerzo de solidaridad colectiva.

Este sistema público sanitario

quejas planteadas ante el Defensor del Pueblo, durante 2008, una de las causas –posiblemente, la principal– de la insatisfacción de los pacientes y usuarios está vinculada directamente con la falta de suficiente y adecuada información en las diferentes fases del proceso asistencial. Este déficit adquiere todavía mayor dimensión si se tiene presente que la satisfacción depende, en gran medida, del grado de participación que el paciente percibe en su relación clínica y del nivel de comunicación alcanzada.



Quejas ciudadanas

Enrique Múgica
Defensor del Pueblo

descansa sobre una serie de principios, entre los que cabe destacar el de la solidaridad (que se traduce en un consenso social para atender a quien resulte enfermo con independencia de cualquier otra consideración); el de la equidad (entendida como igual oportunidad de uso ante idéntica necesidad), y el de la eficiencia, valor todavía en fase emergente entre los ciudadanos y, por tanto, menos desarrollado que los anteriores.

Ello no obsta para que nuestro sistema sanitario público presente problemas similares a los de los países de nuestro entorno, sustancialmente derivados del continuo incremento en los gastos que ocasiona la atención sanitaria, y de la necesidad de mejorar continuamente la gestión y la calidad en los servicios y las prestaciones dispensadas. Estos problemas exigen por parte de todos, y muy especialmente de los poderes públicos, un esfuerzo permanente de transformación y actualización en orden a garantizar su viabilidad futura.

Tal y como se desprende de las

Fiel expresión de lo anterior es la realidad de que los ciudadanos hacen llegar cada día ante el Defensor del Pueblo un significativo número de quejas, en las que expresan su interés en obtener una información suficiente y comprensible sobre su salud para, una vez lograda, formar su opinión y, en su caso, determinar las posibles vías para la defensa efectiva de sus derechos.

Una de las causas de la insatisfacción de los pacientes está vinculada con la falta de suficiente y adecuada información en las distintas fases del proceso asistencial

En este aspecto, cabe subrayar la falta de un sistema integrado de información, que permita un análisis comparativos de salud, recursos y de la utilización de servicios, en aras de promover la mayor cohesión posible en el sistema público sanitario.

En otro plano, y en cuanto a la equidad en el acceso a las prestaciones sa-

nitarias se refiere, hay que dejar constancia de la existencia de desequilibrios y diferencias territoriales, según se trate de una u otra Comunidad Autónoma, en aspectos tales como universalidad y gratuidad de la asistencia sanitaria; nuevas terapias y medicamentos; calendario de vacunas; salud mental; enfermedades raras o poco frecuentes; diagnóstico genético preimplantatorio y consejo genético; cuidados paliativos y tratamiento del dolor; atención bucodental; cirugía de reasignación de sexo; atención podológica a pacientes diabéticos; terapias contra el tabaco y ayudas económicas a personas celiacas. A ello cabe añadir la desigual distribución de profesionales sanitarios y el déficit de especialistas en Pediatría, Medicina General, Anestesia y Radiología, entre otras áreas.

Todas estas quejas, a través de las que los ciudadanos nos hacen llegar sus reclamaciones, ponen de manifiesto las carencias y disfunciones más importantes de que adolece actualmente nuestro sistema público de salud. ■

El Sistema Nacional de Salud español es, según todos los indicadores, uno de los mejores del mundo. Disfrutamos de una cobertura universal, de una Atención Primaria y Especializada de primera calidad y de una prestación farmacéutica de primera división que hace posible el acceso a las últimas terapias y a los medicamentos más innovadores, en línea con otros países europeos. Y todo ello a un coste razonable y, hasta hace poco, asumible para las arcas estatales.

Sin embargo, a nadie se nos escapan algunos cambios sustanciales que se han

terés colectivo. Desde la industria farmacéutica llevamos tiempo dando muestras de nuestro compromiso y corresponsabilidad, y el apoyo a medidas como el desarrollo de sistemas de precios de referencia creemos que es buena prueba de ello. No obstante, también estamos convencidos de que sólo seremos capaces de avanzar positivamente en este objetivo si definitivamente se empieza a considerar la inversión en salud en forma de aportación a la sociedad y no sólo en términos de gasto.

Éste es un punto de partida que en el escenario de crisis económica y financiera



Un Sistema Nacional de Salud ejemplar

Jesús Acebillo

Presidente de FARMAINDUSTRIA

producido en el ámbito sanitario en las últimas décadas, tales como el desarrollo de una medicina preventiva que ha hecho posible un importante aumento de la esperanza de vida, un significativo incremento de la población protegida como consecuencia del fenómeno migratorio, o el crecimiento de la demanda sanitaria derivada de una sociedad cada vez más formada e informada.

Todo ello está obligando a las distintas Administraciones (tanto Central como Autonómicas) a buscar fórmulas que permitan hacer compatible la sostenibilidad de las cuentas públicas con el mantenimiento de los mismos estándares de calidad en la prestación sanitaria. Para abordar con éxito esta empresa es necesaria la corresponsabilidad de los distintos agentes sanitarios (profesionales, pacientes, industria, y Administración).

En este contexto, todos debemos trabajar muy alineados, de manera constructiva y dialogante y, desde luego, con el compromiso con la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud como principal horizonte, siendo conscientes de que se requieren esfuerzos individuales para priorizar el in-

que hoy vivimos adquiere todavía más sentido y relevancia. Ante esta nueva realidad, las compañías farmacéuticas hemos reflexionado sobre cómo podemos responder como sector, y hemos profundizado y avanzado en nuestra relación con la Administración hasta alcanzar el grado de acuerdo y entendimiento que la actual situación requiere, convirtiéndonos en verdaderos aliados.

A esta filosofía responde el reciente compromiso adquirido por la industria farmacéutica en España con el Gobierno para el período 2009-2011, en virtud del cual nuestras compañías van a poner en marcha una serie de políticas activas para conservar y mejorar el empleo, para incrementar su competitividad e internacionalización, y para apostar como nunca antes se ha hecho en nuestro país por la I+D, llevando a cabo la mayor inversión realizada por ningún otro sector industrial en este campo (3.600 millones de euros en tres años). Así, la industria farmacéutica se ha presentado ante la sociedad como sector alternativo representante de un nuevo modelo productivo en esta época de crisis, y lo ha hecho sin dejar de

tener presente la necesidad de hacerlo de forma compatible con la sostenibilidad del sistema y la salud de los ciudadanos.

Y no podía ser de otra forma, porque el resultado de nuestra actividad –el medicamento– es un bien esencial, un importante elemento de salud, de calidad de vida y de progreso. Y porque estamos convencidos de que sólo desde la corresponsabilidad será posible mantener unas prestaciones sanitarias (y la farmacéutica es una de ellas) que representan una de las más importantes conquistas de nuestro Estado del Bienestar.

Y acabo como empecé, poniendo en valor nuestro Sistema Nacional de Salud, que constituye un modelo de integración y vertebración; que ofrece una amplísimo abanico de prestaciones; una Atención Primaria y Especializada muy ligadas (algo muy poco frecuente en el mundo); y que cuenta con unos excelentes centros públicos de investigación y con profesionales altamente cualificados. Que siga siendo así, y que pueda capturar nuevas oportunidades que permitan hacerlo más eficaz y competitivo depende del esfuerzo de todos. Merece la pena intentarlo. ■



Un sistema sanitario de referencia pero necesitado de cambios

El sistema sanitario español es un referente a nivel mundial y cuenta con el apoyo de la mayoría de los españoles, tal como pone de manifiesto el último Barómetro Sanitario. Sin embargo, según afirman todos los sectores implicados, es necesario realizar cambios en él para afrontar los retos a los que se enfrenta la Sanidad española.

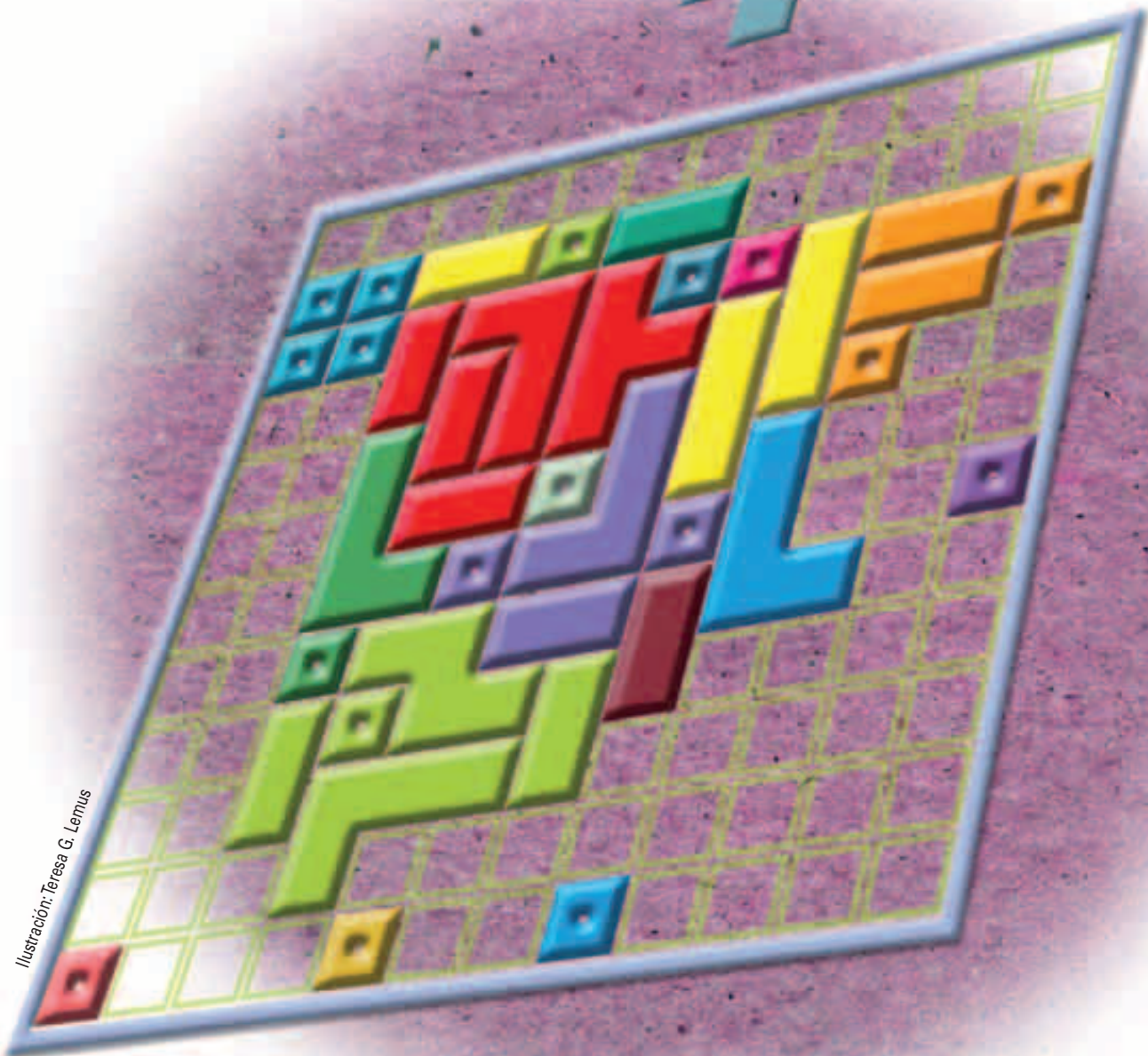


Ilustración: Teresa G. Lemus

Con la aprobación en 1986 de la Ley General de Sanidad (LGS), se hacía efectivo el derecho ciudadano a la protección de la Salud recogido en el artículo 43 de la Constitución Española. La norma también definía la estructura organizativa del nuevo sistema sanitario, configurando el actual Sistema Nacional de Salud y definiéndolo como “el conjunto de los servicios de salud de la Administración General del Estado, de las Comunidades Autónomas y de las Administraciones Locales, convenientemente coordinados”.

Se establecía así la descentralización del sistema español, con el objetivo de acercar los servicios a los ciudadanos y subsanar las carencias históricas y estructurales que afectaban a determinadas Comunidades Autónomas en materia sanitaria.

Veinte años después de la aprobación de esta Ley, el sistema español es un referente a nivel mundial y cuenta con el apoyo de buena parte de la sociedad española, tal y como pone de manifiesto el Barómetro Sanitario de 2008, según el cual un 48,9 por ciento de los ciudadanos cree que funciona bien, aunque matiza que “necesita cambios”.

“Es evidente que siempre hay un margen de mejora –asegura **José Martínez Olmos, secretario general de Sanidad**–, pero no hay duda de que la Sanidad pública española está considerada por los organismos internacionales como de las más completas del mundo. El modelo sanitario español, a diferencia del de otros países, es universal y gratuito y puntero en la aplicación de nuevas terapias (somos ejemplo mundial en trasplantes) y en la implantación de nuevas tecnologías (España lidera

aspectos como el desarrollo de la historia clínica digital o la receta electrónica)”.

La descentralización

En el año 1981, Cataluña recibió las transferencias sanitarias convirtiéndose en la primera Comunidad Autónoma en gestionar sus propios recursos. Se iniciaba así un largo proceso de descentralización que no finalizó hasta el año 2002, con las transferencias a las diez autonomías que todavía dependían del Instituto Nacional de Salud (INSALUD). A partir de ese momento, todas las competencias en materia sanitaria pasaron

LAS TRANSFERENCIAS HAN SERVIDO PARA ACERCAR LOS SERVICIOS A LOS PACIENTES GRACIAS A LA GESTIÓN DIRECTA DE LOS RECURSOS

a depender de las Consejerías regionales, exceptuando los casos de las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla, que siguen dependiendo directamente del Ministerio de Sanidad y Política Social y son gestionadas por el Instituto de Gestión Sanitaria (INGESA).

Según José Martínez Olmos, “las transferencias sanitarias han sido un paso decisivo para acercar una prestación sanitaria de calidad a todos los ciudadanos españoles, independientemente de su lugar de residencia”.

Gaspar Llamazares, presidente de la **Comisión de Sanidad del Congreso de los Diputados**, matiza esta opinión y explica que “la recepción de las competencias sanitarias por parte de las comunidades no supuso en sí misma y de forma igualitaria una mejora o empeoramiento

del servicio, ya que ha habido modificaciones en un sentido u otro dependiendo de la comunidad de la que se trate”.

Albert Jovell, presidente del **Foro Español de Pacientes**, se manifiesta en el mismo sentido y asegura que “aunque la satisfacción global con el sistema ha aumentado en los últimos quince años, no se puede asegurar que esto esté relacionado con las transferencias, aunque sí que es verdad que éstas han producido un fenómeno de cercanía de los servicios de Salud hacia la ciudadanía”.

Por su parte, **Juan del Llano Señarís**, director de la **Fundación Gaspar Casal** y autor del libro *Sanidades Autonómicas, ¿solución o problema?*, también cree que “ha pasado poco tiempo desde que se completaron las transferencias para demostrar si realmente ha habido un impacto positivo”, aunque reconoce, al igual que Jovell, que “el punto fuerte de la descentralización es la cercanía de los servicios”.

¿Existen desigualdades?

Aunque el impacto de las transferencias en la atención que reciben los pacientes no está claro para los especialistas en Sanidad, sí que parece haber un consenso generalizado al afirmar que el proceso de descentralización ha dado lugar a desigualdades entre las distintas autonomías, aunque hay diversidad de opiniones sobre la importancia de las mismas.

Según el secretario general de Sanidad, “existe la idea preconcebida de que las transferencias han generado desigualdades entre los servicios de salud a los que pueden acceder los ciudadanos pero la realidad es bien distinta: existe una cartera común ...



... de servicios que es de las más completas del mundo y que garantiza la cohesión y la equidad en todo el territorio nacional. Eso no quita para que, en el marco de sus competencias, haya comunidades que amplíen esa prestación, pero siempre desde una base común para todos”.

Juan del Llano comparte esta opinión y considera que en caso de existir diferencias éstas son anecdóticas. “Hay una cartera de servicios básica común para todas las comunidades que está regulada por el Ministerio de Sanidad y Política Social –explica– y que incluye la práctica totalidad de las prestaciones a las que tenemos derechos como ciudadanos españoles”.

José Antonio Herrada, presidente de la **Coalición de Ciudadanos con Enfermedades Crónicas** no opina igual y afirma que existen desigualdades dependiendo de “la voluntad, la filosofía y la ideología de los que dirigen la Sanidad en una región o en otra”, que influyen en la asistencia que se presta.

Carmen Ortiz, presidenta de la **Federación de Asociaciones en Defensa de la Sanidad Pública**, se manifiesta en el mismo sentido y asegura que “aunque acercar la gestión a los ciudadanos siempre es bueno y en este sentido las comunidades han hecho un buen papel, las transferencias han dado lugar a diferencias que hacen pensar que no tenemos un sistema nacional común, sino 17 sistemas diferentes”.

Los modelos de gestión

Un ejemplo de esas diferencias lo podemos encontrar en la forma que tienen de gestionar la Sanidad las distintas comunidades. A este res-

pecto, determinadas autonomías están poniendo en marcha nuevos modelos de gestión que, según los sectores más críticos, ponen en peligro la equidad del sistema y bajo los cuales se escondería una supuesta política privatizadora. Los impulsores de estos nuevos modelos, por el contrario, aseguran que servirán para mejorar el sistema actual haciéndolo más eficaz y equitativo.

En opinión del secretario general de Sanidad, “cada comunidad es libre de gestionar su Sanidad de la forma que considere más oportuna en el marco de sus competencias, pero siempre respetando el derecho de los ciudadanos a tener acceso a una sanidad pública y de calidad. En este sentido, desde el Ministerio siempre se han observado con atención todas las medidas que puedan poner en riesgo este derecho fundamental y, en caso de que se pusiera en riesgo, no le quepa duda de que actuaría en función de sus posibilidades”.

El presidente de la Comisión de Sanidad en el Congreso, Gaspar

En todas las encuestas que cada año elaboran distintas entidades sobre la valoración y percepción social de nuestro Sistema Nacional de Salud (SNS) merece destacar el hecho de la excelente puntuación obtenida, tanto en cuanto a los servicios que recibe el ciudadano como a la atención que le dispensan los profesionales que trabajan para el mismo. Incluso los ciudadanos europeos que residen en España otorgan también a nuestro sistema sanitario una puntuación superior a la que conceden al sistema sanitario de sus países de origen.

Recordar estos datos no significa una ausencia u olvido de las muchas cosas que aún deben mejorarse, pero nos indica claramente la solidez de nuestro sistema, el cual está

Indicadores sanitarios

Número de habitantes (Fuente INE 2009): **46.661.950**

Habitantes mayores de 65 años (Fuente INE 2009): **3.827.103**

Esperanza de vida (Fuente INE 2005): **hombres: 76,96 mujeres: 83,48**

Presupuesto sanitario de 2009 (Fuente MSPS): **58.960,31 millones de euros**

Presupuesto sanitario per cápita medio de 2009 (Fuente MSPS): **1.340,48 euros**

Prestación farmacéutica 2009 (Fuente CCAA): **11.598,57 millones de euros**

Presupuesto prestación farmacéutica media per cápita 2009 (Fuente CCAA): **261,59**

Médicos (Fuente MSPS): **Datos oficiales no disponibles**

Enfermeros (Fuente MSPS): **Datos oficiales no disponibles**

Camas hospitalarias (Fuente INE): **160.292**

% de ciudadanos que creen que la asistencia sanitaria ha mejorado tras las transferencias (Fuente Barómetro Sanitario 2008): **30 por ciento**

Índice de satisfacción con el sistema (Fuente Barómetro sanitario 2008): **6,29**



El diálogo debe ser la norma de actuación

Juan José Rodríguez Sendín
Presidente de la Organización Médica Colegial (OMC)



situado en los primeros puestos de las clasificaciones que realiza anualmente la OMS sobre Sanidad, calidad y esperanza de vida y supone, además, un compromiso por parte de todos nosotros para seguir manteniendo y mejorando lo conseguido.

Desde la Organización Médica Colegial (OMC) tenemos la obligación de colaborar con las autoridades sanitarias y, de hecho, un ministro y un presidente de la OMC deben tener siempre el teléfono abierto, porque no están gestionando algo suyo sino algo de los demás. Y estas relaciones tienen que ser leales y de extraordinaria colaboración, pero sin confundir nunca lealtad con servilismo.

Por nuestra parte queremos trabajar de forma prioritaria

sobre algunos de los temas que más nos preocupan, como las fronteras en el ejercicio de la profesión, los problemas que padecen la Atención Primaria y la Especializada de nuestro país, o el incremento de las homologaciones de facultativos extracomunitarios sin la

Los responsables políticos sanitarios de este país deben darse cuenta de que la Sanidad no debe ser nunca motivo de confrontación

correspondiente verificación del título de especialista, por poner sólo unos ejemplos.

Cuando alguien habla de leyes que conciernen a los médicos, es de lógica que se deba contar con la opinión

de estos profesionales. No se puede pedir a diario a los médicos que mejoren cada vez más en su grado de compromiso y de actuación y, al mismo tiempo, no ofrecer el marco adecuado para reorganizar el reparto de tareas, competencias, funciones y responsabilidades. La incorporación de las políticas sociales al Ministerio de Sanidad en esta última remodelación es un acierto, toda vez que se unen dos funciones que nunca debieron estar separadas. Se dota así al Ministerio de una mayor fuerza y compromiso social y se ha puesto al frente del mismo a una persona con gran peso político y experiencia en el área social.

Finalmente, esperamos que se siga avanzando en

el pacto social, aunque esta ya no es nuestra responsabilidad puesto que no se trata de un pacto técnico sino de índole político. En este sentido, lo que necesitamos y pedimos desde la OMC es que los máximos responsables políticos sanitarios de este país se den cuenta de que la Sanidad no debe ser nunca motivo de confrontación. Espero que sigamos por el buen camino y el diálogo sea la norma de actuación por el bien de nuestro SNS y, sobre todo, de los ciudadanos.

