



Pacto por la Sanidad

SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Propuestas de mejora

**Aportaciones de los diferentes
sectores interesados**



Sumario:

Página:

- Introducción.....	3
- Relación de grupos de interés participantes.	5
- Propuestas a la línea estratégica Políticas de Recursos Humanos.	8
- Propuestas a la línea estratégica Cartera común de Servicios Sanitarios y Unidades de Referencia del Sistema Nacional de Salud.	33
- Propuestas a la línea estratégica Políticas de Racionalización del Gasto Sanitario.....	50
- Propuestas a la línea estratégica Políticas de Calidad e Innovación.	63
- Propuestas a la línea estratégica Políticas de Salud Pública....	74
- Propuestas a la línea estratégica Políticas de Salud sobre el Consumo de Drogas.....	83
- Conclusiones preliminares.....	91



Introducción:

El Ministerio de Sanidad y Política Social pretende, en la presente legislatura, desarrollar un gran proyecto político denominado Pacto por la Sanidad, cuya finalidad es consolidar los principios que inspiran nuestro actual Sistema Nacional de Salud y contribuir al fortalecimiento, la modernización y la sostenibilidad del mismo.

El Pacto por la Sanidad fue anunciado por el anterior ministro de Sanidad y Consumo en su comparecencia del pasado 2 de Junio de 2008 en la Comisión de Sanidad del Congreso de los Diputados.

Todos los grupos parlamentarios respaldaron esta iniciativa, ya que consideraron que era la respuesta adecuada a la necesidad de fortalecimiento, modernización y necesidad de sostenibilidad del actual Sistema Nacional de Salud, que se sustenta en seis principios:

- Cohesión.
- Equidad.
- Calidad.
- Innovación.
- Seguridad.
- Sostenibilidad.

Uno de los objetivos del Pacto por la Sanidad es el de garantizar a los ciudadanos una asistencia sanitaria pública, de calidad y equitativa. También persigue preservar el motor económico que supone para España el actual Sistema Nacional de Salud, como elemento de riqueza e innovación para nuestra economía.

Las Comunidades Autónomas apoyaron en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud la propuesta del Ministerio de Sanidad en su reunión de 18 de Junio de 2008.

El pasado 30 de Septiembre de 2008 se constituyeron seis comités institucionales que se encargaron de aportar los contenidos del "Pacto por la Sanidad". Comenzaron a trabajar para alcanzar puntos de encuentro entre todas las administraciones sanitarias, con objeto de garantizar y reforzar la calidad y sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud.



Los comités institucionales se organizaron en torno a las seis líneas estratégicas que definen el “Pacto por la Sanidad”, a saber:

- Políticas de Recursos Humanos.
- Cartera común de Servicios Sanitarios y Unidades de Referencia del Sistema Nacional de Salud.
- Políticas de Racionalización del Gasto Sanitario.
- Políticas de Calidad e Innovación.
- Políticas de Salud Pública.
- Políticas de Salud sobre el Consumo de Drogas.

Los seis comités institucionales están compuestos por más de un centenar de miembros, representantes de las Comunidades Autónomas y del Ministerio de Sanidad y Política Social.

Desde un primer momento, el Ministerio de Sanidad y Política Social solicitó a todos los agentes del sector sus propuestas de mejora las seis líneas estratégicas.

Se les solicitó su opinión a un total de 122 organizaciones, de las cuales 24 contestaron. Los diferentes participantes se agruparon en los siguientes grupos:

- Sindicatos.
- Asociaciones Empresariales.
- Asociaciones Profesionales Sanitarias.
- Organizaciones Académicas.
- Consejos Generales de Colegios Oficiales.
- Sociedades Científicas
- Asociaciones de pacientes y familiares.

El presente documento pretende ser un resumen de las propuestas de mejora de los diferentes grupos de interés a las seis líneas estratégicas del “Pacto por la Sanidad”.



Relación de grupos de interés (stakeholders) participantes:

1.- COMITÉ INSTITUCIONAL DE POLITICAS DE RECURSOS HUMANOS.

- Federación Española de Enfermedades Raras (FEDER).
- Confederación española de agrupaciones de familiares y personas con enfermedad mental (FEAFES)
- COCEMFE, personas con discapacidad física.
- Federación Española de LUPUS (FELUPUS)
- Federación Española de parkinson
- Asociación Española de la lucha contra el cáncer (AECC).
- Alérgicos al látex.
- Consejo General de Odontólogos
- Sociedad Española de medicina física y rehabilitación (SERMEF).
- CESM
- SATSE
- Sindicato de Auxiliar de Enfermería.
- Consejo General de protésicos dentales
- Consejo General de Biólogos
- Consejo General de Fisioterapeutas
- Confederación Estatal de Estudiantes de Medicina (CEEM)
- FADSP
- FEFE.

2.- COMITÉ INSTITUCIONAL SOBRE CARTERA COMUN DE SERVICIOS SANITARIOS Y SERVICIOS Y UNIDADES DE REFERENCIA EN EL SNS.

- Federación Española de Enfermedades Raras (FEDER).
- COCEMFE, personas con discapacidad física.
- Federación Española de LUPUS (FELUPUS)



- Federación Española de parkinson
- Comité Español de Representantes de personas con Discapacidad (CERMI).
- FIAPAS
- Asociación Española de la lucha contra el cáncer (AECC).
- Alérgicos al látex
- CESH
- SATSE
- Consejo General de Biólogos
- Consejo General de Fisioterapeutas
- Consejo General de Odontólogos
- FADSP
- FEFE.

3.- COMITÉ INSTITUCIONAL DE POLITICAS PARA LA RACIONALIZACION DEL GASTO SANITARIO.

- Federación Española de Enfermedades Raras (FEDER).
- COCEMFE, personas con discapacidad física.
- Federación Española de LUPUS (FELUPUS)
- Alérgicos al Látex
- CESH
- SATSE
- Consejo General de Biólogos
- Consejo General de Fisioterapeutas
- FADSP
- FEFE.
- Asociación Española de Genéricos (AESEG)



4.- COMITÉ INSTITUCIONAL DE POLITICAS DE CALIDAD E INNOVACIÓN.

- Federación Española de Enfermedades Raras (FEDER).
- COCEMFE, personas con discapacidad física.
- Federación Española de LUPUS (FELUPUS)
- Federación Española de parkinson
- Comité Español de Representantes de personas con Discapacidad (CERMI).
- Asociación Española de la lucha contra el cáncer (AECC).
- CESH
- SATSE
- Consejo General de Biólogos
- Consejo General de Fisioterapeutas
- Confederación Estatal de Estudiantes de Medicina (CEEM)
- FADSP
- FEFE.

5.- COMITÉ INSTITUCIONAL DE POLITICAS DE SALUD PUBLICA.

- Federación Española de Enfermedades Raras (FEDER).
- COCEMFE, personas con discapacidad física.
- Federación Española de LUPUS (FELUPUS)
- Comité Español de Representantes de personas con Discapacidad (CERMI).
- Asociación Española de la lucha contra el cáncer (AECC).
- CESH
- SATSE
- Consejo General de Biólogos
- Consejo General de Fisioterapeutas.
- FADSP
- FEFE.
- Alérgicos al Látex.



6.- COMITÉ INSTITUCIONAL DE POLITICAS DE PREVENCION DEL CONSUMO DE DROGAS.

- FEFE.
- Consejo General de Biólogos
- Consejo General de Fisioterapeutas
- FADSP
- SATSE
- Asociación Española de la lucha contra el cáncer (AECC).
- Sindicato de Auxiliar de Enfermería



PROPUESTAS DE MEJORA A LAS LÍNEAS ESTRATÉGICAS DEL PACTO POR LA SANIDAD

A continuación exponemos las propuestas de mejora de los diferentes grupos de interés a las seis líneas estratégicas del “Pacto por la Sanidad” y a sus comités institucionales. Aparecen las aportaciones de cada uno de los “stackholders”, respetando el formato exacto de la documentación que remitieron al Ministerio de Sanidad y Política Social.

1.- COMITÉ INSTITUCIONAL DE POLITICAS DE RECURSOS HUMANOS.

- Federación Española de Enfermedades Raras (FEDER).

“Entendemos que la política de recursos humanos debe primar la cualificación de dicho personal, con formación continuada demostrable, exigible a los mismos y siempre sobre Sanidad, en la que se incluyan características sobre las ER y que dicha formación tenga suficiente reconocimiento social, económico e institucional.

También entendemos que se ha de apoyar económicamente y socialmente a aquellos facultativos y equipos de investigación que destaquen en investigación aplicada a las ER, y en investigación traslacional.”

- Confederación española de agrupaciones de familiares y personas con enfermedad mental (FEAFES).

Apuesta por la formación de los profesionales relacionados con la atención a las personas con enfermedad mental.

- COCEMFE, personas con discapacidad física.

Desde el sector de la discapacidad, y concretamente de la discapacidad física y orgánica, se percibe que la Sanidad en nuestro país ha ido evolucionando y mejorando, pero que ese progreso no ha llegado a todos los ámbitos de la población por igual, y que el mundo de la discapacidad sigue siendo un elemento residual.



Las personas con discapacidad siguen teniendo graves problemas a la hora de acercarse a la Sanidad, por el gran desconocimiento de las discapacidades que tienen la mayor parte de los profesionales que trabajan en el Sistema.

No solo porque en muchos casos, las nuevas dolencias o patologías que manifiesta la persona con discapacidad son atribuidas como factor normal a la discapacidad que tiene la persona, sino también, por un problema de diálogo con los facultativos, en especial cuando tiene que intervenir un familiar o amigo por problemas de expresión en el lenguaje por parte de la persona con discapacidad, llegando en algunos casos a situaciones absurdas.

Todo ello hace que la persona con discapacidad sea reticente y viva en un estado de desconfianza hacia un Sistema que no percibe le trate como al resto de los ciudadanos, conozca y se haga cargo de sus especiales características y le ofrezca las soluciones necesarias existentes en el sistema para una buena parte de la población.

Entendemos que es preciso que los profesionales de la Sanidad estén formados y con conocimientos suficientes sobre las discapacidades existentes y aunque no sea en profundidad, si conozcan las características y problemáticas de cada tipo de discapacidad.

Por otro lado, y aunque no sea este el apartado correspondiente, quisiéramos poner de evidencia las dificultades de acceso físico a muchos de los centros de atención primaria, hospitales, etc... Siguen existiendo innumerables barreras arquitectónicas para, tanto en el acceso, como en los servicios existentes en el interior, (wc, mostradores, puntos de información, etc) y en muchos de los dispositivos o aparatos que se utilizan a la hora de realizar algunas pruebas o exploraciones (radiografías, rayos x, mesas de exploración ginecológica, etc...) que dificultan, cuando no hacen imposible, su acceso por parte de personas con graves discapacidades motóricas.

Se parte de la falsa creencia que las personas con discapacidad, siempre tienen que ir acompañados, y han de ser esos acompañantes quienes suplan las carencias que tiene el propio sistema. Así, si ponen elevadores que no se pueden utilizar si no es con llave, y la llave se ha de ir a buscar al mostrador de Recepción o Información. También se pretende que sea el acompañante quien suba a la persona con discapacidad a la camilla para hacerle una radiografía, o la mesa de exploración. No teniendo previsto nada para cuando la persona con discapacidad va sola.

Desde nuestro colectivo, entendemos que se ha luchado mucho por la integración de las personas con discapacidad, para tener, obligatoriamente, que ir acompañados cuando. Máxime, cuando la técnica y los medios para hacer que todo sea accesible está al alcance de la mano. Estas dificultades que hemos expuesto ahora, no son sólo para las personas con discapacidades motóricas, sino también para todas aquellas personas que sin tener una discapacidad tienen dificultades transitorias o por razones de edad.



- Federación Española de LUPUS (FELUPUS).

El lupus es una enfermedad autoinmune crónica; esto exige unas revisiones continuadas no sólo en los períodos de brote, sino incluso en los períodos en los que se encuentra inactivo.

Estas revisiones hay veces que son efectuadas por especialistas, pero muchas veces los pacientes son derivados a su médico de atención primaria. Estos facultativos deben poseer los conocimientos necesarios y suficientes como para saber interpretar cualquier síntoma indicativo de una posible activación de la enfermedad y remitir consecuentemente el paciente al especialista que corresponda.

Esta acción tiene que suponer la correcta formación del profesional médico y enfermeras, haciéndose más importante si cabe la actualización que, en cuanto a enfermedades autoinmunes, se va produciendo cada día por los avances en investigación.

Esta situación, que en las grandes ciudades puede verse facilitada, es de especial dificultad en los pequeños consultorios locales de núcleos rurales.

Como entidad que agrupa a 22 asociaciones en todo el territorio nacional, se nos ha manifestado en muchas ocasiones, el problema de los desplazamientos a los centros hospitalarios más cercanos y la falta de formación e información que, sobre todo en nuevos tratamientos, difieren de un centro a otro.

Por todo ello, teniendo en cuenta que sólo de enfermos de lupus se estima una población en España de 35.000 afectados, hace necesaria una mayor promoción y mejora en la especialización médica de enfermedades autoinmunes, dentro de la educación universitaria, así como de cursos de actualización para profesionales.

Asimismo, la masificación en las consultas, que dificulta la dedicación del tiempo necesario a cada paciente, justifica una mayor incorporación de profesionales médicos.

- Federación Española de Parkinson.

El colectivo más cualificado para diagnosticar de una forma clara la Enfermedad de Parkinson (EP) son los médicos especialistas en neurología y de ellos los que forman parte del Grupo de Trastornos del Movimiento (GTM), grupo que depende de la Sociedad Española de Neurología (SEN). Estos conocimientos se deben ampliar a otros colectivos como son los médicos de cabecera, psicólogos, personal de enfermería, fisioterapeutas, logopedas, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales, trabajadores domiciliarios,



personal en general de Residencias y Geriátricos, y en general a todos aquellos que intervengan en el sistema sociosanitario. Para obtener tratamientos eficaces para los afectados de EP, es necesaria primero la obtención de diagnósticos diferenciadores.

- Asociación Española de la lucha contra el cáncer (AECC).

Incremento del número de profesionales sanitarios que tienen relación directa con la atención a las personas diagnosticadas de cáncer, en particular: médicos y personal de enfermería dedicados a los cuidados paliativos de los enfermos en fase terminal, psico-oncólogos, y fisioterapeutas para el tratamiento del linfedema.

Incremento del número de profesionales sanitarios relacionados con las innovaciones tecnológicas aplicadas al cáncer, en concreto especialistas en Medicina Nuclear, radiofísicos, y oncólogos radioterápicos que se necesitan para realización de determinadas técnicas, como por ejemplo, la cirugía ganglionar según la técnica de detección isotópica del ganglio centinela, la estadificación con tomografía de emisión de positrones o la realización de técnicas especiales como IMRT.

Consideramos además indispensable analizar, para poder planificar, los recursos humanos necesarios para implementar programas de cribado poblacional del cáncer colorrectal en todas las Comunidades Autónomas.

- Alérgicos al Látex.

En el Sistema Nacional de Salud, dependiendo de la región de la que hablemos y de la especialización de los diferentes actores socio-sanitarios, los recursos humanos se distribuyen de forma diferente según el área sanitaria a la que nos referimos.

Hay especialidades como la de Alergología e Inmunología Clínica, que por circunstancias inherentes a nuestra propia enfermedad es el que más conocemos, se dan situaciones tan dispares como que en Cataluña hay un escasísimo número de Médicos Especialistas en Alergia, en Baleares no hay ninguno y sin embargo en Madrid hay un número aceptable. Son tres ejemplos, pero esta discordancia de cifras se extiende por todo el SNS. A su vez dentro de todo el personal sanitario, a veces la falta de una buena información y formación sobre patologías emergentes, hacen que aún siendo suficientes los Recursos Humanos, no sean eficaces en cuanto a la prevención de efectos adversos.

A todo ello debemos añadir que existen profesionales sanitarios que adquieren enfermedades como consecuencia de su práctica profesional, por ejemplo, alergia al látex, que una vez adquirida, si no se establece una adecuación de



su puesto de trabajo acaban con una invalidez para su profesión, lo que repercute en el Sistema Sanitario, ya que son profesionales que han utilizado un periodo de formación muy extenso y que sólo porque no se realiza una adaptación de su puesto de trabajo eliminando la causa que ha provocado su enfermedad, hace que se vean obligados a abandonar este, como la única solución a su problema.”

- Consejo General de Odontólogos.

Creación de plazas de “dentistas pasantes”, “becarios” o “dentistas [u odontólogos] especialistas en formación” de “atención primaria”, de “cirugía bucal” (que aliviarían la carga de trabajo de los llamados quirófanos ambulatorios de los servicios de cirugía máxilo-facial) y, en su caso (cuando se incorporen servicios restauradores de dientes temporales o de leche), de “odontopediatría”.

Por muy poco coste, como veremos, con estas plazas se conseguirían dar nuevas prestaciones, que pueden calcularse, como promedio, en 1500 actos/dentista/año, de los que 100 serían de rehabilitación protésica (para ancianos), 400 podrían ser extracciones de complejidad media o incluso de dientes incluidos (mediante los especialistas en formación de cirugía bucal), que aliviarían las listas de espera de los servicios de cirugía máxilo-facial, y los 1000 restantes serían de prevención y restauración dentaria (sellados, obturaciones, endodoncias).

Esta propuesta comportaría la creación de especialidades odontológicas mediante modelo residencia, y el coste de 600 plazas, incluidos los equipamientos, personal complementario (higienista, auxiliar), materiales de tratamiento, costes de fabricación de prótesis, etc., darían lugar a 900.000 servicios asistenciales (60.000 tratamientos protéticos, para ancianos; 240.000 extracciones –algunas de la cuales colapsan los servicios de cirugía máxilo-facial y precisan de “peonadas” en algunas CCAA– y 600.000 atenciones preventivas/restauradoras dentales -que permitirían abordar los pacientes con síndrome de Sjögren /xerostomía, discapacitados psíquicos en algunos servicios hospitalarios de Estomatología u Odontología y, de considerarse pertinente, dientes de leche).

Obsérvese que el coste de estas prestaciones, que permitirían dar realmente una cobertura más justa a las necesidades bucodentales de los sectores más desfavorecidos de la población, y proporcionar una excelente oportunidad de formación postgraduada a los odontólogos recién titulados, sólo costaría entre 41 y 49 millones de euros anuales.



- **CESM**

La propuesta en Política de Recursos Humanos se resume en las siguientes líneas estratégicas:

- Definición de perfiles competenciales de las profesiones sanitarias.
- Registro de profesionales.
- Prescripción de enfermería y perfiles competenciales de sus profesionales.
- Necesidad de una regulación en materia de retribuciones.
- Fórmulas de fidelización.
- Desarrollo profesional continuo y formación continuada.
- Necesidad de una adecuada planificación y gestión de los recursos humanos profesionales.
- Una adecuada gestión de la formación sanitaria especializada.

- **SATSE**

Como cuestión preliminar, antes de formular nuestras propuestas sobre RR.HH. consideramos imprescindible la creación de un Observatorio de RR.HH. del Sistema Sanitario vinculado al Consejo Interterritorial que de manera permanente analice y evalúe las líneas estratégicas y políticas sobre esta materia con el objetivo de diseñar líneas de actuación conjuntas y adoptar las medidas oportunas.

1) Planificación de Recursos Humanos para la Salud:

Definición de perfiles competenciales de las distintas profesiones sanitarias.

- Utilización del concepto “ámbito competencial”, previsto en la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS) en lugar del término “perfiles competenciales”.
- Los ámbitos competenciales de las profesiones sanitarias han de ir en consonancia con los Planes de Estudio de los nuevos Títulos de Grado en Ciencias de la Salud emanados del Espacio Europeo de Educación Superior.
- Dar cumplimiento a la LOPS acudiendo a las herramientas que proporciona respecto a las relaciones interprofesionales y al trabajo en equipos multidisciplinares para favorecer la unificación de criterios de actuación y posible delegación de actuaciones, en el marco del pleno



- respecto a la autonomía de cada una de las profesiones sanitarias, y muy especialmente referido a los nuevos roles de las profesiones sanitarias tituladas.
- Cualquier modificación de los ámbitos competenciales debe ser consensuada en la Comisión de Recursos Humanos del SNS y con la participación de los profesionales y sus representantes.

Papel de los profesionales de enfermería en el uso y prescripción de medicamentos

- Modificación inmediata de la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios para permitir a los profesionales de enfermería en el uso y prescripción de medicamentos y productos sanitarios para dar seguridad jurídica a sus actuaciones profesionales garantizando con ello que aquellas Comunidades Autónomas que desarrollen esta Ley lo hagan de una forma armónica de la misma. La modificación implicaría:
 - Establecer la prescripción y el uso de medicamentos y de productos sanitarios por los profesionales de enfermería.
 - Establecer un documento oficial de prescripción y de orden de dispensación para los profesionales de enfermería con cargo a la prestación farmacéutica del SNS.

Conclusiones de la actualización del estudio de necesidades de especialistas

Entendemos que este epígrafe propuesto induce a confusión, dado que no especifica a qué profesionales especialistas se refiere concretamente, no obstante nuestras propuestas son:

- Elaboración y publicación urgente de un Estudio específico de necesidades de especialistas en el ámbito de la profesión de enfermería.
- Establecimiento de un calendario, consensuado por el Consejo Interterritorial, respecto a la implantación progresiva de los puestos de trabajo de enfermeros especialistas en todos los Servicios de Salud.

Planificación de la oferta anual de plazas de formación sanitaria especializada, según las necesidades reales y la capacidad docente del SNS

- Incremento de las plazas ofertadas de formación especializada para las dos especialidades de enfermería actualmente desarrolladas en función de las necesidades detectadas.
- Realización de una estimación de necesidades de especialistas de enfermería en todo el SNS en base al Estudio anterior.
- Creación de las unidades docentes que sean necesarias procurando una distribución homogénea de las mismas y abarcando a todas las Especialidades de Enfermería.
-



- Puesta en marcha urgente del Acceso Excepcional al Título de Enfermero Especialista y del Acceso ordinario por vía EIR de todas las Especialidades de Enfermería.

Medidas en relación con la jubilación de profesionales de la salud

- Con carácter previo, proponemos la planificación de una política global de mejora continua de las condiciones de trabajo de los profesionales que, de forma progresiva, diseñe un itinerario conocido durante la trayectoria laboral de los profesionales. Ello tendrá una notable incidencia en la reducción del número de profesionales que deseen jubilarse anticipadamente.
- No obstante, el conjunto de propuestas que a continuación se formulan en relación a la jubilación, junto con la propuesta de mejora de las condiciones de trabajo, pretenden que los profesionales dispongan de diversas posibilidades para planificar sus últimos años de vida laboral ofertándoles todo un sistema de opciones para que se elijan la que más se ajuste a sus necesidades, y haciendo más flexible y eficiente el sistema sanitario.
- Desarrollo de lo previsto en la Ley del Estatuto Marco y la Ley del Estatuto Básico del Empleado Público en cuanto al acceso efectivo a la jubilación anticipada y parcial para el personal estatutario y funcionario.
- Realización de un Estudio sobre demografía de los profesionales en previsión del posible adelanto de la edad de jubilación de los profesionales de la salud.
- Regulación de un Sistema Especial de jubilación anticipada a los 60 años para enfermería, que se justifica en la penosidad de sus condiciones de trabajo. Este Sistema no deberá suponer merma retributiva en la pensión de jubilación.
- Analizar, en su caso, la implantación de un sistema que permita incrementar voluntariamente a los profesionales sus cotizaciones a la Seguridad Social en los últimos años de vida laboral para poder adelantar la jubilación de los profesionales sin que ello suponga un detrimento a los ingresos previstos por la Seguridad Social.
- Reconocimiento de una gratificación económica en la jubilación como sucede en el sector de la enseñanza.
- Regulación de un sistema de excedencia voluntaria para los últimos años de servicio activo que permita el mantenimiento del 100% de las cotizaciones hasta el momento efectivo de la jubilación.

