

Actualidad

Cuatro ex ministros de Sanidad achacan a la rivalidad entre autonomías el despilfarro de recursos en el SNS

Dos ex ministras de Sanidad, Ángeles Amador y Ana Pastor, y dos ex ministros, José Manuel Romay y Julián García Vargas, han coincidido en señalar a la descoordinación del SNS y a la competitividad entre autonomías como responsables de una buena parte de la ineficiencia en el gasto público sanitario.

Madrid 21/10/2011, Lucía Argos

Los cuatro ex titulares de la cartera de sanidad, dos socialistas y otros dos del PP, participaron este jueves en una mesa redonda sobre la Ley General de Sanidad, 25 años después, patrocinada por la mutua de los profesionales sanitarios AMA, dentro del XVIII Congreso Nacional de Derecho Sanitario que se clausurará el sábado. Y, al margen de sus distintas posiciones ideológicas, todos coincidieron en criticar la falta de cumplimiento de las leyes elaboradas durante estos años para dotar de cohesión al sistema, descentralizado totalmente desde 2001.



José M. Romay, Ana Pastor, Diego Murillo, Ángeles Amador y Julián García Vargas

Resistencia a la gobernanza

Julián García Vargas fue el más crítico, al considerar que, "ya desde el principio, hubo mucha resistencia por parte de las autonomías a una gobernanza del sistema. Infraestructuras a escasos kilómetros unas de otras y dotadas con las últimas tecnologías, carteras de servicios distintas para cada región, sistemas de información que no permiten la interoperabilidad etc...son algunos de los aspectos que llevaron al exministro a concluir que "no hubo afán de cooperación entre las autonomías". Es más "que hubo una carrera entre ellas" para ver cuál desarrollaba mejores prestaciones. "Había una obsesión por la identidad frente a Madrid, sacrificando la colaboración y se instaló una visión confederal de la sanidad muy debil", afirmó

Un Consejo Interterritorial con capacidad ejecutiva

El ex ministro socialista situó el origen de este fenómeno en el momento en el que el Ministerio transfirió la sanidad a las autonomías dependientes del Insalud (apenas un tercio de la población protegida), pues el Instituto dotaba al departamento de cierta capacidad de liderazgo para acordar con el resto de comunidades. Las leyes, a su juicio, se hacen cumplir con financiación, para lo que resulta un obstáculo que el Consejo Interterritorial del SNS carezca de capacidad ejecutiva y, sobre todo, que no está conectado con el Consejo de Política Fiscal y Financiera, dos aspectos que reclamó para la siguiente legislatura.

Diferencias sobre política territorial

Romay Beccaría colocó el principio de la descoordinación en otro momento político, "coincide con la ruptura de los dos grandes partidos sobre su concepción de las políticas territoriales", aseguró; porque, según dijo, antes se llegaba a acuerdos, como demuestra el hecho de que muchas de las iniciativas legislativas durante ese periodo contaron con el consenso de ambas formaciones. "Ahora lo que hay que hacer es mejorar la eficiencia, porque no vamos a tener mucho más dinero", recomendó el ex ministro popular, tras señalar la necesidad de acuerdos entre hospitales, de acabar con las tecnologías infrutilizadas y de dotar de más flexibilidad a la política de recursos humanos en función de

los objetivos.

Concesiones a la empresa privada

Ángeles Amador apoyó en su día, ya como diputada socialista, la reforma de Romay sobre las nuevas formas de gestión de los centros sanitarios públicos, que hoy han dado fórmulas tan variadas como empresas públicas o fundaciones, entre otras. Jurista de formación, Amador consideró que todos estos modelos de gestión directa y sujetos al derecho público "no han ofrecido hasta ahora ningún problema aunque, bajo el nombre de privatización, han encubierto debates bastante falsos". No opina lo mismo de las fórmulas de concesión a empresas privadas la gestión o construcción de instalaciones sanitarias públicas que ya desarrollan algunas comunidades. "Se ha adoptado una figura del derecho público en la que el empresario gestiona a su riesgo y ventura, pero esto está previsto para servicios que no gestiona la Administración o que no tiene financiación para ellos", explicó. Más allá de los condicionantes financieros, la ex ministra socialista se refirió a la responsabilidad que tienen los poderes públicos en garantizar qué tipo de prestación se da y cómo. Insistió en la necesidad de evaluar las diferentes formas de gestión antes de seguir dando pasos, "no vayamos a darnos cuenta tarde de que la fragmentación, o la conversión del sistema en otra cosa, merme la calidad que nos ha costado tanto conseguir".