Llamazares, se muestra mucho más crítico con respecto a las nuevas fórmulas de gestión y afirma que "la Sanidad es un servicio esencial en un Estado denominado del Bienestar y no un nuevo yacimiento de negocio para seguir con una política de privatizaciones que se ha demostrado fracasada".

Por su parte, Juan del Llano considera que con respecto a estas nuevas fórmulas de gestión pública-privada no se puede "hablar de privatización, porque la financiación y el control de los mismos sigue siendo pública". No obstante, añade que sería necesario que "se produjeran evaluaciones para probar el rendimiento del nuevo modelo frente al clásico".

Financiación

La financiación de la Sanidad es otro aspecto sujeto a continuos debates. Según explica Gaspar Llamazares, "una situación que se repitió desgraciadamente en buena parte de este proceso de traspaso es que las comunidades recibieron estas competencias sin que se tuviera en cuenta y se hubiera calculado de forma satisfactoria la dotación económica que conllevaba. Y fueron los ciudadanos quienes estuvieron pagando estos errores durante bastante años".

La dotación económica a la que hace referencia el presidente de la Comisión de Sanidad en el Congreso es, precisamente, uno de los aspectos que más críticas suscita por parte

de las Consejerías de Sanidad de las comunidades, que coinciden al señalar que la dotación presupuestaria que reciben por parte del Gobierno es insuficiente para hacer frente a sus necesidades. Sin embargo, algunos sectores aseguran que, aunque la financiación es insuficiente, no justifica el bajo gasto sanitario per cápita de determinadas comunidades.

Según Carmen Ortiz, el problema es que la financiación "no es finalista". A este respecto, aboga por "condicionar las transferencias de fondos al cumplimiento de objetivos de salud" y porque el Consejo Interterritorial de Salud -órgano que se encarga de la cohesión del sistema- tenga una mayor capacidad ejecutiva. ...



... Juan del Llano también apuesta por cambiar el actual sistema de financiación: "Deberíamos ir a una fórmula de asignación de recursos similar a la que tienen en Inglaterra, Gales o Escocia, que es mucho más transparente y tiene en cuenta las necesidades de salud. También sería importante que las comunidades se responsabilizaran en el gasto".

El secretario general de Sanidad, José Martínez Olmos, por su parte, explica que "el Gobierno acaba de hacer público un nuevo modelo de financiación que recoge las recomen-

daciones emitidas en su día por el Consejo Interterritorial de Salud, entre ellas tener en cuenta el incremento o el envejecimiento de la población. El nuevo modelo garantizará que cuatro de cada cinco euros se destinen a la Sanidad y otros servicios esenciales para la población".

El polémico tema de la financiación enlaza con otro aspecto de la Sanidad que suscita opiniones encontradas: la ampliación del copago, que algunas comunidades, como Cataluña, han propuesto en diversas ocasiones.

Según el secretario general de

Sanidad, "el copago es una medida que no contempla este Gobierno y menos en una situación de crisis económica como la actual. Los motivos son claros: primero porque no se ha demostrado como una medida eficaz en países donde se ha aplicado y, segundo, porque perjudicaría a los más desfavorecidos y podría generar que estas personas dejaran de acudir a los servicios sanitarios cuando realmente lo pudieran necesitar".

Las asociaciones de pacientes tampoco se muestran partidarias de ampliar el copago. Según Albert Jovell,

El paciente, verdadero eje del Sistema Nacional de Salud

Existe en España un sistema sanitario, afortunadamente público, gratuito y universal, que está considerado por los expertos internacionales el séptimo mejor del mundo. Se trata de un macro sistema capaz de dar asistencia en todo el país a más de 44 millones de personas y que se basa, fundamenta y soporta, en un solo eje: los profesionales que trabajamos para él. Somos las profesiones sanitarias las que, con nuestro trabajo, dedicación y calidad profesional, hemos hecho posible que en España dispongamos de un sistema sanitario vanguardista y capaz de competir en perfecta situación de igual-

dad, con cualquier otro sistema de Salud del mundo.

La Enfermería es una de las profesiones que más frecuentemente se somete a reciclaje profesional. No

Con nuestro trabajo, dedicación y calidad, las profesiones sanitarias hemos hecho posible que en España tengamos un sistema público vanguardista

en vano, existen tantas patologías como pacientes, y continuamente están apareciendo nuevas técnicas de curas, planes de cuidados, aplicaciones sanitarias.... Este compro-

miso con la calidad de nuestra asistencia sanitaria, con nuestra aportación profesional al sistema y la salud de las personas, es la única razón que nos ha llevado a dejarnos cada día la piel para cuidar de nuestros pacientes con las máximas cotas de seguridad para ellos y con excelencia profesional. Y es que nuestra profesión ha asumido que el verdadero eje del Sistema Nacional de Salud no es otro que el paciente, y que el bienestar de éste implica el máximo sacrificio posible.

No podemos dejar de hablar del futuro, un futuro a corto plazo que viene marcado por el nuevo



Máximo González Jurado
Presidente del Consejo General de Enfermería

plan de estudios universitarios de Enfermería que pasa a ampliarse en un año y 240 créditos académicos. Esto supone un año más de formación, de capacidades y aptitudes y la equiparación de Enfermería con las titulaciones universitarias históricas. Y este incremento en formación, preparación y excelencia profesional, va a traer consigo importantes beneficios para el ciudadano que se va a ver cuidado por un enfermero con más competencias, más formación y todavía mejores habilidades.

La farmacia, el establecimiento sanitario más cercano y accesible al ciudadano

Carmen Peña López
Presidenta del Consejo General
de Colegios Oficiales de
Farmacéuticos



El farmacéutico, por su formación universitaria, es el profesional sanitario experto en el medicamento y como tal ejerce en diversas áreas relacionadas con el mismo. Así, encontramos farmacéuticos en la investigación y desarrollo de medicamentos, en la distribución, en la farmacia hospitalaria y, por supuesto en la red de 22.000 oficinas de farmacia, donde desarrollan su labor 40.000 de los 62.000 farmacéuticos colegiados. Esta red de establecimientos sanitarios privados de interés público está perfectamente integrada en el Sistema Nacional de Salud y distribuida de forma homogénea por toda nuestra geografía. De esta manera se consigue que el 99 por ciento de la población dis-

ponga de una farmacia en el lugar donde reside.

La cercanía y accesibilidad de las farmacias es aún más patente en el medio rural, donde en muchas ocasiones el farmacéutico es el único profesional de la Salud, y la farmacia el único establecimiento sa-

La farmacia española cumple con tres principios básicos de la Sanidad: la universalidad, la equidad y la solidaridad

nitario, convirtiéndose en la puerta de entrada al Sistema Nacional de Salud. Así sucede, por ejemplo, con las 2.000 farmacias que están ubicadas

en municipios de menos de 1.000 habitantes, de las que 1.000 están en núcleos de menos de 500 habitantes.

La farmacia española cumple así con tres principios básicos de la Sanidad: universalidad, equidad y solidaridad. Cualquier ciudadano tiene acceso en cualquier lugar de España al mismo medicamento, al mismo tiempo, y con la intervención y el consejo del farmacéutico.

Otra de las características esenciales de nuestro sistema de farmacia, la unidad de titularidad y propiedad del farmacéutico, permite que los intereses sanitarios se antepongan siempre a los meramente económicos. Así se refleja en el hecho de que una de cada tres personas que

acuden a una farmacia sólo demanda consejo de su farmacéutico.

Las encuestas de satisfacción revelan que los usuarios valoran positivamente la asistencia farmacéutica y depositan su confianza en los farmacéuticos.

La profesión, consciente de esta responsabilidad sanitaria y del compromiso adquirido con la sociedad, continúa trabajando con nuevas propuestas sanitarias que mejoren la prestación y, por tanto, la salud de los ciudadanos.

“teniendo en cuenta que el copago ya existe en fármacos para determinados colectivos, lo importante sería definir qué, para qué y con qué finalidad se establecería”

José Antonio Herrada comparte su opinión y asegura que “cuando uno paga por lo que tiene, y los ciudadanos pagamos una parte de la Sanidad, lo que tienen que hacer si te quieren cobrar más es ofrecer algo a cambio, como mejores servicios, una mayor calidad, etc”

Para solucionar estos y otros pro-

blemas del actual Sistema Nacional de Salud (como el déficit de médicos que afecta a todas las comunidades a pesar de que España está a la cabeza de los países desarrollados en número de facultativos), todos los sectores creen que es necesario que la Sanidad deje de ser un arma política.

También abogan por establecer un sistema con información homologada, actualizada y por comunidades, que permitiera analizar y denunciar las posibles diferencias entre los sistemas autonómicos.

En este sentido, es importante el Pacto por la Sanidad que ha impulsado el Ministerio de Sanidad y Política Social y con el cual se pretende garantizar el futuro y la supervivencia del Sistema Nacional de Salud.

La iniciativa del Ejecutivo ha recibido el visto bueno de todas las fuerzas políticas y de los sectores sanitarios, que creen que servirá para mejorar el actual sistema. ■

MERITXELL TIZÓN

mtizon@servimedia.net



Gran oferta de servicios pero escasez de profesionales

Andalucía cuenta con una cartera de servicios pionera que incluye desde la posibilidad de realizar un cambio de sexo a un diagnóstico genético preimplantatorio. También es una de las comunidades que más apuesta por la investigación. No obstante, su sistema también afronta diversos problemas, entre ellos una acuciante falta de profesionales sanitarios.

Los andaluces coinciden con la mayoría de los españoles al afirmar que las transferencias han mejorado su sistema sanitario. Andalucía fue de las primeras comunidades en asumirlas hace más de 25 años. A pesar de la satisfacción generalizada, los facultativos andaluces desearían una mayor homogeneidad en su aplicación, eliminando desequilibrios entre ésta y otras comunidades.

A consecuencia de las transferencias, esta comunidad ha desarrollado una cartera de servicios con prestaciones pioneras en España. Hace diez años que el **Servicio Andaluz de Salud** incluyó la operación de cambio de sexo en la Sanidad pública. También fue la primera comunidad en ofrecer el diagnóstico genético preimplantatorio, mediante el cual varias parejas han podido tener hijos libres de las enfermedades congénitas que portaban sus padres. Ahora, la Consejería de Salud incorpora la posibilidad de realizar trasplantes de cara.

Otra medida pionera en Andalucía ha sido el Plan de Prevención y Actuación contra las agresiones a los profesionales sanitarios. En él se establece un protocolo en el que, según explica **María Jesús Montero, consejera de Sanidad de la Junta de Andalucía**, "se recomienda a los pro-

fesionales qué hacer ante una agresión física o verbal". Desde el **Consejo Andaluz del Colegio Oficial de Médicos** su presidente, **Juan José Sánchez Luque**, afirma que están haciendo "un abordaje integral" para el que han creado un "observatorio de agresiones para tratar de encontrar causas y soluciones".

Otro aspecto que caracteriza a esta

EL PLAN DE PREVENCIÓN Y ACTUACIÓN RECOMIENDA A LOS PROFESIONALES QUÉ HACER ANTE UNA AGRESIÓN FÍSICA O VERBAL

comunidad es su apuesta por la investigación biomédica. En este sentido, tal y como destaca la consejera, la Junta ha hecho un "importante esfuerzo inversor" que tiene su reflejo en el incremento previsto para la investigación en el período 2008-2011 (181 millones), respecto al realizado entre 2004-2007 (70 millones), y que alcanza el 158 por ciento. A ello se suma, según Montero, "que la Consejería ha multiplicado por diez la ayuda directa realizada a proyectos de investigación en los últimos cuatro años, pasando de 800.000 a 8 millones de euros, y que ha incrementado en un 18,3 por ciento la producción científica en 2008".

Indicadores sanitarios

Número de habitantes (Fuente INE 2009): **8.285.692**

Porcentaje sobre población nacional (Fuente INE 2009): **17,76**

Habitantes mayores de 65 años (Fuente INE 2008): **564.900**

Esperanza de vida (Fuente INE 2005): **hombres: 75,6 mujeres: 82,11**

Presupuesto sanitario de 2009 y porcentaje sobre el total nacional (Fuente MSPS): **9.826,54 millones de euros (un 16,67 por ciento)**

Presupuesto sanitario per cápita 2009 (Fuente MSPS): **1.185,96 euros**

Prestación farmacéutica 2009 (Fuente CCAA): **2.012,60 millones de euros**

Presupuesto prestación farmacéutica per cápita 2009 (Fuente CCAA): **242,90 euros**

Médicos (Fuente MSPS): **A.P: 6.824 A.E: 8.506 Pediatras: 964**

Enfermeros (Fuente MSPS): **A. Primaria: 6.625 A. Especializada: 16.370**

Camas hospitalarias (Fuente INE): **22.505**

% de ciudadanos que creen que la asistencia sanitaria ha mejorado tras las transferencias (Fuente Barómetro Sanitario 2008): **37,3**

Índice de satisfacción con el sistema (Fuente Barómetro sanitario 2008): **6,30**



A pesar de estos adelantos, Andalucía no se libra de la falta de profesionales que afecta a toda España. Por este motivo, Sánchez Luque no entiende la decisión de la Consejería de Salud de obligar a los médicos a jubilarse una vez cumplidos los 65 años. Para él "son profesionales con experiencia y aquellos que voluntariamente lo deseen podrían realizar una valiosa aportación", pero según la Consejería de Salud es conveniente aplicar la jubilación "tanto por la renovación como por las oportunidades de promoción del resto de profesionales". Aún así, es posible que haya excepciones puntuales en algunas categorías, especialidades o ámbitos geográficos. Con esta medida, la Consejería pretende rejuvenecer el sistema sanitario y

"afrontar el relevo generacional que llegará a partir de 2015 en mejores condiciones que el resto de comunidades".

Sánchez Luque cree necesario aplicar unas medidas que palien este déficit. Aparte de la ampliación voluntaria de la edad de jubilación, destaca "un plan de fidelización para el médico, con unas retribuciones atractivas, la posibilidad de compaginar los sectores público y privado y la posibilidad de recuperar al médico que abandonó el ejercicio de la Medicina o al que se encuentra en el extranjero".

Precisamente **Rafael Agra**, presidente de la **Federación de Diabéticos de Andalucía "Sant Vicent"**, nota esa falta de médicos y destaca que "en otros países les pagan mejor. Por ello, cada vez hay más

médicos de otras nacionalidades, siendo inevitable que influyan las diferencias lingüísticas y culturales", afirma.

A esta falta de facultativos hay que añadir las diferencias retributivas entre estos médicos y el resto de comunidades. Desde hace cinco años, los médicos rurales andaluces son los que reciben las retribuciones anuales brutas más bajas de toda España, según un informe del Consejo andaluz. Ante este hecho, María Jesús Montero defiende que "si se quieren comparar los sueldos debe hacerse en su totalidad, incluyendo los complementos". De esta forma se comprobaría que "Andalucía es una de las comunidades que mejor retribuyen a sus profesionales". ■

MAR GUEIMONDE

pacientes@servimedia.net

“Ofrecemos a los andaluces una cartera de servicios de las más completas de España”

MARÍA JESÚS MONTERO

Consejera de Salud de la Junta de Andalucía

¿Qué valoración hace de la cartera de servicios de la comunidad andaluza?

A lo largo de estos años hemos hecho un gran esfuerzo por ofrecer a los andaluces una de las carteras de servicios que podría considerarse entre las más completas del Estado. Así, por ejemplo, fuimos en su momento la primera Comunidad Autónoma en ofrecer en una cartera de servicios de la Sanidad pública el diagnóstico genético preimplantatorio. Además, el sistema sanitario público andaluz ofrece atención bucodental gratuita a niños de entre 6 y 15 años, personas disca-

pacitadas y mujeres embarazadas. Cuenta también con un programa de detección precoz de cáncer de mama y con otro de cáncer de cérvix, entre otras muchas de sus prestaciones.

¿La transferencia de competencias a las comunidades ha sido positiva para los andaluces?

Andalucía fue una de las primeras Comunidades Autónomas en asumir las transferencias sanitarias y, a lo largo de estos más de 25 años de experiencia y a pesar de que nuestra región partía de una situación de cierta desventaja, hemos

conseguido no sólo revertir esta situación sino posicionarnos entre los sistemas de salud modernos y desarrollados, tanto en nuestro país como en los de nuestro entorno europeo. Durante este tiempo hemos apostado con fuerza por incrementar la calidad de las prestaciones más básicas, así como por la investigación biomédica y el desarrollo y aplicación de las nuevas tecnologías para la mejora de la asistencia sanitaria.

Además, en Andalucía se han puesto en marcha nuevos derechos asistenciales tales como el tiempo máximo de espera en intervencio-



nes quirúrgicas, primeras consultas con el especialista y pruebas diagnósticas, la segunda opinión médica o el testamento vital, entre otros. Hay que destacar también la apuesta por la transformación y la innovación como elementos fundamentales de la calidad y la modernización. En esta línea, iniciada hace una década, destacan instrumentos como la gestión por procesos, por competencias y la gestión clínica.

Nuevas tecnologías para impulsar un sistema en proceso de mejora

El sistema sanitario aragonés está condicionado por la dispersión geográfica, el envejecimiento de la población, la inmigración y la escasez y precariedad laboral de los profesionales. La Consejería trata de impulsarlo a través de la tecnología, la oferta pública de empleo y la investigación, tratando de aminorar así la fatiga que detecta el sector médico.

Aragón es una de las Comunidades Autónomas más extensas de todo el territorio nacional. Además, su población, fuera de las capitales, se encuentra muy dispersa en numerosos enclaves rurales que en ocasiones se sitúan en entornos montañosos poco accesibles y lejanos de las principales ciudades. Este hecho, en conjunción con el envejecimiento acusado y la llegada masiva de inmigración conforman la geografía que determina las políticas de salud del ejecutivo.

La **consejera de Salud y Consumo** del Gobierno de Aragón, **Luisa María Noeno**, explica que en un territorio extenso y escasamente poblado garantizar la accesibilidad a la atención sanitaria en términos de equidad es un reto fundamental al que han hecho frente no sólo con una extensa red de Atención Primaria y unos servicios de urgencias y emergencias cuyas ratios se encuentran entre las mejores de Europa, sino también con la construcción de centros de alta resolución para la atención especializada en las comarcas más alejadas de los hospitales de referencia.

Luisa María Noeno añade que a ello se han sumado un ambicioso plan de inversiones para la ampliación y la renovación de las infraestructuras sanitarias y los equipamien-

tos de alta tecnología. Además, asegura que "a la modernización de nuestro sistema de salud está contribuyendo de forma muy importante el Plan de Sistemas de Información y Telemedicina (2006-2011), que comprende proyectos tan esenciales para la mejora de la asistencia sanitaria como son los de la receta electrónica, la historia clínica digital, la informatización de diagnósticos por imagen, la libre elección de especialista, la segunda opinión o el programa 'Salud Informa' (servicio telefónico y por Internet de información y trámites no presenciales)".

También destaca que actualmente se trabaja en la construcción y el equi-

pamiento del nuevo Centro de Investigación Biomédica.

Señales de fatiga

Sin embargo, según **Enrique de la Figuera**, presidente del **Colegio Oficial de Médicos de Zaragoza**, aunque el sistema es bueno y la satisfacción de los pacientes elevada, "en los últimos años está dando señales de fatiga que requieren de mejora".

A la consejera también le preocupa la escasa oferta de profesionales sanitarios. El déficit actual, desde su punto de vista, puede ser motivo de problemas en lo que define como "el inaplazable relevo generacional de los próximos años".

Indicadores sanitarios

Número de habitantes (Fuente INE 2009): **1.342.926**

Porcentaje sobre población nacional (Fuente INE 2009): **2,88**

Habitantes mayores de 65 años (Fuente INE 2009): **143.087**

Esperanza de vida (Fuente INE 2005): **hombres: 76,36 mujeres: 83,74**

Presupuesto sanitario de 2009 y porcentaje sobre el total nacional (Fuente MSPS): **1.879,31 millones de euros (un 3,19 por ciento)**

Presupuesto sanitario per cápita 2009 (Fuente MSPS): **1.399,41 euros**

Prestación farmacéutica 2009 (Fuente CCAA): **406,15 euros**

Presupuesto prestación farmacéutica per cápita 2009 (Fuente CCAA): **302,44 euros**

Médicos (Fuente MSPS): **A.P: 951 A.E: 2.032 Pediatras: 141**

Enfermeros (Fuente MSPS): **Datos oficiales no disponibles**

Camas hospitalarias (Fuente INE): **5.483**

% de ciudadanos que creen que la asistencia sanitaria ha mejorado tras las transferencias (Fuente Barómetro Sanitario 2008): **19,1**

Índice de satisfacción con el sistema (Fuente Barómetro sanitario 2008): **6,68**



“El crecimiento de la financiación no está acorde con el aumento del gasto sanitario”

LUISA MARÍA NOENO

Consejera de Salud y Consumo de Aragón



¿Cuál es su valoración general del estado actual del sistema sanitario en Aragón?

En un área de gestión tan importante para los ciudadanos siempre hay aspectos que mejorar y prestaciones en las que avanzar, pero debemos resaltar que hay un elevado nivel de calidad asistencial, una amplia cartera

de servicios, suficientes recursos y buenos profesionales. Y todo ello con el sello de la universalidad.

¿Cuáles son los mayores retos que debe afrontar el sistema aragonés en los próximos años?

Los problemas del sistema público de salud son comunes y tenemos que buscar soluciones conjuntas para hacerles frente. La principal preocupación que creo compartimos todos los consejeros de Salud es garantizar la sostenibilidad futura del actual modelo. Es necesario hablar de ello y admitir que el crecimiento de la financiación no está acorde con el aumento del gasto sanitario. Por todo ello, se hace necesario un diálogo objetivo, que nos permita a todas las Comunidades Autónomas, en coordinación permanente con el Ministerio de Sanidad y Política Social, hacer un diagnóstico fiel de la situación real.

¿Qué han supuesto las transferencias?