Creación del Registro Central de Profesionales de la Salud

- Puesta en marcha inmediata del Registro Central de Profesionales de la Salud por parte del Ministerio de Sanidad.
- Obligatoriedad de dicho Registro para las Comunidades Autónomas y utilización homogénea del mismo, siendo los datos compatibles para todas las comunidades.
- Actualización y publicación periódica de los datos del Registro de manera agregada y segmentada.



Desarrollo del RD 450/2005 de Especialidades de Enfermería

- Convocatoria inmediata de la prueba de evaluación de la competencia para dar cumplimiento al Acceso Excepcional al título de Enfermero Especialista previsto en el Real Decreto.
- Culminación y publicación de los planes formativos de todas las Especialidades de Enfermería.
- Creación y puesta en marcha de las Unidades Docentes necesarias de todas las especialidades de enfermería.
- Facilitar realmente el desarrollo del Real Decreto creando la categoría de Enfermera/o Especialista en todos los Servicios de Salud.
- Implantación progresiva de plazas de Enfermera Especialista en todo el SNS con plena coordinación de las CCAA a través del Consejo Interterritorial.

- Definir la relación entre las especialidades de enfermería y los títulos de posgrado emanados del Espacio Europeo de Educación Superior, a través de la Comisión de Coordinación prevista en la Disposición Adicional Quinta del Real Decreto 450/2005.

Planificación de necesidades de profesionales de enfermería en el SNS

- Realización urgente del Estudio de necesidades de profesionales de enfermería para realizar una auténtica planificación de las necesidades reales del Sistema Sanitario.
- Puesta en marcha de un Plan de dotación urgente para la cobertura del actual déficit de plantillas de enfermería tomando como referencia la media de profesionales del entorno europeo.
- Definición de las denominadas “ratios” mínimas necesarias por unidad, servicios, centros y en función de la actividad, grado de dificultad y/o gravedad de los pacientes, que orienten la definición de las plantillas de enfermería adecuadas para proporcionar unos cuidados de calidad en el conjunto del Sistema Sanitario.
- Proceder a un aumento progresivo de las plantillas de profesionales de Enfermería para alcanzar una triple meta:
 - Dotación de ratios mínimas de personal para los diferentes centros y unidades basado en los criterios consensuados.
 - Dotación adecuada de profesionales especialistas de enfermería de una manera coherente a las necesidades de la sociedad actual y del propio sistema sanitario.
 - Satisfacción de las demandas sociales y de los nuevos espacios competenciales de acuerdo a la globalidad de competencias que permite la LOPS (dependencia, salud escolar, prescripción, ...).

- Establecimiento de mecanismos de coordinación entre el ámbito laboral y el ámbito académico en orden a garantizar la adecuación entre la oferta formativa y las necesidades de profesionales.



2) Criterios comunes en relación con la gestión de personal y la organización de los servicios:

Además de formular las propuestas concretas sobre los aspectos que propone el Ministerio en relación con la gestión de personal, resulta llamativo que el propio Ministerio no enuncie las cuestiones en relación a la organización de los servicios sobre las cuales se deberían formular propuestas.

En este sentido, entendemos que faltan cuestiones relativas a la mejora de las estructuras jerárquicas, funcionales y organizativas de los Centros y Servicios Sanitarios.

Al margen de las propuestas concretas que se podrían formular sobre los aspectos anteriormente mencionados, la organización de los centros y servicios sanitarios debería estar basada en la gestión de los diferentes niveles de cuidados que precisan los ciudadanos, como actualmente existe en otros sistemas sanitarios avanzados, por lo que proponemos una reflexión al respecto que propicie un nuevo modelo organizativo.

Acuerdos en materia retributiva y condiciones laborales

- Unificación en la cuantía de, al menos, las retribuciones básicas para todos los profesionales encuadrados en el nuevo Grupo A establecido en el Estatuto Básico del Empleado Público.
- Utilización de las retribuciones complementarias para diferenciar la retribución de cada profesional en función del nivel de responsabilidad o de las características de las pruebas de acceso o de la especialización requerida.
- Sin menoscabo de las competencias de las CC.AA., y mediante un Acuerdo del Consejo Interterritorial, debería establecerse un sistema retributivo armónico para el conjunto del SNS que favorezca la movilidad de los profesionales.
- Realización de un estudio pormenorizado de las condiciones de trabajo de los profesionales del SNS.
- Realización de un Acuerdo para armonizar las condiciones de trabajo.
- Creación de un registro general de condiciones de trabajo que las CC.AA. deberían mantener actualizado al objeto de permitir el análisis permanente de dichas condiciones y la planificación de políticas y medidas concretas que tiendan a mejorar dichas condiciones de manera armónica.
- Creación de una Comisión de Mejora continua de las condiciones de trabajo.

Medidas para la fidelización de profesionales

- Impulsar una política de mejora del clima laboral.
- Diseñar una política de mejora de las condiciones de trabajo.



- Garantizar el acceso efectivo al derecho a la formación y al desarrollo profesional tal como contempla la legislación sanitaria.
- Impulsar una mayor participación de los profesionales en la toma de decisiones, que aporte transparencia.

- Incrementar las medidas de acción social con el objetivo de alcanzar como mínimo el 1% de la masa salarial.
- Las Administraciones deben incluir en su gestión estrategias y campañas permanentes para la mejora de la imagen social, profesional y científica de los profesionales y del sistema sanitario.

Medidas en relación con las convocatorias de selección y traslado de personal estatutario

- Promover una mayor regularidad en las convocatorias de selección y concurso de traslados con el objetivo de alcanzar como mínimo una periodicidad mínima real cada dos años de las mismas, intercalándose entre sí cada año.
- Planificación conjunta de las CCAA en cuanto a las convocatorias para lograr una cierta homogeneidad en el modelo de las pruebas de acceso.
- Valorar la posibilidad de implantar un sistema abierto y permanente para los traslados (a modo del antiguo Concurso Abierto y Permanente-C.A.P.) con todas las garantías de equidad y transparencia, pero que permita agilizar la movilidad voluntaria de los profesionales sin tener que esperar a convocatorias específicas que se suelen dilatar en el tiempo y que ocasionan unos perjuicios innecesarios a los profesionales y un mayor gasto al SNS.
- Garantizar que el conocimiento de un idioma para acceder a una plaza en las comunidades con lengua cooficial no sea considerado requisito sino un mérito más a evaluar, el cual además no deberá tener un carácter decisivo o determinante en la obtención de la plaza, salvo situaciones muy excepcionales.
- Regular que en los concursos-oposición, cuando existan candidatos suficientes que hayan superado todas las fases del proceso, deberán ser cubiertas todas las plazas convocadas, las cuales no podrán ser declaradas plazas desiertas como consecuencia de renunciaciones de candidatos.

Revisión de categorías profesionales de personal estatutario y homologación de las mismas

- Creación de la categoría genérica de “Enfermera/o Especialista” en el conjunto del SNS, al igual que sucede con otras categorías como, por ejemplo, la de Facultativo Especialista de Área (F.E.A.) que es una categoría única para todos los médicos del SNS con independencia de que además se les exija ostentar la especialidad concreta para la plaza que ocupen.
Todo ello para facilitar movilidad de los profesionales y la homologación de las categorías enfermeras, evitando la creación de una categoría por cada especialidad de enfermería.



- La revisión de categorías que se pudiera realizar deberá tener como objetivo la unificación de las categorías existentes en el SNS para evitar la dispersión de las mismas.
- La creación de nuevas categorías o la modificación de las existentes han de ser homologadas por el Consejo Interterritorial y estar debidamente justificadas, evitándose la posible invasión de competencias.

3) Reforma de la formación sanitaria especializada:

Troncalidad y estudio de solicitudes de nuevas especialidades

- Como paso previo, deberían desarrollarse plenamente todas las especialidades de enfermería actualmente reguladas en el R.D. 450/2005.
- Cualquier nueva especialidad que se quiera establecer deberá estar justificada y regularse a través de los procedimientos previstos.
- Favorecer el desarrollo de las Áreas de Capacitación Específica en las especialidades, incluidas las de enfermería, que lo necesiten.

Desarrollo del RD. 183/2008 de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en ciencias de la salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada.

- Creación y puesta en marcha de las Unidades Docentes multiprofesionales (y no multiprofesionales para la Especialidad de Enfermería Médico-Quirúrgica), como contempla este Real Decreto, y estableciendo una distribución más homogénea de estas unidades docentes en los diferentes Servicios de Salud.

Elaboración del proyecto de R.D. por el que se reforma el acceso a la formación sanitaria especializada

- Prever en el R.D. que el nuevo modelo de acceso a la formación sanitaria especializada ha de ser negociado en el Ámbito de Negociación, según lo previsto en el art. 11.4 del Estatuto Marco.
- La nueva prueba de acceso deberá garantizar una evaluación objetiva de los conocimientos teóricos, prácticos y habilidades.

4) Desarrollo profesional continuo y formación continuada

- Implantación del Sistema de Reconocimiento del Desarrollo Profesional (SRDP) con criterios consensuados, a través del Consejo Interterritorial, entre el Mº Sanidad y las CC.AA., tal como contempla la LOPS.
- Instauración de un Plan Marco de Formación Continuada del SNS ajustado a las necesidades del Sistema y de los profesionales.
- Garantizar el acceso de los profesionales a las actividades formativas desarrolladas por los Servicios de Salud siendo computables a efectos de jornada.



- Sindicato de Auxiliar de Enfermería.

1).- POLITICA DE RECURSOS HUMANOS

La Ley General de Sanidad de 1986 se promulgó con el fin de que el Estado Español pudiera cumplir con el precepto constitucional del art. 43 relativo a la salud que recoge, de forma expresa, el reconocimiento del derecho de la persona a la protección de la salud y asigna a los poderes públicos el deber de organizar y tutelar la salud pública. La mencionada Ley permitió la organización de los servicios sanitarios con una configuración autónoma y al margen de la Seguridad Social sobre el modelo de Sistema Nacional de Salud.

Con la finalización del proceso transferencial se pasó al nuevo modelo descentralizado y a los 17 Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas (en adelante CC.AA.) que configuran el Estado Español. Cada una de estas comunidades ha desarrollado un marco normativo que, al amparo de la Ley General de Sanidad, marca diferencias en cuanto a la prestación, a la financiación, a la organización, a la gestión, a la atención y a los recursos humanos.

Tras completarse el traspaso de competencias en materia sanitaria al total de las CC.AA., se hacía necesaria la elaboración de una ley que coordinara y definiera el papel de los organismos que hasta entonces habían tenido una labor esencial en el desarrollo de la asistencia sanitaria.

En este sentido, la Ley 16 de 2003, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud nació para crear un marco legal para la coordinación en un sistema altamente descentralizado y en el que la sanidad había dejado de depender, desde el punto de vista organizativo y financiero, de la Seguridad Social.

El hecho en sí de haber aproximado la gestión de la asistencia sanitaria al ciudadano a través de las Comunidades Autónomas supone, al tiempo, mejorar los mecanismos que garantizan la equidad en el acceso a las prestaciones sanitarias, la calidad y la participación.

Dentro del sistema político actual, de la organización y gestión de los Servicios Regionales de Salud y como componentes de los servicios sanitarios están los Recursos Humanos que deben con sus actuaciones conseguir la promoción de la salud, la educación sanitaria, la prevención de la enfermedad, la asistencia sanitaria en los casos de pérdida de salud – curación de la enfermedad -, la rehabilitación funcional y la reinserción social.

Los profesionales son el activo más importante porque posibilitan que los principios inspiradores del Sistema se cumplan a través de la realización de las actividades derivadas del desempeño de los diferentes puestos de trabajo. Quienes se integren al sector sanitario para ejercer su actividad profesional no solamente tienen que *conocer qué deben hacer*, sino *para quienes, por qué, con qué objetivos, en que entorno, con qué recursos*, y todo esto en el marco



de la Unión Europea, el Estado Español y las diferentes Comunidades Autónomas.

La sanidad del siglo XXI requiere una serie de estrategias y reformas que den sostenibilidad al sistema sanitario, cobertura a la demanda en el nuevo contexto social, político y económico y todo ello centrado dentro del marco de la calidad en la asistencia al ciudadano.

Es necesario **un cambio en la gestión de los recursos humanos**, que asegure objetivos de calidad, productividad y efectividad en la atención, buenas condiciones de trabajo, y una reducción de costes.

La planificación de los recursos humanos, de los servicios y programas de salud, dentro de nuestro marco sanitario, deben ser considerados como un conjunto interrelacionado y no como compartimentos separados.

Nuestra organización considera que la planificación de políticas de recursos humanos debe ser tratada y considerada con la misma eficiencia con la que se trata la planificación de la salud o la financiación, pues en definitiva, los profesionales de la sanidad constituyen un elemento esencial en la modernización y calidad del sistema sanitario español en su conjunto, y en consecuencia, de la modernización y la reforma de la Atención Primaria de los Servicios Regionales de Salud.

2).- VISIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS

Las políticas para el Pacto por la Sanidad debe recoger la crisis mundial de los recursos humanos del sector sanidad. Según el subdirector general de la OMS, Tim Evans: *“... décadas de anemia inversora en la formación, remuneración, condiciones de trabajo y gestión de esos profesionales (...) han provocado una grave carencia de personal con conocimientos clave y un nivel creciente de cambios de profesión, jubilaciones anticipadas y migraciones nacionales e internacionales”*.

Existe una falta de cohesión y coordinación para aglutinar la desigualdad existente en las políticas de recursos humanos de las distintas Comunidades Autónomas.

Es necesario el **reajuste de plantillas** a las necesidades que demanda la población. En la actualidad las plantillas son inadecuadas.

Los ciudadanos solicitan que los profesionales se adapten, una vez más, a las necesidades socio sanitarias. En este campo, el Auxiliar de Enfermería/Técnico en Cuidados de Enfermería (en adelante AE/TCE) tiene gran **relevancia y actuación**.

Los profesionales están desmotivados, las cargas de trabajo no están compensadas con los recursos humanos necesarios, no hay reconocimiento institucional de las funciones que realizan los AE/TCE en la actualidad. (Dichas funciones nada tienen que ver con las especificadas en el obsoleto Estatuto de



Personal Sanitario no Facultativo del año 1973, aún hoy vigentes, a la espera de definir las que se ejecutan en la actualidad en base a la competencia y cualificación que otorga el R.D. 546/95 con el título de Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería).

3).-PROPUESTAS DE MEJORA

- Diseñar un método eficaz para medir cargas de trabajo.
- Dotación de RR.HH. adecuados a las necesidades.
- Potenciar la utilización de los recursos humanos y actividades preventivas, frente al modelo clínicoasistencial.
- Adecuar las funciones y roles de los distintos profesionales.
- Motivar a los profesionales.
- INCREMENTAR los recursos humanos en cuanto al número, a la formación y a la cualificación.

4).-PROPUESTAS DE ACTUACIÓN

Es necesario planificar las necesidades del paciente/cliente y dotar de los recursos humanos idóneos para la prestación del cuidado. Una buena gestión es aquella que **rentabiliza los recursos y al menor coste**. Hay que evitar que un profesional con un alto coste al sistema, realice unas actuaciones que puede ejecutarlas otro profesional, también cualificado, y a menor coste.

Si esto ya se hubiera llevado a cabo, las plantillas en los centros serían las adecuadas y el gasto sanitario no se habría disparado.

Se debe realizar una verdadera política de recursos humanos, es decir, ver cual es el rol de los profesionales en el sistema. Es **preciso reorientar** la sanidad ya que, en la actualidad, está más ocupada en expansionarse y en sobrevivir, que en los problemas de salud de la población.

Es conveniente **evaluar** adecuadamente el impacto de las intervenciones sanitarias que llevan a cabo básicamente los profesionales. Estadísticamente desconocemos cómo influye un trabajo de calidad prestado en relación con la mejora de salud.

Lo cierto es que la existencia de un sistema sanitario público ya es positivo. La Administración debe **detectar** las necesidades que demanda la población y **adecuar** los profesionales necesarios para cubrir dicha demanda.

El Ministerio de Sanidad debe realizar una política de cohesión y coordinación para que desaparezca la desigualdad existente en las políticas de RR. HH. de las distintas Comunidades Autónomas.

El futuro de la política de RR HH en el sector sanitario, pasa por una redefinición del desempeño, las competencias y la cualificación profesional.



5) MEDIDAS

Urge ajustar la relación del gasto en recursos humanos con la calidad de la asistencia prestada. En definitiva: racionalización del gasto sanitario.

Un aumento en los recursos humanos necesarios no tiene porque generar aumento del gasto sanitario. Lo que en un principio puede parecer más coste, a la larga se reconvierte en ganancias.

La planificación de los RR. HH. se debe hacer en base al estudio de cargas de trabajo. No se pueden hacer ratios por número de camas como se hace en la actualidad. Con referencia a los ratios del personal de enfermería (Enfermero y Auxiliar de Enfermería) estos **ratios** deben estar **basados** en el **tipo de paciente** que potencialmente va a ocupar las camas de esa unidad-planta de hospitalización.

Sirva de ejemplo el caso de pacientes de Medicina Interna en los que el ratio de AE/TCE debe ser superior al de los Enfermeros, por el tipo de cuidados que se realizan. Otro ejemplo es la planta de Obstetricia, donde además de las mujeres obstetras nos encontramos con los bebés que no están registrados como pacientes y por lo tanto no existen para las estadísticas hospitalarias (son los denominados “bebés fantasma”) y, sin embargo, generan para el personal auxiliar de enfermería, una doble atención, un doble trabajo en los cuidados, además de un gasto sanitario.

Es completamente necesario **invertir** en más recursos humanos con el fin de impulsar la prevención tanto dentro como fuera del recinto hospitalario y en todos los campos de atención sanitaria.

Se debe realizar una **reorganización** de los RR.HH. existentes dotándolos de las funciones que son de su competencia adecuada a la formación y necesidades del siglo XXI. No es entendible que nuestro colectivo profesional esté infrautilizado en cuanto al desempeño de sus funciones.

La formación actual de estos profesionales (real decreto 546/95) otorga **competencias profesionales y autónomas** en la realización de su praxis.

Si se aplicara la formación recibida a la realización de competencias para los que están cualificados, las plantillas de los centros de trabajo darían un giro importante produciendo un **aumento** en el número de Auxiliares de Enfermería y un **descenso** de enfermeros. En el modelo europeo el personal AE/TCE de hospitalización (enfermera base como allí se denomina) supera en número al personal enfermero.

Se debería **poder medir** las actuaciones de los profesionales de enfermería en el transcurso del turno de trabajo, para poder **evaluar** la dotación de personal en base a la complejidad del trabajo y funciones a realizar, eso sí, dependiendo de las características de los pacientes. Tomemos un ejemplo claro: planta de hospitalización de Medicina Interna en turno de tardes. La plantilla de ATS/DUE es mayor que la plantilla de AE/TCE. Pues bien, en el desarrollo de la actividad



asistencial de ese turno, un elevado número de pacientes no necesitan la intervención del ATS/DUE y, por lo tanto, dicho personal no entra a la habitación y no ve al enfermo. Por otro lado, su compañero de turno, el otro profesional de la enfermería, el AE/TCE ha entrado en todas las habitaciones y ha visto al paciente como mínimo en tres ocasiones (toma constantes, temperatura, ha proporcionado la merienda y cena ayudando a su ingesta en aquellos enfermos dependientes,...), es decir, ha prestado atención y cuidados asistenciales a todos los pacientes de la planta atendiéndolo en toda la dimensión biopsíquicosocial.

El colectivo de Auxiliares de Enfermería, por sus funciones, pasan mucho tiempo al lado del enfermo y su labor se caracteriza por un trato humano y profesional. Los pacientes necesitan encontrar un nexo humano al que aferrarse para canalizar, a través de él, sus miedos, sus angustias e inquietudes.

Si se otorgara a los AE/TCE las funciones, que por formación (R.D.546/95) les compete, se conseguiría un **ahorro considerable** en el gasto de recursos humanos, ya que en la actualidad se está pagando a profesionales diplomados por la realización de cuidados que son competencia de los profesionales de la formación profesional.

6) EL GASTO SANITARIO Y LOS RECURSOS HUMANOS

Cuantificar el gasto de material sanitario, el gasto farmacéutico, de textil, de imprenta, de suministros, etc..., es fácil, pero cuantificar el gasto de recursos humanos relacionándolo con la calidad asistencial prestada es difícilísimo.

Es indispensable encontrar medidas que **frenen** el consumo excesivo. Hay que desterrar de la mente de los ciudadanos la idea de que la sanidad es gratuita. Todos tenemos derecho a ella, pero sin despilfarros.

La racionalización del consumo es un objetivo que exige una **educación** de la población.

Una buena política de los recursos humanos, adecuándola a las necesidades de la población y a la formación actual que reciben los profesionales de la enfermería, es fundamental para **reducir costes sanitarios**.

Es necesario un incremento en las plantillas del colectivo Auxiliar de Enfermería/Técnico en Cuidados de Enfermería que, por su titulación actual, pueden realizar funciones de cuidados que eran impensables en el año 1973 cuando se otorgaron funciones a un personal carente de formación (funciones todavía vigentes del obsoleto Estatuto de personal Sanitario no Facultativo) La **responsabilidad** es de todos.

7) MOTIVACIÓN

Un trabajador **motivado** es un trabajador **productivo**.



Sería una inyección motivadora el reconocimiento del esfuerzo que ha realizado a través de los años el colectivo de los Auxiliares de Enfermería/Técnico en Cuidados de Enfermería para adaptarse a las exigencias de la población y de la sanidad. En los 49 años de existencia han pasado de no exigírsele formación alguna, a las exigencias actuales de un grado medio de la FP, previa superación de la Enseñanza Secundaria Obligatoria (ESO), con 1400 h. de materia específica sanitaria. En su trayectoria laboral, ha pasado de realizar todo su trabajo por delegación, a realizar funciones de manera autónoma dejando registrada la praxis realizada.

Es necesario:

- Implantar los oportunos sistemas que propicien la más correcta adecuación de los trabajadores al puesto de trabajo, evitando la insatisfacción.
- El reconocimiento de una cualificación superior que supondría una motivación del profesional AE/TCE y que repercutiría en beneficio de la asistencia prestada.
- Lograr el desarrollo del capital humano comprometido con la política sanitaria, que encuentre su razón de ser dentro del sistema, alcanzando el respeto de sus derechos como trabajador e individuo, para que dé lo mejor de sí, ofreciendo siempre un nuevo valor de calidad en el cuidado de la salud.

- Consejo General de Biólogos.