Avances electorales del PP

Ana Pastor defendió igualmente los logros de la sanidad española en los últimos 25 años y lamentó que la Ley de Cohesión, aprobada durante su mandato, y el "mayor pacto sanitario hasta ahora", no se hubiera cumplido. "La sanidad pública tiene futuro; y tiene futuro porque tenemos buenas infraestructuras y buenos profesionales", dijo la actual responsable de Políticas Sociales del PP. "Pero también necesita reformas", agregó. A la espera todavía de que el partido con más apoyo en las encuestas para ganar las próximas elecciones presente su programa electoral, Pastor avanzó seis líneas generales de reforma, la primera de las cuales apuesta por destinar más recursos al diagnóstico precoz, con el objetivo de obtener más resultados en salud.

Mayor implicación de los profesionales

La segunda, dotar también a la sanidad de mayor financiación, para lo que emplazó a una nueva política económica que genere recursos y reduzca el paro. La cohesión fue su tercera propuesta. "Hemos gastado dinero a espuestas en sistemas de información y somos unos inútiles, porque hoy tenemos tantos tipos de historias clínicas como autonomías", afirmó. La disparidad en las carteras de servicios o los calendarios vacunales fueron otras de sus críticas. En cuarto y quinto lugar, señaló la necesidad de cambiar el actual modelo organizativo hacia una atención por procesos y de diseñar una política farmacéutica "previsible" que, sin ahogar la investigación de la industria racionalice el uso y el gasto en medicamentos.

Por último, Pastor se refirió a los profesionales de la sanidad, sin los cuales, dijo, ninguna reforma será posible. Para ellos propone un cambio de modelo basado en incentivos, en desarrollo de la carrera profesional y en una mayor vinculación con el sistema, mediante su implicación en "la gestión clínica responsable".

Actualidad

Eduardo Dantas, vicepresidente de la Asociación Mundial de Derecho Sanitario: La bioética es el lenguaje común entre la Medicina y el Derecho

Como uno más entre el público del Congreso de Derecho Sanitario, se encontraba Eduardo Dantas, un joven profesional brasileño que, actualmente, ostenta el cargo de vicepresidente de la Asociación Mundial de Derecho Sanitario y que, el próximo agosto, presidirá en Brasil el 19 Congreso Mundial de esta especialidad.

Madrid 21/10/2011, Lucía Argos

Acta Sanitaria.- ¿Qué nuevos retos está planteando la medicina al derecho?

Eduardo Dantas.- La evolución de las tecnologías hace que hoy la Medicina busque más al Derecho. Han surgido muchas preguntas nuevas, incluso aún seguimos intentando averiguar cuáles son las preguntas correctas. Y, para esto, es necesario que cambie también la manera en que la sociedad percibe la medicina y la ciencia. El derecho puede encargarse de esta actuación. La bioética es la forma en que la medicina y el derecho tengan un lenguaje común y, tal vez este sea el principal desafío de este siglo: hacer que derecho y medicina hablen la misma lengua.

A.S.- ¿Qué diferencias hay en la aproximación legal de los conflictos médicos en los distintos países?

E.D.- A excepción tal vez de Estados Unidos e Inglaterra, el resto de los países están desarrollando el derecho sanitario en la misma dirección. En la evolución de los conceptos de responsabilidad civil; en la forma cómo la medicina se ve hoy, no sólo como una relación especial entre el médico y su paciente, sino como una relación que también tiene consecuencias y que por muchos está considerada como una relación de consumo. La legislación internacional, no sólo en la Europa continental, también en Latinoamérica, está siguiendo un camino de convergencia, aunque no intencionada; convergencia en los conceptos de responsabilidad civil, penal y en la manera como se lleva a cabo la gestión jurídico legal de los procesos y de los problemas que surgen en el ejercicio de la medicina

A.S.- ¿Seguimos en una epidemia de medicina defensiva?

E.D.- Sí. Pero es un problema que puede también ser valorado como una solución. Hoy es una epidemia porque, con el aumento de las demandas de responsabilidad civil o penal, los profesionales de la salud tienden a tomar medidas profilácticas, defensivas. Y esto produce lo que vemos hoy en este congreso: discusiones, búsqueda de soluciones para conseguir que tengamos un profesional de la salud más consciente, un paciente mejor informado... y, de esta manera, una mayor calidad en todo el sistema sanitario. Esa es la manera de evitar un incremento de los costes; un incremento de problemas. Si una persona se detiene para verificar lo que hoy se hace en los procesos clínicos, más de la mitad de los problemas surge por un fallo en la comunicación entre el servicio de salud, el médico y el paciente. Si se profundiza en este tipo de debates y se busca una mejora de la información o el conocimiento de los derechos y de los deberes de médico y paciente, la calidad de todo el sistema mejora y será más seguro; menos sujeto a problemas legales.