El acercamiento de la gestión a los ciudadanos y, por lo tanto, un mayor conocimiento de sus necesidades y una mejor comprensión de sus expectativas. Ello nos ha permitido una planificación a partir de unos objetivos y prioridades adaptadas a las características sociales, territoriales y demográficas de nuestra Comunidad Autónoma.

Enrique de la Figuera denuncia a este respecto el hecho de que desde 2002 no se haya hecho una oferta pública de empleo ni para médicos ni para enfermeras o auxiliares y que, como consecuencia de ello, el mercado laboral aragonés está caracterizado por la precariedad y la interinidad. Si bien durante estos meses están teniendo lugar las primeras oposiciones tras siete años y está aumentando el número de licenciados en Medicina, para De la Figuera “de nada sirve si los licenciados se forman en Aragón pero se tienen que ir a otras comunidades o incluso al extranjero a ejercer, porque allí tienen mejores sueldos y calidad en el empleo”.

LOS MÉDICOS DENUNCIAN QUE TANTO LOS MEDIOS MATERIALES COMO HUMANOS “SE HAN QUEDADO CORTOS”

Además, De la Figuera apunta que tanto los medios materiales como humanos que necesita el sistema sanitario “se han quedado cortos”. En el momento actual, hay especialidades en las que se carece de profesionales, como ejemplo en las áreas de Medicina de Familia y Pediatría, en las que la escasez es, a su juicio, “notoria”. Además, insiste en “la dificultad para que los profesionales vayan a ejercer la Medicina a entornos rurales lejos de las ciudades y pueblos más grandes, donde las condiciones de trabajo no son las mismas”.

Según De la Figuera, en los últimos años se ha alimentado la Atención Especializada en detrimento de la Atención Primaria, que va asumiendo cada vez más funciones y carga de tra-

bajo. “En este momento tenemos la impresión de que la Atención Primaria es un colchón social, que propicia que a nuestras consultas acudan personas con problemas sociales que, a falta de recursos en otros ámbitos, vienen al médico para por lo menos ser escuchados”, señala.

Además, durante los últimos años, y a pesar de que el Gobierno manifiesta trabajar para reducirlos, el médico asegura que las listas de espera son mayores. En este sentido, el Colegio Oficial de Médicos de Zaragoza se queja de que las listas de espera tanto para visita al especialista como para procesos diagnósticos y quirúrgicos, causan una sobrecarga de las consultas del médico de Atención Primaria así como la sobrecarga de las urgencias de los hospitales.

Pero el sector médico no parece ser el único damnificado por la desigual relación con la Consejería. **Luis Miguel Barrachina**, presidente de la **Asociación de Enfermos y Trasplantados Hepáticos de Aragón**, explica que asociaciones como la suya sufren dos grandes escollos a la hora de desarrollar su actividad. En primer lugar la crisis económica, que hace que las subvenciones sean escasas y lleguen tarde y, en segundo lugar, que, a la hora de solicitarlas, la burocracia a cumplimentar es tan compleja que a veces resulta disuasoria para los solicitantes. Finalmente, podría detectarse la fatiga antes mencionada en el hecho de que con el paso de los años ha aumentado el número de trasplantados hepáticos pero no el número de los profesionales necesarios para gestionar sus necesidades específicas. ■

ASIER VÁZQUEZ

avazquez@servimedia.net



El gasto en los mayores de 65 años supera al del resto de la población

A pesar de que la asistencia a las personas mayores ocupa el principal gasto sanitario del Principado de Asturias y que existe un importante déficit en cuanto a Atención Primaria, los usuarios valoran su sistema sanitario con un 7 sobre 10, la nota más alta de toda España, según el Barómetro Sanitario 2008. Las infraestructuras y la calidad de los profesionales, la clave.

Tener un elevado porcentaje de personas mayores entre la población supone un incremento significativo de los recursos, especialmente del gasto farmacéutico y, consecuentemente, la necesidad de dotar a los presupuestos de mayor financiación", afirma **Emilio Pérez**, presidente de la **Comisión de Salud y Servicios Sanitarios del Parlamento asturiano**, al referirse al principal problema que tiene actualmente su comunidad por el envejecimiento de la población.

Asturias es la Comunidad Autónoma con mayor índice de envejecimiento, 222 mayores de 64 años por cada 100 menores de 15 años, y la segunda con mayor proporción de población mayor de 80 años, con el 6,3 por ciento, sólo por detrás de Castilla y León. Su esperanza de vida es de 80,5 años.

Según un informe de la OCDE sobre sistemas sanitarios de 2007, el consumo de servicios sanitarios de los mayores de 65 años en Asturias fue superior al del conjunto del resto de la población. Por eso, sostiene **Hilda Álvarez**, secretaria de la **Asociación Parkinson de Asturias**, "el envejecimiento se debería incluir entre los criterios de reparto de la financiación autonómica, y así mejorar la atención a los enfermos crónicos".

Álvarez advierte que este envejecimiento da lugar a una aumento de la de-

manda porque "viene irremediablemente asociado a un aumento de enfermedades, discapacidades y dependencias".

Álvarez pide una "mayor coordinación sociosanitaria capaz de dar respuesta a situaciones crónicas de personas mayores, lo cual haría que se optimizaran más los recursos". También solicita que se contemple "su tiempo de atención por paciente ya que estas personas tardan más en explicar lo que les sucede".

La secretaria de la asociación de párkinson cree que la **Consejería**, que dirige **José Ramón Quirós**, debería trabajar en la mejora de aspectos como el "diagnóstico precoz y tratamiento adecuado, que los enfermos

crónicos tengan terapias rehabilitadoras de forma continuada, una atención más personalizada, conocer la prevalencia de la enfermedad, pues no hay un estudio epidemiológico, que se valoren las necesidades no sólo sanitarias sino sociales, establecer unos protocolos que faciliten la unificación de criterios en la atención a los pacientes y mejorar la Atención Primaria, que normalmente no da respuesta a todas las necesidades del enfermo".

Álvarez denuncia, además, desigualdades interterritoriales: "El Área I de nuestro mapa sanitario cuenta con un neurólogo que pasa consulta una vez al mes cuando están diagnosticadas de

Indicadores sanitarios

Número de habitantes (Fuente INE 2008): **1.085.110**

Porcentaje sobre población nacional (Fuente INE 2008): **2,33**

Habitantes mayores de 65 años (Fuente INE 2008): **128.935**

Esperanza de vida (Fuente INE 2005): **hombres: 76,1 mujeres: 83,39**

Presupuesto sanitario de 2009 y porcentaje sobre el total nacional (Fuente MSPS): **1.559,04 millones de euros (un 2.64 por ciento)**

Presupuesto sanitario per cápita 2009 (Fuente MSPS): **1.436,76 euros**

Prestación farmacéutica 2009 (Fuente CCAA): **358,09 euros**

Presupuesto prestación farmacéutica per cápita 2009 (Fuente CCAA): **330 euros**

Médicos (Fuente MSPS): **A.P: 830 A.E: 1.736 Pediatras: 119**

Enfermeros (Fuente MSPS): **A. Primaria: 870 A. Especializada: 2.947**

Camas hospitalarias (Fuente INE): **4.223**

% de ciudadanos que creen que la asistencia sanitaria ha mejorado tras las transferencias (Fuente Barómetro Sanitario 2008): **10,3**

Índice de satisfacción con el sistema (Fuente Barómetro sanitario 2008): **7,08**



El sistema mejor valorado



El sistema sanitario asturiano es el mejor valorado por los usuarios, según datos del Barómetro Sanitario 2008. Los pacientes le otorgaron un 7,08 sobre 10.

El estudio refleja que el 48 por ciento de los encuestados opinan que el sistema sanitario funciona bastante bien, el 35 por ciento cree que funciona bien pero que necesita algunos cambios y sólo el 4 por ciento considera que necesitan rehacerlo. Sin embargo, esto contrasta con que es la

Comunidad Autónoma con menor porcentaje en cuanto a una buena valoración tras la transferencia de competencias. Hilda Álvarez, secretaria de la Asociación Parkinson de Asturias, también califica la Sanidad de "muy aceptable". "A veces, al ciudadano no le llega suficiente información sobre lo que se hace y lo que tiene a su alcance, y esto produce una falta de valoración positiva", afirma. Carmen Rodríguez, presidenta

del Colegio Oficial de Médicos de Asturias, es de la misma opinión. "Pese a problema como la falta de comunicación y diálogo con la Consejería de Sanidad, la Sanidad asturiana sigue siendo buena". Aunque, apostilla, que "Asturias ya tenía un nivel muy alto siendo durante una época la mejor de España ya que fue la cuna de los primeros MIR y la cabeza de formación médica, tanto en la especialización como en la formación continuada".

párkinson más de 200 personas en esta área, y en el Área II no existe este servicio y es el servicio de Medicina Interna el encargado de atender a estos enfermos". También lamenta que el enfermo "se siente abandonado, porque las consultas de revisión con el especialista son semestrales o anuales".

Aspectos más positivos

Álvarez no olvida, sin embargo, el esfuerzo que está realizando la Administración asturiana en infraestructuras con la construcción de nuevos hospitales, como el Hospital Universitario Central de Asturias, centros de salud, centros residenciales para mayores y centros de día.

En este sentido, el presidente de la Comisión de Salud y Servicios Sanitarios confirma que Asturias "cuenta con un importante dispositivo de infraestructuras. Los servicios sanitarios están bien distribuidos en ocho áreas incluyendo un centro hospitalario de referencia en cada una". "Además, —continúa— hay un extraordinario nivel entre los profesionales de la sanidad asturiana, que suple los déficit con los que cuenta el sistema sanitario, lo que contribuye al alto grado de satisfacción en los usuarios".

Carmen Rodríguez, presidenta del **Colegio Oficial de Médicos de**

Asturias, sostiene, sin embargo, que "desde 2003 la Atención Primaria, especialmente los médicos que trabajan en el área urbana, está sobrecargada de trabajo. Son profesionales desmotivados, con cupos de más de 2.000 pacientes, agendas diarias de trabajo programadas por la Administración con



JOSÉ RAMÓN QUIRÓS

Consejero de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias

tiempos de dedicación por paciente que empiezan por cuatro minutos y acaban en sólo uno, con contratos basura..." y añade que Asturias es la única comunidad que aún no ha revisado el complemento específico.

La presidenta del Colegio de Médicos asturiano no se cansa de subrayar la calidad de los profesionales sanitarios asturianos, a quienes los usuarios "califican con la mejor puntuación y como los más valorados dentro del territorio nacional", y de las infraestruc-

turas, "tanto en atención primaria como hospitalaria, que son muy buenas y extensas".

Transferencias

La presidenta de los médicos asturianos, al valorar si las transferencias han sido positivas, no duda: "Desde que se realizaron desapareció el término equidad del diccionario sanitario". Y explica que para paliar el déficit de facultativos que afecta a toda España es necesario "un gran Pacto de Estado, como el que se hizo en su momento con las pensiones". A este respecto, asegura que "la Sanidad, la Educación y la Justicia son bienes inalienables, pilares básicos de una sociedad y, por tanto, intocables".

Por su parte, el presidente de la Comisión de Salud y Servicios Sanitarios añade que "las transferencias suponen para Asturias un instrumento que permitiría, bien llevado y gestionado, una mejora de los servicios. Sin embargo, nos encontramos con una serie de problemas que provocan insatisfacciones, como las listas de espera, los tiempos mínimos de atención o los profesionales desmotivados", añade, aunque cree que existe un importante margen de mejora dentro de la Sanidad asturiana. ■

PEDRO FERNÁNDEZ

pfernandez@servimedia.net

La insularidad y el aumento de la población condicionan el gasto

Baleares es la comunidad con mayor incremento poblacional durante los últimos siete años. Esta característica, unida a las peculiaridades geográficas de las islas, hace que el sistema sanitario necesite ser reforzado. Un incremento presupuestario y distintas fórmulas para fidelizar a los profesionales se perfilan como posibles soluciones para atender la gran demanda existente.

Facultativos y usuarios consideran que la transferencia de competencias a las comunidades ha sido positiva en términos generales de salud. Para ambos sectores han supuesto una aproximación que facilita el diálogo entre Administración y pacientes, y que ahora permite a la población ser más activa a la hora de tomar decisiones.

A pesar de la satisfacción general, **Vicenç Thomàs, consejero de Salud y Consumo de las Islas Baleares**, es consciente de que el presupuesto sanitario per cápita, inferior a la media nacional, es "claramente mejorable". Este déficit presupuestario se ha agravado con los años, debido a unas características propias de las islas.

La insularidad de esta comunidad, cuyos usuarios se ven obligados a desplazarse de una isla a otra o incluso a la península, incrementa el gasto sanitario de forma considerable. A esto se añade el hecho de que Baleares sea una comunidad con unas peculiaridades demográficas determinadas. Entre 1996 y 2007 la población de las islas creció un 35,54 por ciento, frente al 13,94 por ciento de media nacional. Para hacer frente a este elevado incremento, Thomàs afirma que "hemos tenido que adaptar todas nuestras estructuras sanitarias y recursos sin tener

la financiación adecuada, por lo que hemos hecho un esfuerzo enorme en estos últimos años".

Además, durante la época estival la población aumenta considerablemente por los millones de turistas que reciben las islas y la población flotante que va a trabajar durante un periodo de tiempo determinado. Aunque la atención a esta población se regula mediante fondos de cohesión, el consejero de Sanidad de las Islas Baleares es consciente de que éstos "deben mejorar, ya que estamos claramente infrafinanciados".

Como consecuencia, la falta de profesionales que afecta a todo el sistema



... "Los fondos de cohesión deben mejorar ya que estamos claramente infrafinanciados"

VICENÇ THOMÀS

Consejero de Salud y Consumo de las Islas Baleares

Indicadores sanitarios

Número de habitantes (Fuente INE 2009): **1.904.972**

Porcentaje sobre población nacional (Fuente INE 2009): **2,35**

Habitantes mayores de 65 años (Fuente INE 2009): **69.371**

Esperanza de vida (Fuente INE 2005): **hombres: 76,39 mujeres: 83,53**

Presupuesto sanitario de 2009 y porcentaje sobre el total nacional (Fuente MSPS): **1.257,53 millones de euros (un 2,13 por ciento)**

Presupuesto sanitario per cápita 2009 (Fuente MSPS): **1.148,45 euros**

Prestación farmacéutica 2009 (Fuente CCAA): **218,89 euros**

Presupuesto prestación farmacéutica per cápita 2009 (Fuente CCAA): **199,90 euros**

Médicos (Fuente MSPS): **A.P: 711 A.E: 1.753 Pediatras: 128**

Enfermeros (Fuente MSPS): **A. Primaria: 726 A. Especializada: 2.525**

Camas hospitalarias (Fuente INE): **3.717**

% de ciudadanos que creen que la asistencia sanitaria ha mejorado tras las transferencias (Fuente Barómetro Sanitario 2008): **23,8**

Índice de satisfacción con el sistema (Fuente Barómetro sanitario 2008): **6,48**



La doble insularidad

La peculiaridad geográfica de las Islas Baleares hace que exista una doble e incluso triple insularidad, que afecta tanto a médicos como a pacientes. La distribución de recursos hace que los usuarios que necesitan ciertas intervenciones o están en una situación grave tengan que trasladarse de la isla en la que residen a la capital balear, e incluso a la península. En el caso de Formentera, este problema se acentúa más aún, puesto que hasta hace un par de años no disponía de hospital, por lo que era necesario desplazarse para cualquier consulta. Los pacientes se quejan de que estos desplazamientos también suponen un desembolso económico, ya que los enfermos deben costearse el traslado por adelantado. A este respecto, Vicenç Thomàs ha anunciado que este año se mejorarán las ayudas para que “los pacientes o acompañantes no tengan que adelantar ningún dinero por su desplazamiento y estancia fuera de su lugar de residencia, y que corra todo a cuenta de la Consejería”.

Esta insularidad también se da en el ámbito de los profesionales. La falta de especialistas existente en toda España, aquí se ve agravada porque las condiciones geográficas de las islas limitan el desarrollo profesional de algunos especialistas. Por este motivo, cada vez se recurre más a la contratación de facultativos extranjeros, que ya suponen más del 15 por ciento.

sanitario nacional, en Baleares se ve agravada por sus singularidades poblacionales. **Joan María Gual Julià**, presidente del **Colegio Oficial de Médicos de las Islas Baleares**, afirma que el crecimiento demográfico de los últimos siete años “no ha permitido adaptar la necesidad de las plantillas y la construcción de nuevos centros tan rápidamente como hubiera sido necesario”. Estas carencias, según Thomàs “obedecen a una falta de planificación de años atrás”. Por tanto, el problema tardará en solucionarse, ya que “desde que un médico inicia su formación hasta que la completa pasan, como mínimo, diez años”, añade.

En este contexto de escasez de especialistas, la situación se ve agravada por la decisión de la Consejería de Sanidad de establecer la jubilación obligatoria a los 65 años en su Plan de Ordenación de Recursos Humanos. Esa decisión, junto con el decreto lingüístico que exige una titulación de catalán para optar a una plaza médica, hace más difícil poner fin a las carencias existentes. Aunque los representantes del Colegio

Oficial de Médicos no creen que esta medida genere una pérdida importante de personal, afirman que “sí que hay una preocupación existente en el sector”, por lo que apuestan por que “el catalán sea un mérito, no un requisito”. En cambio, sí creen necesario encontrar fórmulas para fidelizar a los profesionales y hacer de las Islas Baleares un destino profesional atractivo.

Tanto la Consejería como el Colegio de Médicos, así como **María José Rodríguez, Defensora de los Usuarios del Sistema Sanitario Público de las Islas Baleares** y las asociaciones, coinciden en que la actual cartera de servicios cuenta con una dotación similar a la del resto de Comunidades y que, además, tiene otra complementaria que ofrece servicios puntuales. Aún así, la Defensora de los Usuarios de la Sanidad Pública especifica que “la Administración debe revisar puntualmente los servicios que presta y adecuarlos a las demandas fundamentadas de los ciudadanos”. ■

MAR GUEIMONDE

pacientes@servimedia.net



Pionera en el intercambio de la historia clínica digital

El pasado año la receta electrónica se terminó de implantar en las Islas Baleares. Este sistema permite a los usuarios obtener los medicamentos prescritos por su médico directamente en la farmacia. De esta forma no es necesario acudir al centro de salud ni imprimir las recetas, lo que ahorra tiempo a los pacientes y trabajo a los facultativos.

El proyecto de intercambio de la historia clínica digital ya se encuentra en fase de prueba. Los pacientes de Inca (Baleares) y Gandía (Comunidad Valenciana) son los elegidos para el proyecto piloto. De esta forma se pretende que cuando el usuario se traslade de una comunidad a otra, el médico disponga de los datos más importantes de su historial, gracias a una intranet sanitaria que permite el intercambio de información a través de un nodo central. Vicenç Thomàs, consejero de Sanidad de las islas, afirma que “todas las pruebas realizadas hasta el momento han sido satisfactorias”. De esta forma, esta comunidad es pionera en el intercambio de historias clínicas.

Mejorar la calidad y seguridad de la asistencia son los principales objetivos de este plan, que permite a los profesionales conocer la información más importante de los pacientes, respetando el derecho a la intimidad de éstos.

La insularidad afecta al gasto sanitario de la región más joven

La dispersión geográfica, el incremento poblacional o la insularidad son algunos de los aspectos que inciden en la oferta de servicios sanitarios del Gobierno de Canarias. La Consejería de Sanidad trabaja en la creación de nuevos puestos de trabajo con el fin de aminorar el déficit de profesionales, así como en la reducción de los tiempos de espera en Atención Especializada.

La consejera de Sanidad de Canarias, Mercedes Roldós, ha solicitado al Gobierno de España que establezca una nueva regulación del Fondo de Cohesión para paliar el déficit de financiación sanitaria en la comunidad menos envejecida de España –sólo el 12,5 por ciento de su población tiene más de 65 años–. El Fondo debería cubrir el coste de los traslados, la estancia de los pacientes (y un acompañante en caso necesario) y atender los traslados de pacientes entre islas hacia los centros de referencia autonómicos.

Según Mercedes Roldós, el modelo de financiación autonómica debe considerar factores como la oferta de servicios, la falta de profesionales, la dispersión geográfica, el incremento poblacional, el envejecimiento y la insularidad. En Canarias el factor insularidad debe combinarse con la consideración de territorio ultraperiférico y con la doble insularidad, que incide en la oferta de servicios.

El último Barómetro de Opinión Pública, presentado por el Consejo Económico y Social de Canarias (CES), refleja que la Sanidad ocupa el tercer puesto entre los problemas que más preocupan, después del paro y la economía.

La Confederación Estatal de

Sindicatos Médicos (CESM) convocó un paro entre los profesionales de Atención Primaria para denunciar “que los cupos de los médicos de familia y pediatras están por encima de la media nacional”. El secretario general del sindicato en Tenerife, **Carlos Díaz**, explica que reclaman que se iguale la plantilla de médicos

LOS MÉDICOS CANARIOS EXIGEN A LA CONSEJERÍA AMINORAR LOS CUPOS DE LOS FACULTATIVOS E IGUALARLOS A LA MEDIA NACIONAL

en la comunidad a la media nacional, que se sitúa en 1.500 pacientes por facultativo mientras que en Canarias “el 60 por ciento de los médicos tienen más de 1.600 cartillas y un 30 por ciento, 1.800”. En Pediatría, donde la media nacional es de 1.000 cartillas, “el 60 por ciento tiene más de 1.000”.