Por la propia experiencia y sin poder extrapolar a otras entidades de la Sociedad civil, la representación profesional de los biólogos españoles – antes, el Colegio Oficial de Biólogos; ahora, el Consejo General de Colegios Oficiales de Biólogos – constata el muy bajo nivel de interlocución de la Administración sanitaria española. En otras palabras, en muy pocas ocasiones ésta responde a las demandas que esta parte le plantea y aún en menos ocasiones la respuesta está razonada, con independencia de si ésta se ajusta o no a la demanda por esta parte planteada.

Solución Propuesta

La Administración sanitaria ha de cumplir lo previsto en:

- 1 – La Ley 4/1999, de 13 de enero, en todo lo que concierne a sus relaciones con los administrados y las organizaciones que los representan.
- 2 - El artículo 24 CE, que prohíbe la arbitrariedad de las administraciones públicas, lo que implica la obligación que éstas tienen de razonar sus decisiones en base a Derecho.

1.2. Potencialidad de las profesiones paramédicas

Problema

La Administración sanitaria no aprovecha todo el potencial de recursos humanos que tiene a su disposición, ya que no potencia las profesiones paramédicas, si se nos permite utilizar esta expresión del Consejo Económico y Social de la Unión Europea.

Propuesta



1. Potenciar la presencia de estas profesiones dentro del Sistema Nacional de Salud, incrementando el número de plazas disponibles para estas profesiones en lo que respecta a las especialidades sanitarias que tienen reconocidas.

2. Articular las medidas legales para el acceso a la especialidad sanitaria de los titulados universitarios superiores que aún no la tiene reconocida.

1.3. Contradicción entre las funciones de los profesionales sanitarios y el acceso a plazas de profesional sanitario.

Problema

De acuerdo con el artículo 4.3. de la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, las funciones que desarrollan los profesionales sanitarios son, entre otras, asistencial, docente, investigadora, de gestión clínica, de prevención y de información y de educación sanitaria.

Actualmente, numerosos profesionales titulados en Ciencias de la Salud ejercen estas funciones y no son reconocidos como profesionales sanitarios.

Propuesta

Considerar profesional sanitario a todos aquellos profesionales que ejerzan su profesión en el Sistema Nacional de Salud.

Para ello se propone:

a) modificar el artículo 2 de la LOPS, o bien

b) ampliar la dispuesto en la disposición adicional séptima de la LOPS a dichos titulados universitarios que no tienen la consideración legal de profesionales sanitarios aunque trabajen en la Sanidad, ya sea pública o privada.

1.4. Listas de espera

Problema

Esta situación se da debido a falta de personal en todos sus niveles de calificación profesional y así como de medios.

Propuesta

Además de otras medidas de otro orden, aumentar el número de plazas para profesionales paramédicos, en las que éstos tienen reconocido su competencia, liberando así de aquellas plazas a titulados médicos, con la finalidad de que éstos pueden acceder a especialidades exclusivamente médicas.

1.5. Necesidad de homogenizar los criterios de la admisión de titulaciones, de acuerdo con la jurisprudencia y la normativa vigente

Problema

Los biólogos tienen diversas especialidades reconocidas.

No obstante, todavía hay Comunidades Autónomas que niegan el acceso de los licenciados en Biología a plazas de especialidades a las que, de acuerdo con la jurisprudencia y las normas administrativas de aplicación, tienen acceso los licenciados en Biología; esta absurda situación conlleva que los colegios de biólogos deban reclamar mediante Recursos de reposición o contencioso-administrativo. Ejemplo de ello es la Resolución, de 6 de septiembre, por la que se corrigen los errores de la Resolución de 15 de enero de 2007 (publicada en el Diario Oficial de Galicia 108, de 6 de junio) por la que se convoca vinculación temporal, por concurso de méritos, una plaza de facultativo especialista de área de análisis clínicos en el complejo Hospitalario Universitario de Vigo.

Propuesta

Eliminar la discriminación de los biólogos en las plazas a las que tiene derecho. Es necesario que el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud tome un acuerdo sobre los criterios de acceso a las plazas públicas, ajustado a



la jurisprudencia, con objeto de evitar arbitrariedades contra todas las titulaciones implicadas. En otras palabras, se trata de homogenizar los criterios de acceso a la función pública en la Sanidad.

1.6. Gran interinidad entre los profesionales sanitarios

Problema

Este Consejo se remite a los puntos 1.3. y 1.5. de este documento.

Propuesta

Las citadas en esos puntos.

- Consejo General de Fisioterapeutas
- Todos los ciudadanos deberíamos gozar de una **sanidad pública igual** para todos, pero no es así, porque en las distintas áreas no se da el mismo **ratio de población por fisioterapeuta**, ni los mismos **tipos de tratamiento** debido a esta sobrecarga asistencial por la lista de espera. Por tanto, **unificar el nº de fisioterapeutas / habitante** en las distintas áreas sanitarias, tanto de AP como de AE.
- Puesto que la **atención primaria está desbordada** por la demanda creciente de tratamientos fisioterápicos, hay una **sobrecarga en los servicios de atención especializada con patologías que deberían ser tratadas en atención primaria**. Con ello se aumenta la lista de espera de patologías de especializada, puesto que parte de los recursos humanos de especializada se destinan a tratar las patologías de primaria.
- Hay pacientes con patologías de atención primaria que **duplican tratamientos de forma innecesaria**, ya que reciben tratamiento en su centro de salud y en su hospital de referencia según como sea la derivación. El médico debería disponer de las herramientas necesarias para conocer qué, cuándo y dónde se trató con anterioridad al paciente, para evaluar, si es necesaria o no, una nueva derivación.
- En atención especializada el **tratamiento individual** de un paciente neurológico o politraumatizado debe ser, de al menos media hora, para dar un mínimo de calidad. (Durante este tiempo el fisioterapeuta está constantemente con el paciente que, en muchas ocasiones, es dependiente).
- En atención especializada los recursos humanos deberían formar parte de **equipos de subespecialidades** para mayor funcionalidad y una mejor calidad asistencial (Ej. Fisioterapia neurológica, urogenital, respiratoria, pediátrica...) al menos durante una parte de la jornada laboral, para que al mismo tiempo exista la posibilidad de movilidad en situaciones de necesidades del servicio. Hacer un estudio para adecuar el nº de plazas teniendo en cuenta las unidades o departamentos que existen.
- Desarrollo de una reflexión global que parta de un análisis de situación, en el que se revisen los antecedentes y las tendencias actuales, se describa la oferta de recursos y se caractericen las necesidades y demandas desde la perspectiva de los ciudadanos y las condiciones de salud que presenten.
- Hacer una fase de planteamiento estratégico en la que se identifiquen las áreas de mejora y las oportunidades de provisión, intervención y/o participación social.



- Examinar de forma adicional el equilibrio precario entre suministro y demanda de salud y servicios de fisioterapia.
- Se debe pretender conectar la medida de la carga de trabajo a otras herramientas institucionales como las financieras y de gestión para definir la utilización de los recursos orientados sobre los ciudadanos o sobre los programas y para establecer su coste.
- **Existen unas necesidades sentidas y no cubiertas** por el Sistema Público de Salud en materia de Fisioterapia. La inadecuación en la atención que se procura a estos pacientes tiene una repercusión negativa sobre la salud de los mismos y sobre el funcionamiento global del sistema.
- **La insuficiente cobertura de plazas de fisioterapeuta** condiciona el que de forma generalizada las funciones propias del fisioterapeuta sean desarrolladas por personal no cualificado con el consiguiente perjuicio para la calidad de la asistencia que se presta a los usuarios del Sistema Público de Salud.
- La oferta insuficiente de atención fisioterapéutica en Atención Primaria ha generado fórmulas de derivación a través de la Atención Especializada que intentan limitar la accesibilidad a dicho servicio generando una demanda ficticia y la consecuente sobrecarga de algunos servicios hospitalarios.
- Una **reorganización lógica de la fisioterapia** extrahospitalaria con una inversión asumible en recursos humanos multiplicaría los beneficios sobre el usuario y el funcionamiento general del Sistema.
- **Existen grandes desigualdades territoriales** en la cobertura de Fisioterapia tanto en Atención Especializada como en Atención Primaria creándose un agravio comparativo y una situación discriminatoria totalmente inaceptable en nuestro Sistema Público de Salud
- Confederación Estatal de Estudiantes de Medicina (CEEM).

1. - Planificación de recursos humanos para la salud:

- Conclusiones de la actualización del estudio de necesidades de especialistas
Aunque celebramos la iniciativa del Ministerio de presentar un estudio actualizado con respecto al de 2006, creemos que con este estudio se ha perdido la oportunidad de esclarecer por fin el mapa demográfico sanitario. Por una parte, mantenemos lo que ya dijimos en noviembre de que no podemos basar la planificación en un estudio con estimaciones. Las diversas reacciones a este nuevo trabajo, las críticas a su metodología, las posibles interpretaciones de unos mismos datos, los dudosos cálculos sobre médicos españoles trabajando en el extranjero, nos demuestran que lo que necesitamos es el registro de profesionales que España adolece, que de forma clara, transparente, tajante y no estimada, certifique nuestras capacidades en recursos humanos.

Del estudio interpretamos que ha confirmado en gran medida las afirmaciones de las organizaciones profesionales sobre la inexistencia de un déficit absoluto real de médicos y lo llamativo de un déficit relativo de ciertos especialistas.



Afirma que tenemos más médicos que los que según los estándares internacionales son “necesarios”, apunta a un problema del uso de estos profesionales y la organización de estos recursos, prácticamente descarta el déficit global.

El estudio concluye que el ya asumido aumento progresivo del numerus clausus hasta los 7.000 en los próximos años es suficiente para garantizar el recambio, algo que Decanos y Estudiantes habíamos aceptado, con ciertas condiciones, desde hace años.

Por ello consideramos absolutamente inadecuada la reacción mediática generada por el estudio y avivada por Autonomías y Ministerio alarmando con un “angustioso déficit” que no es tal. Los datos manejados son más esperanzadores que en el pasado estudio y así lo transmitió el Ministerio al Foro de la Profesión, por lo que no entendemos la súbita sorpresa y apresuradas declaraciones concernientes al aumento de plazas de grado.

- Planificación de la oferta anual de plazas de formación sanitaria especializada ,según las necesidades reales y la capacidad docente del SNS . A este respecto lo que podemos decir es que el sistema debe garantizar un techo en la equivalencia entre plazas MIR ofertadas y egresados anuales de las facultades. El clima de alarma social y presión mediática que las administraciones han generado está forzando a las facultades a aumentar de forma desmedida, poco gradual y sin compensación económica el numerus clausus de acceso a la titulación. Venimos denunciando esto desde hace más de dos años pero en el último curso la situación se ha hecho insostenible en numerosos centros y el problema se prevé en aumento. Queremos garantizar que este numerus clausus no pueda superar la capacidad de absorción de residentes del Sistema porque de esa forma no estaremos contribuyendo a la solución del -supuesto- déficit sino que nos estaremos limitando a dejar a graduados sin poder especializarse año tras año como ya ocurrió en los años ochenta. Aunque el máximo de entrada lo fija la Conferencia General de Política Universitaria, lo hace oídas las necesidades que dictamina el Ministerio de Sanidad y Consumo, por lo que instamos a dicha administración y a las consejerías autonómicas, tanto de Educación como de Sanidad, a considerar de forma responsable la planificación de recursos humanos desde 1º de carrera y a ver el proceso como un continuum en el que no podemos buscar soluciones exclusivamente aumentando la masa de alumnos en la base del complejo.

Por eso, el CEEM, proponemos la creación de una Mesa de Coordinación específica entre el MICINN y el MSC para tratar los asuntos concernientes a las carreras universitarias de las profesiones sanitarias. Un tema central de esta mesa permanente sería fijar las recomendaciones sobre numerus clausus basados en tres pilares: necesidades del sistema, plazas MIR ofertadas y capacidad de las facultades y centros sanitarios universitarios para garantizar el mantenimiento de la excelencia en la formación médica. Creemos que esa mesa interministerial debería tener como asesores al menos un representante

de los Decanos y uno de los estudiantes para poder aportar la visión desde el terreno. Sin una mayor coordinación entre Universidad y Sistema Nacional de Salud en lo concerniente a la educación del médico (y por extensión a



enfermería, farmacia, etc...) es imposible aplicar soluciones integrales realmente efectivas y caemos en el error de poder generar mayores problemas que soluciones.

- Creación del Registro Central de Profesionales de la salud. Celebramos la iniciativa ministerial de creación de este registro y solicitamos a las Autonomías que trabajen conjuntamente para su consecución. Es necesario que los datos sean comunes, compartidos, públicos y transparentes, que se hagan en consonancia con los colegios oficiales de médicos y organizaciones profesionales y que se coordine de forma ejecutiva por el Consejo Interterritorial. Los problemas generados por la interpretación de las estimaciones del nuevo estudio demuestran la acuciante necesidad de concluir el registro con urgencia.

3. - Reforma de la formación sanitaria especializada:

- Troncalidad y estudio de solicitudes de nuevas especialidades

Una vez analizado el documento La troncalidad en las especialidades médicas y hecho el diagnóstico de lo que consideramos son sus principales problemas, el CEEM propone introducir una serie de modificaciones con la finalidad de, manteniendo las fortalezas de la propuesta, minimizar las debilidades y amenazas que puede haber en torno a ésta.

Actualmente, los mapas de competencias de las especialidades son heterogéneos, carecen de estructura común, y en muchos casos no están definidos en términos de competencias. Esto repercute en la formación de los residentes. Consideramos prioritario elaborar un catálogo de las competencias propias de cada especialidad, que sean posteriormente trasladadas a su correspondiente currículum. Cuando se disponga de dichos catálogos, las comisiones nacionales podrán trabajar conjuntamente para acordar los contenidos del período troncal, que no se solaparán con los de la carrera de Medicina, tal y como ocurre en la propuesta actual. Esta es una oportunidad para coordinar la formación universitaria con la especializada; identificando el punto de partida, se podrá rentabilizar al máximo el período de residencia.

Dado el elevado número de especialidades médicas, su diversidad, y el interés de todos en garantizar la excelencia en la formación de los médicos especialistas, consideramos que la propuesta de organización de los troncos debe revisarse, buscando una mayor diversificación con troncos más numerosos y menos generales para evitar que la puesta en marcha de este sistema suponga la práctica reducción del período de especialización en dos años.

Para poder garantizar el nivel de la formación, consideramos imprescindible establecer estándares de calidad para la acreditación de centros asistenciales para la docencia MIR.

En cuanto a los cronogramas propuestos, con la intención de asegurar una formación troncal común y homogénea, proponemos que cada promoción de residentes de un determinado hospital rote por las mismas especialidades generales, pero en distinto orden. Asimismo, proponemos sea función del tutor de residentes distribuir las estancias electivas de forma consensuada con ellos,

contando siempre con la supervisión de un órgano externo que garantice la equidad entre todos los residentes y resuelva posibles situaciones de conflicto. Actualmente, el sistema de evaluación continua en la residencia es más una idea teórica que una realidad práctica, y carece de impacto a nivel formativo.



Es necesario establecer un sistema de evaluación continua que permita evaluar las competencias definidas en el currículo correspondiente. Debe ser común a todos los centros, de modo que se garantice la homogeneidad en la evaluación del tronco cara a la elección de especialidad.

Hemos expuesto los inconvenientes que encontramos al sistema de elección de especialidad propuesto: además de introducir un potencial elemento de desigualdad (peso de la evaluación del período troncal), el limitar la oferta de plazas a las del hospital donde se ha realizado el tronco presenta una dificultad práctica a la hora de elegir centro y puede resultar en vocaciones frustradas y en un aumento del número de plazas vacantes de especialista en formación. Por ello, reclamamos la realización de una nueva convocatoria nacional de plazas una vez terminado el periodo troncal con las mismas características para todo el Estado, considerando como nota de acceso la obtenida para acceder al tronco, además de una calificación apto/no apto del periodo troncal, de manera que la elección de especialidad no tenga que limitarse al hospital donde se ha realizado el tronco. Esta opción sería más equitativa y garantizaría la igualdad de condiciones en el acceso, incorporando al mismo tiempo el beneficio de la elección informada de especialidad. En ningún caso se requerirá la realización de una nueva prueba de evaluación, ya que el residente habrá demostrado suficientemente sus conocimientos y competencias en la carrera, el examen MIR y el período troncal.

Para identificar y solventar las carencias de la propuesta presentada, es necesaria su valoración por parte de los diferentes agentes implicados. En este sentido, el CEEM manifiesta su disposición a colaborar en el diseño y desarrollo de la propuesta definitiva. El tiempo no debe limitar las posibles mejoras a introducir, sino que se debe condicionar su instauración a la garantía de que se realice de la manera más satisfactoria posible.

- Elaboración del proyecto de RD por el que se reforma el acceso a la formación sanitaria especializada

Después de analizar cuál es la situación actual de la prueba de acceso al sistema MIR, el estado de su reforma y los puntos débiles de ésta, desde el Consejo Estatal de Estudiantes de Medicina proponemos una serie de modificaciones que creemos que permitirán mejorar la actual propuesta.

En primer lugar, coincidimos en que la mejor forma de evaluar las habilidades clínicas, de comunicación y aptitudes es mediante la Evaluación Clínica Objetivamente Estructurada (ECO),

pero, basándonos en la opinión de asociaciones de especialistas en educación médica consideramos necesario que ésta conste de un mínimo de 20 etapas. Además, para que ésta no pierda objetividad es imprescindible que se realice mediante una convocatoria nacional a cargo del Ministerio de Sanidad y Consumo; en caso de no ser posible, consideramos que debería realizarse en las Facultades o sedes elegidas a cargo de un comité compuesto por personal docente ajeno a la formación de Grado del candidato. Igualmente de necesario es que exista una Agencia de Calidad Externa y que en su diseño y la elección de contenidos y competencias a evaluar participen activamente representantes de diferentes estamentos pertenecientes al mundo académico y sanitario, y entre los que se encuentren expertos en Educación Médica.

En segundo lugar, entendemos que la prueba de acceso al sistema MIR debe adaptarse a la preparación conseguida durante la titulación y no al contrario. Para ello, solicitamos al Ministerio de Sanidad y Consumo la concreción de un



temario acotado que se ajuste a los contenidos más relevantes aprendidos a lo largo de la licenciatura/grado, así como la existencia de unas fuentes contrastadas, ambos anunciados previamente en la convocatoria publicada en el BOE cada año.

Otro aspecto importante es cómo influirá la evaluación de las habilidades clínicas y de comunicación en la nota final. Referente a este aspecto, proponemos que su calificación se reduzca a la consideración del candidato como “Apto” o “No Apto” desde su implantación y durante un periodo de tiempo previamente establecido en el cual las facultades deberán implementar una prueba ECOE de calidad acreditada por una agencia de evaluación externa.

Como consecuencia, el porcentaje en la nota global para el acceso a la formación especializada, de la evaluación práctica, debe comenzar siendo el mínimo posible para ir aumentando progresivamente en cada convocatoria. Sobre el expediente, proponemos que la nota del expediente se valore sobre 10 puntos; de este modo se fomentaría el esfuerzo y la superación durante la formación de grado.

Finalmente, pero no menos importante, pedimos al Ministerio de Sanidad y Consumo que pida la participación activa de todos los órganos competentes en todos los aspectos de la nueva prueba MIR. Así mismo, las Facultades, tienen que llevar a cabo las siguientes adaptaciones: deben introducir un curso rotatorio en todas las Facultades que implique al alumno asistencialmente de una manera reglada, además de laboratorios de habilidades o aulas de simulación en condiciones adecuadas e incluir varios ECOEs similares durante la titulación, y el Ministerio de Sanidad y Consumo tiene que velar para que esto se cumpla, proporcionando los recursos necesarios.

- FADSP

- 1) Es necesario poner en funcionamiento un registro de profesionales sanitarios en cumplimiento de la LOPS. Hay que recordar que hace ya 2 años se establecieron subvenciones a las CCAA para la realización del mismo (RD1269/2007).
- 2) Habría que establecer la densidad y criterios de planificación de profesionales en el conjunto del SNS y en cada una de las CCAA.
- 3) Desarrollar las competencias de la profesión enfermera
- 4) Aprobación de un RD de especialidades médicas que establezca la troncalidad en un plazo máximo de 1 año.
- 5) Creación de la especialidad de gestión sanitaria por la vía MIR.
- 6) Evaluación de las necesidades de especialistas enfermeros y planificación de su cobertura en las sucesivas convocatorias EIR.
- 7) Realizar propuestas a la Unión Europea para la realización de unos criterios de planificación de los profesionales de la salud
- 8) Establecimiento de la dedicación exclusiva de los profesionales del Sistema Nacional de Salud.

- 9) Control del régimen de incompatibilidades de los profesionales de la salud (especialmente la relación sanidad pública- sector sanitario privado).



- 10) Acuerdo de las condiciones salariales y laborales en el marco del SNS
- 11) Desarrollo y establecimiento de criterios homogéneos para la carrera profesional
- 12) Establecer criterios homogéneos para la jubilación de los profesionales
- 13) Regulación de los criterios profesionales y técnicos para la cobertura de las plazas de mandos intermedios de los centros sanitarios públicos.
- 14) Establecimiento de sistemas de participación profesional en la gestión de los centros sanitarios
- 15) Desarrollo de sistemas de formación continuada de los profesionales independientes de la industria farmacéutica y de de tecnología sanitaria.

- FEFE.

Objetivo:

Mantenimiento del empleo de calidad en las oficinas de farmacia que incentive la formación y el desarrollo de una verdadera carrera profesional para los farmacéuticos y auxiliares.

Comentario:

Tal como se puso de manifiesto en nuestro diagnóstico las Oficinas de farmacia proporcionan más de 60.000 empleos directos, excluidos los titulares de las mismas, que son alrededor de 24.000. Sin embargo el crecimiento del empleo se ha reducido drásticamente desde el año 2003, y aunque estimábamos que en el año 2008 todavía se creaba empleo a una tasa del 0,4%, es posible que el crecimiento sea en este momento cero o negativo. En cuanto a la distribución por categorías laborales el 47% son farmacéuticos; el 30% Auxiliar Diplomados; el 18% Auxiliar; y el resto, es decir poco más del 5% otra categoría laboral. Los empleados fijos son el 83% mientras los eventuales solo representan el 17%. Y en cuanto al sexo, en las oficinas de farmacia trabaja un 68% de mujeres y un 32% de hombres.

Problemática

La principal problemática puesta de manifiesto en nuestro diagnóstico se centra en la reducción del empleo, como consecuencia de la reducción de beneficios puesta por las políticas que actúan sobre el margen y las deducciones que se practican al Sistema Nacional de Salud, así como, la dificultad de contratación por falta de oferta- de farmacéuticos adjuntos, especialmente aguda en determinadas Comunidades Autónomas y en el medio rural.

Medidas Concretas:

1. Mantenimiento de las rentas del sector: En unos límites que impidan la reducción del empleo, posibiliten su aumento y propicien la viabilidad económica del sector. Para ello:

a. Debe estudiarse el régimen de deducciones impuesto a las farmacias y sus consecuencias económicas no solo, en relación con la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud, sino también para el mantenimiento del empleo en el sector.

b. Reformar el régimen fiscal de las oficinas de farmacia en el marco de una modificación general del régimen fiscal del los Autónomos.



2. Diseño de una Carrera Profesional: Para que el personal que trabaja en las oficinas de farmacia tenga un mayor atractivo profesional, personal y económico, así como posibilidades de promoción para los Farmacéuticos Adjuntos y los Auxiliares.

a. Para los Farmacéuticos Adjuntos proponemos el desarrollo de una carrera profesional basada en tres categorías que se alcanzan mediante créditos formativos y antigüedad. Las categorías técnico/laborales deben permitir, además, generar méritos tanto para el acceso tanto a las nuevas oficinas de farmacia que se oferten por las Comunidades Autónomas, como a cualquier otro puesto que puedan ofertar las distintas Administraciones.

b. Para los Técnicos en Farmacia y demás personal auxiliar proponemos la definición de una carrera profesional que incluya también créditos formativos y antigüedad.

c. Proponemos, asimismo, la elaboración de un Plan de formación y recursos humanos para farmacéuticos que permita la realización de un programa de diferentes sectores farmacéuticos y que permita llevar a cabo una prospección de las necesidades futuras.

3. Mantenimiento de un Observatorio del empleo: en el sector de las oficinas de farmacia que permita evaluar las necesidades de personal en función de la vida laboral, así como, la oferta de nuevas oficinas de farmacia; y proporcione también, datos a las Universidades para valorar las necesidades de nuevos licenciados, dado que en las oficinas de farmacia trabajan más de 65% de los farmacéuticos existentes.

2.- COMITÉ INSTITUCIONAL SOBRE CARTERA COMUN DE SERVICIOS SANITARIOS Y SERVICIOS Y UNIDADES DE REFERENCIA EN EL SNS.

- Federación Española de Enfermedades Raras (FEDER).

“Desde FEDER, reclamamos especial atención y modificación de la Cartera de Servicios del SNS incorporando las necesidades de los afectados por ER, entre las que podríamos destacar:

- Rehabilitación continuada y mantenida en el tiempo, en atención primaria para los afectados de ER con alteraciones del Sistema nervioso (enfermedades neurodegenerativas, neuromusculares, etc.), con el fin de mantener y/o potenciar sus capacidades residuales
- Logopedia para los afectados de ER que lo requieran de manera continuada y mantenida en el tiempo.
- Acceso a productos dietéticos-sanitarios para aquellas ER, que así lo requieran.
- Cirugía de alta especialización para aquellas ER, en que resulte necesario estas tecnologías.



- Cobertura en aquellos productos sanitarios y medicamentos, que usados de forma crónica, son imprescindibles para la mejorar la calidad de vida de los afectados, y que actualmente tienen que ser pagados enteramente por las familias, causando una grave inequidad y empobrecimiento para los afectados.
- De forma más general, consideramos que la cartera de servicios del SNS deberá incluir el desarrollo de las medidas contenidas planteadas en la estrategia sanitaria para las ER.

Con relación a los Centros de Referencia este comité deberá considerar de forma prioritaria que el Estado Español y las CC AA comparten un compromiso común por garantizar la equidad en el acceso universal a una atención sanitaria de alta calidad de manera justa y solidaria. Y por ello debe ser vital contribuir a determinar cuáles son los centros especializados de referencia y les presten apoyo financiero para asegurar sus sostenibilidad y continuidad en la asistencia a los pacientes.

Proponemos:

- Crear Centros / unidades / servicios de referencia y acogida para el diagnóstico de las enfermedades raras en los centros hospitalarios.
- Que estos centros especializados (de referencia) nacionales y autonómicos deban seguir un enfoque de asistencia multidisciplinar que integre aspectos médicos y sociales para hacer frente a las afecciones propias y complejas propias de las ER.
- Que estos centros pluridisciplinarios competentes en medios hospitalarios, sean capaces de funcionar en red con los hospitales generales, como centros de proximidad y en red con los médicos especialistas.
- Desarrollar, destinando los medios necesarios, Unidades de Referencia Clínica especializadas por grupos de enfermedades raras, asegurando el funcionamiento de centros de diagnóstico y de unidades de seguimiento de los pacientes especializados.
- Reconocer el importante papel de los genetistas clínicos para el diagnóstico de las enfermedades raras en cuanto que éstas afectan a numerosos órganos. Reconocer el importante papel de los médicos psiquiatras y de los psicólogos en el seno de éstos equipos.
- Así como la declaración de prestación de servicios por parte de las CCAA que recojan a estos centros de referencia. De nada servirá tener un centro si su actividad no está en la cartera de servicios.



- COCEMFE, personas con discapacidad física.

“La cartera de servicios sanitarios tiene que ser un elemento dinámico, que contemple las necesidades cambiantes y prioritarias de la población, los avances científicos y del conocimiento relacionado con la salud, y al desarrollo constante de la tecnología.

Es en este aspecto, donde el mundo de la discapacidad percibe una mayor desprotección y resistencias por el propio Sistema.

Comenzaremos por decir que existe una gran disparidad entre las distintas Comunidades Autónomas en cuanto a las Carteras de Servicios Sanitario y Servicios. Así como tampoco la creación de Unidades de referencia y todas aquellas cuestiones que durante años se han venido demandando por parte de nuestro Sector. Las personas con discapacidad ven como sus necesidades prioritarias no están recogidas y como esta falta de respuesta va en detrimento de su calidad de vida, integración social y salud.

En nuestro país, en los últimos años se han aprobado un buen número de Leyes que favorecen la integración social, en toda su expresión (educativa, laboral, participación, ocio, etc..) Pero todo esto no se ha acompañado de las modificaciones necesarias en el Sistema Nacional de Salud y en los Catálogos Orto protésicos.

Con la aprobación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Situaciones de Dependencia, se daba un gran paso que se está viendo frenado por la falta de coordinación entre la legislación aprobada y los apoyos en la aplicación del conjunto de medidas que en ella se contemplan.

La prevención de la Dependencia, entendemos que no es sólo de que personas sin discapacidad sigan sin adquirirla, sino que en el caso de aquellas personas que ya la tienen, se arbitren las medidas para que su deterioro sea lo más lento posible y que sufran el menor número de lesiones.

La Rehabilitación de mantenimiento, es una apuesta de futuro que, indudablemente, rebajará el volumen de personas dependientes en los próximos años, ya que por un lado mantendría las capacidades residuales de las personas con discapacidad, sería una prevención de pérdida de movilidad y evitaría lesiones que en muchos casos son irreversibles.

En la actualidad el peso de la integración recae en las personas con discapacidad, que ven cómo son ellas las que tienen que hacer un mayor esfuerzo sin tener los apoyos necesarios que les permitan que el coste de esa integración no tenga que ser tan elevado para su salud y estado de bienestar.

El Catálogo Ortoprotésico, que a lo largo de los años ha venido evolucionando e incorporando nuevos elementos, sigue prácticamente siendo el mismo para una gran parte de las personas con discapacidad, que tiene que ver como materiales ligeros como la fibra de carbono y el titanio están excluidos sistemáticamente, con lo que ello representa de mayor esfuerzo físico.

Lo mismo se puede decir los avances que hay en sistemas de **tratamiento** que pueden hacerse desde el domicilio particular, como es el caso, por ejemplo, de



la hemodiálisis que mejoraría mucho la calidad de vida de las personas que tienen que hacérsela y el coste personal que tienen que soportar.

Somos conscientes de esa ampliación, conlleva unas medidas que modifiquen los periodos de tiempo establecidos en el momento actual para el cambio de materiales Ortoprotésicos, pero entendemos que ello es posible. Desde nuestro colectivo tenemos varias opciones que hemos planteado en muchas ocasiones ante el Ministerio de Sanidad.

Es indudable que la especialización es cada vez mayor y la aparición de nuevas enfermedades obliga a tener **Unidades de referencia**, con el fin de optimizar los recursos y abaratar los costes. Hoy por hoy, dichas unidades resultan insuficientes y muy lento el proceso de creación de nuevas, en las que se tendría que tener en cuenta que generalmente cuando se acuden a ellas, además del gasto de traslado desde el lugar de residencia hay unos gastos adicionales como son el alojamiento y alimentación de los familiares.

Sería deseable, por tanto, que junto a esas Unidades de referencia, se tuvieran unas dependencias preparadas para alojar a los familiares y que pudieran prepararse algún tipo de comida y lavar su ropa, pudiendo así permanecer cerca de la persona con discapacidad lo que representaría un menor esfuerzo por parte del personal del centro en atender a esa persona.

Desde el mundo de la discapacidad, también se encuentra a faltar una **Unidades para fases de Covalencia**, ya sea después de una intervención quirúrgica, que precisa de una rehabilitación y mejora en su estado funcional o en aquellos otros en fases agudas de su patología, que precisan de cuidados pero que no requieren de la tecnología de los Centro Hospitalarios, y que su permanencia será temporal y establecida, pero que su cuidado sobrepasa la capacidad familiar y de los Centros de Atención Primaria.

Y finalmente entendemos que para determinadas patologías, se hace imprescindible la creación de **Unidades de Terminales y curas paliativas**, que conozcan el mundo de la discapacidad y estén preparadas para este tipo de población, que en muchos casos se ha de intervenir en fases previas a las del resto de la población. Especialmente si son personas con discapacidad que viven en residencias o pisos tutelados, ya que estos recursos son sustitutivos de la casa y no están preparados para afrontar determinados grados de deterioro ni es bueno para el resto de las personas que comparten esa residencia o piso.

Un punto final, en este apartado, no por ello menos importante, sino todo lo contrario, es la **coordinación** entre el Sistema de Sanidad y los Servicios Sociales, para conseguir que los Servicios Socio-Sanitarios, muchos de ellos planteados aquí, sean una realidad que rentabilice esfuerzos, abaraten costos, den respuesta a necesidades existentes no atendidas, optimicen recursos y descarguen a las familias de un peso que no pueden soportar por más tiempo.”



- Federación Española de LUPUS (FELUPUS)

Desde la transferencia de la materia de Sanidad a los diferentes gobiernos de las comunidades autónomas, se están produciendo diferencias entre los servicios a los que un enfermo de lupus puede acceder.

Esto se refleja no sólo en los tratamientos y pruebas diagnósticas, sino en la consideración de productos como los fotoprotectores, indispensables para los lupicos, ya que el sol está aceptado como factor desencadenante de actividad de la enfermedad.

Un buen ejemplo de estas diferencias por residencia es que varias de ellas (Galicia, Asturias, Vizcaya y Valencia) aceptan la consideración de los fotoprotectores como medicamento necesario para el tratamiento y subvencionan su coste dentro de su sistema sanitario.

Esto establece una discriminación entre los afectados, y pone de manifiesto las diferencias de criterio por parte de los organismos responsables, que creemos obedece más a políticas presupuestarias que a la necesidad real del enfermo, ya que nunca ponen en duda la necesidad de que, en nuestro caso, este producto tenga la consideración de medicamento objeto de subvención.

En cuanto a Unidades de Referencia, son a todas luces insuficientes.

En España existen 7 (mayoritariamente en Andalucía) y aunque su objetivo es la atención multidisciplinar al enfermo, no siempre incluyen todas las especialidades necesarias. Tampoco existe, en su mayoría, una consulta única agrupada, sino que solucionan las dificultades con interconsultas, que dificultan el intercambio de opinión entre especialistas, e impiden una visión global y personalizada del estado real del paciente. Esta situación obstaculiza la adopción de medidas de prevención ante las secuelas (en ocasiones muy graves) que pueden presentarse, bien por la afectación particular (artropatías limitantes) o por la medicación (entre otros, uso indiscriminado de la cortisona en plazos demasiado largos).

Además, estas unidades deberían contemplar servicios de urgencia, ya que si un enfermo de lupus debe acceder al servicio de urgencias genérico del centro hospitalario, es común que no disponga de un especialista que valore su problema. Lamentablemente, en muchas ocasiones, ha sido dado de alta con síntomas de brote (que no han sido reconocidos por el facultativo) y que han ocasionado lesiones e ingresos de urgencia en UVIS.

- Federación Española de Parkinson.

La cirugía se ha convertido para muchos afectados de EP, en un recurso para mejorar la calidad de vida, así, es frecuente que muchos afectados piden a sus neurólogos ser intervenidos quirúrgicamente. Actualmente la técnica más utilizada es el implante de electrodos en el subtálamo. Las listas de espera pueden variar desde dos años hasta seis meses dependiendo del centro hospitalario. Evidentemente estas intervenciones son paliativas y hacen que los



síntomas fundamentales y los accesorios se vean mejorados y por tanto la mejora en la calidad de vida, es evidente.

- Comité Español de Representantes de personas con Discapacidad (CERMI).

Es preciso garantizar la accesibilidad universal, eliminando las barreras de todo tipo que existan para asegurar el acceso de las personas con discapacidad y sus familias a las prestaciones sanitarias (productos, servicios, centros; además de servicios de urgencias, citas previas, webs, publicidad institucional) del Sistema Nacional de Salud, detalladas en la Cartera Común de Servicios.

Los profesionales deben ofrecer una información accesible, suficiente y adecuada para que las personas con discapacidad y sus familias puedan ejercer sus derechos al consentimiento sobre las decisiones que les afecte, de acuerdo con lo establecido en la Ley 41/2002 de 14 de noviembre reguladora de la autonomía del paciente y derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

En determinadas especialidades sería positivo crear unidades de referencia para personas con discapacidad.

Deben ponerse en marcha las acciones necesarias para reformar y actualizar la prestación ortoprotésica, ampliándola e incluyendo ayudas técnicas y tecnologías auditivas de última generación, para facilitar la autonomía personal.

Es necesario aliviar las dificultades asistenciales a las que se enfrentan algunos grupos más vulnerables dentro de las personas con discapacidad, tales como el representado por personas con discapacidad intelectual, personas con enfermedad mental, mujeres con discapacidad, infancia con discapacidad y mayores con discapacidad.

Valoramos positivamente el trabajo iniciado en las diversas estrategias integradas en el SNS, con especial atención a la de salud mental, ictus y enfermedades raras, así como a la participación de los usuarios en el trabajo sobre las mismas.

- FIAPAS.
- **COORDINACIÓN INTERSECTORIAL** para la prestación de la atención integral, para rentabilizar recursos, etc.
- Garantizar la **ACCESIBILIDAD UNIVERSAL**, eliminando todas las barreras de comunicación que existan para asegurar el acceso de las personas con discapacidad auditiva a las prestaciones sanitarias (productos, servicios, centros; además de servicios de urgencias, citas previas, webs, publicidad institucional) del Sistema Nacional de Salud, detalladas en la Cartera Común de Servicios.



(Además del marco normativo que regula la accesibilidad universal para las personas con discapacidad, queremos destacar en el caso específico de las personas con discapacidad auditiva la Ley 27/2007 *por la que se reconocen y regulan las lenguas de signos españolas y se regulan los medios de apoyo a la comunicación oral de las personas sordas, con discapacidad auditiva y sordociegas.*

En relación con el ACCESO A LOS BIENES Y SERVICIOS A DISPOSICIÓN DEL PÚBLICO EN EL ÁMBITO DE LA SALUD, la Ley establece lo siguiente:

- *Las Administraciones Públicas competentes promoverán en aquellos centros que atiendan a personas sordas, los medios de apoyo a la comunicación oral para las personas sordas que sean usuarias de los mismos, así como la prestación de servicios de intérpretes en lengua de signos española, en el caso de que las personas sordas que sean usuarias de dicha lengua así lo requieran.*
- *Igualmente, adoptarán las medidas necesarias para que las campañas informativas y preventivas en materia de salud sean accesibles a las personas sordas mediante la incorporación de la subtitulación y de otros recursos de apoyo a la comunicación oral.)*
- Los profesionales deben ofrecer una INFORMACIÓN ACCESIBLE, SUFICIENTE Y ADECUADA para que las personas con discapacidad auditiva puedan ejercer sus derechos al consentimiento sobre las decisiones que les afecten, de acuerdo con lo establecido en la Ley 41/2002 de 14 de noviembre reguladora de la autonomía del paciente y derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Atención y Servicios Específicos Relativos a la Infancia

- DETECCIÓN y DIAGNÓSTICO de la hipoacusia, INTERVENCIÓN PRECOZ a través del TRATAMIENTO PROTÉSICO Y REHABILITADOR y SEGUIMIENTO del niño con discapacidad auditiva.
- SEGUIMIENTO Y COORDINACIÓN INTERTERRITORIAL sobre la aplicación de los Programas de Detección Precoz de la Sordera Infantil (según su aprobación en 2003).
- Realización de PROGRAMAS DE CONTROL DEL ESTADO DE LA AUDICIÓN en el niño EN LA PRIMERA INFANCIA Y a lo largo de la EDAD ESCOLAR que habrán de incorporarse en las revisiones pediátricas y en las revisiones médicas escolares.
- Inclusión en el CALENDARIO DE VACUNACIÓN de:
 -



- la vacuna del meningococo A, para prevenir las otitis producidas por éste, y
- la vacunación preventiva contra la meningitis en los casos de personas con discapacidad auditiva usuarias de un implante coclear.

Atención y Servicios Específicos Relativos a la Mujer

- PROTOCOLOS DE SEGUIMIENTO de embarazo: identificar factores de riesgo de sordera, actualizar listado de medicamentos ototóxicos, etc.

Atención y Servicios Específicos Relativos a Personas Mayores

- DETECCIÓN Y DIAGNÓSTICO PRECOZ de los déficits auditivos y su TRATAMIENTO.

Rehabilitación funcional

- Prestación de REHABILITACIÓN LOGOPÉDICA en el tratamiento de la hipoacusia.

Atención a la salud mental

- Establecimiento de unidades especializadas en SALUD MENTAL Y SORDERA, que cuenten con los recursos materiales y humanos necesarios para ofrecer a las personas con discapacidad auditiva que así lo requieran, una atención integral (diagnóstico, tratamiento y seguimiento), especializada y específica, ajustada a las necesidades concretas de cada persona.

Prestación ortoprotésica

▪ **Prótesis Externas**

- AUDÍFONOS Y MOLDES ADAPTADORES: incorporación de la cobertura de la prestación por audífonos, con carácter universal, sin limitación por razón de edad, y no sólo para menores de 16 años, y que se incremente la cuantía prevista para su adquisición.

▪ **Implantes auditivos**

- IMPLANTES COCLEARES: inclusión de las baterías para su funcionamiento, la renovación de los componentes externos del implante, así como la implantación bilateral, si estuviera indicada, y la renovación del propio implante en aquellos casos en los que facultativamente se haya determinado que los avances tecnológicos reportan una mejora necesaria para el usuario.
- IMPLANTES OSTEOINTEGRADOS: inclusión de la prestación para la diadema de uso previo a la cirugía para la colocación de un implante



osteointegrado en menores de 3 años. Así como, y en todo caso, la implantación bilateral, si estuviera indicada, y la pertinente renovación.

- IMPLANTES NUCLEARES (tronco de encéfalo)
- **Control y vigilancia** sobre los centros elaboradores, dispensadores y/o adaptadores de prótesis auditivas.
 - Asociación Española de la lucha contra el cáncer (AECC).
 - Inclusión en la cartera de servicios comunes de atención primaria los programas de diagnóstico precoz del cáncer colorrectal para la población de alto riesgo y para la población de riesgo intermedio (cribado poblacional) de manera coordinada y protocolizada con atención especializada.
 - Inclusión, en la cartera de servicios comunes de atención especializada, de la atención psicosocial a personas enfermas de cáncer y sus familias con el objetivo de ayudar a este colectivo a afrontar el impacto emocional del proceso de diagnóstico, tratamiento y recuperación, mejorando así la calidad de vida de los enfermos y familiares.
 - Inclusión de las terapias psicológicas y farmacológicas efectivas para dejar de fumar.
 - Ampliación de la cartera de servicios comunes de prestación ortoprotésica para incluir: sujetadores adaptados a las prótesis postmastectomía, y las vendas que son parte del tratamiento de drenaje linfático.
 - Revisión de los criterios de cobertura de la prestación ortoprotésica (prendas de compresión) para el tratamiento/rehabilitación del linfedema acorde a las necesidades reales de los pacientes; por ejemplo, actualmente se conceden como media 1 guante cada 6 meses, necesitan al menos 2 pues son de uso continuado y sería el mínimo exigible para mantener unas condiciones higiénicas adecuadas en estas prendas.
 - Creación de Unidades de Referencia Nacional y Autonómica para determinadas patologías tumorales complejas que se benefician particularmente del manejo multidisciplinar experto.
 - Creación de Unidades de referencia para la prevención y tratamiento del linfedema.



- Alérgicos al látex

“La cartera de Servicios Sanitarios y Servicios y unidades de referencia no es, ni tan siquiera comparable de unas Comunidades Autónomas a otras, para algunas enfermedades si, pero desde luego para otras no.

Como ejemplo pondremos el de nuestra enfermedad, hay Comunidades Autónomas en las que no existe ningún servicio sanitario o unidad de referencia que esté libre de látex de forma permanente, mientras que en otras si existen, lo que supone una discriminación para los pacientes de una determinada patología, dependiendo del lugar donde residan, o al que se puedan desplazar.

Otro ejemplo sería el de las Comunidades Autónomas que cubren las cremas de protección solar para personas diagnosticadas de enfermedades en las que por tratamiento se les prescribe la utilización de las mismas, y en otras no.

Volviendo a la falta de formación/información de los profesionales sanitarios, la cartera de servicios para determinadas patologías es tan variable de unas autonomías a otras, que mientras en algunas, hay espacios y profesionales que de forma permanente pueden asumir la recepción de cualquier paciente de cualquier patología, incluida la alergia al látex, sin embargo en otras no.”

- CESM

La cartera de servicios debe ser común y única, y en caso de incluir otras prestaciones adicionales como la implantación de tecnología punta, debería hacerse a través de un sistema eficiente y sostenible que garantice la equidad en el acceso. Para ello hay que tener en consideración la disponibilidad de los recursos tanto humanos como materiales, la carga real de trabajo, y la formación continua en nuevas técnicas y procedimientos. Habitualmente y por desgracia, las decisiones en este sentido obedecen más a razones de conveniencia o rentabilidad política que a criterios científicos o profesionales. Aquí sería interesante la participación de foros para facilitar la participación tanto de los usuarios como de profesionales.

Hay que revitalizar la legislación general de sanidad de carácter básico para que establezca claramente los criterios mínimos de desarrollo del derecho a la protección de la salud (derecho que es del ciudadano) y desde CESM pedimos que se armonicen las prestaciones ante la descoordinación existente entre las comunidades autónomas.

Los procedimientos que se incluyan en la cartera, tendrían que ajustarse a los recursos económicos y humanos, y deberían realizarse con criterios de calidad pero sin crear falsas expectativas a los usuarios, cuyas repercusiones recaen en los profesionales.

Creemos necesaria y urgente la promulgación del RD de garantías en tiempos de espera, al objeto de unificar los mismos criterios en todo el territorio



nacional. Las actualizaciones de las carteras de servicios se deberán realizar de forma equitativa en todas la CCAA para no agravar la falta de equidad en el sistema.

La incorporación de nuevas tecnologías, se deberá hacer con la aprobación del CISNS y de forma igual para todas la comunidades autónomas, donde previamente se habría presentado el correspondiente acuerdo fundamentado, que evitaría, una vez más, la falta de equidad.

Por último, es necesario reforzar el papel del Consejo Interterritorial ante la desmedida Ambición de las autonomías, es decir, concederle más competencias y darle más fuerza ejecutiva a la hora de llevar a la práctica sus decisiones.