Desde el **Servicio Canario de Salud (SCS)**, que depende de la **Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias**, dirigida por **María Mercedes Roldós**, destacan la creación de 591 nuevos puestos de trabajo con “efectos inmediatos en la asistencia sanitaria. Las 38 nue-

Indicadores sanitarios

Número de habitantes (Fuente INE 2009): **2.098.593**

Porcentaje sobre población nacional (Fuente INE 2009): **4,50**

Habitantes mayores de 65 años (Fuente INE 2008): **111.843**

Esperanza de vida (Fuente INE 2005): **hombres: 76,09 mujeres: 82,31**

Presupuesto sanitario de 2009 y porcentaje sobre el total nacional (Fuente MSPS): **2929,88 millones de euros (un 4,97 por ciento)**

Presupuesto sanitario per cápita 2009 (Fuente MSPS): **1.396,11 euros**

Prestación farmacéutica 2009 (Fuente CCAA): **546,55 euros**

Presupuesto prestación farmacéutica per cápita 2009 (Fuente CCAA): **260,44 euros**

Médicos (Fuente MSPS): **A.P: 1.729 A.E: 3.019 Pediatras: 310**

Enfermeros (Fuente MSPS): **A. Primaria: 2.058 A. Especializada: 5.142**

Camas hospitalarias (Fuente INE): **7.753**

% de ciudadanos que creen que la asistencia sanitaria ha mejorado tras las transferencias (Fuente Barómetro Sanitario 2008): **22,6**

Índice de satisfacción con el sistema (Fuente Barómetro sanitario 2008): **5,44**





“Los desplazamientos de pacientes entre islas disparan el gasto sanitario”

Los usuarios de la Sanidad pública canaria tienen que desplazarse hasta Santa Cruz de Tenerife y Las Palmas de Gran Canaria para recibir atención médica en determinadas especialidades, como Cirugía, Traumatología y Anestesia. El secretario general de la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos (CESM) en Tenerife, Carlos Díaz, dice que “faltan especialidades fundamentalmente en las

islas no capitalinas. Esta situación responde a la falta de médicos y a la ausencia de incentivos a los profesionales para que trabajen en una isla no capitalina, donde la actividad médica es menor”.

Según apunta Carlos Díaz, el gasto de trasladar a un paciente de una isla a otra es elevado: “Hablamos de 3.000 ó 4.000 euros por cada movimiento que hagas en helicóptero, lo que dispara el gasto”, señala.

Respecto al pago de dietas por los traslados, el secretario general de CESM

Tenerife comenta que la Consejería de Sanidad se comprometió a abonar los gastos a todos los pacientes pero esto –afirma– no se cumple en todos los casos: “El gran problema son los gastos de los acompañantes”, puntualiza.

Por otra parte, Carlos Díaz dice que hay pacientes que deciden trasladarse a los hospitales de la Península, pero considera que es una opción personal y no debida a la falta de especialidades, ya que “los hospitales de Santa Cruz de Tenerife y Las

Palmas de Gran Canaria cubren casi todas las patologías”.

La Consejería de Sanidad de Canarias tiene suscritos diversos acuerdos con compañías aéreas como Spanair o Islas Airways, para aplicar descuentos entre un 10 y un 25 por ciento en las tarifas aéreas a los pacientes que se desplazan a la Península para realizar algún tratamiento, atención hospitalaria o causas clínicas fuera de la demarcación del área de salud de referencia.

vas plazas de Medicina de Familia han reducido en 56 el promedio de Tarjetas Sanitarias Individuales (TSI) asignadas por médico de Atención Primaria, hasta situarlas en 1.510 por facultativo. En Pediatría, la creación de ocho nuevos puestos ha reducido el número de TSI hasta situarlo en 953”, señala el presidente del SCS, **Guillermo Martínón**.

Por su parte, el presidente de la **Asociación Retinosis Pigmentaria de Canarias, Germán López**, piensa que la comunidad canaria “está en desventaja. Hay falta de medicina puntera y para cualquier especialidad hay que desplazarse a la Península”, afirma y que el sistema sanitario “está cargado de buenas intenciones pero tiene lagunas”.

Carlos Díaz apunta que “en Atención Primaria hay una lista de espera de cinco días y el servicio de urgencias está colapsado. En Atención Especializada la lista de es-



MARÍA MERCEDES ROLDÓS
Consejera de Sanidad de Canarias

pera es de seis, diez o doce meses”.

La reducción de los tiempos de espera en Atención Especializada es el principal objetivo que se ha marcado la Consejería de Sanidad de Canarias. “La lista de espera quirúrgica superior a seis meses descendió un 20 por ciento en diciembre de 2008 respecto al mismo periodo de 2007, y la demora media para recibir tratamiento quirúrgico descendió un 7,51 por ciento. En Atención Primaria, los tiempos de obtención de citas programadas se corresponden con los plazos recomendados para este

tipo de servicios, que en su mayoría son iguales o inferiores a dos días”, explica Guillermo Martínón.

Otra de las preocupaciones entre los profesionales de la medicina en Canarias es la privatización de determinadas áreas sanitarias. “Queremos que los hospitales privados concertados sean complementarios a la Sanidad pública y que tengamos la plantilla idónea. Hasta que no llegemos a esos niveles no se pueden derivar los servicios sanitarios”, manifiesta el secretario general de CESM en Tenerife.

Según el director del SCS, “el incremento de la plantilla en el último año, la finalización de 40 infraestructuras sanitarias, la puesta en marcha de nuevos programas de salud o nuevas vacunas son algunos ejemplos de la firme política de apoyo a la Sanidad pública” ■

LILIÁN MOYANO

lmoyano@servimedia.net



Un modelo de gestión reconocido pero con un exceso de burocracia

Cantabria ha sido la primera Comunidad Autónoma en obtener el reconocimiento a la excelencia de la gestión para todo su servicio de salud, al aplicar el modelo de gestión European Foundation for Quality Management (EFQM). No obstante, el sistema cántabro adolece de diversos problemas que, según pacientes y profesionales, hacen necesaria una reforma, sobre todo en Atención Primaria.

La comunidad cántabra puede presumir de ser pionera a nivel nacional en la creación de los Servicios de Urgencia de Atención Primaria (SUAP). Además, según fuentes de la **Consejería de Sanidad**, dirigida por **Luis María Truán**, también es la primera Comunidad Autónoma en obtener el reconocimiento a la excelencia de la gestión para todo su servicio de salud, al aplicar el modelo de gestión European Foundation for Quality Management (EFQM), tanto en Atención Primaria como en Especializada.

Además, **Pablo Corral**, presidente del **Colegio Oficial de Médicos de Cantabria**, destaca "la red de centros de salud que tiene la comunidad junto con los hospitales de titularidad pública y privada"

Asimismo, Corral resalta al colectivo sanitario, tanto por número como por la calidad y profesionalidad del mismo, y recuerda que "según se desprende del Informe sobre profesionales sanitarios colegiados en 2007 elaborado por el INE, el ratio de médico por cada 100.000 habitantes en Cantabria es de 533,81, mientras que la media nacional es de 459,55". Sin embargo, aunque la media de Cantabria

es bastante superior a la estatal afirma que "de ninguna forma se puede decir que sobran médicos ya que son números globales sin distinguir dedicación o especialidades".

En la Consejería de Sanidad destacan el esfuerzo presupuestario del Gobierno regional ya que, según afirman, destinan a la Sanidad "uno de cada tres euros". En números, la Consejería de Sanidad cuenta este año con un presupuesto de 791,4 millones de euros, lo que representa un incremento del 4,86 por ciento respecto al ejercicio anterior. La mayor partida de este presupuesto



LUIS MARÍA TRUÁN
Consejero de Sanidad
de Cantabria

corresponde al Servicio Cántabro de Salud (755,3 millones de euros) con un incremento del cinco por ciento respecto a 2008, y la partida restante, de 36,1 millones de euros, está

Indicadores sanitarios

Número de habitantes (Fuente INE 2009): **589.043**

Porcentaje sobre población nacional (Fuente INE 2009): **1,26**

Habitantes mayores de 65 años (Fuente INE 2009): **58.085**

Esperanza de vida (Fuente INE 2005): **hombres: 77,1 mujeres: 84,64**

Presupuesto sanitario de 2009 y porcentaje sobre el total nacional (Fuente MSPS): **793,57 (un 1,35 por ciento)**

Presupuesto sanitario per cápita 2009 (Fuente MSPS): **1.347,23 euros**

Prestación farmacéutica 2009 (Fuente CCAA): **157,77 euros**

Presupuesto prestación farmacéutica per cápita 2009 (Fuente CCAA): **267,84 euros**

Médicos (Fuente MSPS): **A.P: 367 A.E: 872 Pediatras: 74**

Enfermeros (Fuente MSPS): **A. Primaria: 379 A. Especializada: 1.545**

Camas hospitalarias (Fuente INE): **2.170**

% de ciudadanos que creen que la asistencia sanitaria ha mejorado tras las transferencias (Fuente Barómetro Sanitario 2008): **28,5**

Índice de satisfacción con el sistema (Fuente Barómetro sanitario 2008): **6,25**



destinada a la Consejería de Sanidad, lo que supone un incremento del dos por ciento respecto al ejercicio anterior.

En cuanto a sus déficits, además de la demora en las listas de espera, algo que afecta a todo el territorio nacional, Cantabria presenta una "excesiva burocratización de las consultas de los profesionales y una falta de informatización de las diferentes tareas que agilicen el funcionamiento del sistema"; lamenta Corral. Tal y como confirma Corral, "en cuestiones como la receta médica y la historia clínica estamos un paso por detrás respecto a otras Comunidades Autónomas".

El presidente del Colegio Oficial de Médicos va aún más lejos y afirma que "el modelo de Atención Primaria está agotado, pero no soy yo como presidente ni el Colegio de Médicos quien lo dice sino los propios datos y expertos". Como posible salida a este problema, Corral asegura que "en determinadas Comunidades Autónomas se han realizado concesiones administrativas a empresas privadas en materia de salud y aunque el comienzo fue difícil ahora funcionan perfectamente".

Esto contrasta con la información que ofrece la Consejería de Sanidad de Cantabria, que asegura que "tanto en Atención Primaria como en Especializada han incorporado nuevos profesionales, ampliado la cartera de servicios, mejorado las infraestructuras, adaptado las nuevas tecnologías e impulsado la formación continuada y la investigación".

En cuanto a las listas de espera, en la Consejería de Sanidad cántabra son conscientes de que "resulta un importante reto, tanto en aten-

ción quirúrgica como de consultas externas y pruebas diagnósticas". Por eso, en la Administración se felicitan porque el año pasado consiguieron romper la tendencia ascendente de las listas de espera y rebajar en 1.006 personas (un ocho por ciento) la cifra de pacientes a la espera de una intervención quirúrgica. Su objetivo para 2011 es que la demora no supere los 120 días.

Diferencias territoriales

Antonio Magaldi, presidente de la **Asociación Cántabra de Fibrosis Quística**, califica la Sanidad de su Comunidad Autónoma como "bastante buena", pero, sin embargo, aclara que "la transferencia de competencias ha ocasionado desigualdades entre los ciudadanos de las distintas comunidades ya que, por ejemplo, hay muchas que han implantado el *screening* neonatal desde hace tiempo, mientras que aquí todavía no se hace". Este *screening* neonatal les interesa especialmente, ya que sirve para la detección de la fibrosis quística en el recién nacido: "Sería una mejora importante para procurar un tratamiento precoz que repercutiría en la evolución de la enfermedad", asegura el presidente de la entidad.

Dado que la fibrosis quística se trata en unidades especializadas y "en Cantabria no hay ninguna unidad", lamenta Magaldi, "la cooperación del servicio de Pediatría con la unidad de referencia es fundamental" y, en este caso, felicita a la Sanidad cántabra ya que "existe buena cooperación y asistencia". ■

PEDRO FERNÁNDEZ

pfernandez@servimedia.net



En la media española

Tanto para bien como para mal, Cantabria es una Comunidad Autónoma que podría servir como ejemplo de la media española en cuanto al funcionamiento del sistema sanitario. Prácticamente todos los índices con los que se podría analizar su sistema sanitario ofrecen datos intermedios. Así, por ejemplo, si la satisfacción de los usuarios está dentro del abanico 5,44 (Canarias) y 7,08 (Asturias), Cantabria tiene una puntuación de 6,25 sobre 10. También se encuentra en la media de profesionales: cuenta con 1.327 habitantes mayores de 14 años por cada médico general (en España están entre 921 y 1.820), 986 habitantes menores de 14 años por cada pediatra (las cifras en el territorio nacional oscilan desde 808 a 1.300) y 1.595 habitantes por cada enfermera (cuando en España hay entre 1.237 y 2.007).

El dato más preocupante es que casi uno de cada tres cántabros (el 30,8 por ciento) opina que su sistema sanitario necesita cambios sustanciales o rehacerlo de nuevo. Y sólo el 18,4 por ciento cree que está bien como está. Aunque estos datos siguen estando dentro de la media nacional, para Corral el hecho de estar en la media "habla de lo bueno o malo que está globalmente el sistema sanitario. Aún así, con toda seguridad, las listas de espera son los principales causantes del malestar de la ciudadanía".

Por último, destacar que según el último Barómetro Sanitario la mayoría de los habitantes prefiere un servicio sanitario público a uno privado, teniendo en cuenta los medios disponibles y los profesionales.



Un sistema sanitario marcado por la dispersión geográfica

Con más de la mitad de su población ubicada en zonas rurales de menos de 500 habitantes, Castilla-La Mancha ha sabido aprovechar el traspaso de las competencias para paliar los problemas derivados de su dispersión geográfica. Aún así, la comunidad tiene retos que afrontar, entre ellos la escasez de facultativos que afecta a la región, sobre todo en determinadas especialidades médicas.

Castilla-La Mancha es una de las comunidades que mejor refleja el espíritu de las transferencias. Con una población de 2.079.401 habitantes –envejecida y más de la mitad ubicada en zonas rurales dispersas y con menos de 500 habitantes–, el traspaso de las competencias ha permitido acercar la asistencia sanitaria a los ciudadanos y solucionar, al realizarse una gestión más directa de los recursos, muchos de los problemas que se derivaban de su dispersión geográfica.

Otro efecto positivo de la descentralización es que ha servido para equiparar a esta comunidad con el resto en materia de prestaciones, y hoy en día, según coinciden en destacar todos los sectores sanitarios, la cartera de servicios castellano-manchega no tiene nada que envidiar a las del resto de Comunidades Autónomas.

Según explica el **consejero de Sanidad y Política Social** castellano-manchego, **Fernando Lamata**, “desde que el Gobierno regional asumió las competencias en enero de 2002 la Sanidad pública castellano-manchega ha vivido un periodo de consolidación que ha permitido subsanar sus carencias históricas y estructurales en materia de infraestructuras, recursos humanos y equipamiento, y

colocarla a nivel de los buenos servicios de Salud de España”.

Esto ha hecho que en la actualidad –continúa explicando Lamata, “de la Sanidad de Castilla-La Mancha se pueda destacar su accesibilidad a los ciudadanos, en una región tan amplia y dispersa como la nuestra; su apuesta decidida por las nuevas tecnologías, en el desarrollo de la telemedicina o de

LA SANIDAD DE CASTILLA-LA MANCHA HA VIVIDO UN PERIODO DE CONSOLIDACIÓN Y SE HA SITUADO AL NIVEL DEL RESTO DE ESPAÑA

la historia clínica; la incorporación de derechos que refuerzan la autonomía del paciente, como la Ley de Garantías en materia de listas de espera; y la capacidad y cualificación de sus profesionales sanitarios”.

José Manuel Comas, presidente de la **Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SERMEGEN) de Castilla-La Mancha**, también hace una valoración positiva del proceso de descentralización y destaca que “la percepción general es que con las transferencias la Sanidad ha mejorado, ya que al acercarse la gestión se han optimizado y acercado los recursos”.

Indicadores sanitarios

Número de habitantes (Fuente INE 2009): **2.079.401**

Porcentaje sobre población nacional (Fuente INE 2009): **4,46**

Habitantes mayores de 65 años (Fuente INE 2008): **194.647**

Esperanza de vida (Fuente INE 2005): **hombres: 77,99 mujeres: 83,67**

Presupuesto sanitario de 2009 y porcentaje sobre el total nacional (Fuente MSPS): **2.852,56 millones de euros (un 4,84 por ciento)**

Presupuesto sanitario per cápita 2009 (Fuente MSPS): **1.371,82 euros**

Prestación farmacéutica 2009 (Fuente CCAA): **511,67 euros**

Presupuesto prestación farmacéutica per cápita 2009 (Fuente CCAA): **246,07 euros**

Médicos (Fuente MSPS): **A.P: No datos disponibles A.E: 3.129**

Enfermeros (Fuente MSPS): **A. Primaria: No datos disponibles A. Especializada: 4.516**

Camas hospitalarias (Fuente INE): **5.705**

% de ciudadanos que creen que la asistencia sanitaria ha mejorado tras las transferencias (Fuente Barómetro Sanitario 2008): **29**

Índice de satisfacción con el sistema (Fuente Barómetro sanitario 2008): **6,21**



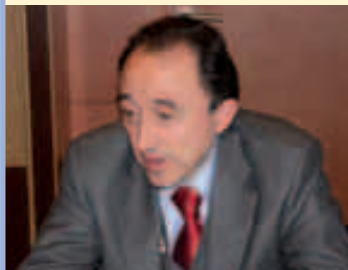
Desde que se produjeron las transferencias, ¿los castellano-manchegos reciben un servicio sanitario mejor, igual o peor?

Todas las encuestas públicas en las que se ha pedido la opinión a los castellano-manchegos de su Sanidad, tanto de ámbito nacional como regional en los últimos ocho años, coinciden en que están satisfechos de la atención recibida, de la capacidad de los profesionales que les atiende y del equipamiento tecnológico que dispone sus centros sanitarios. Así, según datos del último Barómetro Sanitario publicado por el Ministerio de Sanidad y Política Social y de la encuesta de satisfacción realizada por el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha, más del 82 por ciento de los ciudadanos de la región califican de buena o muy buena la asistencia que reciben en sus centros de salud y consultorios. Por tanto, nuestra valoración es que los castellano-manchegos perciben una evidente mejora de su servicio sanitario y, en ese sentido,

“Los ciudadanos castellano-manchegos perciben una evidente mejora de su servicio sanitario”

FERNANDO LAMATA

Consejero de Salud y Bienestar Social de Castilla-La Mancha



quiero felicitar a los más de 25.000 profesionales del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha por estos buenos resultados, que reflejan su compromiso diario para ofrecer una asistencia de calidad, moderna y muy cercana al paciente y a los familiares. Pero eso no nos hace bajar la guardia, porque hay áreas que debemos mejorar, como también nos reclaman los ciudadanos, como las relacionadas con la información que facilitan los servicios sanitarios públicos o el tiempo que se tarda para una cita médica.

¿En qué se diferencia la cartera de servicios de Castilla-La Mancha de la del resto de Comunidades Autónomas?

La cartera de servicios es similar, pues se basa en dar respuesta a las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud. En ese sentido, es muy positivo el consenso alcanzado entre el Ministerio de Sanidad y las comunidades autónomas de definir y actualizar la cartera de servicios común para toda España, que debe incorporarse como uno de los acuerdos del futuro Pacto Estado por la Sanidad que se está negociando en la actualidad.

La decisión de su Gobierno de integrar en una única consejería Sanidad y Sistema Sociosanitario,

¿ha tenido efectos positivos?

Creo que esta mirada integral de los servicios sociosanitarios, con una única dirección política para el ámbito sanitario y social, es muy positiva para afrontar retos como el envejecimiento de la población y el aumento de personas con enfermedades crónicas de larga duración que requieren una buena coordinación de los servicios sociales y sanitarios para garantizar la continuidad asistencial. Y, por eso, nos parece un acierto que el Gobierno de España siga el ejemplo del presidente de Castilla-La Mancha, José María Barreda, a la hora de diseñar la estructura de su gabinete, integrando en un único Ministerio la política social y la Sanidad.

“Ha habido un gran avance –continúa Comas– sobre todo debido a una gran potenciación de medios. Se han mejorado las estructuras, sobre todo en Atención Primaria, y la calidad de esta atención. También se han informatizado las consultas, lo que facilita nuestra labor”

Por su parte, **Ana Valderas**, presidenta del **Grupo Santa Águeda**, una asociación de cáncer de mama, explica que aunque “a veces se tiene la percepción de que en otras comunidades se tienen mejores tratamientos que aquí, eso no es cierto”

Valderas también destaca cómo los pacientes participan cada vez más en la toma de decisiones, y pone como ejemplo la creación del Foro Participativo de Salud de Puertollano. “Gracias al foro las asociaciones tenemos voz y voto –explica–, y podemos

decidir cómo se reparten los presupuestos sanitarios”

Escasez de profesionales

No obstante, y a pesar de los avances que se han producido, todavía quedan muchos aspectos que mejorar, según destacan todos los sectores.

En opinión del presidente de la SEMERGEN, “debería haber una mayor coordinación entre niveles asistenciales que se correspondiera con ese esfuerzo inversor en infraestructuras. También se debería considerar la Atención Primaria como eje básico de la estructura asistencial”

Por su parte, Ana Valderas critica la “política de conciertos” que practica el Gobierno regional con respecto a determinadas especialidades y aboga porque toda la asistencia sanitaria sea de titularidad pública.

Otro problema que afecta a la región es la escasez de médicos, sobre todo en determinadas especialidades como Pediatría. En este sentido, José Manuel Comas aboga por “partir de la base. Hay que lograr que los médicos quieran venir a hacer las prácticas. También se debe fidelizar al residente ofreciendo oportunidades y calidad en el trabajo. Además, es importante que los médicos puedan estudiar aquí la carrera de Medicina”, explica.

Fernando Lamata coincide con esta opinión y añade que “es necesario ampliar el alumnado de Medicina en España a 7.000 plazas por curso, cuando ahora estamos en unas 5.800, a fin de hacer frente de manera efectiva a la escasez de facultativos que tiene España” ■

MERITXELL TIZÓN

mtizon@servimedia.net



La población más envejecida de España determina el gasto

Las características sociodemográficas de Castilla y León, con una alta proporción de personas mayores de 65 años y distribuidas en núcleos de población dispersos, condicionan la planificación de los recursos sanitarios, tanto materiales como humanos, y llegan a representar un crecimiento del gasto sanitario diferente respecto a otras comunidades.