Queda claro, por tanto, que el Comité Interterritorial debe ser vinculante, en especial, en lo relacionado con temas como la cartera de prestaciones y la calidad asistencial.

Queda claro, por tanto, que el Comité Interterritorial debe ser vinculante, en especial, en lo relacionado con temas como la cartera de prestaciones y la calidad asistencial.

- SATSE

Propuesta de SATSE sobre la Cartera de Servicios:

- Realización de un Pacto, a través del Consejo Interterritorial, sobre una cartera de servicios común, con respeto a las competencias autonómicas pero lo más homogéneo posible, en beneficio de los ciudadanos.
- Análisis y valoración por parte del Consejo Interterritorial de cualquier nueva prestación que se pretenda incorporar a la cartera de servicios en orden a evaluar su posible incorporación al resto de las CC.AA. a través de la Cartera de Servicios Común.
- Exigir mayor responsabilidad de información por parte de las CC.AA., como contempla el RD. 1030/2006, a la hora de poner en conocimiento del M^o de Sanidad y Consumo los servicios complementarios que hayan sido incorporados a su cartera de servicios específicos y no estén contemplados en la cartera de servicios comunes del SNS.
- Participación efectiva de expertos enfermeros en las decisiones, evaluaciones y asesoramiento en los procedimientos de actualización y desarrollo de la cartera de servicios a través de los órganos y comisiones correspondientes, especialmente en aquellas prestaciones, actuaciones, técnicas y procedimientos inherentes a la profesión enfermera.
- Desarrollo y explotación del sistema común de información de la cartera de servicios en el que cada comunidad autónoma sea corresponsable de la actualización permanente del mismo,



integrando tanto las prestaciones comunes como las complementarias.

- En relación a la garantía de los tiempos máximos de espera se propone:
 - a. Que se establezcan medidas encaminadas a optimizar los recursos propios de cada Servicio de Salud antes de acudir a otros ajenos al sistema público.
 - b. Que el RD que prevé regular los tiempos máximos de espera incluya criterios comunes para una adecuada racionalización de la gestión basados en la efectividad y en la eficiencia.

- Consejo General de Biólogos.

Problema

Aunque en teoría existe una cartera común de servicios, en la práctica esto no es así.

Existen servicios básicos que tienen cobertura en algunas Comunidades Autónomas y en otras no. Por ejemplo, el servicio de Podología es gratuito para pensionistas en Extremadura y no lo es en Cataluña.

Hace falta personal y medios para homogenizar el sistema y que no haya diferencias a nivel más básico.

Propuesta

Si todos los españoles somos iguales en derechos y deberes, ha de haber un acuerdo de el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud para homogenizar estos servicios.

- Consejo General de Fisioterapeutas
- Mejorar la comunicación y la coordinación entre ambos niveles asistenciales (AP / AE) que en muchas ocasiones es inexistente.
- Redefinir claramente el trabajo en AP y AE, sin que dé lugar a dudas, ni duplicidades.
- Atención integral por patologías en las enfermedades más comunes.
- La Cartera de Servicios de fisioterapia debería actuar en distintos campos:

1. En Atención Primaria:

- a. Prevención de enfermedades y diagnóstico precoz (ej. escoliosis en niños).
- b. Educación para la salud.
- c. Atención domiciliaria (con el fin de pautar al paciente y a la familia).
- d. Tratamiento de patologías crónicas (Excluyendo la neurología).



2. En Atención especializada:
 - e. Tratamiento de patologías graves (neurología, traumatología, secuelas postquirúrgicas,..etc.).
 - f. Educación para la salud en las áreas de tratamiento y para familiares de pacientes dependientes.

Cartera de Servicios en:

1. Atención a la mujer: fisioterapia urogenital, posparto...
 2. Atención al niño: fisioterapia pediátrica.
 3. Atención al anciano: fisioterapia geriátrica.
 4. Técnicas especiales: Fisioterapia cardiorrespiratoria, neurológica, traumatológica, en el enfermo encamado, en el paciente oncológico...
 5. Preoperatorios de cirugía torácica y digestiva (pautas y ejercicios respiratorios que eviten complicaciones después de la cirugía).
- Dónde deberíamos estar y no estamos:
 1. Integrados en los equipos de atención primaria, no sólo como equipo de apoyo.
 2. Integrados en los distintos equipos de especialidades (sólo se nos tiene en cuenta en algunas ocasiones y de forma puntual).
 - El proyecto propio o de autonomía no alcanzan el nivel de respaldo político necesario para ser tenido en cuenta, como modelos profesionales de atención fisioterapéutica, valorando, de forma arbitraria, modelos de profesionales ajenos a la Fisioterapia.
 - Conciliar diversos aspectos que son relevantes tales como la accesibilidad, equidad, seguridad, eficacia, eficiencia y satisfacción. Estos conceptos se aseguran si se toma en consideración el hecho que la Fisioterapia tiene, como característica, una estructura funcional horizontal, dado que provee atención a cualquier ciudadano (usuario y/o paciente) y además es un conjunto de modelos terapéuticos puesto a disposición de cualquier profesional de la salud.
 - La visión global de la persona y de las relaciones con su medio;
 - La interacción con el paciente basada sobre el principio de una implicación y de una responsabilización del paciente y de su entorno (cuidadores) con los objetivos de tratamiento;
 - La continuidad de la atención de los pacientes mediante la comunicación con otros organismos u otros profesionales con espíritu de colaboración;
 - La dispensación de servicios adaptados al contexto y a las características del ciudadano.

- Evitar retrasos en el acceso a Fisioterapia constituye una medida básica cuando se quiere reducir el número de personas que pueden sufrir efectos secundarios por el consumo suplementario de fármacos y cuando se quiere reducir el coste que los equipos de Atención Primaria u hospitalaria utilizan en radiografías y fármacos para la atención de diversos tipos de desordenes. Se sugiere en diversos estudios, que con el ahorro que un fisioterapeuta podía proporcionar en el uso de fármacos se podía pagar su salario.
- Consejo General de Odontólogos.

Aparte del excelente y elogiado esfuerzo que ha significado el Plan de Salud Buco-dental, al unificar la cartera de servicios odontológicos financiados con dinero público, es de reseñar que *este plan debería ampliarse en el futuro*, de manera ponderada a los recursos económicos (siempre limitados y condicionados por otras muchas necesidades no menos importantes) y a la mejora del estado epidemiológico (que actualmente es inasumible).

Dado que la atención con fondos públicos de las actuales necesidades de atención buco-dental es inviable, sugerimos estudiar un plan de prioridades, para que la futura implementación de prestaciones pueda ser acometida con expectativas de éxito.

Entre estas prioridades, según nuestra opinión (expresada en la Declaración de este Consejo General, titulada "*Posición Oficial del Consejo General sobre el Plan de Salud Bucodental del Ministerio de Sanidad y Consumo*", que adjuntamos como Anexo 1), citaríamos:

- 1) En primer lugar un colectivo especialmente desfavorecido: el de los **discapacitados psíquicos**, que desde hace varios años disponen de un plan de atención excelente en Extremadura (premiado por nuestro Consejo General), pero reciben un servicio muy dispar (a pesar de teóricamente obligatorio) entre distintas CCAA, dada la escasa dotación de quirófanos equipados de instalaciones odontológicas, y la escasez de anestésistas, para esos pacientes que, como los paráliticos cerebrales, suelen tener que ser atendidos bajo anestesia general y no pueden ser rehabilitados mediante prótesis removibles.
- 2) Siguiendo el ejemplo de la Comunidad Foral de Navarra, creemos que alcanzada la cohorte de 15 años en el actual Plan de Salud Buco-dental, sería conveniente incorporar cada año una nueva cohorte *hasta alcanzar los 18 años*. De este modo, por muy bajo coste (se trata de sostener la salud ya alcanzada en la adolescencia) se les puede dejar sin patología en la mayoría de edad, en la que ya cabe responsabilizarlos de su salud.

- 3) Llegados a este punto, dentro de algunos años (porque en el presente opinamos que hay otras prioridades mayores), cabría planificar la extensión de la cobertura a razón de una cohorte de edad más cada año, siempre por el bajo coste que representa el *mantenimiento* de la salud, de modo que en el horizonte de 50 años (dos generaciones), puede ser viable dar las prestaciones dentarias básicas a toda la población por un coste asumible, dada la considerable reducción de los indicadores epidemiológicos de patología buco-dental que se derivan de los planes de salud.
- 4) Otro colectivo que requeriría cierta atención especial es el de los ***pacientes con problemas de xerostomía por enfermedad sistémica*** (como el ***síndrome de Sjögren***), cuyas polícarías son fruto de su problema médico, y no de una afección odontológica o de un descuido de su salud buco-dental. Su coste no es alto, porque no son muchas las personas afectadas, y sin embargo se hace una gran justicia sanitaria.
- 5) Otra magnífica inversión de cara al futuro sería la ***inclusión de las restauraciones de los dientes temporales, primarios o de leche***, sobre cuya estimación de necesidades epidemiológicas y coste adjuntamos en el documento anexo número 2 (*ver también tablas 2 y 3 que se adjuntan como documentos aparte*), titulado “Informe sobre análisis de posible capitación en dentición temporal (DT) en población infantil española (1-10 años)”, cuyos cálculos se han realizado a partir del estudio epidemiológico que desde el Consejo General promovimos y patrocinamos en 2007. Además de conducir a una reducción de patología en los dientes permanentes, el principal beneficio de esta ampliación de prestaciones estribaría en la *reducción de maloclusiones* y de los subsiguientes *tratamientos ortodóncicos* con que los padres han de afrontar las consecuencias de las extracciones de los dientes primarios o de leche (incluidas entre las prestaciones gratuitas del Plan de Salud Buco-dental del Ministerio), que prevalecen sobre las restauraciones por la gratuidad de las extracciones y por la deficiente educación sanitaria de la población.

A nuestro juicio, esta inclusión tendría una extraordinaria repercusión en la mejora de la salud bucodental de los españoles, que así no acumularían problemas de alto coste y a veces consecuencias irreversibles para su futuro.

- 6) Nos quedan, por último, los ***ancianos***, cuyas necesidades odontológicas son inmensas, pero que en ocasiones, con sus pensiones no contributivas, no pueden atender las necesidades de rehabilitación de su edentulismo, o las deficiencias de sus prótesis antiguas desadaptadas.

A resultas del edentulismo parcial o total, o del edentulismo “funcional” que representan las prótesis desadaptadas, las deficiencias de oclusión y masticación conducen a una modificación instinto de la dieta, lo que



conduce a un tipo particular de obesidad (distrofia farinácea), con diabetes y otros problemas metabólicos de origen alimenticio. Este fenómeno recuerda las alteraciones del vocabulario habitual que sufren las personas con problemas de pronunciación de alguna letra, que seleccionan términos que no contienen los fonemas para ellos problemáticos.

En nuestra opinión, habría que considerar la conveniencia de establecer un **plan de priorización de atención odontológica en la tercera edad con problemas económicos**, que debería ser acorde a sus mayores necesidades clínicas y/o financieras, para dar salida a los casos más sangrantes.

Para todas estas prestaciones, pero especialmente, para los ancianos, podríamos servirnos de un sistema de atención mediante “pasantes” o “dentistas especialistas en formación” que sugerimos seguidamente al **Comité de Recursos Humanos**, con un coste, pensamos, muy razonable.

- FADSP

- 1) Cambiar el Modelo de Financiación Sanitaria, basado la cesión de impuestos indirectos o ligados al nivel de desarrollo económico y comercial de las CCAA que está generando diferencias en los recursos disponibles de los Servicios de Salud autonómicos
- 2) Falta un plan integrado e integral de salud común a todo el territorio del Estado que serviría en te otras cosas, para establecer prioridades y objetivos en salud.
- 3) Evaluación de la cartera de servicios de las CCAA, teniendo en cuenta las dificultades de acceso a las prestaciones.
- 4) Evaluación de las tecnologías sanitarias mediante la creación de una Agencia de Evaluación (parecida al NICE británico) que analice la practica clínica y produzca guías clínicas para las patologías mas prevalentes. Una de sus funciones debería ser la coordinación de las agencias autonómicas existentes.
- 5) Inclusión de toda la cobertura pública de la población en un único sistema sanitario, lo que conllevaría la desaparición de las mutuas (Muface. Mugeju, etc). Como medida transitoria se podría plantear que todas las personas que se incorporan a estos puestos de trabajo (funcionarios, etc) entrarían en la cobertura del sistema general.

Establecimiento de demoras máximas para consultas de atención primaria, consulta de especialistas, realización de pruebas diagnósticas e intervenciones quirúrgicas. Para ello es preciso realizar previamente una definición homogénea de lo que se considera demora y establecer un sistema común de información para todo el SNS.



- FEFE.

Objetivo:

La adopción de una Cartera de Servicios Comunes, que proporcione las mismas prestaciones finales a todos los ciudadanos del Estado¹ y cuente con financiación para llevarla a cabo.

Comentario:

Los rasgos más característicos de nuestro sistema sanitario son su cobertura pública, la Cartera de Servicios, la Financiación y sus resultados en salud y satisfacción social.

El sector de oficinas de farmacia, que forma parte del Sistema Nacional de Salud como colaborador y prestador de servicios, está obligado a proporcionar asistencia farmacéutica a todos los ciudadanos, por lo que desea una uniformidad de criterios y normas de gestión en las distintas Comunidades Autónomas en defensa de los derechos de los ciudadanos.

Medidas Concretas:

1. **Cartera de servicios comunes**, en lo que se refiere a prestaciones farmacéuticas: Esta Cartera debería adoptarse por consenso, mantenerse inalterada, e incluir:

a. Un reforzamiento del papel del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud como órgano coordinador de los 17 Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas.

b. Las prestaciones básicas en materia de asistencia farmacéutica, entre las que deben estar incluidas:

- Los medicamentos y productos sanitarios
- El calendario vacunal
- El régimen de visados
- La prestación dietoterápica
- Los reactivos para pruebas diagnósticas
- Otras que puedan considerarse

2. **La receta médica oficial, incluida su versión electrónica:** En la que juzgamos imprescindible que pueda utilizarse y sea homologada y compatible en todo el territorio del Estado. Los farmacéuticos y el resto de profesionales sanitarios no podemos entender que las nuevas tecnologías dificulten la libre circulación de pacientes dentro de su propio país.

3. **Un esquema general de Concertación** que, respetando las competencias de las Comunidades Autónomas, no produzca diferencias en la Cartera de Servicios comunes, ni actúe como elemento generador de discriminación entre los profesionales que prestan el servicio. A este fin los Concierdos deben tomar como base el Artículo 96.2 de la Ley de Garantías y las Leyes Autonómicas que habiliten para ello, y en sus acuerdos y disposiciones internas no producir discriminación entre los farmacéuticos o usuarios del Sistema Nacional de Salud.

4. **Un esquema general de Financiación:** Llevando a cabo una profunda revisión del sistema de financiación de las Comunidades Autónomas, en sus



aspectos cuantitativos y cualitativos, en relación a la cartera de servicios comunes, que contemple los criterios poblacionales y otros, a la vez que mantenga los mecanismos necesarios de solidaridad interregional. Para ello es imprescindible que la participación en el PIB de la sanidad aumente, como mínimo, un 1%.

3.- COMITÉ INSTITUCIONAL DE POLITICAS PARA LA RACIONALIZACION DEL GASTO SANITARIO.

- Federación Española de Enfermedades Raras (FEDER).

“La financiación del Sistema Nacional de Salud resulta imprescindible asentar las bases de la sostenibilidad financiera del sistema y de su cohesión, amenazada por la descentralización de competencias. Entendemos que el gasto sanitario se ha disparado desde que las competencias en materia de sanidad se transfirieron a las Comunidades Autónomas, sin que en general se haya constatado por parte de los ciudadanos una mejora en la asistencia que se les presta. En general, se demanda una mayor aportación real del Estado y de las Comunidades autónomas en la financiación del SNS. “

- COCEMFE, personas con discapacidad física.

“El problema del gasto farmacéutico es algo que se viene arrastrando desde hace muchos años, por su complejidad ya que en el mismo intervienen muchos actores con intereses muy diversos y no siempre coincidentes. La solución es compleja y difícil y posiblemente requiera de una educación, concienciación y participación de todas las partes implicadas y de algunos ajustes, por ejemplo, Adaptar los embases y las dosis de los mismos a los tratamiento prescritos. Mayor prescripción de medicamentos genéricos. Campañas de concienciación sobre el uso de los medicamentos y la necesidad del ahorro del gasto sanitario en medicamentos.

Ese temor al incremento descontrolado del gasto farmacéutico hace que no se tomen medidas que son del todo necesarias para una parte de nuestro sector, como es el considerar como enfermo crónico determinadas patologías que precisan de una medicación de por vida, y se les facilite un **carnet de crónico** que les permita poder desplazarse a otros puntos fuera de su residencia habitual, sin temor a tener dificultades en obtener la medicación que precisan.”

- Federación Española de LUPUS (FELUPUS)

Como ya hemos señalado anteriormente, el enfermo de lupus es un enfermo crónico. Esto implica atención periódica en las consultas correspondientes, lo que contribuye a la masificación.



Además, debe tomar una medicación en ocasiones muy fuerte y que provoca demostradas secuelas, que pueden limitar su calidad de vida.

Aquí la prevención tiene un papel indispensable. Esta acción debe ser valorada por el especialista, aunque su manejo podría ser realizado por los profesionales de enfermería debidamente formados e informados.

Consultas de enfermería propias para enfermedades autoinmunes en los centros hospitalarios, a los que los afectados pudieran dirigirse en primera instancia para consultas informativas o pequeñas dificultades que pudieran encontrarse, agilizarían las consultas de los especialistas, las cuales sólo se verían justificadas para la revisión médica oportuna o para cambios de tratamiento o del estado del paciente.

Mayor colaboración de estos profesionales con las asociaciones de enfermos. Esta relación ayudaría a una mejor comprensión por parte de este personal, de los problemas diarios del enfermo, además de poder facilitar las campañas de información al paciente. Está demostrado que un paciente que conoce su enfermedad, puede reconocer más fácilmente el inicio de un brote y hace más válido el tratamiento al comprender el porque de su uso.

En cuanto a los tratamientos y terapias para evitar la atrofia muscular (por la limitación de movimientos por el dolor articular) y el dolor continuado, las asociaciones disponen en muchas ocasiones de sitio suficiente en sus locales para realizar estas terapias. Esto haría que los gimnasios y unidades del dolor de los centros, vieran aliviadas sus listas de espera y el enfermo pudiera acceder al servicio más rápidamente. Además se vería rodeado de personas con su mismo problema, lo que le ayudaría a entender la necesidad de las terapias, y éstas se dirigirán especialmente a paliar los problemas específicos de esta enfermedad.

Mejorando física y mentalmente al paciente, lograremos una mejor recuperación clínica y un menor número de secuelas limitantes, con lo que se mejorará su situación personal, familiar y laboral, y las solicitudes de incapacidad se verán disminuidas o retrasadas.

- Alérgicos al Látex.

Según nuestra propia experiencia, el gasto sanitario disminuiría de forma considerable con una formación continuada y una información exhaustiva a todos los profesionales sanitarios, con el objetivo de que pudieran hacer una buena labor de educación sanitaria que como consecuencia tendría una prevención de efectos secundarios en los pacientes. Paralelamente disminuirían los efectos adversos causados en los pacientes por parte de los profesionales. En ambos casos, muchas estancias hospitalarias serían más cortas, e incluso algunas se evitarían.

Existen patologías, como por ejemplo la Diabetes, en las que ya las propias unidades y servicios sanitarios cuentan con la figura del educador/a en diabetes y se ha demostrado que con esta labor se disminuye el número de ingresos y visitas a urgencias de estas personas. Pero en otras enfermedades, no se está haciendo nada a este respecto.



Para todas las enfermedades, una política sobre un buen uso de los guantes por parte de los profesionales sanitarios, el uso del guante adecuado para cada técnica y una buena higiene de manos (insistiendo que el uso de guantes no sustituye nunca el lavado de manos), disminuiría de forma considerable el gasto sólo en este material, y paralelamente disminuirían las infecciones hospitalarias (las de los pacientes y la de los profesionales). Así mismo, sustituyendo los guantes de látex de exploración por guantes de materiales alternativos, se evitarían los efectos adversos a pacientes con alergia al látex, las reacciones a profesionales sanitarios con alergia al látex y se evitarían a su vez nuevas sensibilizaciones a este material, es fácil deducir, que además del ahorro en desgaste humano, se produciría un ahorro en gasto monetario. Por último, añadir que el balance coste-beneficio, en la sustitución de los guantes de exploración de látex natural por los de vinilo y nitrilo, está admitida, incluso por las empresas del sector, esta sería una de las medidas a adoptar.

- CESM

El Modelo de financiación del SNS que se rige por la Ley 4/1986, de 25 de abril Ley General de Sanidad garantiza un modelo de aseguramiento obligatorio y universal, y por tanto, debe ser financiado por los presupuestos generales del Estado. Esta ley lleva en vigor 23 años, tiempo suficiente para poder analizar y revisar con bastante perspectiva sus defectos, aunque nunca está de más recordar que hay que concienciar a los usuarios sobre la necesidad de asumir mayores cotas de responsabilidad en el autocuidado y la conservación de la salud.

Presupuestos destinados a Sanidad: No es lógico que el médico, que posee el conocimiento y gestiona más del 80% del gasto, está excluido de los órganos de gobierno y de gestión, por lo que se debería buscar el instrumento para que este conocimiento está suficientemente representado en SNS.

Partiendo de que no estamos en contra de las distintas fórmulas de gestión establecidas si deseamos manifestar que el principal compromiso del médico es con su paciente y con la calidad asistencial que debe prestarle. El profesional debe en lo posible dejar de percibirse como empleado al servicio de la Administración sanitaria, y recuperar su papel de agente del paciente. Hay que recordar que promover una medicina de calidad no es lo mismo que promover una medicina barata, que no siempre es de calidad.

Estas estrategias informativas y educativas están destinadas a promover el uso correcto de los servicios sanitarios, y debería partir de una perspectiva más amplia que sería la de “desmedicalizar” la sociedad, de forma que se fomente el auto-cuidado. Ello debería ir complementado con la promoción de la mejora de la calidad asistencial en colaboración con las organizaciones profesionales y organizaciones representativas de los pacientes de forma que se pueda frenar el progresivo crecimiento del consumo sanitario de la sociedad. Sería conveniente y necesaria la posibilidad de la firma de un Pacto Social entre los profesionales y los pacientes en aras de hacer la declaración sobre el uso racional del SNS.

Los presupuestos sanitarios deben ser finalistas en la medida que lo permitan las transferencias sanitarias de gestión ya efectuadas. El SNS debe estar financiado por el Estado a través de los presupuestos generales para de



este modo, conseguir una mayor homogeneidad en el sistema y evitar más desigualdades entre comunidades autónomas y entre profesionales. Posiblemente fuera deseable que los presupuestos generales del Estado vinieran predeterminados en lo que hace el gasto sanitario por euros-ciudadano-año (cada ciudadano en todas las CC.AA. estaría con el mismo porcentaje de gasto sanitario y no con las diferencias actuales de más de 400 €/año según la comunidad autónoma donde se resida): aunque habría que considerar las necesarias correcciones relativas a la dispersión y nivel socio-económico.

El porcentaje del PIB español que se destina a Sanidad se encuentra muy por debajo e la media de la UE. España destina al gasto sanitario público el 6% de su PIB, y habría que elevarlo como mínimo hasta el 8% para alcanzar poco a poco a nuestros países vecinos como Francia o Alemania que destinan el 11% de su PIB a sanidad. Se debe incrementar de forma progresiva y con un calendario establecido hasta llegar a alcanzar el mínimo incremento establecido de 2 puntos porcentuales; sería poco afortunado, escudándonos en la crisis económica, que no se afrontara con realismo esta propuesta necesaria para la sostenibilidad económica del SNS.

Sin embargo, no hay duda que para mejorar la gestión del gasto sanitario primero habría que reducir los excesivos gastos administrativos y burocráticos, que genera una estructura compuesta por 17 consejerías. A primera vista, se consume gran cantidad de recursos humanos y materiales, y sin entrar en cuantificar el consumo, sí parece claro que no aporta valor añadido ni en términos de calidad ni de eficacia, por lo que cuando menos, parece innecesario.

- SATSE

- El próximo Acuerdo de Financiación Autonómica debería incluir una financiación sanitaria de carácter finalista (lo que se presupueste para la sanidad pública ha de gastarse en sanidad pública).
- Incrementar un 1% el presupuesto destinado a la financiación sanitaria en consonancia con la media de la Unión Europea.
- Diseñar medidas para la disminución de la proporción actual del gasto farmacéutico con respecto al gasto sanitario, con el objetivo de situarnos en la media del entorno europeo.
 - Desarrollo y potenciación de la prescripción por los profesionales de enfermería de medicamentos y productos sanitarios en todos los ámbitos de su ejercicio profesional.
- Reorientar el gasto sanitario aumentando la inversión en políticas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad sobre todo en el ámbito de racionalizar el gasto global de la sanidad pública.
- Realización de un estudio exhaustivo y comparativo del gasto sanitario en las CC.AA. y en el conjunto del SNS.

- Gestión de compras unificadas. Unificación de estrategias sobre gestión común en las compras dentro del SNS, siendo partícipes las CC.AA. Dichas compras se realizarían, según convenga en los siguientes tres niveles:
 1. A nivel Estatal (SNS)
 2. A nivel Interautonómico (Convenios de colaboración entre Servicios de Salud limítrofes).
 3. A nivel Intraautonómico (Unificación en la gestión de las compras entre las distintas Gerencias de cada Servicio de Salud en un único órgano de compras).

- Puesta en marcha de un sistema compatible en todo el SNS tanto de la Tarjeta Sanitaria única como de la Historia Clínica Digital, que permita a tiempo real manejar los datos necesarios de cada usuario, evitando pérdidas de tiempo y duplicidades de actuaciones, repetición de pruebas, etc., que supondrá un ahorro económico importante que se podrá destinar a otras necesidades sanitarias.
- Impulso a la participación de los profesionales de enfermería en los procedimientos de evaluación de tecnologías sanitarios, especialmente de las que son responsables de su uso y manejo.
- Poner en marcha herramientas informáticas y nuevas tecnologías que racionalicen y mejoren el control del gasto y que permitan conocer su situación en cada momento, las cuales deberán favorecer la participación y motivación de los profesionales, también en la micro-gestión.
- En referencia a la facturación a terceros: Atención de accidentes de tráfico, de contingencias profesionales y asistencia a extranjeros:
 - Realización de un análisis exhaustivo del gasto real que se genera al Sistema Público por la atención de accidentes de tráfico y contingencias profesionales.
 - Información adecuada sobre los trámites para el cumplimiento correcto del procedimiento establecido respecto a la gestión de la facturación de accidentes de tráfico y contingencias profesionales, involucrando e incentivando para la consecución de este objetivo a los profesionales sanitarios.
 - Impulsar sistemas de mejora de la gestión en la facturación de la asistencia a los extranjeros.

- Establecimiento de un política común de retribuciones para los profesionales que armonice las retribuciones en el SNS dotando de mayor coherencia a la gestión del mismo, con el objetivo de establecer un modelo retributivo lo más homogéneo posible que mejore la motivación y remunere adecuadamente a los profesionales.



- Sobre la Gestión Clínica:
 - Análisis profundo y evaluación sobre resultados objetivos tanto económicos, como de satisfacción de usuarios y profesionales referente a las experiencias puestas en marcha en el SNS sobre la Gestión Clínica cuya efectividad y eficiencia no han sido suficientemente contrastadas.
 - Definición de límites y establecimiento de mecanismos de control y procesos evaluadores objetivos y continuos sobre la Gestión Clínica.
 - Tal y como hemos propuesto en el apartado sobre “Criterios comunes en relación con la gestión de personal y la organización de los servicios”, consideramos que la organización de los centros y servicios sanitarios debería estar basada en la gestión de los diferentes niveles de cuidados que precisan los ciudadanos, ya que este modelo ha demostrado su eficiencia en la racionalización del gasto sanitario.
 - Rentabilizar los recursos públicos disponibles, antes de acudir a recursos externos al ámbito público o a fórmulas de gestión “privada”.
 - Concienciación, información y formación de los profesionales en el control y racionalización del gasto.
 - Creación de un sistema de información del gasto sanitario.
-
- Consejo General de Biólogos.

Problema

Al hilo del punto de las Políticas de Recurso Humanos, el Sistema Nacional de Salud invierte recursos económicos y humanos en la formación de Médicos Internos Residentes en Análisis Clínicos, en Bioquímica Clínica y en Microbiología y Parasitología, en detrimento de otros profesionales sanitarios. Un gran número de aquéllos abandona esta formación, lo que genera un gasto tanto humano como económico y por consiguiente hace muy poco rentable su formación, perjuicio que se suma a la pérdida de la posibilidad de formar a otros profesionales sanitarios no médicos.

Propuesta

Considerar profesional sanitario a todos aquellos profesionales que ejerzan su profesión en el Sistema Nacional de Salud. Es necesario hacer un estudio de la realidad del Sistema Nacional de Salud e incluir en el Registro de profesionales, tanto a los profesionales sanitarios reconocidos por la LOPS como a aquellos profesionales que ejercen su profesión en el Sistema Nacional de Salud y no pueden acceder a una especialidad, porque no existe como tal.

- Consejo General de Fisioterapeutas.
- Historia Única del paciente, a la que puedan acceder todos los profesionales encargados de su tratamiento; esto evitaría duplicidad de pruebas diagnósticas y aceleraría el tratamiento.
- Para evitar duplicación de tratamientos innecesarios, en distintos centros de la red sanitaria (que no tienen coordinación entre ellos) implantar programas informáticos que permitan al especialista saber cuándo, dónde y qué patología se le trató al paciente.
- Para patologías crónicas que no han sufrido una recaída (preferentemente de AP) tratamientos máximo una vez al año (incluyendo educación para la salud, ejercicios que el paciente debe hacer en casa, así como aplicación de termoterapia casera).
- Establecer revisiones en AP para educar al paciente en la necesidad de autocuidados, y hacer un seguimiento o recordatorio, con intención de prevenir recaídas, ser más eficientes en algunos procesos, y evitar demandas de tratamientos frecuentes.
- La identificación de cotas de referencia u objetivos en cuanto al número óptimo de fisioterapeutas, junto con otros profesionales de salud que trabajan dentro de equipos multiprofesionales, es necesario para establecer un suministro estable de profesionales de salud para percibir y resolver las necesidades emergentes de una población de mayor edad cada vez más compleja.
- Para lograr un uso racional de la atención fisioterápica es necesario que las personas a las que va destinada nuestra intervención (pacientes/cuidadores), dispongan de una información completa de las prestaciones de la misma. Para ello, es necesario que esta completa información se resuma en un listado básico que, de una manera fácil y exhaustiva, muestre la actividad que el servicio de Fisioterapia realiza, al tiempo que oriente en los aspectos “extraclínicos” más relevantes y que se denominará Cartera de Servicios.
- Presentar estilos diferentes de la provisión de cuidado que puede ser reflejada en los niveles de la participación del paciente puede ser una fórmula para la reducción o mejor, la contención del gasto sanitario imputado a la intervención de la Fisioterapia.
- Evitar las “intermediaciones” mediante una política de acceso directo desde los diferentes actores sanitarios pueden lograr este objetivo además de ser más pertinentes socialmente.
- Los medios más eficaces y eficientes y más equitativos de organizar la atención sanitaria y mejorar la salud puede encontrarse en la Gestión por Procesos Asistenciales que exige la incorporación de herramientas de análisis de los diversos componentes que intervienen en la prestación sanitaria, la racionalización de los diferentes flujos de trabajo y la evaluación de los resultados obtenidos, teniendo en cuenta las expectativas que tienen los ciudadanos y los profesionales e intentando disminuir la variabilidad de las actuaciones clínicas.
- Mejorar la accesibilidad del ciudadano a los servicios de fisioterapia, eliminando trabas burocráticas que elevan los costes sociales.



Igualmente opinamos que la elaboración de mapas de inclusión – exclusión en la atención fisioterapéutica sería de gran interés, para evitar actuaciones perversas que puedan poner en riesgo la sostenibilidad del sistema, asegurando la pertinencia de la atención, igualando o ponderando esta dentro de los sistemas hospitalarios como comunitarios.

- FADSP

- 1) Favorecer la utilización de medicamentos genéricos
- 2) Control de la propaganda y esponsorización de los eventos profesionales por parte de la industria.
- 3) Información directa fármaco – terapéutica a los profesionales prescriptores.
- 4) Establecimiento de protocolos comunes de racionalización del uso de medicamentos entre Primaria y especializada.
- 5) Control de los márgenes de distribución de los dispensadores y del uso de bonificaciones.
- 6) Realizar guías clínicas para el uso apropiado de las tecnologías sanitarias y la derivación a los especialistas.
- 7) Propiciar la creación de agencias centralizadas de compra de material y tecnología sanitaria.
- 8) Paralización de las iniciativas de financiación privada por sus elevados costes.
- 9) Falta una política y estrategia común a todo el SNS en todos estos aspectos. Parece difícil conseguirlo si no es a través de mecanismos de presión económica por parte del Ministerio que impulsen la eficiencia en todos estos capítulos.
- 10) Potenciar el papel de la atención primaria en la provisión de servicios sanitarios y en el control de los procesos asistenciales lo que exige incrementar su capacidad resolutive, facilitar su acceso a los recursos tecnológicos y mejorar su coordinación con la atención especializada.
- 11) Acabar con los experimentos de financiación privada de las nuevas infraestructuras y la gestión privada de los servicios sanitarios, por ser más costosa y menos eficiente la financiación y gestión pública.
- 12) Incrementar la red de centros de media y larga estancia, cuyas camas son menos costosas que las de agudos y permitiría disponer de muchas de ellas para reducir listas de espera.
- 13) Potenciar la Cirugía Mayor Ambulatoria, los Hospitales de Día y los Servicios de Hospitalización Domiciliaria, para descargar a los hospitales de agudos de patologías que pueden ser tratadas en otros niveles menos costosos.

Coordinar los servicios sanitarios con las redes de asistencia a la dependencia.



- FEFE.

Objetivo:

Racionalización del gasto en medicamentos y productos sanitarios con medidas de carácter estructural que mejoren tanto sus aspectos sanitarios como económicos.

Comentario:

Hemos de poner en valor que el sector sanitario. y el farmacéutico en particular, ya que generan empleo estable y de calidad; crean infraestructuras; impulsan la investigación y el desarrollo tecnológico; y actúan en su conjunto, como un verdadero generador de riqueza, algo que en una situación de crisis debe ser especialmente preservado y potenciado.

Desde la aprobación de la Ley de Garantías de 2006 ya se han puesto de manifiesto algunas deficiencias que deberían corregirse, a través de los desarrollos reglamentarios pendientes y, en su caso, mediante una modificación de la propia Ley.

El mercado no altera sensiblemente su crecimiento en función de las medidas puestas en marcha en cada momento, incluidos los precios de referencia, mientras que la contribución de las farmacias por efecto de la aplicación del RD Ley 5/2000 no ha dejado de aumentar.

Debería corregirse la política de precios para desincentivar la oferta y el consumo basado en los precios más elevados, y actuar sin embargo sobre la demanda. Las medidas que se propongan deben actuar en este sentido y no sería inoportuno en este caso fijarse en las que propone la OMS para racionalizar el gasto farmacéutico² a la vez que analizar de forma crítica medidas ya probadas.

Medidas Concretas

Nuestra Federación considera que la Ley 29/2006, excelente en muchos aspectos, viene lastrada por determinadas deficiencias que afectan a las oficinas de farmacia, entre los que podemos citar:

1. Aspectos concretos recogidos en la Ley que estimamos deben modificarse:

a. **Inclusión del precio en los envases:** La normativa europea no impone la exclusión del precio en los envases, y las asociaciones de consumidores, así como nuestra Federación vienen reclamándola, ya que es una medida de transparencia, y su no inclusión tiene repercusiones negativas para las farmacias y para los pacientes en los cambios de precios.

b. **Prohibición de la “compra de medicamentos de prescripción” por Internet** como garantía sanitaria para evitar falsificaciones y daños a los pacientes.

c. Consideramos que el artículo 1.5, aún por desarrollar de la Ley de Garantías, que se refiere a la venta de medicamentos que no precisan receta por Internet induce a error, ya que el ciudadano desconoce en que categoría está clasificado cada medicamento, y por tanto, en su actual redacción, no responde a criterios de salud y seguridad.

d. Solicitamos que se reconozca el **derecho a la sustitución profesional de los farmacéuticos**, algo que ocurre en países de nuestro entorno, y que justificaría mejor la sustitución obligada, cuando se trata de razones exclusivamente económicas, para llevarla a cabo.



e. Es necesario **priorizar en las políticas de contención una política de prescripción de medicamentos genéricos**, sobre los de marca o sobre la prescripción por principio activo ya que esta última puede alcanzar a la práctica totalidad de los medicamentos, incluidos los que se encuentran bajo patente.

f. Es conveniente que se defina mediante una norma legal el entorno de derechos y obligaciones de la prescripción médica, ajustada a protocolos y conductas técnicas con base científica probada.

g. También **el desarrollo reglamentario de unas obligaciones de suministro** que abarque no solamente a las farmacias sino también a las empresas de distribución, así como una concreción sobre el papel sanitario de los distribuidores.

h. Y finalmente, es necesario modificar el régimen sancionador de la Ley de Garantías adicionando sanciones por **suministro insuficiente** a los laboratorios farmacéuticos.

2. Modificar el Sistema de Precios de Referencia

a. Reconsiderar el Sistema de Precios de Referencia por su actual escasa capacidad de contención del gasto, y sus efectos negativos sobre la Distribución y las Oficinas de Farmacia.

b. Adquirir el compromiso sobre el sistema de precios de referencia, para que no se aplique con distintos criterios en las diferentes Comunidades Autónomas.

3. Reconsiderar la Prescripción por Principio Activo y potenciar la de medicamentos genéricos:

La prescripción por principio activo tiene que ser reconsiderada frente a una política de impulso a la prescripción de medicamentos genéricos ya que ésta presenta una faceta de contención del gasto de carácter estructural.

3 La Ley prohíbe la venta de medicamentos por Internet, pero no la compra, lo que resta valor didáctico a los ciudadanos sobre los peligros de los medicamentos adquiridos por este procedimiento.

FEFE considera necesaria una política integral de medicamentos genéricos que no solo asegure su permanencia en el mercado sino que aumente su cuota de participación. Esta política debe basarse en:

a. Compromiso con el médico para incentivar perfiles de prescripción ajustados a criterios farmacoeconómicos.

b. Compromiso con el farmacéutico para incentivar la dispensación de EFG a Precios de Referencia, con un mayor margen o con su exclusión del computo del RD Ley 5/2000 c. Compromiso con el usuario para incentivar la demanda de genéricos, con una diferenciación en el nivel de aportación.

La espiral de precios a la baja que están viviendo los Medicamentos Genéricos, puede llevarnos a lo que se conoce como “baja temeraria”, con tres posibles consecuencias: Falta de incentivo en la industria para registrar nuevos genéricos o seguir manteniendo determinadas presentaciones en el mercado. Desplazamiento de la prescripción hacia otras moléculas de mayor precio. Desconfianza en el ciudadano. Para evitar estas consecuencias debe actuarse en el sentido siguiente:

a. El Precio de Referencia tiene que ser el precio que financia el SNS, pero el usuario debe de tener la opción de acceder al medicamento prescrito, y no verse obligado al de menor precio. De que sirve tener un amplio Vademécum si no se tiene acceso a él.



b. La Revisión continua de precios y la adopción de distintos listados de precios, por diferentes CCAA generan: Inseguridad en el usuario, dificultad de gestión en la farmacia y desconfianza hacia la Administración.

5. Reforma de los procedimientos de la Comisión Interministerial de Precios.

Otra de las cuestiones que debe ser motivo de reconsideración es la actuación de la Comisión Interministerial de precios para:

a. Corregir mediante una actuación de la Comisión Interministerial de Precios la situación actual en la que, se han conseguido algunos logros en la reducción del crecimiento del gasto en medicamentos, pero no consigue efectos de contención a largo plazo.

b. Dar cumplimiento exacto a la Directiva 89/105/CEE publicando y haciendo transparentes los criterios de la Comisión Interministerial de Precios de los Medicamentos.

c. Potenciar las revisiones individualizadas – siempre que estén justificadas - de los medicamentos de precios antiguos como medio de que el mercado no se incline por razones exclusivas de rentabilidad sobre los nuevos precios.

d. Ajustar el margen en función de la verdadera composición del mercado, y el crecimiento de los tramos de precios del R.D.

823/2008 para que no se produzca la pérdida acelerada de rentabilidad de las farmacias debida a los medicamentos de más de 143 Euros. No puede estar penalizada la dispensación de las últimas novedades terapéuticas a los pacientes que las necesitan.

- Asociación Española de Genéricos (AESEG).

Consideramos que para un **eficiente desarrollo del genérico** hay que adoptar medidas valientes – aunque en algunas ocasiones pudieran ser consideradas en detrimento de los productos no genéricos - como:

- Diferente copago.

- Sustitución obligatoria cuando exista un genérico.

- Mayor margen por la dispensación del genérico (distribución y farmacia) a través de aplicar un PVL inferior al medicamento genérico.

- Mayor diferenciación entre los productos genéricos y de marca.

- Programas de incentivación y formación a médicos, farmacéuticos y Pacientes, para asegurar una gran presencia del genérico en nuestra sociedad, aprovechando su **potencia como herramienta de ahorro** y contribución a la **sostenibilidad del sistema** sin necesidad de recurrir a las constantes reducciones de precio que, a la larga, agotaría la fuente de ahorro.

1.- Incrementar acciones que impulsen la demanda.

Actuando sólo sobre la oferta y propiciando continuas bajadas de precios se origina un **insuficiente desarrollo del mercado en unidades y un estancamiento en valores**. Esta orientación conduce a un agotamiento del sistema a corto plazo (medidas coyunturales) sin solución de continuidad en el medio y largo plazo (medidas estructurales). Además, no basta con bajar los precios de los medicamentos para contener el gasto farmacéutico.

Proponemos desarrollar **medidas orientadas a incrementar la demanda** a través de:



- Campañas de información en ciudadanos.
- Incentivación a través de campañas objetivas como la consecución de una cuota de prescripción del 15% - 20% en médicos de Atención Primaria.
- Programas de formación a Médicos Especialistas en el concepto de genéricos y objetivos de prescripción del 15% - 20%.

2.- Exclusión de los genéricos en el copago.

El copago similar -para medicamentos de marca y genéricos- no asegura ni estimula una mayor prescripción de medicamentos genéricos, esta situación crea la posibilidad de que un número importante de recetas, para el tratamiento de patologías muy comunes y numerosas, se correspondan con productos de marca y el consiguiente sobrecoste en la factura farmacéutica y perjuicio en la racionalización del gasto.

Con el fin de asegurar la accesibilidad del medicamento a todos los ciudadanos independientemente de su condición social (activo, pensionista, incapacidad laboral) o económica (pensionistas con niveles salariales superiores a ciudadanos activos con dificultades económicas), proponemos que el medicamento genérico -precio más económico que su correspondiente de marca- quede exento de copago a diferencia de los productos de marca que continuarían con esta condición.

Además, el copago se mantendría cuando la prescripción se corresponda con un principio activo sin versión genérica ya que siempre se podría prescribir, otro principio activo genérico disponible con eficacia y seguridad demostrada a lo largo de años.

*“Como ejemplo, el **grupo de las estatinas** que, siguiendo el criterio del MSC, deberían ser intercambiables con carácter general. Este grupo facturó el pasado año 767 millones de euros (6,78% del gasto farmacéutico total) de los cuales 475 millones de euros (62%) correspondieron a la **atorvastatina** de la que sólo hay tres productos de marca a un precio de 40 € sin disponer de versión genérica y con un crecimiento del 11,2% en unidades respecto al 2006. Por el contrario, productos genéricos de eficacia y seguridad demostrada como la **simvastatina**, con un precio medio de 7 €, tan sólo crecieron un 14% en unidades y decrecieron un -22% en valores.”*

3- Cálculo del precio unitario de la dosis por presentaciones con distintas indicaciones.

AESEG propone no utilizar presentaciones diferentes, del mismo principio activo, con dosis distintas para el cálculo del precio unitario (coste /mg.) como base del cálculo para la estimación del precio de referencia.

Se puede poner en riesgo el desarrollo y/o comercialización de dosis que fueron definidas, y por tanto necesarias, para tratamientos concretos. Esto es coherente con la recomendación de la OMS: *“no utilizar la DDD para establecer los precios de los medicamentos”...*

El criterio de la Ley dice que el precio de referencia se calculará en base al coste tratamiento/día. Si la dosis definida para un tratamiento determinado es, por ejemplo, de 50 mg., no implica que el paciente sea tratado mediante presentaciones de 25 mg. (calidad de vida y calidad de tratamiento) con una mayor cantidad de cápsulas o comprimidos por toma, circunstancia que iría en contra a una coherente racionalización del gasto.



Además, insistimos en que, el cálculo es injusto ya que sólo valora económicamente el coste del principio activo cuando sabemos que en el coste total influyen otros elementos como: excipientes, blister, envases, manipulados etc...).

4.- Incluir la relación de Precios Menores al sistema de Precios de Referencia.

Hasta el presente año, la relación de Precios Menores - sustitución por urgente necesidad o desabastecimiento y prescripción por "*principio activo*" – ha estado incluido en el Sistema de Precios de Referencia (anejo 5) estando regulados en iguales términos y plazos la coexistencia para ambos grupos de precios.

Desde enero del 2009 la relación de Precios Menores a los que hace referencia el artículo 93.4 en su apartado c) de la Ley de Garantías y Calidad son los que se relacionan en el Nomenclátor oficial de productos farmacéuticos del Sistema Nacional de la Salud, aplicable el día 1 de enero de 2009. Por tanto, queda desvinculada del Sistema de Precios de Referencia pasando a ser simplemente una "relación informativa" dando carta de naturaleza a su publicación en el Nomenclátor de facturación del Ministerio de Sanidad, sin regulación normativa y de aplicación en función de la interpretación de cada Comunidad Autónoma. Esta situación ha provocado un gran desconcierto e inseguridad jurídica en todos los agentes del sector en relación a su entendimiento y regulación como ha quedado patente en la diferente aplicación por las Comunidades Autónomas. Quedando patente, además, que el ahorro económico perseguido ha sido mínimo e inferior, en muchos casos, al sobrecoste originado por esta nueva aplicación.