Según el informe de 2007 del Sistema Nacional de Salud, el envejecimiento de la población en Castilla y León, que es la comunidad con mayor proporción de personas mayores de 65 años, determina un incremento del grado de dependencia sanitaria e incide en el aumento de las tasas de prevalencia de enfermedades crónicas y degenerativas, que se traduce en una mayor asistencia domiciliaria, más consumo de servicios sanitarios y una mayor dotación humana.

Este factor supone "un mayor esfuerzo asistencial y mayores costos, pero también una oportunidad para la eficiencia y para acercar el sistema sanitario a los ciudadanos", comenta **José Ramón Huerta**, presidente del **Colegio Oficial de Médicos de Soria**, quien solicita a la Administración "un esfuerzo de coordinación sociosanitaria para mejorar la atención a las personas dependientes y su entorno".

Sin embargo, el presidente de la **Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer (AFA) de Salamanca**, **Roberto Rodríguez**, alude al último informe realizado por la Universidad Pompeu Fabra a iniciativa de la Fundación Pfizer, y puntualiza que "lo que más influye en el gasto sanitario no es la edad de la población, sino la prescripción de pruebas y la estancia hospitalaria, por lo que Castilla y León

va a ser de las que menor incremento de gasto tenga en un futuro, pues su población ya está muy envejecida y dispersa". "El Sistema Sanitario ha aumentado sus recursos durante los últimos años y así lo demuestran las técnicas quirúrgicas que se realizan casi sin límites de edad -comenta Roberto Rodríguez-, pero no se han desarrollado unidades específicas de patologías prevalentes, servicios de geriatría o unidades de estancia media en centros residenciales donde

equipos sanitarios reintegran al enfermo a sus condiciones previas para seguir dándole calidad de vida a los años".

Zonas rurales dispersas

Otro factor que repercute en el sistema sanitario castellanoleonés es que la población se distribuye en núcleos rurales de pequeño tamaño, lo que repercute en la asistencia a los ciudadanos, que tienen que desplazarse para recibir atención médica. Con el objeto de evitar estos desplazamientos, la Junta trabaja en el proyecto 'Transporte para todos', una iniciativa que pretende "fortalecer las comunicaciones y la relación de los núcleos de población de menor tamaño con los núcleos mayores donde se encuentran los centros de salud y con los

LA APERTURA DE NUEVOS CENTROS Y EL INCREMENTO DE SERVICIOS REFLEJA LA CARENCIA DE PROFESIONALES EN DETERMINADAS ÁREAS

Indicadores sanitarios

Número de habitantes (Fuente INE 2009): **2.560.031**

Porcentaje sobre población nacional (Fuente INE 2009): **5,49**

Habitantes mayores de 65 años (Fuente INE 2009): **316.563**

Esperanza de vida (Fuente INE 2005): **hombres: 78,08 mujeres: 84,58**

Presupuesto sanitario de 2009 y porcentaje sobre el total nacional (Fuente MSPS): **3408,75 millones de euros (un 5,78 por ciento)**

Presupuesto sanitario per cápita 2009 (Fuente MSPS): **1.331,53 euros**

Prestación farmacéutica 2009 (Fuente CCAA): **752,12 euros**

Presupuesto prestación farmacéutica per cápita 2009 (Fuente CCAA): **293,79 euros**

Médicos (Fuente MSPS): **A.P: 2.988 A.E: 1.728 Pediatras: 554**

Enfermeros (Fuente MSPS): **A. Primaria: 2.957 A. Especializada: 7.749**

Camas hospitalarias (Fuente INE): **9.430**

% de ciudadanos que creen que la asistencia sanitaria ha mejorado tras las transferencias (Fuente Barómetro Sanitario 2008): **21,00**

Indice de satisfacción con el sistema (Fuente Barómetro sanitario 2008): **6,81**





centros de Atención Especializada”, señalan desde la **Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León**, que dirige **Francisco Javier Álvarez Guisasola**, y añaden que otras iniciativas para mejorar la accesibilidad son “la ampliación de la cartera de servicios de todas las áreas de salud y el desarrollo de emergencias sanitarias”.

Para mejorar la vertebración de la comunidad la Junta de Castilla y León también trabaja en la “instalación de nuevos equipamientos, la incorporación y exten-

FRANCISCO JAVIER ÁLVAREZ GUIASOLA Consejero de Sanidad de Castilla y León

como Ávila, Ponferrada (León), Aranda de Duero (Burgos) o Soria”, y propone trabajar en las áreas de Atención Primaria y Atención Especializada para

AFA Salamanca, y propone dedicar más tiempo a la formación de los profesionales sanitarios, “en su especialidad, en la gestión y educación sanitaria”.

La Junta de Castilla y León, que ha suscrito diversos pactos con los sindicatos para intentar captar profesionales sanitarios, apuesta por la construcción de un sistema sanitario adaptado a la realidad social y demográfica de la comunidad. El traspaso de competencias ha supuesto un “importante impulso en determinadas áreas de salud, así como la

Demasiada burocracia y autorizaciones

El presidente de la Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer (AFA) de Salamanca, Roberto Rodríguez, opina que con la transferencia de competencias sanitarias, “algunos aspectos han mejorado, como el avance de la tecnología en los métodos diagnósticos, la

incorporación de la informática a consultas de Atención Primaria, la construcción de nuevos centros de salud o el desarrollo del sistema de atención urgente extrahospitalario”. Sin embargo, Roberto Rodríguez afirma que Castilla y León, respecto a otras Comunidades

Autónomas, “ha empeorado por la cantidad de burocracia y de autorizaciones que se precisan para realizar determinados tratamientos muy específicos en servicios de referencia de otras comunidades, los cuales se deniegan con una cierta frecuencia”. En la misma línea, José

Ramón Huerta, presidente del Colegio Oficial de Médicos de Soria, reconoce que “la situación ha mejorado, aunque es manifiestamente mejorable y hay aspectos asistenciales que han empeorado debido a la descentralización de la gestión”.

sión de técnicas diagnósticas y quirúrgicas y la organización de redes asistenciales de atención especializada estructuradas dentro de la comunidad”, medidas que contribuirán a la “reducción paulatina de la necesidad de asistencia sanitaria fuera de la comunidad”.

A las peculiaridades demográficas se suma la escasez de profesionales sanitarios en determinadas especialidades, que obedece a varios motivos: los especialistas que hay actualmente son insuficientes, la apertura de nuevos centros sanitarios, el incremento de servicios y el envejecimiento de la plantilla.

El presidente del Colegio Oficial de Médicos de Soria sostiene que el principal déficit del sistema sanitario de la comunidad se debe a “la falta de especialistas en zonas periféricas puntuales,

“potenciar la calidad, reforzar los recursos humanos y desarrollar la periferia de la región para que el Sistema sea más equitativo y descentralizado. La Junta

LA JUNTA DE CASTILLA Y LEÓN APUESTA POR CONSTRUIR UN SISTEMA SANITARIO ADAPTADO A LA REALIDAD DEMOGRÁFICA DE LA REGIÓN

debe hacer mayores esfuerzos, contar con los médicos, incentivarlos. Sin estímulos suficientes, se irán de Castilla y León”, comenta José Ramón Huerta.

“Si destináramos más recursos a la educación sanitaria y a la prevención, podríamos llegar a más gente manteniéndola sana”, explica el presidente de

planificación para mejorar las listas de espera”, subrayan desde la Consejería.

“Los motivos más frecuentes de reclamación se refieren a las listas de espera y a la demora en la asistencia para consultas o pruebas diagnósticas, seguido de las reclamaciones referidas a la insatisfacción con la asistencia recibida y con la libre elección de médico y centro”, apuntan desde la Consejería de Sanidad.

El presidente de AFA Salamanca afirma que “Castilla y León está muy retrasada en comparación con otras comunidades en el desarrollo de los centros que prestan servicios sociosanitarios”, y propone “aprovechar los recursos de los sistemas sanitarios privados para reducir costes y no duplicar esfuerzos” ■

LILIÁN MOYANO

lmoyano@servimedia.net

Escasez de recursos para una amplia cartera de servicios

En el año 1981, Cataluña recibió las transferencias sanitarias y se convirtió en la primera comunidad en gestionar sus propios recursos. En la actualidad, el sistema catalán vive una paradoja: cuenta con una amplia cartera de servicios pero se enfrenta a una acuciante escasez de recursos debido al incremento y el envejecimiento que ha sufrido su población en las últimas décadas.

Cuando en 1981 Cataluña recibió las transferencias sanitarias se convirtió en la primera comunidad en gestionar sus propios recursos. Esta peculiaridad ha caracterizado el desarrollo de su sistema y ha convertido su modelo de gestión en una referencia, en lo bueno y en lo malo, para el resto de autonomías.

“Cuando se produjeron las transferencias –recuerda **Miquel Bruguera i Cortada**, presidente del **Colegio Oficial de Médicos de Barcelona**–, tuvimos que adaptarnos a un modelo nuevo teniendo menos recursos que otras comunidades. Por ejemplo, con respecto a los hospitales, tuvimos que aprovechar todo lo que existía aunque su titularidad no fuera del Estado. Así se configuró una red de utilización pública en la que se aprovecharon, a través de convenios, recursos de otras instituciones. Esto era empezar con un zapato y una alpargata, y ha reducido la creación de hospitales modernos, porque lo que se hizo fue adaptar los antiguos a las nuevas necesidades”

A pesar de todo, el balance tras 25 años parece positivo y, según pone de manifiesto el Barómetro Sanitario del año 2008, un 45 por ciento de los catalanes considera que el sistema funciona bien aunque matiza que “necesita cambios”.

En la actualidad, el sistema de salud



... “**Proponemos un nuevo modelo que garantice una financiación más justa**”

MARINA GELI

Consejera de Salud de Cataluña

catalán atiende a una población de 7.364.078 personas (es la segunda comunidad con mayor número de habitantes, tras Andalucía), de las cuales 1.195.397 son ancianos.

Su cartera de servicios incluye aspectos que lo diferencian de otras comunidades como la salud bucodental infantil, el tratamiento quirúrgico de los trastornos de identidad de género y la prestación complementaria de atención podológica a pacientes diabéticos.

Cataluña fue, además, la pionera en derechos de los pacientes y ya en el año 2000 aprobó una ley al respecto, adelantándose a la norma general que se aprobó en 2002 y que regula la autonomía del paciente y sus derechos y obligaciones.

La participación de los usuarios también se ha incrementado a lo largo de los años, según destaca la presidenta del Foro Catalán de Pacientes, **M^a Dolores**

Indicadores sanitarios

Número de habitantes (Fuente INE 2009): **7.467.423**

Porcentaje sobre población nacional (Fuente INE 2009): **16,00**

Habitantes mayores de 65 años (Fuente INE 2009): **609.146**

Esperanza de vida (Fuente INE 2005): **hombres: 77,21 mujeres: 83,76**

Presupuesto sanitario de 2009 y porcentaje sobre el total nacional (Fuente MSPS): **9.426,53 millones de euros (un 15,99 por ciento)**

Presupuesto sanitario per cápita 2009 (Fuente MSPS): **1.262,35 euros**

Prestación farmacéutica 2009 (Fuente CCAA): **1.698,88 euros**

Presupuesto prestación farmacéutica per cápita 2009 (Fuente CCAA): **227,51 euros**

Médicos (Fuente MSPS): **A.P: 4.486 A.E: 29.537 Pediatras: 692**

Enfermeros (Fuente MSPS): **A. Primaria: 6.074 A. Especializada: 36.124**

Camas hospitalarias (Fuente INE): **32.963**

% de ciudadanos que creen que la asistencia sanitaria ha mejorado tras las transferencias (Fuente Barómetro Sanitario 2008): **40,8**

Índice de satisfacción con el sistema (Fuente Barómetro sanitario 2008): **6,19**



Navarro, quien asegura que “son ya muchas las asociaciones que han participado en grupos de trabajo o comisiones para la elaboración de guías de práctica clínica en determinadas patologías, la elaboración del Plan de Salud de Cataluña, etc.”

Sin embargo, y a pesar de esta avanzada cartera de servicios y de la cada vez más activa participación de los pacientes en la toma de decisiones, las dos características demográficas mencionadas antes –el envejecimiento y el incremento poblacional– han provocado que, en la actualidad, el sistema se encuentre sometido a “mucho presión”, tal y como destaca el Defensor del Pueblo de Cataluña, **Rafael Ribó i Massó**.

Escasez de recursos

Esta presión causa las principales quejas de los pacientes –relacionadas con la atención y las listas de espera– y ha llevado al Gobierno catalán a solicitar en varias ocasiones un cambio en el actual sistema de financiación.

Según explica la consejera de Salud catalana, **Marina Geli**, “proponemos un nuevo modelo que garantice una financiación más justa, especialmente en una situación de retroceso de los ingresos públicos por el impacto de la crisis; un modelo ágil que tenga en cuenta el incremento de la población de los últimos años y que se adapte a corto plazo a su fluctuación, así como otros factores como la compensación por el envejecimiento de la población”.

La consejera catalana también ha abogado en diversas ocasiones por la revisión del actual sistema de copago para hacer frente a la escasez de recursos. En este sentido, su propuesta consiste en “revisar los copagos actualmente existentes sobre las prestaciones farmacéuticas. Si se deseara iniciar



“El sistema sanitario catalán está sometido a mucha presión”

RAFAEL RIBÓ I MASSÓ

Defensor del Pueblo de Cataluña

¿Cuáles fueron las quejas más frecuentes de los pacientes en el año 2008?

La mayoría de las 332 quejas hacían referencia a la atención dada a los usuarios tanto en hospitales como en centros de Atención Primaria y Especializada. Principalmente, hacían referencia a las listas de espera tanto en operaciones como en pruebas diagnósticas. El otro gran paquete de quejas hace referencia a los derechos de los usuarios, mala atención, cambio de médico, etc. Este año también hemos tratado otros temas como la edad de prescripción de la vacuna del virus del papiloma humano o el coste que tienen para el usuario las vacunaciones internacionales y los certificados médicos.

¿Por qué es positivo que los pacientes acudan al Defensor del Pueblo de Cataluña?

Porque es una forma ágil y eficaz de defender sus derechos, pero también porque a través del Defensor la solución a un problema concreto puede provocar, gracias a nuestra recomendación, una mejora global del sistema.

Su cargo le permite observar el funcionamiento del sistema sanitario catalán, ¿qué valoración hace del mismo?

El sistema sanitario catalán está sometido a mucha presión a causa del aumento de habitantes que se ha producido en Cataluña en los últimos años y también por el envejecimiento de la población. Estos dos factores provocan que a veces los recursos, humanos y materiales, no sean suficientes para afrontar esta nueva situación, sobre todo si tenemos en cuenta que los avances médicos obligan a una inversión continuada en nuevos aparatos. Las listas de espera, tanto en operaciones como en pruebas diagnósticas y las desigualdades territoriales de atención serían sus puntos débiles. A pesar de todo, el balance es positivo. Es un sistema casi universal, la mayor parte de los riesgos están cubiertos, tiene un buen nivel asistencial y un buen equipo de profesionales.

Desde que se produjeron las transferencias a las Comunidades Autónomas, ¿los catalanes reciben un servicio sanitario mejor, igual o peor?

Mejor. La gestión de proximidad y el aumento de recursos han mejorado la atención.

el debate sobre la extensión del copago a otras prestaciones, sería necesario que se realizase en el marco de una reforma global”.

Otro aspecto que preocupa a Geli es la escasez de profesionales que, a su juicio, afecta a Cataluña. A este respecto, la consejera ha solicitado en diversas ocasiones la revisión del sistema de homologación de credenciales.

Sin embargo, el presidente del Colegio de Médicos recuerda que la tasa de médicos catalana es de las más

altas de España (4,6 médicos por cada 1.000 habitantes), y destaca que el origen del problema es multifactorial y se debe, entre otros motivos, a “una mala distribución”. Asimismo, advierte de que la homologación de títulos debe hacerse teniendo en cuenta “la formación y el nivel de competencia” de estos profesionales, una opinión que comparten las asociaciones de pacientes. ■

MERITXELL TIZÓN

mtizon@servimedia.net



La población desplazada incide en el presupuesto sanitario

Los 50.000 desplazados en verano, el aumento progresivo de la población y el alto porcentaje de población extranjera marcan el presupuesto sanitario de la Comunidad Valenciana, el más bajo per cápita del país. Sin embargo, sus listas de espera son más cortas de lo habitual y es pionera en investigación biomédica y trasplantes de órganos.

El dato que más llama la atención del sistema sanitario de la Comunidad Valenciana es que tienen el menor presupuesto per cápita de España, con 1.113,14 euros, cuando la media nacional se sitúa en torno a los 1.340 euros, según datos del Instituto Nacional de Estadística de 2009. Sin embargo, este dato hay que analizarlo teniendo en cuenta que "durante los tres meses de verano damos atención hospitalaria a cerca de 50.000 desplazados a quienes destinamos más de 21 millones de euros", afirma **Manuel Cervera, consejero de Sanidad**.

Aparte de la población desplazada, esta comunidad es de las que mayor crecimiento demográfico han experimentado en los últimos años, a lo que hay que unir su alto porcentaje de población extranjera, el 15 por ciento del total, sólo superado por las Islas Baleares. El último año, la población aumentó en 150.000 personas, situándose en la última década en 1,5 millones más.

Esta circunstancia contribuye a la escasez de profesionales, aunque éste es un fenómeno generalizado en el territorio nacional. La Comunidad Valenciana cuenta con más de 9.000 especialistas, y es necesario reforzar Anestesia y Reanimación; Cirugía General y del Aparato Digestivo; Ginecología y Obstetricia; Pediatría; Radiodiagnóstico

y Oncología; Psiquiatría; Reumatología; Cardiología y Cirugía Ortopédica y Traumatología.

Listas de espera

En cuanto a las listas de espera, según datos de la Consejería la Comunidad Valenciana es la segunda autonomía con menos demora en consultas externas, con 31 días, y en intervenciones quirúrgicas, con 45 días, datos que hay que analizar teniendo en cuenta que en los últimos 12 años la comunidad ha pasado de realizar 165.000 cirugías a 308.000, y de 3,7 millones de consultas a 7,4.

Este esfuerzo, sin embargo, no trasciende entre los usuarios, ya que las quejas recibidas por el **Defensor del**



... "En verano damos atención a unos 50.000 desplazados y esto supone un gasto de más de 21 millones de euros"

MANUEL CERVERA
Consejero de Sanidad
de la Comunidad Valenciana

Indicadores sanitarios

Número de habitantes (Fuente INE 2009): **5.084.502**

Porcentaje sobre población nacional (Fuente INE 2009): **10,90**

Habitantes mayores de 65 años (Fuente INE 2009): **381.057**

Esperanza de vida (Fuente INE 2005): **hombres: 76,46 mujeres: 82,7**

Presupuesto sanitario de 2009 y porcentaje sobre el total nacional (Fuente MSPS): **5.659,74 millones de euros (un 9.60 por ciento)**

Presupuesto sanitario per cápita 2009 (Fuente MSPS): **1.113,14 euros**

Prestación farmacéutica 2009 (Fuente CCAA): **1.163,53 euros**

Presupuesto prestación farmacéutica per cápita 2009 (Fuente CCAA): **228,84 euros**

Médicos (Fuente MSPS): 6.866 (no se distingue entre Atención primaria y especializada). Pediatras: 396

Enfermeros (Fuente MSPS): 14.091 (no se distingue entre atención primaria y especializada)

Camas hospitalarias (Fuente INE): **12.992**

% de ciudadanos que creen que la asistencia sanitaria ha mejorado tras las transferencias (Fuente Barómetro Sanitario 2008): **26,4**

Índice de satisfacción con el sistema (Fuente Barómetro sanitario 2008): **6,21**





“Las transferencias han aumentado la cercanía al paciente”

JOSÉ CHOLBI

Defensor del Pueblo

¿Ha mejorado la sanidad valenciana tras la transferencia de competencias?

La mejora ha sido sustancialmente positiva. Antes, los servicios de Sanidad estaban a expensas de las decisiones de Madrid, lo que era una pérdida de tiempo por la lejanía y el excesivo papel burocrático. En estos años, la cercanía al paciente es, quizá, la mejora más destacada. Los pacientes se ven apoyados, tienen a su médico más cerca y también obtienen una respuesta más rápida.

¿Cómo ha repercutido el aumento de población en los servicios?

Nuestra Sanidad funciona aceptablemente bien, aunque tiene las carencias propias de una región que ha crecido de forma desmesurada. Hay que tener en cuenta que tenemos una población de derecho más amplia de la que se reconoce en los censos, sobre todo en verano, cuando aumenta porque todos los que vienen a pasar aquí sus vacaciones solicitan asistencia y hay que prestársela, igual que la asistencia farmacológica.

¿Cómo valora el sistema sanitario?

Altamente positivo. Nuestra salud es buena porque vivimos en una tierra privilegiada. Además, contamos con la ‘dieta mediterránea’, y eso siempre ayuda. Si la comparamos con la Sanidad nacional estaríamos en los niveles más altos. Estamos en el pelotón de cabeza.

¿Qué quejas que recibe destacaría?

Respecto a las listas de espera y al campo de la enfermedad mental. En cuanto a la primera hay que tener en cuenta que dependen de los hospitales, de la especialidad y del tipo de operación que solicite el paciente. En cuanto a las personas con enfermedad mental, se quejan principalmente de la falta de cuidadores, la escasez de centros de acogida y los problemas de los familiares cuando el enfermo es dado de alta.

Pueblo se refieren, en su mayoría, “a las listas de espera y al campo de la enfermedad mental”

Respecto a este apartado, **Llum Moral**, secretaria de la **Federación de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental de la Comunidad Valenciana (FEAFES-CV)**, considera que el principal problema de su comunidad con respecto al colectivo al que representa es “la falta de recursos destinados a dicha población, sobre todo en lo concerniente a la prevención de recaídas, que es tan importante en este sector social”. No obstante, Llum Moral difiere con el Síndic al señalar que el principal problema de las personas con enfermedad mental no es tanto la falta de cuidadores como la cronificación de la enfermedad.

Entre los aspectos positivos, Manuel Cervera destaca que la Comunidad Valenciana “es líder en actividades de trasplantes de órganos, aplicación de tecnologías de la información en el ámbito sanitario y en investigación biomédica”.

También ha sido una de las primeras en ofrecer la historia clínica digital. Según Cervera, “este proyecto surgió para responder a las necesidades de los ciudadanos cuando requieren atención sanitaria fuera de su comunidad, y su puesta en marcha ha sido posible gracias a nuestro esfuerzo inversor en tecnologías de la información y comunicaciones, a los que hemos dedicado 51 millones de euros este año, con más de 90 proyectos en marcha”.

Domingo Orozco, presidente de la **Sociedad Valenciana de Medicina Familiar y Comunitaria**, añade que “la receta electrónica es otro gran avance que permite al paciente ir directamente a la farmacia y no tener que hacer cola

en el centro de salud para renovar su receta. Esto es bueno sobre todo para enfermos crónicos”. Esta medida aplicada hasta el momento en Castellón, se pondrá en marcha en breve en Valencia y Alicante.

Aunque Orozco cree que, en líneas generales, se ha mejorado la Atención Primaria, advierte que “en los dos últimos años hemos empeorado en el número de pacientes por médico”. “Con el proyecto Atención Primaria para el Siglo XXI se pusieron en marcha una serie de medidas que mejoraron el aspecto burocrático –el 40 por ciento de la consulta son papeleos, recetas–, el médico de familia sigue haciendo el informe de la historia del paciente, único, que sirve para todas las instituciones. Estamos desbordados por la cantidad de certificados médicos que nos piden, y esto es un gran avance”.

Respecto a la problemática de los desplazados, Orozco recuerda que la atención sanitaria a pacientes desplazados se realiza con el presupuesto que tiene la Sanidad local, lo que se traduce en que no haya suficiente personal para atenderlos, más si cabe en un época con personal de vacaciones, y plantillas más reducidas”.

El consejero de Sanidad, por su parte, explica que “este año habremos destinado 2.533 millones de euros a atender las necesidades de los 55.000 profesionales que trabajan en la red sanitaria pública; 211 millones para el programa de infraestructuras ‘Construyendo salud’ y a la adquisición de nuevo equipamiento tecnológico hospitalario; 21,5 millones para aplicaciones informáticas y sistemas de información y cinco millones para el ‘Programa de Adecuación de Consultorios municipales PAC’.” ■

PEDRO FERNÁNDEZ

pfernandez@servimedia.net



La tecnología al servicio de la Salud

Desde hace varios años, una de las mayores fortalezas del sistema sanitario de Extremadura es la tecnología, que se encuentra implantada en todos sus estratos con el objetivo de lograr un gran centro de salud virtual. En la otra cara de la moneda, la crisis económica ralentizando, entre otras cosas, el desarrollo de estos proyectos y la financiación a las asociaciones de pacientes.

Extremadura es una de las comunidades con un menor PIB per capita de todo el país, su población está envejecida y se encuentra dispersa en un territorio muy amplio. Estas características socioeconómicas definen las infraestructuras y las políticas que desarrolla su sistema de salud.

Desde hace años, el Ejecutivo extremeño intenta que su Sanidad se ponga a la altura de las más punteras del Estado a través de la implantación de la tecnología en todos los estratos de su sistema de salud. La **consejera de Sanidad y Dependencia, María Jesús Mejuto**, explica que las TIC (Tecnologías de Información y Comunicación) "son fundamentales en la Sanidad y en el abordaje de la atención a las personas en situación de dependencia". Por su parte, **Jose Ramón Hidalgo, Defensor de los Usuarios del Sistema Sanitario Público de Extremadura**, considera que la tecnología es "una de las mayores fortalezas del sistema", porque juega un papel muy importante debido a la dispersión geográfica y las características demográficas.

Entre los proyectos tecnológicos de los que los extremeños pueden beneficiarse destaca la implantación de la receta y la historia electrónica. Con respecto a la primera, implantada en un plazo récord de nueve meses, permite a los 107 centros de salud y las 680 farmacias de esta comunidad prescribir y dispensar medicamentos electrónicamente.

También destaca la implantación de una red de Telemedicina entre los equipos de Atención Primaria de salud y los hospitales, que funciona en todas las áreas de salud en las especialidades de radiología, dermatología, neumología o cirugía mayor ambulatoria, entre otras. Además, está el 'Proyecto CIVITAS', un sistema de información donde se encuentra recogida la población, el mapa sanitario, el registro de centros, los servicios y establecimientos sanitarios y el registro de profesionales. Según Mejuto, todas estas iniciativas van encaminadas a la consecución de lo que denomina "un gran centro de salud virtual".

Consejo de pacientes

Aunque para el Defensor de los Usuarios la tecnología es un impulsor del sistema,

el mayor adelanto concierne al ámbito legislativo, con la Ley de Tiempo de Respuesta de Atención Sanitaria Especializada, en cuya implantación es pionera esta comunidad y que garantiza el ser atendido en un plazo máximo en el ámbito de las intervenciones quirúrgicas, las primeras consultas y las pruebas complementarias.

Para **Carlos Arjona**, presidente del **Colegio Oficial de Médicos de Cáceres**, otro de los avances es la red de urgencias y emergencias, que consiste en que desde cualquier punto de la región se accede a una unidad móvil medicalizada. Esto es muy importante porque permite el traslado rápido de cualquier paciente a un centro hospitalario desde cualquier punto de la región.

En los últimos dos años se ha dotado

Indicadores sanitarios

Número de habitantes (Fuente INE 2009): **1.000.100**

Porcentaje sobre población nacional (Fuente INE 2009): **2,36**

Habitantes mayores de 65 años (Fuente INE 2009): **107.240**

Esperanza de vida (Fuente INE 2005): **hombres: 76,34 mujeres: 83,18**

Presupuesto sanitario de 2009 y porcentaje sobre el total nacional (Fuente MSPS): **1.717,68 millones de euros (un 12,91 por ciento)**

Presupuesto sanitario per cápita 2009 (Fuente MSPS): **1.561,53 euros**

Prestación farmacéutica 2009 (Fuente CCAA): **358,38 euros**

Presupuesto prestación farmacéutica per cápita 2009 (Fuente CCAA): **325,80 euros**

Médicos (Fuente MSPS): **A.P: 1.276 A.E: 1.791 Pediatras: 131**

Enfermeros (Fuente MSPS): **A. Primaria: 1.497 A. Especializada: 2.800**

Camas hospitalarias (Fuente INE): **4.362**

% de ciudadanos que creen que la asistencia sanitaria ha mejorado tras las transferencias (Fuente Barómetro Sanitario 2008): **24,03**

Índice de satisfacción con el sistema (Fuente Barómetro sanitario 2008): **6,17**





“El gran problema que tenemos es la escasez de recursos humanos en algunas especialidades”

MARÍA JESÚS MEJUTO,
Consejera de Sanidad y Dependencia
de Extremadura

¿Cuál es su valoración general del estado actual del sistema sanitario en Extremadura?

Mi valoración es moderadamente optimista. Después de asumir las transferencias sanitarias en el año 2002, tenemos un rodaje más que aceptable de nuestro servicio de salud y del modelo de gerencia única que adoptamos en su día, lo que ha supuesto un importante equilibrio en nuestro sistema sanitario público.

¿Cuáles son sus principales carencias y dificultades de gestión?

Si bien estamos bastante bien dotados, me atrevería a afirmar que por encima de la media en cuanto a alta tecnología sanitaria se refiere, el gran problema que tenemos es la escasez de recursos humanos en algunas especialidades. La cuestión es ir optimizando estos recursos de la mejor manera posible a medida que podamos incorporar más profesionales para explotar mejor los recursos que ya tenemos.

¿Cuáles cree que son los mayores retos que debe afrontar el sistema sanitario extremeño en los próximos años?

Los retos que debemos afrontar no son sólo los retos de Extremadura sino los de todo el sistema público sanitario nacional. Y en este sentido, creo que el Consejo Interterritorial debería aunar criterios para establecer un consenso común. Además, tenemos la obligación de justificar ante los extremeños la correcta decisión de aunar en la misma Consejería la Sanidad y la Dependencia.

al sistema sanitario de 17 UVIs móviles a tal efecto. El presidente de los médicos también destaca los avances en infraestructuras hospitalarias y la existencia de cuatro escuelas de Enfermería, que dotan a la región de un sólido cuerpo de enfermeras bien cualificadas.

El Defensor de los Usuarios destaca también el buen trabajo que se lleva a cabo en las unidades del dolor, así como en cuidados paliativos, en los que asegura que Extremadura es una región pionera. Todo esto sin olvidar el papel tan importante que a su juicio tiene el usuario en el sistema sanitario, como pone de

EXTREMADURA CUENTA CON UNA LEY QUE GARANTIZA SER ATENDIDO EN UN PLAZO MÁXIMO EN INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS

manifiesto la existencia de su cargo, así como la próxima creación del Consejo Extremeño de Pacientes.

Con respecto al ámbito médico, Carlos Arjona valora también positivamente la consecución de la gerencia única, que significa que el gerente coordina tanto la Atención Primaria como la hospitalaria. Además, se felicita de que en la Atención Primaria los médicos hayan conseguido la desburocratización de las consultas, que entorpecía su labor.

Por el contrario, Arjona denuncia la pérdida de decisión del médico, “debido a las interferencias que la incomprensión de sus decisiones y la pérdida de control del paciente acarrearán”. Arjona explica que “esta situación viene dada porque a menudo quien coordina el centro de salud no es un médico, sino un enfermero o un farmacéutico, por ejemplo”.

Sus críticas se dirigen también a los centros hospitalarios rurales. Se trata de

pequeños hospitales instalados en zonas alejadas de los grandes núcleos de población, a los que es complicado que los médicos especialistas vayan a trabajar. Esto supone que este tipo de centros no cuentan con la totalidad de especialidades necesarias cubiertas para atender a los usuarios, a pesar de haberse creado las plazas correspondientes.

Desde su punto de vista, el error fue querer dotar a todos estos centros de médicos especialistas con plaza fija. “Nosotros abogamos por haber vinculado estos centros a los grandes hospitales para que el médico destinado allí no se sintiese aislado sino respaldado por los servicios y el personal de un gran hospital”, señala. Así, ese pequeño centro sería un vínculo entre el paciente y el centro hospitalario.

Arjona asegura que trabajar en este tipo de centros rurales no gusta a los médicos porque, entre otras cosas, tienen un alto número de guardias y su posibilidad de progresión laboral es menor. “Además es muy caro mantener este tipo de centros”, explica.

En este sentido, considera que “el mayor reto para Extremadura es sin duda el económico, que causa, entre otras cosas, que se hayan detenido las reformas que estaban en marcha así como el aumento en las gratificaciones por las guardias”.

Aunque la crisis no afecta solo al sector médico. **Vanesa Retortillo**, presidenta de la **Asociación de Familias de Ictus de Extremadura**, denuncia el escaso apoyo que la Junta da a las asociaciones. De hecho, el precario estado financiero en el que su asociación se encuentra puede que le obligue a cerrar por no poder afrontar pagos básicos. “Las subvenciones son mínimas”, asegura. ■

ASIER VÁZQUEZ

avazquez@servimedia.net

El envejecimiento y la dispersión geográfica disparan el gasto

Ante la falta de médicos en algunas especialidades, la Xunta ha optado por permitir a los opositores a la Administración la libertad de elección de idioma para captar más profesionales y así dar respuesta a las reclamaciones de los usuarios, que se centran en unas listas de espera en las que figuran unos 300.000 pacientes.

La población de Galicia se caracteriza por su alto índice de envejecimiento: el 21,57 por ciento de ésta tiene más de 64 años frente al 16,66 por ciento de la media nacional. Se estima que en el año 2017 el porcentaje de población de más de 64 años alcanzará el 23,9 por ciento sobre el total de los habitantes de Galicia.

El alto índice de personas mayores en la comunidad se traduce en "un aumento de la prevalencia de las patologías asociadas a la edad, por lo general crónicas, que consumen elevados recursos sanitarios en los capítulos de consultas, hospitalización y gasto farmacéutico", señala **Luis Campos**, presidente del **Colegio Oficial de Médicos de Galicia**.

Además del paulatino envejecimiento, la dispersión de la población en pequeñas aldeas influye en la planificación de los recursos sanitarios. En este sentido, Luis Campos opina que "para dar una respuesta adecuada a todos, es necesario incrementar los recursos humanos y las infraestructuras en Atención Primaria".

El último informe anual del Sistema Nacional de Salud, referido a 2007, señala que la disponibilidad de facultativos para la próxima década será deficitaria en algunas especialidades como Alergología, Cardiología,



MARÍA PILAR FARJAS ABADÍA
Consejera de Sanidad de Galicia

Cirugía Oral y Maxilofacial, Cirugía Pediátrica, Cirugía General o Neurología, entre otras.

En este sentido, el presidente de la **Comisión de Sanidad, Política Social y Empleo del Parlamento gallego, Miguel Ángel Santalices Vieira**, afirma que "en muchas espe-

cialidades se han planteado problemas importantes, pero hay soluciones a corto y a largo plazo". Entre las soluciones a corto plazo, Santalices Vieira destaca la futura puesta en marcha de un decreto que regula que "determinados especialistas puedan seguir trabajando después de haber cumplido la edad de jubilación y siempre que estén en buenas condiciones de salud". Esta medida será voluntaria y prorrogará la edad de jubilación desde los 65 años estipulados en la actualidad hasta los 70.

La propuesta ha sido trasladada a los Colegios Oficiales de Médicos para que la valoren. Entre las soluciones a largo plazo, Santalices propo-

Indicadores sanitarios

Número de habitantes (Fuente INE 2009): **2.794.796**

Porcentaje sobre población nacional (Fuente INE 2009): **5,99**

Habitantes mayores de 65 años (Fuente INE 2009): **312.495**

Esperanza de vida (Fuente INE 2005): **hombres: 76,83 mujeres: 84**

Presupuesto sanitario de 2009 y porcentaje sobre el total nacional (Fuente MSPS): **3.767,12 millones de euros (un 6,39 por ciento)**

Presupuesto sanitario per cápita 2009 (Fuente MSPS): **1.347,90 euros**

Prestación farmacéutica 2009 (Fuente CCAA): **872,57 euros**

Presupuesto prestación farmacéutica per cápita 2009 (Fuente CCAA): **312,21 euros**

Médicos (Fuente MSPS): **A.P: 2.417 A.E: 4.569 Pediatras: 320**

Enfermeros (Fuente MSPS): **A. Primaria: 2.797 A. Especializada: 10.633**

Camas hospitalarias (Fuente INE): **10.633**

% de ciudadanos que creen que la asistencia sanitaria ha mejorado tras las transferencias (Fuente Barómetro Sanitario 2008): **24,00**

Índice de satisfacción con el sistema (Fuente Barómetro sanitario 2008): **5,87**



ne “trabajar en coordinación con el Ministerio de Sanidad y Política Social para incrementar la formación de médicos internos residentes (MIR) y ampliar el número de estudiantes en las facultades de Medicina”, añade.

Según el presidente de la Comisión de Sanidad, Política Social y Empleo, la medida más acertada para paliar el déficit de facultativos es “la gestión de área integrada, que permitirá la unificación de la Atención Primaria y Especializada”. A este respecto, añade que “este proyecto colocará al ciudadano en el centro de la atención sanitaria, de forma que evite el colapso de los servicios y la optimización de los recursos económicos y humanos”.

Con el fin de facilitar la captación de médicos especialistas, la Xunta de Galicia, con el cambio de Gobierno, ha modificado la Ley de Función Pública para garantizar la libertad de elección del idioma en las oposiciones a la Administración autonómica. Esta reforma, que ha sido muy bien acogida por el Colegio Oficial de Médicos, plantea que el examen de gallego no sea obligatorio cuando se presente un certificado que acredite que se conoce el idioma. Luis Campos asegura que no desprecia el conocimiento idiomático, ya que “forma parte del acervo cultural”, pero matiza que “lo importante, cuando se opta a una plaza, es tener conocimientos de la especialidad y la formación específica adecuada”.

María Teresa García, presidenta de la **Asociación de Celíacos de Galicia (ACEGA)**, explica que desde la asociación tienen la percepción de que los pacientes a nivel general están “contentos” con el sistema sanitario y subraya el “buen funcionamiento en Atención Primaria”. Sin embargo las

reclamaciones de los pacientes, que en su mayoría se refieren a las listas de espera y a los colapsos en los servicios de urgencias, han sufrido un incremento en los últimos años.

Listas de espera cero

Según Luis Campos, es “preocupante la percepción que la ciudadanía tiene del sistema sanitario público, al que se acusa de ineficacia”, y reconoce la “existencia de lagunas en la política de desarrollo de los profesionales y en la gestión de las listas de espera”, como las carencias principales. En general, pone de manifiesto un sistema “con preocupantes signos de agotamiento y por ello manifiestamente mejorable”.

La Comisión de Sanidad, Política Social y Empleo del Parlamento gallego propone desarrollar una ley de garantías para que cada paciente sea atendido en unos márgenes máximos de tiempo. Para ello han solicitado una auditoría a la **Consejería de Sanidad de la Xunta de Galicia**, que dirige **María Pilar Farjas Abadía**, que se ha incorporado al cargo recientemente. Esta auditoría dará a conocer la situación real de la lista de espera, que dependiendo de la especialidad es variable. “Las listas de espera en la comunidad son excesivamente altas, hablamos de que unas 300.000 personas esperan una intervención quirúrgica, una consulta diagnóstica o una exploración”, explica Santalices Vieira

El objetivo final de la Xunta de Galicia es llegar a tener listas de espera cero, y así poder facilitar el diagnóstico al paciente en el menor tiempo posible. ■

LILIÁN MOYANO

lmoyano@servimedia.net

“Los médicos encuentran mejores condiciones laborales en Portugal”

La Asociación de Profesionales de la Salud Españoles en Portugal (APSEP) tiene registrados a unos 1.800 médicos españoles, con un alto porcentaje de gallegos, que ejercen su profesión en Portugal. “Allí encuentran mejores condiciones laborales, estabilidad y proyección profesional”, explica **Luisa Cadedo**, directora del área de Relaciones Externas de la APSEP.



Ilustración: Teresa G. Lemus

Normalmente estos profesionales no regresan a España. “Es difícil –comenta Luisa Cadedo–, únicamente estarían dispuestos a volver si se ofrecieran, al menos, las mismas condiciones que en Portugal”. En este sentido, la directora del área de Relaciones Externas de la APSEP asegura que habría más posibilidades de regresar “si se aplicara el distrito único, es decir, si se estableciera un concurso de traslados para que todos aquellos médicos que siendo funcionarios en Portugal, pudieran también serlo en España sin necesidad de opositar, y que en el concurso se tuvieran en cuenta variables como los méritos o la antigüedad”. Asimismo, Luisa Cadedo afirma que el Sistema Nacional de Salud en España “ha mejorado en los últimos años en cuanto a oferta de empleo, estabilidad, modalidad de contratos y proyección profesional”. Sin embargo, califica estas medidas de “insuficientes para atraer a los profesionales que están en el extranjero porque distan mucho de las condiciones que tienen ahora en otros países”.



Nuevos modelos de gestión para afrontar las necesidades sanitarias

La Sanidad madrileña es un referente a nivel nacional. No obstante, tiene que hacer frente a varios problemas, entre otros su creciente masificación. Con el objetivo de mejorar la asistencia, la Consejería ha promovido la colaboración público-privada, lo que ha suscitado las críticas de determinados sectores, que creen que puede ser el origen de la privatización del sistema.

Madrid es un referente nacional en materia sanitaria: tiene unas instalaciones punteras y un equipamiento tecnológico de vanguardia, sus profesionales gozan de reconocido prestigio y sus hospitales son centros de referencia en muchas especialidades y patologías. Según destaca la **viceconsejera de Asistencia Sanitaria, Ana Sánchez**, a este reconocimiento han contribuido varias iniciativas puestas en marcha a lo largo de la última Legislatura, entre las que destaca "la construcción de ocho nuevos hospitales, la apertura de 60 centros de salud y la reducción de la lista de espera quirúrgica a tan sólo 30 días".

Sin embargo, y a pesar de las mejoras a las que hace referencia la viceconsejera, el sistema madrileño es uno de los más cuestionados de España sobre todo debido a la aplicación de nuevos modelos de gestión, que han suscitado las críticas de numerosos sectores que temen que sean el inicio de la privatización de la Sanidad pública madrileña.

Los nuevos modelos

Según Ana Sánchez, desde que se produjeron las transferencias los madrileños reciben un servicio mejor y cuentan con una cartera de servicios más amplia. "Hemos acercado la asistencia sanitaria a muchas ciudades y pueblos que anteriormente no contaban con ella", asegura.



... "Lo que tiene que buscar un sistema es dar la mejor asistencia y ser eficaz"

ANA SÁNCHEZ

Viceconsejera de Asistencia Sanitaria

La presidenta del **Colegio Oficial de Médicos de Madrid, Juliana Fariña**, también valora de forma positiva la Sanidad madrileña y asegura que "es la

mejor de España". No obstante, añade que "tiene ante sí un gran reto que superar, que es su creciente masificación, porque Madrid es la comunidad española que más está creciendo en número de habitantes".

A su juicio, "superar este reto requiere más medios, lo que quiere decir más dinero-, y una mejor gestión, que tiene que pasar por tener en cuenta a los profesionales a la hora de tomar decisiones".