Por ello, para incrementar la imagen, aceptación y operatividad del medicamento genérico en las Comunidades Autónomas y los diferentes agentes del sector, proponemos reincorporar –nuevamente- el grupo de Precios Menores en el Sistema de Precios de Referencia y la coexistencia normativa junto a los Precios de Referencia.

Otras consideraciones.

Aparte de las consideraciones anteriormente expuestas, se observan las siguientes:

El gasto farmacéutico está controlado en los últimos meses, y se prevé la misma tendencia en la segunda parte del año; por ello, AESEG entiende que se está consiguiendo el objetivo de control perseguido por el Ministerio de Sanidad y Consumo, lo que permitiría evitar una nueva bajada y el impacto prácticamente inasumible para la industria de medicamentos genéricos, afectada seriamente por las barreras citadas anteriormente.

Los precios de referencia actuales no favorecen a los medicamentos genéricos, al provocar la igualación de precios entre marcas y EFG, hecho que conlleva un desplazamiento de la prescripción y dispensación hacia productos de marca (no sustituibles) con precio de referencia.

Es denominador común en los países en los que se ha desarrollado un mercado fuerte de genéricos, la existencia de una clara diferencia de precio entre los medicamentos genéricos y los correspondientes originales o marcas.



La contribución de los medicamentos genéricos a la sostenibilidad del SNS pasa por:

Recuperar el medicamento genérico como herramienta estructural de contención del gasto sanitario sin la participación de los medicamentos de marca.

Políticas decididas de promoción del genérico, que estimulen la vocación de permanencia de las empresas actuales a medio y largo plazo y la viabilidad empresarial de las mismas, en contraposición con aquellas que sólo actúan de manera coyuntural buscando únicamente el beneficio a corto.

Crear un entorno de mercado lo suficientemente interesante y cohesionado para atraer nuevas inversiones a través de la incorporación de nuevos grupos y compañías internacionales en nuestro país.

Tenemos que alinearnos con los países más desarrollados, en materia sanitaria, en donde existe una clara diferenciación conceptual y económica entre el medicamento genérico y de marca.

4.- COMITÉ INSTITUCIONAL DE POLITICAS DE CALIDAD E INNOVACIÓN.

- Federación Española de Enfermedades Raras (FEDER).

“Para los afectados de ER, resulta imprescindible que las políticas de calidad e innovación tengan entre sus prioridades la investigación y la ampliación de recursos sobre las ER.

Creemos que precisamente debido al desconocimiento de las mismas, al elevado coste personal, familiar, social y económico que suponen estas enfermedades, se debe realizar un especial esfuerzo presupuestario y de innovación para que las ER, dejen de ser el gravísimo problema de salud pública que son en la actualidad, y que debido a no tener datos contrastados y fiables del coste económico que suponen, las políticas sanitarias no han dedicado suficientes recursos a las mismas.

En el año 2005 se realizó un estudio sobre la morbilidad hospitalaria atribuible a las ER en España, basadas en las fuentes del conjunto mínimo **Básico de Datos al Alta Hospitalaria (CMBD)**, con el objetivo de Conocer la morbilidad atribuible a ER de los pacientes ingresados en los hospitales públicos de España y que causaron alta en el año 2005, los datos son los siguientes:

- ALTAS TOTALES AÑO 2005: **3.541.107 Altas** (80,28 por 1.000 hab) Estancia Media: 7,59 días **145.894 Fallecimientos Letalidad 4,12%**
- ALTAS ENFERMEDADES RARAS 2005: **446.451 Altas** (10,12 por 1.000 hab) Estancia Media: 9,78 ± 12,97 días. **24.217 Fallecimientos Letalidad 5,42%**

Estos datos ponen de manifiesto la importancia que tienen las ER, para el SNS.



Calidad

Son elementos fundamentales: la búsqueda de la mejora continua de la calidad a través de herramientas de disminución de la variabilidad de la práctica clínica, la búsqueda de la seguridad de los pacientes como subsistema de calidad y las estrategias de mejora continua de calidad basada en políticas de certificación y acreditación, para conseguir con ello mayor implicación de los profesionales de la salud, sin los cuales es imposible conseguir esos necesarios niveles de calidad en nuestro SNS.

Desde FEDER consideramos que la mejor política de calidad que se podría plantear es la conocer mejor las desigualdades en la equidad que sufren los afectados por enfermedades raras, tanto en accesibilidad a recursos sanitarios como en aplicación de tratamientos.

Evidentemente porque entendemos que conocer la existencia de desigualdades ayudará a reducirlas.

Innovación:

Apostar por la Sanidad y contar de manera activa con la participación ciudadana que debe desarrollarse completamente (quedan excluidos de los Centros y Unidades de referencia) y con la utilización de todos los canales posibles y una metodología realista son las dos cuestiones clave en la apuesta por la participación ciudadana en la sanidad.

Con relación a la introducción de estrategias de alta tecnología en el marco del diagnóstico y del tratamiento de las enfermedades, desde FEDER consideramos que las innovaciones en el marco del SNS se deberán hacer con criterio de equidad, conociendo el coste-beneficio y el coste-efectividad y sometiendo a vigilancia epidemiológica a las personas que reciben dicha acción innovadora y también a los grupos que las practican. “

- COCEMFE, personas con discapacidad física.

“Desconocemos que hayan estudios específicos sobre la realidad de las personas con discapacidad en cuanto a sus hábitos alimenticios, de ejercicio, enfermedades cardiovasculares, problemas respiratorios, accidentes fortuitos, estados depresivos, obesidad, problemas de dolor derivados del sobreesfuerzo, absentismo laboral por problemas de salud como consecuencia del dolor, etc... Dado que la discapacidad es un factor que condiciona determinadas situaciones, favorece la aparición de otro tipo de dolencias y limita posibles soluciones que se dan para el resto de la población, sería conveniente y necesario conocer estos datos a la hora de planificar y marcar estrategias y actuaciones en las Políticas de Salud Pública. Sería, también



conveniente, la colaboración de entidades del Sector en la elaboración de los Planes de Salud.

Existe un agujero importante en el tema de calidad relacionado con las personas con discapacidad, en varios aspectos, quizás el más destacado es la falta de tiempo y certificado de garantía de determinados productos que se hacen a medida o que están estandarizados. Con la compra de una silla de ruedas, bitutores, muletas, calzado especial, elementos de sujeción para el baño, etc.. adolecen de certificado de garantía y condiciones para poder reclamar en caso de observar deterioros que no corresponden en el tiempo o de ser defectuosos.

Si bien ello podría ser objeto de otro Ministerio, quizá el de Sanidad podría tomar la iniciativa de propiciarlo.

En el campo de la Sanidad, los temas de calidad, los de innovación, así como los de investigación, son muy importantes para el colectivo de personas con discapacidad, si verdaderamente en ellos se recogen las necesidades reales de las personas con discapacidad y se desarrollan soluciones a las mismas.

El colectivo de personas con discapacidad durante muchos años y sigue todavía siendo una realidad a día de hoy, es un elemento residual y marginal en las políticas Sanitarias. No podemos negar que se ha avanzado, pero no se ha hecho ni en la misma dirección ni al mismo ritmo que con el resto de la ciudadanía.

Esta apuesta por un Pacto por la Sanidad es una inmejorable oportunidad para corregir todos los déficits que tiene el actual Sistema para con las personas con discapacidad. Y para ello, indudablemente puede contar con las organizaciones que durante tantos años vienen trabajando en defensa de los derechos de estos colectivos y gestionando recursos que paliaran la falta de ellos en el Sistema Nacional de Salud.”

- Federación Española de LUPUS (FELUPUS)

En un momento como el actual, de gran demanda de servicios sanitarios que saturan muchas consultas e impiden al facultativo la dedicación que debiera a cada paciente, se hace fundamental la búsqueda de otras vías que puedan paliar las graves consecuencias que pueden derivarse.

En la faceta médica, está claro que los médicos deben tener buena formación y una actualizada información, pero no sólo ellos. Las enfermeras y técnicos, tienen que tenerla igualmente, ya que muchas de las tareas de los médicos podrían estar desempeñadas por ellos.

Se llegaría así a unas consultas de enfermería, con un personal formado en autoinmunidad. Trabajarían coordinados con los médicos y descargarían las consultas de pacientes.



En aquellos profesionales de la psicología y psiquiatría, muchas veces necesarios por muchos afectados para, ya sea entender su nueva situación como enfermo, o por la afectación neurológica que le ha provocado la enfermedad, se hace aconsejable un trabajo conjunto con las asociaciones de enfermos.

Estas entidades, a través de programas preparados por estos profesionales, puede ofrecer al paciente terapias individuales o de grupo, así como programas actividades de integración, ocio y divulgación que minimice el efecto de indefensión del paciente.

Con estas políticas, se lograría maximizar los recursos disponibles de las asociaciones y para el sistema de salud supondría el ahorro de no tener que impartir este servicio ni asumir su coste directo.

Asimismo pueden desarrollar políticas de hábitos de vida sana, fundamentales en la edad infantil y realizar su seguimiento en el entorno escolar.

En cuanto a la Innovación, se hace indispensable lo siguiente:

Fomento de la investigación, no sólo para desarrollar nuevos medicamentos, sino en la búsqueda de las causas del origen de las enfermedades autoinmunes. Por esto, es de vital importancia la promoción de los estudios genéticos, y especialmente los más específicos de epigenética.

Implantación de la Historia Clínica Digital. Al ser el lupus una enfermedad crónica con diferentes afecciones, supondría un resumen completo y actualizado de los últimos tratamientos y dolencias. También aportaría datos relevantes sobre alergias y el centro de referencia en el que le tratan.

Informatización de los consultorios de los núcleos rurales, ya que a veces la escasez de recursos dificulta sus medios de consulta y procedimiento.

- Federación Española de Parkinson.

La enfermedad de Parkinson sigue siendo una patología mal conocida por gran parte de la población.

Tratándose de una enfermedad edad-dependiente, es necesario tener estudios epidemiológicos que sean fiables, para conocer cuantos afectados de EP, hay ahora y cuantos habrá en un futuro cercano.

También es importante conocer que en muchos lugares del Estado Español se están impartiendo terapias cuyos costos los han de sufragar los propios afectados y por tanto estamos ante un agravio comparativo con los afectados de otras patologías.

- Comité Español de Representantes de personas con Discapacidad (CERMI).

❖ **Calidad:** son elementos fundamentales: (a) la búsqueda de la mejora continua de la calidad a través de herramientas de disminución de la



variabilidad de la práctica clínica; (b) la búsqueda de la seguridad de los pacientes como subsistema de calidad y (c) las estrategias de mejora continua de calidad basada en políticas de certificación y acreditación.

- ❖ **Innovación:** Apostar por la Sanidad 2.0, donde la participación ciudadana debe desarrollarse completamente (hoy pobremente desarrollada), y la utilización de todos los canales posibles y una metodología realista son las dos cuestiones clave en la apuesta por la participación ciudadana en la sanidad.
- ❖ **Atención a la salud mental:** Debe tenerse en cuenta el Pacto Europeo por la Salud Mental y el Bienestar, que incide expresamente en la perspectiva transversal de que la Salud de la población debe contemplar la Salud Mental. Este pacto europeo se materializa en la estrategia en salud mental del SNS.

Existe una gran diferencia entre la atención en situaciones agudas y **la continuidad de la atención a los problemas de salud mental.**

- Asociación Española de la lucha contra el cáncer (AECC).
 - Establecimiento de mecanismos formales de coordinación y cooperación interinstitucional e interautonómica que faciliten una atención integral, bio-psico-social, a las personas diagnosticadas de cáncer y su familia.
 - Extensión de la cobertura actual de los cuidados paliativos a personas en la fase final de la vida, tanto en los hospitales como en el domicilio.
 - Agilización de los trámites burocráticos para el acceso a las tecnologías innovadoras de diagnóstico y tratamiento del cáncer.
 - Incremento del número de Unidades de Radioterapia.
 - Mejora del acceso de las mujeres diagnosticadas de cáncer de mama a la cirugía reparadora (inmediata y tardía) en marco temporal adecuado.
 - Promoción de consensos, guías de práctica clínica, protocolos y estándares basados en la evidencia científica, con el fin de contribuir a disminuir la variabilidad en la práctica clínica de los tratamientos del cáncer, así como para la prevención y tratamiento de las secuelas de éstos.
 - Desarrollo de mecanismos de coordinación de los diferentes servicios de salud y niveles asistenciales de las Comunidades Autónomas, dentro de la propia Comunidad e inter-Autonomías.
 - Armonización de los procedimientos de registro de información sanitaria de las enfermedades neoplásicas: certificados de defunción, registros hospitalarios, registros poblacionales por Autonomía y registro nacional.



Indicadores homogéneos y comparables, procedimientos de evaluación de la calidad asistencial tanto cualitativa como cuantitativa, incorporando siempre la perspectiva del paciente.

- Información al paciente de cáncer y su familia sobre sus derechos y deberes: sobre el acceso a las prestaciones y servicios, sobre la corresponsabilidad en el uso de servicios, sobre la movilidad interautonómica y en el ámbito europeo, sobre los estándares de calidad esperables, sobre los resultados clínicos de los diferentes servicios de atención especializada, o sobre seguridad del paciente.
- Protección laboral tanto a las personas diagnosticadas de cáncer como a sus cuidadores, en este caso con especial énfasis en los cuidadores de enfermos en fase avanzada de la enfermedad y de niños con cáncer.
- Implementación universal de la Historia Clínica Electrónica, lo que permitirá, entre otros aspectos, custodiar de manera más eficiente los datos personales.
- Establecimiento de unidades de atención al paciente en servicios oncológicos que permitan mejorar aspectos como la información al paciente y la familia, disponibilidad de profesional de referencia, teléfono de atención directa, etc.
- Realización de auditorías por hospitales y Comunidades que nos permitan comparar la accesibilidad de los usuarios a las diferentes tecnologías y medicamentos.
- Fomento de la investigación clínica y traslacional en cáncer en el contexto del Sistema Nacional de Salud.

- CESM

La política de calidad e innovación el SNS destaca por su falta de equidad en el desarrollo de las herramientas digitales (Historia Clínica Digital, Receta Electrónica, etc.), tampoco su grado de implantación es homogéneo en el territorio nacional sino que difiere mucho entre comunidades autónomas. Lo que demuestra que no sólo no es equitativo ni homogéneo sino que además ni tan siquiera es compatible; por este motivo la tarjeta sanitaria debería ser única e igual en toda España.

Falta desarrollo en las políticas de género y salud en las autonomías. Es un campo donde todavía queda mucho por hacer.



- SATSE

Desarrollo del Proyecto de Historia Clínica Digital del SNS

- Tal y como contempla la legislación vigente, debe de existir una Historia Clínica común para todo el Sistema Sanitario, tanto público como privado, y única para cada paciente que deberá estar soportada en medios electrónicos.
- Participación de profesionales de enfermería en el proyecto de Historia Clínica Digital del SNS y muy especialmente en su diseño.
- Esta Historia Clínica Digital deberá contener el conjunto mínimo básico de datos relacionado con los cuidados de enfermería y los procedimientos que se deriven de los mismos.
- Implantación definitiva de la Historia Clínica Digital en todo el Sistema Nacional de Salud, estableciendo una fecha límite para ello.

Desarrollo de la Estrategia de Guías de Práctica Clínica ligadas a las Estrategias en Salud

- Puesta en marcha de una estrategia para la implantación de Guías de Cuidados y Prácticas Enfermeras basadas en la evidencia científica y consensuadas con la profesión, con el objetivo de homogeneizar y dotar de una mayor uniformidad la práctica enfermera mejorando los resultados en salud.
- Creación de una Comisión sobre Guías de Práctica Asistencial en el Consejo Interterritorial que a su vez se componga de dos Comisiones Técnicas:
 - Comisión Técnica de Práctica Clínica (Guías Clínicas).
 - Comisión Técnica de Práctica Enfermera (Guías de Cuidados).
 - Ambas Comisiones deberán trabajar de manera diferenciada pero con la coordinación necesaria.
 - Establecerán protocolos conjuntos de actuación cuando sea necesario.
 - Facilitarán el funcionamiento de los Equipos Multidisciplinares.
 - Favorecerán los pactos interprofesionales, y la delegación de actuaciones cuando corresponda.
- Creación de Comisiones similares en cada Servicio de Salud y en los centros que corresponda (para su aplicación y seguimiento).
- Elaboración de un estudio anual (o una edición anual actualizada) de las Guías y Vías de práctica asistencial vigentes.

Análisis y difusión de los 110 indicadores clave del SNS

- Difusión adecuada del análisis y evaluación de los Indicadores Clave del SNS entre los profesionales sanitarios.



- Una mayor y mejor explotación de los datos que aportan los Indicadores Clave.
- Utilizar como referencia los datos obtenidos para tomar decisiones que mejoren la calidad del SNS.

Nuevos impulsos a la Estrategia de Seguridad del Paciente

- Incorporación de nuevos criterios a la estrategia de seguridad del paciente dando protagonismo a indicadores que evalúen la incidencia de las buenas prácticas enfermeras en la salud y el bienestar del paciente.
- Diseño de una estrategia concreta para la homologación de las mejores prácticas profesionales en el SNS con el fin de garantizar la seguridad del paciente.
- Introducir el concepto de “Práctica Segura” en los Protocolos y Guías Clínicas y de Cuidados.
- Incluir en la formación de pregrado y formación especializada los conceptos de “Práctica Segura” en los Protocolos y Guías Clínicas y de Cuidados.
- Incluir en la formación de pregrado y formación especializada los conceptos de “Práctica Segura” y “Estrategia de Seguridad del paciente”.

Establecimiento de convenios específicos con las CC.AA. para la aplicación de prácticas seguras en los centros sanitarios.

- Establecer un presupuesto adicional y específico, mediante los convenios con las CC.AA., para financiar la Estrategia de Seguridad del paciente.
- Crear un sistema común de vigilancia, control y notificación de riesgos adversos, coordinado por el Ministerio de Sanidad y con la participación de las CC.AA.
- Formar a los profesionales de enfermería en la gestión de riesgos en materia de seguridad del paciente.

Fortalecer el proceso de auditoría docente de centros y unidades del SNS para la formación de posgrado.

- Reforzar los sistemas de auditoría docente de los centros y unidades dedicadas a la formación de especialistas, incrementando su frecuencia para garantizar la calidad formativa.
- Garantizar la participación de profesionales de todas las profesiones incluidas en las Unidades Docentes Multiprofesionales.
- Realización de Planes de Formación dirigidos a los profesionales que participen en las Unidades Docentes Multiprofesionales.



- Consejo General de Biólogos.

Problema

Falta de profesionales y de medios para realizar políticas adecuadas a la realidad social del momento.

Falta desarrollar diferentes aspectos de la Ley de Investigación Biomédica, entre ellos el Consejo Genético (artículo 55) y la carrera profesional (artículos 82, 83, 84 y 85).

Propuesta

Desarrollar los artículos citados de la Ley de Investigación Biomédica. La manera más justa de llevarla a cabo, sin generar discriminación entre los profesionales que desarrollan su actividad en estos campos, es crear las especialidades de Genética Clínica y de Reproducción Humana Asistida en el caso del Consejo Genético (artículo 55) y la especialidad de Investigación Biomédica en el caso de la carrera profesional (artículos 82, 83, 84 y 85), ya que se ha de tener en cuenta que los profesionales sanitarios trabajan en el marco de la Ley 55/2003, de 16 de diciembre y del Decreto 1277/2003, de 10 de octubre.

- Consejo General de Fisioterapeutas.
- Facilitar y promover la **formación continuada**, sobre todo a los profesionales con más antigüedad.
- Facilitar la **implantación de las nuevas técnicas de fisioterapia** (como otras disciplinas, la fisioterapia ha evolucionado y tiene un amplio abanico de técnicas, muchas de ellas nuevas e infrautilizadas).
- Facilitar estudios de **investigación e intercambio** para aprender y desarrollar nuevas técnicas que mejoren la calidad y acorten los tiempos de tratamiento.
- Servicios de salud organizados en consecuencia, con equipos multidisciplinares cercanos a los usuarios que se ocupen de un grupo de población determinado, colaboren con los servicios sociales y otros sectores y coordinen las contribuciones de los hospitales, los especialistas y las organizaciones comunitarias. Una relación directa entre cada individuo y familia de la comunidad y un fisioterapeuta (entre otros profesionales).
- Adecuar los procesos asistenciales a criterios de calidad, eliminando las actuaciones que no aporten valor añadido al proceso de atención, significa que se dispone de una base para aplicar los principios de centralidad de la persona, continuidad, integralidad e integración, que deben constituir las características distintivas de la atención fisioterápica.
- Es esencial de implicar rápidamente al fisioterapeuta en los equipos interdisciplinares. El fisioterapeuta posee las competencias para determinar la pertinencia de una demanda en fisioterapia y la necesidad



- de los servicios solicitados, para asegurar una respuesta eficaz y una accesibilidad adecuada a los servicios de fisioterapia de calidad.
- Facilitar el acceso a la formación post-grado a los fisioterapeutas tanto del sector hospitalario como comunitario, en los diversos aspectos de salud pública, investigación, práctica clínica, gestión sanitaria y calidad así como la propia docencia. Este acceso deberá ser asumido por la organización desde el punto de vista financiero.
 - Se debe crear un órgano gestor que canalice las necesidades de la organización y los deseos de los fisioterapeutas, a la vez que evite arbitrariedades en el acceso a la formación de los fisioterapeutas.
 - Confederación Estatal de Estudiantes de Medicina (CEEM).

Desarrollo de la Estrategia de acreditación de centros y unidades.

- Fortalecer el proceso de auditoria docente de centros y unidades del Sistema Nacional de Salud para la formación de postgrado.

Creemos muy necesario reforzar también las exigencias para la acreditación docente de centros y unidades del Sistema Nacional de Salud para el grado.

Ante la inminente implantación del Espacio Europeo de Educación Superior y las modificaciones del llamado “Proceso de Bolonia”, creemos que es necesaria una renovación y creación de nuevos convenios con los hospitales y centros de salud universitarios y reconocer a su personal la dedicación, tanto económicamente como con la carrera profesional. Esto es imprescindible para mejorar la calidad y cantidad de las prácticas clínicas y fomentar un mayor compromiso de las instituciones sanitarias universitarias en la formación de sus estudiantes.

Por otra parte, es necesario destacar las carencias en la vinculación de nuevo personal docente clínico a la universidad. Asimismo, es necesario mejorar el reconocimiento laboral y profesional de este personal clínico dedicado a la docencia para potenciar su implicación en la formación del estudiante, una vez más destacamos la labor de los Médicos Internos Residentes que, en la mayoría de los casos, resultan los agentes principales en nuestra formación.