La dotación presupuestaria y la gestión a las que hace referencia la presidenta del Colegio Oficial de Médicos son precisamente el objeto de las principales críticas hacia el sistema madrileño. Muchos sectores creen que el presupuesto sanitario per cápita -de 1.119,84 euros, por debajo

Indicadores sanitarios

Número de habitantes (Fuente INE 2009): **6.360.241**

Porcentaje sobre población nacional (Fuente INE 2009): **13,63**

Habitantes mayores de 65 años (Fuente INE 2009): **439.517**

Esperanza de vida (Fuente INE 2005): **hombres: 78,12 mujeres: 84,37**

Presupuesto sanitario de 2009 y porcentaje sobre el total nacional (Fuente MSPS): **7.122,47 millones de euros (un 12,08 por ciento)**

Presupuesto sanitario per cápita 2009 (Fuente MSPS): **1.119,84 euros**

Prestación farmacéutica 2009 (Fuente CCAA): **1.213,15 euros**

Porcentaje prestación farmacéutica per cápita 2009 (Fuente CCAA): **190,74 euros**

Médicos (Fuente MSPS): **A.P. 3.901 A.E. 8.610 Pediatras: 840**

Enfermeros (Fuente MSPS): **A. Primaria: 4.024 A. Especializada: 14.962**

Camas hospitalarias (Fuente INE): **21.347**

% de ciudadanos que creen que la asistencia sanitaria ha mejorado tras las transferencias (Fuente Barómetro Sanitario 2008): **18,6**

Índice de satisfacción con el sistema (Fuente Barómetro sanitario 2008): **6,23**





“El sistema sanitario madrileño es líder a nivel nacional e internacional”

JUAN IGNACIO BARRERO

Defensor del Paciente de la Comunidad de Madrid

¿Cuáles fueron las quejas más frecuentes de los pacientes en el año 2008?

Las referentes a la organización asistencial; la insatisfacción personal y el trato asistencial; las listas de espera –que incluye listas de espera quirúrgicas, diagnósticas, consultas, cualquier especialidad y demora–; la seguridad de los pacientes y la práctica asistencial; los derechos de los pacientes, y las mejoras estructurales de centros, prestaciones y servicios, recursos personales y materiales y farmacia.

Su cargo le permite observar el funcionamiento del sistema madrileño. ¿Qué valoración hace del mismo?

Mi valoración no puede ser otra que muy positiva, a pesar de todo lo que todavía está por hacer. Hemos de tener en cuenta el momento actual en el que se encuentra la Sanidad madrileña, con la reciente puesta en marcha

de siete nuevos hospitales que van a dar servicio prácticamente a toda la geografía de la Región. Y una vez que finalice todo el proceso organizativo, sin duda estaremos ante la consolidación de un sistema sanitario en el que el gran beneficiario será el paciente, que dispondrá de una mejor calidad de la prestación sanitaria, una mejora en la transparencia de la información, mayor accesibilidad al servicio y una mejora en la equidad.

¿Cuáles son los pros y los contras de la sanidad pública madrileña?

Empezando por los aspectos negativos, la Sanidad madrileña participa de los problemas de todos los servicios regionales de salud: incremento excesivo de población, presión asistencial, sostenibilidad prestacional, y la crisis económica actual. En particular, ciertos desajustes iniciales propios de la puesta en marcha de todo modelo organizati-

vo, serán solventados en poco tiempo. Respecto a los aspectos positivos hay que señalar que la propia delimitación territorial empuja al desarrollo de una única área de gestión sanitaria, con los beneficios para el paciente antes indicados. Otro aspecto positivo son sus centros hospitalarios, con sus modernas instalaciones (se están remodelando los antiguos), su capacidad de liderazgo de I+D+i, y el prestigio personal de sus profesionales, aspectos todos ellos que configuran un modelo ciertamente líder a nivel nacional e internacional.

Desde que se produjeron las transferencias a las Comunidades Autónomas, ¿los madrileños reciben un servicio sanitario mejor, igual o peor?

Indudablemente el proceso de descentralización de la Sanidad, en líneas generales, ha sido beneficioso para el conjunto de los ciudadanos de las

diferentes Comunidades Autónomas, al beneficiarse de una proximidad en la gestión y una mayor accesibilidad a las prestaciones asistenciales. En nuestra comunidad, entiendo que la transferencia de la Sanidad hace que se preste un mejor servicio al ciudadano, por diversas razones, tales como la actuación de la Administración de atajar puntualmente los déficits y necesidades detectados en el sistema, a través de métodos organizativos y de gestión más ágiles y eficaces. Asimismo, el hecho de poder disponer –y poder decidirlo así– de mayores recursos económicos que dedicar al sistema. También, a través del sentimiento del ciudadano de tener enfrente a una Administración no tan lejana y tan fría, sino a una organización cuyo objetivo básico es la atención del paciente.

de la media nacional, de 1.340,48 euros– y las nuevas fórmulas de gestión que está aplicando el Gobierno regional ponen de manifiesto el escaso apoyo del Ejecutivo a la Sanidad pública y son el inicio de una “descapitalización” del sistema sanitario.

La viceconsejera madrileña, por su parte, defiende la gestión del Gobierno regional y asegura que no hay ninguna intención de privatizar un sistema “que es referencia del Sistema Nacional de Salud, lo que provoca que pacientes de toda España quieran ser tratados en Madrid de sus patologías. Lo que tiene que buscar un sistema público es dar la mejor asistencia y ser lo más eficaz posible –dice Sánchez–. Nosotros teníamos

grandes hospitales con mucha población y trabajadores concentrados y lo que hemos hecho es, mediante un sistema de colaboración público–privado, abrir el abanico de la oferta hospitalaria”

En medio de la polémica, los pacientes, si bien no creen que se esté produciendo una privatización del sistema sanitario, ven con recelo la aplicación de estas nuevas fórmulas. A este respecto, **Mariano Hernanz**, presidente de la **Asociación de Pacientes Coronarios (APACOR)**, afirma que “sería conveniente que las autoridades explicaran bien estos nuevos modelos de gestión, así como por qué y en base a qué criterios los adopta”

El Gobierno madrileño también está

apostando fuerte por dos nuevos proyectos: la implantación de la libre elección de médico y la instauración de un área única sanitaria. Según la viceconsejera madrileña, ambos serán muy positivos: “El primero mejorará la relación médico–paciente y el segundo eliminará barreras burocráticas ficticias, lo que será bueno para los usuarios”

Otros sectores sanitarios no opinan igual y creen que ambas iniciativas van a ser negativas para los pacientes porque impedirán cualquier tipo de planificación y romperán la integración del sistema. ■

MERITXELL TIZÓN

mtizon@servimedia.net

Servicios concertados como complemento a la Sanidad pública

La región de Murcia es una de las comunidades que mayor presupuesto destina a los servicios sanitarios concertados. Médicos y usuarios se muestran a favor de utilizar este recurso con el objetivo de reducir las listas de espera. En cambio se quejan, junto con la Consejería, de contar con un presupuesto deficitario no acorde a la población existente.

Murcia, junto con Canarias, es la comunidad que más presupuesto destina a la contratación de servicios sanitarios de la red privada. Concretamente un 30 por ciento, según datos de la Consejería de Sanidad. Los servicios privados que más se utilizan son los referentes a hospitalizaciones y prácticas quirúrgicas.

Joaquín García-Estañ López, decano de la **Facultad de Medicina de la Universidad de Murcia**, afirma que de esta forma "se ayuda a reducir las listas de espera, por lo que las clínicas privadas son fundamentales para paliar la demanda de la Sanidad pública". Desde la Consejería también lo entienden como "un complemento a la Sanidad pública", una opinión que comparten los usuarios, que también se muestran a favor de utilizar los recursos que ofrece la Sanidad privada para reducir las listas de espera. En este sentido, **Juan Carrión**, delegado de la **Federación Española de Enfermedades Raras (FEDER) en Murcia** asegura que, a pesar de ser un firme defensor de la Sanidad pública, "la derivación de pacientes al sector privado para reducir las listas de espera es una medida acertada", y añade: "La privatización pasa inadvertida a los pacientes y lo importante es que se construyan hospitales, aunque sean privados".

Por su parte **Rodolfo Castillo**, presidente del **Colegio Oficial de Médicos de Murcia**, también ve positivo que se utilicen los recursos privados. "Lo que ocurre en Murcia y en otras comunidades, sobre todo del arco mediterráneo, es que el sistema público no da abasto para atender a los ciudadanos y lo que se hace es completar la oferta con la Sanidad privada, lo que nos parece positivo".

Los sectores implicados en la Sanidad murciana también coinciden en su valoración positiva de los resultados de las transferencias sanitarias, aunque reconocen que las partidas presupuestarias son insuficientes. **María Ángeles**



... "Estamos haciendo un esfuerzo importante para reducir las agresiones a los médicos"

MARÍA ÁNGELES PALACIOS
Consejera de Sanidad de Murcia

Indicadores sanitarios

Número de habitantes (Fuente INE 2009): 1.445.410

Porcentaje sobre población nacional (Fuente INE 2009): 3,10

Habitantes mayores de 65 años (Fuente INE 2009): 92.446

Esperanza de vida (Fuente INE 2005): hombres: 76,5 mujeres: 82,75

Presupuesto sanitario de 2009 y porcentaje sobre el total nacional (Fuente MSPS): 1.853,66 millones de euros (un 3,14 por ciento)

Presupuesto sanitario per cápita 2009 (Fuente MSPS): 1.282,45 euros

Prestación farmacéutica 2009 (Fuente CCAA): 410,55 euros

Presupuesto prestación farmacéutica per cápita 2009 (Fuente CCAA): 284,04 euros

Médicos (Fuente MSPS): A.P: 1.533 A.E: 2.133 Pediatras: 201

Enfermeros (Fuente MSPS): A. Primaria: 1.772 A. Especializada: 3.989

Camas hospitalarias (Fuente INE): 4.717

% de ciudadanos que creen que la asistencia sanitaria ha mejorado tras las transferencias (Fuente Barómetro Sanitario 2008): 14,2

Índice de satisfacción con el sistema (Fuente Barómetro sanitario 2008): 6,12



Palacios, consejera de Sanidad de Murcia, se queja de que "el Gobierno no ha tenido en cuenta el incremento poblacional", por lo que pide que "la Sanidad murciana deje de financiarse respecto a la población de hace 10 años". La población de Murcia tiene una tasa de crecimiento medio anual de 1,59 por ciento, mientras que la media española es de 1,10 por ciento.

La consejera también justifica el hecho de que Murcia tenga un gasto sanitario por habitante inferior a la media nacional (de 1.237,62 euros según el Ministerio de Economía y Hacienda en el año 2007 cuando la media es de 1.340,48 euros). A este respecto, explica que Murcia es una de las comunidades con mayor incremento presupuestario y añade que han

incrementado el personal facultativo en más de un 50 por ciento desde que se realizaron las transferencias. El transporte sanitario también se incrementó el pasado año en un 20 por ciento, con ambulancias de distintos tipos, según explica la consejera.

En lo que también coinciden facultativos y pacientes es en que la comunidad murciana cuenta con una cartera de servicios similar al resto de España, por lo que no tienen que desplazarse a ninguna otra comunidad para ser atendidos.

La seguridad en los centros es otro aspecto que preocupa a los murcianos. El pasado 11 de marzo, una doctora de la localidad de Moratalla falleció tras recibir cuatro tiros a manos de un paciente en su centro de trabajo. Desde entonces,

María Ángeles Sánchez afirma que la Consejería "está haciendo un esfuerzo importante para reducir las agresiones, facilitarles la denuncia, ayudarles tras cualquier tipo de agresión y mejorar la seguridad a la hora de realizar la asistencia sanitaria." Para llevar a cabo estas medidas, desde el pasado año han puesto en marcha un Plan de Prevención de Agresiones a profesionales sanitarios, lo que ha hecho que se denuncien más agresiones. El plan incluye apoyo psicológico y jurídico al agredido, así como medidas de protección y prevención. Una comisión se reúne trimestralmente para valorar resultados y acotar medidas de actuación. ■

MAR GUEIMONDE

pacientes@servimedia.net

Un trabajo conjunto entre entidades ayudaría a paliar el déficit médico

Murcia, como el resto de España, sufre un déficit de profesionales médicos, sobre todo en algunas especialidades. En este caso, el incremento poblacional, por encima de la media nacional, hace que la situación sea más acusada. Según explica el presidente del Colegio Oficial de Médicos de Murcia, **Rodolfo Castillo**, "ese incremento de la población, tanto estacional como turística, ha provocado un gran déficit de médicos. No en todas las disciplinas pero sí en aquellas que a los usuarios preocupan más, como la Medicina de Familia, la Pediatría o la Ginecología". Desde la consejería de Sanidad apuntan a que se debe a un problema de plani-

ficación por parte de las universidades y a una falta de trabajo conjunto entre éstas, los ministerios y las Comunidades Autónomas. Por este motivo, y ante el decreto balear de exigir a los médicos que trabajan en las islas una titulación que acredite que habla catalán, el Gobierno de Murcia ofreció trabajo a todos los médicos de las islas que quisieran ejercer en la región para evitar esta nueva normativa. **García-Estañ López, decano de la facultad de Medicina de la Universidad de Murcia** coincide en que "la única solución es una planificación global de todos los recursos de toda España", y sostiene que "las comunidades no deberían pelear por los médicos. Se deberían

poner de acuerdo y analizar las necesidades de forma global. Lo que no es normal es que las comunidades se roben los médicos o que, por las demandas económicas, uno pueda traer más médicos que otros". Ampliar el número de plazas en las facultades de Medicina no sería una solución a corto-medio plazo, ya que pasarían seis años hasta que los estudiantes fueran formados, a lo que habría que añadir los años de especialidad. Aún así, **García-Estañ López** reconoce que "desde las facultades hemos sido rígidos y no hemos planificado, pero eso se debería haber hecho hace 10 ó 12 años, y en este país nadie ha planificado nada desde los años 60". Y

añade que aún así "hemos aumentado un 40 por ciento el número de alumnos en los últimos cuatro años". A pesar del déficit de médicos que afecta a Murcia, el presidente del Colegio de Médicos asegura que "los facultativos murcianos están mucho mejor considerados y retribuidos que en otras comunidades". Con el fin de conocer en detalle las necesidades de la región, la consejería ha realizado un trabajo de investigación "para conocer con detalle la falta de profesionales sanitarios a la que nos enfrentamos". De esta forma, a través de un modelo matemático se ajustarán la contratación de personal a las necesidades de Murcia.

A la vanguardia en la implantación de programas de salud novedosos

El sistema sanitario navarro destaca por ser pionero en la implantación de programas de salud novedosos. Según el último Barómetro Sanitario de 2008, los navarros, que cuentan con la mayor esperanza de vida al nacer, dan un notable a su Sanidad aunque les preocupan las listas de espera y la saturación en los servicios de Urgencias.

El nivel de recursos de Navarra se encuentra entre los más altos de todas las Comunidades Autónomas, tanto en dotación tecnológica como en recursos humanos, donde ocupa el primer lugar en médicos y en enfermeras por 10.000 habitantes. Estos datos son similares a la media europea pero inferiores a los de países como Irlanda, Finlandia, Países Bajos, Reino Unido, República Checa o Austria.

“El tamaño poblacional de Navarra la convierte en un buen terreno de implantación de programas novedosos que responden a la vocación de vanguardia y a la implicación de sus actores principales, los profesionales sanitarios y los pacientes”, apunta **María José Lasanta**, directora de la **Agencia Navarra de la Salud**, que depende del **Departamento de Salud del Gobierno de Navarra**, que dirige **María Kutz Peironcelly**.

La Comunidad Foral ha sido pionera en la implantación de programas como el de detección precoz de cáncer de mama, la atención dental infantil o el plan de acción frente al tabaquismo. También en la implantación de servicios –como el de ‘Genética Clínica’– y ha creado áreas funcionales para aumentar la autonomía organizativa y racionalizar el uso de los recursos en la región. Respecto a la Atención Primaria y la Especializada, Navarra ha sido una de



MARÍA KUTZ PEIRONCELY
Consejera de Salud
de la Comunidad Navarra

las primeras comunidades en informatizar e interconectar las historias clínicas.

“El Gobierno de Navarra tiene un plan de inversiones denominado ‘Navarra 2012’ con el objetivo de mantener un ritmo sostenido de crecimiento econó-

mico y consolidar su posición puntera dentro del escenario nacional y europeo”, comenta María José Lasanta.

Inversión tecnológica

La directora de la Agencia Navarra de la Salud subraya que el Departamento de Salud participa con una inversión de 168.261.600 euros para la creación de centros hospitalarios y asistenciales y de 41.123.700 para centros tecnológicos. Esta aportación ha facilitado la creación del Centro de Investigación Biomédica y del Complejo Médico Tecnológico.

El Departamento de Salud navarro trabaja también para encontrar modelos de incentívación que hagan atractivo el servicio de salud e impliquen a los profesio-

Indicadores sanitarios

Número de habitantes (Fuente INE 2009): **629.569**

Porcentaje sobre población nacional (Fuente INE 2009): **1,35**

Habitantes mayores de 65 años (Fuente INE 2009): **56.778**

Esperanza de vida (Fuente INE 2005): **hombres: 78,46 mujeres: 84,55**

Presupuesto sanitario de 2009 y porcentaje sobre el total nacional (Fuente MSPS): **906,94 millones de euros (un 1,54 por ciento)**

Presupuesto sanitario per cápita 2009 (Fuente MSPS): **1.440,57 euros**

Prestación farmacéutica 2009 (Fuente CCAA): **155,31 euros**

Presupuesto prestación farmacéutica per cápita 2009 (Fuente CCAA): **246,69 euros**

Médicos (Fuente MSPS): **A.P: 404 A.E: 785 Pediatras: 90**

Enfermeros (Fuente MSPS): **A. Primaria: 598 A. Especializada: 1.579**

Camas hospitalarias (Fuente INE): **2.418**

% de ciudadanos que creen que la asistencia sanitaria ha mejorado tras las transferencias (Fuente Barómetro Sanitario 2008): **65,9**

Índice de satisfacción con el sistema (Fuente Barómetro sanitario 2008): **7,01**





nales en los objetivos del sistema. "Es necesario seguir invirtiendo en nuevos equipamientos y tecnologías y avanzar en la remodelación de infraestructuras", afirma la directora de la Agencia Navarra de la Salud.

Respecto a la población en Navarra, es importante destacar que la esperanza de vida al nacer es la mayor respecto al resto de Comunidades Autónomas y una de las más altas a nivel mundial. Además, en los últimos años ha disminuido la tasa de mortalidad en ambos sexos en casi todos los grupos de edad.

La lista de espera de primera consulta con el especialista ha pasado de una espera media de 32 días en el año 2006 a los 35 días en 2007, mientras que la lista de espera quirúrgica se redujo el 6 por ciento, la demora ha pasado de los 71 días de media en enero de 2007 a 67 días en enero de 2008. El porcentaje más alto de reclamaciones sigue haciendo referencia a las listas de espera.

Según **Pablo de Miguel Adrián**, presidente del **Colegio Oficial de Enfermería de Navarra**, el sistema sanitario en Navarra funciona bien, pero destaca la demora en las listas de espera y "la saturación que sufren los servicios de Urgencias".

Profesionales formados

La **Asociación de Esclerosis Múltiple de Navarra (ADEMNA)** también califica el funcionamiento del sistema sanitario de "bueno" pero reclama la creación de centros de rehabilitación en los hospitales públicos de la comunidad.

"Es necesario adaptar el sistema a las nuevas demandas, pero en términos generales es bueno", matiza el presidente de la asociación, **José Antonio Villanueva**, y explica que "los profesionales están muy bien formados y los sistemas de diagnóstico han mejorado,

A los navarros les preocupa la cartera de servicios sanitarios

Según los últimos datos presentados por el **Defensor del Pueblo de Navarra**, **Francisco Javier Enériz**, la mayoría de las quejas relativas a la sanidad se refieren a la falta de inclusión de determinadas prestaciones en el catálogo de servicios públicos, a problemas derivados del transporte sanitario, la atención médica de alguna urgencia, los derechos de los usuarios del sistema sanitario y la negativa de la Administración sanitaria al reintegro de gastos en algún caso. Según explica la directora de la Agencia Navarra de la Salud, **María José Lasante**, las quejas relacionadas con la cartera de servicios contemplan "casos particulares o servicios que no se incluyen, bien por grado de afectación o bien por la naturaleza de las prestaciones". "El porcentaje más alto de reclamaciones hace referencia a las listas de espera –asegura Lasante–. Numéricamente, éstas son mucho más importantes que las señaladas por el Defensor del Pueblo de Navarra".

LA POBLACIÓN NAVARRA TIENE LA MAYOR ESPERANZA DE VIDA AL NACER Y UNA DE LAS MÁS ALTAS A NIVEL MUNDIAL

pero notamos déficit respecto a la rehabilitación física, psicológica y social". A su juicio, el sistema público está orientado a diagnosticar, tratar y curar, y cuando se enfrenta a situaciones en las que la curación no existe, como en el caso de la esclerosis múltiple, "hay más problemas para aportar tratamientos rehabilitadores".

José Antonio Villanueva asegura que la ADEMNA cuenta con el apoyo del Gobierno navarro, aunque reciben "más financiación por parte de la Consejería de Asuntos Sociales que por la propia Consejería de Salud".

Entre las principales demandas del sector de Enfermería está la presencia e implicación de los profesionales en las residencias geriátricas. "También nos preocupa cómo va a afectar a la profe-

sión la llegada del Espacio Europeo de Educación Superior y la conversión de los estudios de Enfermería en un título de grado. Como consecuencia, se abren nuevas posibilidades de investigación para los enfermeros", comenta Pablo de Miguel Adrián.

Por su parte, la directora de la Agencia Navarra de la Salud reconoce la necesidad de "asegurar la sostenibilidad económica, profundizando en un cambio en el modelo organizativo que permita optimizar los recursos, evitando ineficiencias. Para ello, se está avanzando en la fusión de servicios estratégicos de los dos hospitales terciarios del área de Pamplona".

Asimismo, María José Lasante apunta que el Servicio de Salud está trabajando para "acercar los recursos al ciudadano a través de servicios de hospitalización a domicilio o servicios basados en la telemedicina, y en un plan piloto de roles y optimización de recursos en Atención Primaria". ■

LILIÁN MOYANO

lmoyano@servimedia.net

El reto de adaptar el sistema a los pacientes crónicos

El sistema sanitario vasco necesita un cambio de modelo que le permita atender a una población que ha pasado de sufrir principalmente patologías agudas a contar con un 60 por ciento de pacientes crónicos. El Gobierno vasco ha prometido 1.800 nuevos médicos y 2.000 auxiliares mientras el sector médico insiste en la necesidad de mantener la calidad asistencial.

El País Vasco es una de las comunidades con una mayor inversión per cápita en Sanidad y uno de los sistemas tecnológicamente más avanzados. Pero el envejecimiento de la población y la inmigración, así como el cambio del tipo de dolencias o la crisis obligan a las autoridades a adaptarse a las nuevas circunstancias y a asumir los crecientes costes que todo esto supone.

Actualmente, el modelo sanitario vasco es el que se ideó en los años 60, concebido para atender a una población que eminentemente sufría complicaciones agudas. Según **Rafael Bengoa, consejero de Sanidad y Consumo**, "tenemos un sistema de salud bueno para atender a los pacientes que sufren problemas de salud puntuales, lo que los especialistas llamamos agudos, pero no tanto para dar respuesta a una población cada vez más envejecida y que padece, sobre todo, enfermedades crónicas". Concretamente, el 60 por ciento de los pacientes presenta una enfermedad de este tipo.

María Luisa Ustarroz, presidenta de la **Asociación de Esclerosis Múltiple de Guipúzcoa (ADEMGI)** expone su experiencia con la Sanidad pública, con la que su asociación tiene una vinculación colaborativa. Esto permite que, a través de un convenio, los procesos de rehabilitación continuada puedan llevar-

se a cabo en su asociación. Según Ustarroz, esto es positivo "dado que reduce la masificación en los centros públicos y revierte en fluidez en el proceso de rehabilitación y en bienestar para el paciente crónico".

Desahogar el sistema

Cosme Naveda, presidente del **Colegio Oficial de Médicos de Vizcaya**, valora positivamente el sistema sanitario aunque cree que adolece de una excesiva burocratización. A este respecto, el consejero vasco manifiesta su intención de "desahogar el sistema y, para conseguirlo, buscar la complicidad y la colaboración de los profesionales sanitarios y

de los pacientes que atienden". De esta forma se evitaría también, según el responsable sanitario, "la duplicación de pruebas que, junto con otros excesos, encarece la gestión del sistema".

A este respecto, Bengoa cree que lo primero es analizar la situación con los profesionales de la Sanidad vasca, porque "está demostrado que el 60 por ciento de las grandes ideas no llegan del centro de la organización, sino de la propia red. Ahí es donde se van a dirigir en primer término nuestros esfuerzos".

Las consultas, sin embargo, no van a centrarse sólo en los profesionales, sino también en los usuarios. "Vamos a procurar reclamar una mayor responsabilidad de los enfermos con su

Indicadores sanitarios

Número de habitantes (Fuente INE 2009): **2.171.243**

Porcentaje sobre población nacional (Fuente INE 2009): **4,65**

Habitantes mayores de 65 años (Fuente INE 2009): **203.172**

Esperanza de vida (Fuente INE 2005): **hombres: 77,2 mujeres: 84,26**

Presupuesto sanitario de 2009 y porcentaje sobre el total nacional (Fuente MSPS): **3.546,44 millones de euros (un 6,01 por ciento)**

Presupuesto sanitario per cápita 2009 (Fuente MSPS): **1.633,37 euros**

Prestación farmacéutica 2009 (Fuente CCAA): **649,13 millones de euros**

Presupuesto prestación farmacéutica per cápita 2009 (Fuente CCAA): **298,97 euros**

Médicos (Fuente MSPS): **A.P: 1.311 A.E: 3.030 Pediatras: 254**

Enfermeros (Fuente MSPS): **A. Primaria: 1.578 A. Especializada: 4.954**

Camas hospitalarias (Fuente INE): **8.463**

% de ciudadanos que creen que la asistencia sanitaria ha mejorado tras las transferencias (Fuente Barómetro Sanitario 2008): **57,1**

Índice de satisfacción con el sistema (Fuente Barómetro sanitario 2008): **6,72**





En 2008 han sido pocas las quejas recibidas por el Defensor del Pueblo vasco, Iñigo Lamarca Iturbe, relacionadas con las listas de espera. Sin embargo, muchos ciudadanos manifiestan que su percepción de la calidad de la atención no es buena y que no han obtenido un nivel adecuado de información y de participación en las decisiones que les afectan. Por otro lado, se han adoptado medidas para

Conclusiones del Defensor del Pueblo vasco para el Parlamento en 2008

reducir el número de tarjetas sanitarias asignadas a los médicos de Atención Primaria, lo que ha supuesto cambios de médicos para muchos usuarios que deseaban continuar con su anterior situación. Con estas medidas, se ha puesto de manifiesto la falta de profesionales en algunas especialidades como Pediatría. Además, uno de los problemas con los que se encuentran las personas con enfermedades crónicas es su rehabilitación, ya que estos pacientes consideran que el nivel ofrecido por el sistema es insuficiente. Todas estas necesidades están previstas en el Plan de Mejora de la Rehabilitación de las

Enfermedades Crónicas en la Sanidad Pública Vasca para 2007-2009 (enfermedades neurológicas, enfermedades cardiológicas, pulmonares, cáncer de mama y linfedema). Sin embargo, en las actuaciones referidas a la rehabilitación neurológica se produce una falta de continuidad en la asistencia a pacientes con enfermedad cerebrovascular o traumatismo craneoencefálico, ya que, en general, exigen un tratamiento de rehabilitación no disponible en el sistema público. Se ha planteado también la ampliación del actual programa de detección precoz del cáncer de mama a mujeres menores de 50 años;

sin embargo, no existe un consenso científico indiscutible sobre esta cuestión. También se han puesto de manifiesto los problemas de algunas enfermedades crónicas, como la retinosis pigmentaria o la esclerosis múltiple. Por otra parte, se hace necesaria la adopción de medidas para la detección y cuantificación de grupos de alto riesgo de exclusión sanitaria y social, como las personas con trastornos mentales graves, personas mayores en situación de dependencia, personas con problemáticas múltiples, como patología dual, o personas con trastornos de conducta.

patología”, asegura el consejero. Bajo su punto de vista, a partir de ahí se podrá propiciar una mayor interrelación entre la Sanidad y los servicios sociales, lo mismo que entre la Atención Primaria y los hospitales. El domicilio particular se convertirá, además, en parte de la red asistencial, gracias a las nuevas tecnologías y a la creación de un nuevo tipo de Enfermería para los pacientes crónicos.

Nuevo mapa sanitario

Fruto de todas estas políticas, el Ejecutivo proyecta la confección para el mes de octubre de un nuevo mapa sanitario que permita conocer de forma fidedigna la situación del sistema, mientras que en paralelo, proyecta la ampliación de la plantilla de médicos en 1.800 efectivos y en 2.000 la de auxiliares.

Aunque para Cosme Naveda, la ratio de médicos por habitante no es



... **“La mayoría de nuestros enfermos son crónicos y no están bien atendidos”**

RAFAEL BENGOA

Consejero de Sanidad y Consumo del País Vasco

mala, y el problema radicaría más bien en la distribución de los profesionales. El doctor explica que, por ejemplo, no todos los médicos colegiados desempeñan su trabajo en el sector público y que habría que preguntarse por qué no es así. En este sentido, Naveda señala la limitación de plazas existente como uno de los posibles

impedimentos. Además, asegura que es muy importante mantener la calidad asistencial, para lo que es necesario “controlar la homologación de los títulos extranjeros extra comunitarios y seguir desarrollando una formación continua de calidad”

Según Bengoa, al margen de la mejora de la atención de los crónicos, su Consejería se ocupará de otros aspectos como hacer frente al “ataque de nuevos virus, más o menos resistentes, y corregir la fragmentación entre la Atención Primaria, la hospitalaria y los servicios sociales”. Este proceso supondrá, según el consejero, como mínimo, de siete a diez años de trabajo.

“Otra de las claves de la excelencia que perseguimos está —explica Bengoa— en armonizar el valor añadido del sistema en términos de salud con la sostenibilidad a largo plazo.” ■

ASIER VÁZQUEZ

avazquez@servimedia.net



Las transferencias impulsan la modernización de la Sanidad

La modernización del sistema sanitario de La Rioja se precipitó con la materialización del traspaso de las transferencias en 2002. Gracias a ello, actualmente los riojanos disfrutan de una Sanidad moderna, con unas infraestructuras punteras y una amplia cartera de servicios. Por el contrario, la falta de masa crítica hace que no existan servicios ni tecnología en ciertas especialidades.

La Rioja cuenta con un pequeño territorio que, exceptuando su capital, Logroño, se reparte en pequeños núcleos rurales cuya población está muy envejecida. Es una de las regiones más ricas de todo el Estado. Sin embargo, no aprovechó sus recursos económicos hasta el año 2002, cuando se materializó el traspaso de las transferencias y comenzó la modernización de su sistema sanitario.

A partir de ese momento, las autoridades sanitarias autonómicas fueron aumentando progresivamente las inversiones, conformando así paulatinamente el renovado sistema de salud del que hoy disfrutan los riojanos. En recientes encuestas se ha constatado que la mayoría de los ciudadanos de La Rioja consideran que la situación de su sistema ha mejorado notablemente tras el traspaso de las competencias al Ejecutivo.

Tres pilares fundamentales

El sistema riojano cuenta con tres pilares fundamentales: un gran hospital de referencia y dos unidades especializadas. El primero de ellos, el Hospital San Pedro, que es el gran referente, es un centro moderno y dotado con la más alta tecnología, situado a la altura de los mejores centros sanitarios del Estado.

Las dos unidades especializadas, que funcionan como complementarias a este hospital, son el Centro de Alta

Resolución de Procesos Asistenciales (CARPA) y el Centro de Investigaciones Biomédicas de la Rioja (CIBIR). Ambas unidades se pusieron en marcha en 2007, en paralelo al Hospital San Pedro, y junto con él encarnan la modernización del sistema sanitario riojano, que tras esta implementación ofrece una cartera de servicios notablemente ampliada.

El Ejecutivo también ha llevado a cabo la modernización de un buen número de centros sanitarios, ubicados tanto en la capital como en municipios rurales de toda la región, así como el rejuvenecimiento de la plantilla. Además, ha realizado mejoras en otras áreas, especialmente las administrativas, en las que ha incorporado nuevas herramientas infor-

máticas, dirigidas tanto a profesionales como a usuarios. También cabe destacar su impulso a la investigación en el campo de las Ciencias de la Salud.

Jose Ignacio Nieto, consejero de Salud de La Rioja, asegura que "las mejoras realizadas desde el punto de vista de la tecnología, tanto en el ámbito sanitario como en el de la información y la comunicación, se encuentran entre las más avanzadas de España".

Por su parte, **Eduardo Viladés, Defensor del Usuario del Sistema Público de Salud de La Rioja**, explica que a raíz del traspaso de las transferencias el sistema sanitario riojano ha mejorado considerablemente tanto en infraestructuras como en gestión. De

Indicadores sanitarios

Número de habitantes (Fuente INE 2009): **321.025**

Porcentaje sobre población nacional (Fuente INE 2009): **0,69**

Habitantes mayores de 65 años (Fuente INE 2008): **30.837**

Esperanza de vida (Fuente INE 2005): **hombres: 78,02 mujeres: 84,45**

Presupuesto sanitario de 2009 y porcentaje sobre el total nacional (Fuente MSPS): **452,57 millones de euros (un 0,77 por ciento)**

Presupuesto sanitario per cápita 2009 (Fuente MSPS): **1.409,76 euros**

Prestación farmacéutica 2009 (Fuente CCAA): **85,00 millones de euros**

Presupuesto prestación farmacéutica per cápita 2009 (Fuente CCAA): **264,78 euros**

Médicos (Fuente MSPS): **Datos oficiales no disponibles**

Enfermeros (Fuente MSPS): **Datos oficiales no disponibles**

Camas hospitalarias (Fuente INE): **976**

% de ciudadanos que creen que la asistencia sanitaria ha mejorado tras las transferencias (Fuente Barómetro Sanitario 2008): **23,2**

Índice de satisfacción con el sistema (Fuente Barómetro sanitario 2008): **6,93**



hecho, considera que "hace 10 años era impensable que La Rioja dispusiese de tales infraestructuras"

En la misma línea, **Mariano Tejedor**, presidente de la **Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN) en La Rioja**, define el estado general de la Sanidad riojana como "satisfactorio". A su juicio, "gracias a la pequeña población, a la escasa dificultad en los desplazamientos y a las pequeñas distancias, gozamos de una infraestructura de transporte sanitario y de una atención médica de urgencias dignas de elogio". Tejedor también señala que "gozamos de buena accesibilidad a la solicitud de pruebas

UNO DE LOS PROBLEMAS DE LA RIOJA ES LA FALTA DE CENTROS DE REFERENCIA EN DETERMINADAS ESPECIALIDADES MÉDICAS

complementarias de ayuda al diagnóstico clínico, con lo que es más fácil ser resolutivo en la prevención, diagnóstico y curación del paciente."

Principales carencias

Sin embargo, debido a que para cierto tipo de patologías no existe masa crítica, el Defensor del Usuario señala como una carencia relevante que no se ponen en marcha cierto tipo de servicios ni tecnologías, como las referentes a la neurocirugía, que obliga a tener centros de referencia fuera de la comunidad con los inconvenientes que esto conlleva.

Viladés también destaca la falta de coordinación entre comunidades a la hora de derivar enfermos, extremo que a su juicio hace necesaria "la existencia de una red de centros de referencia para patologías clave"

Alberto Avenoza, presidente de la **Asociación de Diabéticos Asociados Riojanos (DAR)**, cree que otra de las principales carencias son las listas de espera y la gestión de las mismas, tanto a nivel de intervenciones quirúrgicas como de interconsultas de determinadas especialidades, lo que determina un aumento de presión de los usuarios sobre los médicos de Atención Primaria.

Según el Defensor del Usuario, dicha presión se ve afectada también por la escasez de profesionales en especialidades como la Pediatría, la Dermatología, la Neurología o en la Atención Primaria.

Con el fin de contrarrestar estas carencias, se está iniciando la construcción del nuevo Complejo de Salud San Millán en Logroño y se continuará con la construcción de nuevos centros de salud en la región. Por otro lado, el Hospital San Pedro pretende poner en marcha el programa de trasplante renal en sus instalaciones. También se sigue trabajando para incrementar la coordinación entre Atención Primaria y Atención Especializada.

Otro de los retos importantes es, según destaca el consejero riojano, la creación de una Facultad de Ciencias de la Salud, proyecto en el que el Ejecutivo ya lleva un año trabajando. También está muy avanzada la transformación de la Escuela Universitaria de Enfermería para su adaptación plena a los estudios de grado y, posteriormente, se desarrollará la carrera de Medicina.

Alberto Avenoza y Mariano Tejedor advierten de que para llevar a cabo todos estos proyectos, y garantizar la pervivencia del actual sistema sanitario y de las asociaciones de pacientes, será necesario que la consejería lleve a cabo un gran esfuerzo inversor en materia sanitaria. ■

ASIER VÁZQUEZ

avazquez@servimedia.net



"Falta el apoyo del Ministerio de Sanidad y Política Social como coordinador del Sistema Nacional de Salud"

JOSÉ IGNACIO NIETO

Consejero de Salud del Gobierno de La Rioja

¿Cuál es su valoración general del estado actual del sistema sanitario en la Rioja?

El Gobierno de La Rioja lleva años trabajando para conseguir una Sanidad de calidad, universal y gratuita, que avanza hacia la excelencia. Actualmente, La Rioja cuenta con una sanidad moderna y cada vez más cercana a los usuarios. Los riojanos valoran positivamente su Sanidad, tal y como recogen las encuestas.

¿Cuáles son sus principales carencias y dificultades de gestión?

Echo en falta el apoyo del Ministerio de Sanidad y Consumo como coordinador del Sistema Nacional de Salud. En numerosas ocasiones, las Comunidades Autónomas nos hemos visto obligadas a firmar acuerdos y convenios bilaterales para alcanzar políticas comunes, cuando la base del Pacto de Estado por la Sanidad debería de ser el consenso político, algo de lo que actualmente carecemos.

¿Cuáles cree que son sus puntos fuertes?

Una apuesta política decidida y seria por modernizar y acercar la asistencia sanitaria a los riojanos. Eso ha hecho posible la renovación de las instituciones sanitarias y la incorporación de nuevos servicios. Aprovechando el tamaño de La Rioja, hemos logrado avanzar en la implantación de la Historia de Salud Electrónica en todo el Sistema Sanitario Riojano, lo que supondrá un salto cualitativo muy importante en la mejora de la calidad de los servicios sanitarios que presta. Por otro lado, hemos mejorado notablemente las condiciones laborales de nuestros profesionales sanitarios.

La cercanía con Marruecos determina el sistema sanitario

Los sistemas sanitarios públicos de Ceuta y Melilla están marcados por dos características principales: su dependencia directa en el ámbito de la Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social, a través del Instituto de Gestión Sanitaria (INGESA), y su situación geográfica.

Los sistemas sanitarios de Ceuta y Melilla son los únicos de todo el país que dependen del Ministerio de Sanidad y Política Social, que los gestiona a través del Instituto de Gestión Sanitaria (INGESA). Esta peculiaridad, según **Jesús Lopera**, director territorial del **INGESA en Ceuta**, es positiva, ya que permite que "se reciban mayores recursos por habitante que los que correspondería si la competencia fuera de la Ciudad Autónoma. Además, se corrigen y se atienden situaciones derivadas de la proximidad con Marruecos, para lo cual la Ciudad no tendría recursos. También se producen anualmente desviaciones en gasto farmacéutico y en cobertura de la incapacidad temporal de nuestros centros que supondrían una merma considerable de los recursos de la Ciudad".

El presidente del **Colegio Oficial de Médicos de Melilla**, **Jesús Francisco Delgado Aboy**, comparte esta opinión y cree que depender directamente del Ministerio tiene aspectos positivos, "en cuanto a que tenemos una relación directa con ellos".

No obstante, matiza que esta situación también tiene su lado negativo, sobre todo a la hora de reclamar mejoras. "Somos el buque insignia del Ministerio, y a veces no nos dan determinadas cosas para no crear un precedente, cuando debería ser al contrario", asegura.

Otro rasgo que define los sistemas sanitarios de ambas Ciudades es su situación geográfica. En primer lugar, su

cercanía con Marruecos crea, según Jesús Lopera, "una indudable presión por asistencia a extranjeros"; una afirmación corroborada por el presidente del Colegio Oficial de Médicos, quien asegura que en el Hospital Comarcal de Melilla el 45 por ciento de los ingresos suele proceder del país vecino. Esto da lugar a una sobrecarga asistencial y a unos gastos que, según el representante de los facultativos, no se



... "Depender del Ministerio es positivo y hace que recibamos mayores recursos"

JESÚS LOPERA
Director del INGESA en Ceuta

cubren con la partida presupuestaria del Ministerio.

La otra característica demográfica que incide en ambos sistemas es la distancia que les separa de la Península. Según Delgado Aboy, el lado positivo de esta situación es que la cartera de servicios de ambas Ciudades es "muy amplia".

La otra cara de la moneda es, sin embargo, que para recibir determinados tratamientos, por ejemplo radioterapia, los pacientes tienen que desplazarse a la Península, situada a más de ocho horas de barco y una de avión en el caso de Melilla.

"Te cubren el billete y te dan una dieta muy pequeña –explica **Lali Tortosa**, secretaria de la **Asociación de Enfermos Reumáticos de Melilla (AERM)**– con lo cual al final el desplazamiento resulta muy costoso. Además, resulta incómodo para los pacientes y sus familias." ■

MERITXELL TIZÓN

pacientes@servimedia.net

Indicadores sanitarios

Habitantes (Fuente INE 2009): 151.973

Porcentaje población nacional (Fuente INE 2009): 0,33

Mayores de 65 años (Fuente INE 2008): Ceuta: 3.635 Melilla: 3.339

Esperanza de vida (Fuente INE 2005): Ceuta: 78,62 Melilla: 79,32

Presupuesto sanitario de 2009 y porcentaje sobre el total nacional (Fuente MSPS): Datos oficiales no disponibles

Presupuesto sanitario per cápita 2009 (Fuente MSPS): Datos oficiales no disponibles

Prestación farmacéutica 2009 (Fuente CCAA): 28,23 millones de euros

Porcentaje prestación farmacéutica per cápita 2009 (Fuente CCAA): 185,76 euros

Médicos (Fuente MSPS): Ceuta: 142 Melilla: 145

Enfermeros (Fuente MSPS): Ceuta: 235 Melilla: 254

Camas hospitalarias (Fuente INE): Ceuta: 213 Melilla: 222

Satisfacción con el sistema (Fuente Barómetro sanitario 2008): Ceuta: 6,08 Melilla: 6,12





ES MARAVILLOSO
PODER DAR UN PREMIO
A QUIENES MÁS
SE LO MERECEN

**PREMIOS 2009 A LAS MEJORES
INICIATIVAS DE SERVICIO AL PACIENTE.**

La FUNDACIÓN FARMAINDUSTRIA convoca la V Edición de sus Premios, con los que se quiere reconocer la extraordinaria labor que desarrollan las asociaciones de pacientes, ONGs, fundaciones, profesionales sanitarios, centros asistenciales, medios de comunicación y todo tipo de instituciones y personas en favor del colectivo de pacientes. Con ellos, además de rendirles homenaje, queremos darle un impulso a su tarea y mostrar el compromiso de la industria farmacéutica con los pacientes y con toda la sociedad.
www.premiospacientes.com



MAPA DE LA SANIDAD EN ESPAÑA

PACIENTES

fundación
farmaindustria

Serrano, 116. 28006 Madrid /// Teléfono: 91 515 93 50
www.farmaindustria.es