Por tanto, planteamos la necesidad de constituir una Mesa de Coordinación entre el MICINN y el MSC para tratar específicamente la problemática concerniente a las titulaciones universitarias de las carreras sanitarias. Una tarea crucial de esta mesa permanente, que debería contar como asesores con al menos un delegado de la Conferencia de Decanos y del Consejo Estatal de Estudiantes de Medicina para aportar la visión desde dentro, debería fijar las bases de una mejor relación entre la Universidad y el Centro Sanitario Universitario que sirva de marco para implementar las exigencias formativas en competencias que los estudiantes deben adquirir durante su formación práctica y que en muchos casos, hoy en día, no se están cumpliendo.



- FADSP

Favorecer sistemas de información comunes a todo el SNS (historia informatizada, tarjetas sanitarias, etc) Puede haber problemas de confidencialidad si no se procede a un cuidadoso proceso de armonización.

Por otra parte hay que garantizar la compatibilidad entre todas las plataformas lo cual puede ser complicado pues en la misma comunidad puede haber varias.

Por último, el hecho de que en diversas CC. AA se estén entregando las bases de datos a empresas privadas y existan dispositivos privados atendiendo a población cubierta por el sistema publico pone a un mas en grave riesgo la confidencialidad y el buen uso de los datos.

Es un proceso ambicioso y muy útil si se diseña bien pero todavía faltan por definir numerosos aspectos.

2) Desarrollar instrumentos de evaluación de la calidad de los servicios, con la participación profesional y ciudadana.

3) Realizar una evaluación de los llamados nuevos modelos de gestión y de las políticas externalizadoras en su triple aspecto: asistencial, económico y de repercusiones para el funcionamiento del conjunto del sistema sanitario público.

- FEFE.

Objetivo:

Valorar y premiar la innovación, eliminando los aspectos de innovación clínica repetitivos, o dirigidos al marketing, que se realizan con la finalidad de introducir productos ya patentados.

Impulsar la innovación farmacéutica o farmacológica que tenga como resultado final patentes españolas. Incrementar la calidad del servicio farmacéutico mediante la introducción de nuevas tecnologías.

Comentario:

En lo que se refiere a la innovación, debe revisarse el propio concepto de innovación y potenciar el que se desarrolla en las instituciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud. La innovación incremental no debe ser motivo de especial apoyo dado que se realiza para prolongar la vigencia de las patentes, actúa contra la sostenibilidad del sistema y vacía de recursos al Sistema Nacional de Salud.

En lo que se refiere a la calidad, el sector de oficinas de farmacia puede presumir de ser uno de los que cuentan con mayor índice de aceptación por la población. Los informes elaborados por las Asociaciones de Consumidores así lo atestiguan, sin embargo es necesario profundizar en las políticas de calidad ligadas a una menor preocupación sobre la rentabilidad, el cobro de la factura y



otras cuestiones económicas que afectan a las oficinas de farmacia y que dificultan sus inversiones en desarrollos tecnológicos.

Medidas concretas:

- a. Revisar los criterios de aceptación de innovación del Decreto de Precios de Referencia.
- b. Nuevos criterios para los planes de innovación de la Industria Farmacéutica del Ministerio de Ciencia e Innovación.
- c. Incentivación de la investigación que dé como resultado final patentes españolas.
- d. Establecimiento de un sistema que incentive la calidad de la Asistencia Farmacéutica de las oficinas de farmacia.
- e. Establecimiento de un plan de financiación para la implantación de nuevas tecnologías en las Oficinas de Farmacia.

5.- COMITÉ INSTITUCIONAL DE POLITICAS DE SALUD PUBLICA.

- Federación Española de Enfermedades Raras (FEDER).

“FEDER creemos que una primera medida, en este campo, sería que el declarar a las ER como un problema de salud pública, siguiendo el ejemplo que ha dado en el contexto europeo, la DG SANCO (Comisión Europea), al reconocer oficialmente que las ER son un problema de salud pública, dejando a un lado el paradigma de que sólo es salud pública aquello que se transmite o que afecta a una gran parte de la población.

Asímismo y para facilitar el acceso a las ER en el marco autonómico, sería fundamental que las Consejerías de Salud tuvieran en las DG de Salud Pública al menos un mínimo equipo que se encargase de diseñar políticas de salud para las ER y no como lo ha sido hasta ahora, en el marco de redes financiadas externamente.

Creemos que el Pacto por la Sanidad, exige además:

COORDINACIÓN del SNS:

El Pacto de Estado por la Sanidad es necesario, pero exige previamente un **esfuerzo real por conseguir coordinar el Sistema Nacional de Salud**, para evitar que la ausencia de coordinación del SNS ponga el riesgo la sostenibilidad del sistema.

Desde FEDER, hemos constatado como dependiendo del lugar de España donde se resida, las prestaciones varían de manera considerable.



Por ello, ante esta situación y teniendo como marco la Ponencia del Senado, que contó con el respaldo unánime de todos los partidos políticos, insistimos de la necesidad de que se debe hacer un gran esfuerzo, desde cada una de las Administraciones en el ámbito de su competencia, para lograr la equidad para con estos enfermos y sus familiares, de tal forma que se cubran las especificidades propias de este colectivo y se alcance la legítima satisfacción de sus necesidades, en igualdad con el resto de los ciudadanos, de acuerdo con el artículo 9 de la Constitución Española, que obliga a los poderes públicos a promover las condiciones para que la libertad e igualdad de los individuos sean reales y efectivas y a remover los obstáculos que impidan o dificulten su plenitud. Este mandato se recoge asimismo en el artículo 23 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, que determina la igualdad efectiva en el acceso a las prestaciones sanitarias.

Uno de los grandes déficit del sistema actual son las grandes diferencias organizativas, de dependencia funcional y de dotación de recursos (tanto materiales como profesionales) entre las diferentes CCAA, e incluso entre localizaciones de una misma región, que no garantizan a los ciudadanos la cartera común de Servicios, ya sea en el nivel de Atención Primaria, como en el nivel de Atención Especializada. Es preciso, asimismo, definir de la prestación socio-sanitaria del Sistema Nacional de Salud, teniendo en cuenta las características específicas de las personas afectadas por enfermedades de baja prevalencia.

Equidad en las prestaciones sanitarias para todos los españoles, independientemente de su lugar de residencia: Debemos construir un contexto de Pacto por la Sanidad orientado a los ciudadanos que se benefician de un sistema sanitario como el español.

El Pacto debe velar por el derecho de los ciudadanos a la protección de la salud por ser españoles, lejos de los derechos por Comunidades Autónomas, y eso implica favorecer la movilidad que condiciona la creación de una cartera de servicios que permitan hacer efectivo el derecho pensando en el Sistema Nacional de Salud, no carteras de servicios por servicios regionales de salud, donde los centros y servicios de referencia juegan un papel crucial.

Pero además conlleva diseñar unos sistemas de información sanitaria basados en la interoperabilidad, donde el elemento identificador como es la Tarjeta Sanitaria única y para todo el Estado sea el elemento clave de interoperabilidad y acceso al derecho en un sistema de cobertura universal.”

- COCEMFE, personas con discapacidad física.

“El tema de la Salud pública es necesario verlo como una inversión más que como un gasto. Poniendo un especial interés en todo el tema de prevención,



para proteger la salud del conjunto de toda la población y como motor de crecimiento económico y de ahorro en otro tipo de servicios que se demandarán como resultado de la desatención de determinados grupos de población.

Las nuevas tecnologías pueden mejorar la prevención de enfermedades, paliar los efectos de discapacidades facilitando la seguridad de la población, en general, y de las personas con discapacidad en especial.

Es preciso establecer un procedimiento de innovación en el Sistema de Salud, que garantice la igualdad de todos los ciudadanos, atendiendo y reconociendo las especiales características de cada grupo que conforman el conjunto de la ciudadanía.

Para las personas con discapacidad, hace falta que se arbitren procedimientos para hacer realidad la promoción de la salud y la prevención de otras enfermedades o un mayor deterioro de las ya existentes, destinadas a aumentar las capacidades de las personas con discapacidad para mejorar su salud, que en muchos casos, también incidirá en la mejora de la salud de las personas que vivan en su entorno, especialmente en la de sus familias.

El acceso a tratamientos apropiados y eficaces, al mercado de trabajo, a la educación, a la formación y a la participación son elementos esenciales para facilitar la integración en la sociedad de las personas con discapacidad y en definitiva la calidad de vida que todo ser humano persigue.”

- Federación Española de LUPUS (FELUPUS)

Creación de Unidades de Enfermedades Autoinmunes en los centros hospitalarios.

Formación continuada a los profesionales médicos sobre avances y terapias.

Fomento de la especialización en autoinmunidad en las universidades de medicina para reforzar la existente.

Apoyo a la creación de asociaciones de enfermos y a su funcionamiento, ya que está demostrado que suplen servicios que, de otra forma, deberían ser asumidos por los centros de la Seguridad Social y que implicaría mayor gasto.

Fomento del voluntariado en personas jubiladas para que apoyen acciones en entidades de enfermos.

- Comité Español de Representantes de personas con Discapacidad (CERMI).

Se precisan servicios de primera línea en las **políticas de salud pública**, fundamentalmente en información, prevención y orientación a la población en:



- Uso racional de los medicamentos
 - Hábitos alimentarios
 - Hábitos de vida saludable
 - Higiene general y relacionada con el medio ambiente
 - Prevención de la automedicación irresponsable
 - Consejo y derivación a otros niveles del sistema sanitario
 - Campañas contra la drogadicción, alcoholismo y tabaquismo
 - Campañas de vacunación
 - Salud laboral y prevención de riesgos laborales
 - Prevención de la depresión y el suicidio
 - Otros...
- ❖ Equidad en las prestaciones sanitarias para toda la ciudadanía: Debemos construir un contexto de Pacto por la Sanidad orientado a los ciudadanos que se benefician de un sistema sanitario como el español. El Pacto debe velar por el derecho de los ciudadanos a la protección de la salud por ser españoles, lejos de los derechos por Comunidades Autónomas, y eso implica favorecer la movilidad que condiciona la creación de una cartera de servicios que permitan hacer efectivo el derecho pensando en el Sistema Nacional de Salud, no carteras de servicios por servicios regionales de salud, donde los centros y servicios de referencia juegan un papel crucial. Pero además conlleva diseñar unos sistemas de información sanitaria basados en la interoperabilidad, donde el elemento identificador como es la Tarjeta Sanitaria sea el elemento clave de interoperabilidad y acceso al derecho en un sistema de cobertura universal.
- ❖ Uno de los grandes déficit del sistema actual son las grandes diferencias organizativas, de dependencia funcional y de dotación de recursos (tanto materiales como profesionales) entre las diferentes CCAA, e incluso entre localizaciones de una misma región, que no garantizan a los ciudadanos la cartera común de Servicios, ya sea en el nivel de Atención Primaria, como en el nivel de Atención Especializada. Es preciso, asimismo, definir de la prestación socio-sanitaria del Sistema Nacional de Salud.
- Asociación Española de la lucha contra el cáncer (AECC).
- Prevención de la obesidad y promoción de la actividad física.
- Desarrollo de acciones conjuntas, coordinadas y sistemáticas que aumenten el impacto y la eficacia de las intervenciones preventivas con el fin de conseguir avances significativos para el conjunto del Estado.
 - Establecimiento de alianzas intersectoriales en prioridades en salud pública como son la prevención de la obesidad y la promoción de la actividad física. Estas alianzas han de incorporar a todos los agentes



sociales: instituciones sanitarias y educativas, sociedades científicas, ONG, y sector empresarial.

- Información y concienciación de la población sobre el cáncer colorrectal.
- Prevención del cáncer de cuello de útero.
 - Acuerdo de todas las Comunidades Autónomas para la unificación de los criterios de administración de la vacuna contra el virus del papiloma humano, dentro del calendario vacunal, así como la provisión de información clara, y homogénea en todo el territorio español.
- Concienciación de la población sobre los riesgos de la exposición inadecuada a los rayos ultravioleta. En este punto consideramos de gran importancia la implementación de programas destinados a escolares.
- Accesibilidad a las Unidades de Consejo Genético de cáncer hereditario.
 - Cerca del 10% de los tumores de colon y de los cánceres de mama, dos de los cánceres más incidentes en nuestro país, se asocian a mutaciones genéticas con alta penetrancia, como por ejemplo BRCA1 y 2, p53, FAP, CCHNP, y otros. Un adecuado asesoramiento, individuo por individuo, y familia por familia es relevante. Desgraciadamente las Unidades de Consejo Genético que existen actualmente son insuficientes para el volumen de personas que tienen que atender. Las Comunidades Autónomas de Asturias, Cantabria y La Rioja, así como Ceuta y Melilla, no cuentan todavía con unidades de este tipo para diagnosticar el cáncer hereditario. Asimismo, hay Comunidades con unidades muy saturadas al atender a personas de diferentes áreas geográficas de España, sufriendo retrasos significativos en la entrega de resultados y dificultades para una ágil derivación a las mismas. Es por ello importante facilitar, a la población susceptible de cáncer hereditario, acceso a Unidades de Consejo Genético, adecuadamente dotadas, en todas las Comunidades Autónomas.
- Promoción de registros de buenas prácticas sobre actuaciones preventivas contra el cáncer, mecanismos de comunicación de las mismas y de cooperación interautonómica en esta materia.

- CESM

La política de Salud Pública en el SNS entendemos que es deficitaria y no tendría que serlo. Es preciso potenciar la cohesión del SNS creando una estructura jerarquizada que coordine adecuadamente los esfuerzos realizados



en este ámbito. Tampoco son suficientes las dotaciones de personal en los servicios de Prevención de Riesgos Laborales; quizás habría que analizar si realmente los requisitos establecidos en la actual normativa son adecuados, y si se debería controlar su cumplimiento en todos los demás ámbitos.

- SATSE

Cartera de Servicios común en materia de salud pública.

- Realización de un estudio de las prestaciones complementarias sobre salud pública que actualmente ofertan las CC.AA.
- Evaluar la cartera de servicios comunes de Salud Pública en función del resultado del estudio anterior y tomando como referencia la estrategia de la Unión Europea “Juntos por la Salud: una estrategia para la UE 2008-2013”.

Elementos clave a tener en cuenta para su inclusión en las normativas de salud pública a desarrollar en el ámbito de la AGE y de las CCAA.

- Elaboración de una Ley de Salud Pública para todo el Estado ambiciosa e innovadora, con las intención de ser un referente legislativo común que oriente las futuras normas que desarrollen las CC.AA. y permitan desarrollar Políticas de Salud Públicas comunes.
- Puesta en marcha de mecanismos efectivos para la Coordinación y la Cooperación de las políticas de Salud Pública, estableciéndose un Plan de Cooperación y Armonización de actuaciones donde se determinen las funciones básicas en la materia a desarrollar en todo el Estado, como establece la Ley de Cohesión y Calidad del SNS.
- Integración de las prestaciones de Salud Pública en el Sistema de Información de la Cartera de Servicios Comunes del SNS y Carteras Complementarias de las CC.AA., desarrollando un sistema de información efectivo en Salud Pública.
- Definición del papel que deben ejercer en materia de Salud Pública el Ministerio de Sanidad y las CC.AA. con el fin de garantizar una actuación coordinada de todas ellas en esta materia.
- Las Instituciones que se pudieran crear por parte de las Administraciones para el ejercicio de sus competencias en materia de Salud Pública deberán ser ejercidas en todo caso por Instituciones de carácter y titularidad públicas. Igualmente los profesionales que formen parte de las mismas deberá ser empleado público con la especialidad, formación y cualificación adecuada.
- Las normativas en materia de Salud Pública que se puedan promulgar por las diferentes administraciones deberán incluir líneas de actuación concretas centradas en la Promoción y Educación para la Salud.



Elementos constitutivos de una propuesta de especialidad en Salud Pública que considere el carácter multidisciplinar y troncal de la Salud Pública.

- Creación de la Especialidad de Salud Pública para cuyo acceso será imprescindible esta en posesión del título de Grado en el ámbito de las Ciencias de Salud.
- El sistema de formación se realizará por el sistema de residencia.
- Deberá tener carácter troncal para favorecer el desarrollo de áreas de capacitación específicas.

Establecimiento de mecanismos que permitan reforzar la coordinación interterritorial en materia de Salud Laboral

- Inclusión de Salud Laboral en todas las Políticas Sanitarias.
- Creación de un órgano específico de coordinación y evaluación sobre la Salud Laboral en el ámbito sanitario y las medidas adoptadas para protegerla, con la participación de la Administración del Estado y las CC.AA.
- Dicho órgano deberá contar con la participación de especialistas en Enfermería del Trabajo y en Medicina del Trabajo.
- Establecer criterios comunes sobre Salud Laboral para favorecer una política y protección homogénea de los profesionales sanitarios.
- Definir unas ratios comunes para la determinación del nº de enfermeros y médicos del trabajo, en función de los trabajadores del sistema sanitario, para garantizar una adecuada protección de la salud.

Criterios para la Modificación de los Programas de Vacunas y para la determinación de un calendario vacunal común en el SNS

- Creación de un grupo de expertos en el seno del Consejo Interterritorial que determine un calendario vacunal común, y que valore la inclusión o no de nuevas vacunas en el calendario.
- Constitución de una Comisión Técnica para la coordinación, seguimiento y evaluación del calendario vacunal.

- Consejo General de Biólogos.

Problema

Falta de profesionales y de medios para realizar políticas adecuadas a la realidad social del momento. Además, se detecta la discriminación de unos titulados respecto de otros, en lo que concierne a sus carreras profesionales.

Propuesta

La Salud Pública es la más interdisciplinar de las ramas de la Sanidad, en la que coinciden desde médicos a abogados, desde biólogos a economistas, pasando por educadores sociales y químicos, entre otros.

Esta rama de la Sanidad tiene fronteras muy difusas con otros ámbitos, como el medio ambiente, la alimentación, la higiene, la salud laboral, etc, lo que hace que el acceso a la especialización en Salud Pública no pueda estar circunscrita



sólo a unos profesionales, los médicos. El artículo 21.4. de la LOPS permite la creación de trayectos formativos específicos para las distintas titulaciones de una misma especialidad.

Esta claro que han de poder acceder a ella otros profesionales, por lo que es necesario que se abra a estos profesionales.

- Consejo General de Fisioterapeutas.
- Charlas y conferencias sobre cada patología, para prevenir y también para actuar una vez aparezca el problema.
- Charlas para familiares de personas dependientes (cómo actuar en el domicilio).
- Charlas al resto de profesionales para que conozcan bien el trabajo del fisioterapeuta y consensuar la derivación y el seguimiento del paciente.
- Conferencias o charlas informativas, para diagnóstico precoz de problemas de espalda en colegios.
- En los objetivos anuales, definir una o dos patologías sobre las que se va a trabajar en fisioterapia a nivel de prevención, en todas las áreas sanitarias.
- La reorientación necesaria de los sistemas de salud ha de basarse en datos científicos sólidos y en un manejo racional de la incertidumbre, pero en ese proceso también ha de tenerse en cuenta lo que las personas esperan de la salud y la atención sanitaria para sí mismas.
- Se sugiere un mayor equilibrio entre el recurso a la atención hospitalaria y la atención primaria prestada por fisioterapeutas, que incluye medidas de prevención y promoción de la salud.

- FADSP.

- 1) Hay que establecer mecanismos eficaces para poder implantar medidas de salud pública comunes en todo el estado
- 2) Determinación de un calendario unificado de vacunaciones
- 3) Desarrollar las áreas sanitarias como espacios para la coordinación de los servicios asistenciales y de salud pública que garanticen políticas de salud integrales e integradas
- 4) Planes de salud a nivel de cada área sanitaria, que identifiquen los principales problemas de salud, sus determinantes condicionantes y que permitan elaborar programas integrales para solucionarlos
- 5) Crear Redes de Promoción de Salud a nivel Municipal que garanticen la coordinación de todos los recursos y la colaboración y participación responsable de los ciudadanos en políticas y actividades de mejora de la salud.



- FEFE.

Objetivo:

Valorar la prestación de servicios por parte de las oficinas de farmacia en las campañas de Salud Pública cuantificando sus actuaciones sus actuaciones en términos de salud y remunerando, por tanto, sus servicios:

Comentario:

Las oficinas de farmacia pueden y deben ser tenidas en cuenta a la hora de prestar servicios de primera línea en las políticas de salud pública. Estas políticas se han puesto en marcha puntualmente, pero deben estructurarse y contratarse como una prestación de servicios más, dentro de los servicios comunes del Sistema Nacional de Salud.

Los farmacéuticos aportan al Sistema valor añadido que hasta el momento no se ha retribuido ni reconocido, siendo uno de los niveles de asistencia más cercanos y frecuentados dentro del mismo, por lo que en el diseño de una nueva Cartera de Servicios, debería de contemplarse la incorporación de las farmacias como establecimiento sanitario de primer orden a las políticas de Salud Pública.

Medidas Concretas:

Valoración y remuneración económica de las actuaciones en información, prevención y orientación a la población a. Uso racional de los medicamentos. Campañas específicas.

b. Campañas contra la drogadicción, alcoholismo y tabaquismo c. Consejo nutricional. Hábitos alimentarios d. Participación de Campañas de vacunación e. Higiene general y relacionada con el medio ambiente f. Hábitos de vida saludable.

g. Prevención de la automedicación irresponsable.

h. Consejo y derivación a otros niveles del sistema sanitario. Etc.

En este tipo de campañas se establecerán procedimientos en los que se pueda garantizar, que la remuneración acordada se lleva a cabo tomando como base actuaciones reales y comprobables, por las Autoridades responsables.

- Alérgicos al Látex.

Partiendo de la base de que la Salud Pública, entendemos que debe orientarse a la prevención de enfermedades y a la protección de la salud, los pacientes pensamos que una de las labores y responsabilidades de los gestores, sería la de poner en práctica de un modo eficaz todo lo necesario para hacerlo posible, y como entendemos que esto debe ir ligado atendiendo a todos los actores implicados, también nosotros, los pacientes, debemos estar presentes.

Teniendo en cuenta que existen patologías como por ejemplo la alergia al látex que se desarrollan tanto en pacientes como en profesionales como consecuencia de la utilización de productos



sanitarios que contienen látex natural, una adecuada Política de Salud Pública implicaría la evitación de éste material en la atención sanitaria.

Los pacientes ofrecemos nuestra experiencia como pacientes para participar en todas las actividades que lleven a la prevención de la enfermedad y a la protección de la salud.

6.- COMITÉ INSTITUCIONAL DE POLITICAS DE PREVENCION DEL CONSUMO DE DROGAS.

- FEFE.

Objetivo:

Convertir a las Oficinas de Farmacia en el primer punto de información de la red de atención a las drogodependencias, valorando sus actuaciones y servicios en la prevención y el tratamiento de drogodependientes.

Comentario:

Las oficinas de farmacia, que siempre han colaborado activamente en los planes diseñados por las distintas administraciones, deben convertirse en el primer punto focal de información para los drogodependientes y sus familiares, orientándoles sobre las posibilidades terapéuticas y de reinserción. Esta función debe realizarse de forma estructurada y dotada económicamente, por lo que debería incorporarse a la Cartera de Servicios Comunes ejerciéndose de forma coordinada con otros profesionales y los demás niveles de asistencia sanitaria y social.

Medidas Concretas:

- a. Cuantificación de las actuaciones en drogodependencias que dirijan a los familiares y drogodependientes a la red de asistencia del Plan Nacional sobre Drogas estableciendo una remuneración específica para las mismas.
- b. Establecimiento de convenios en los tratamientos de mantenimiento con metadona
- c. Establecimiento de programas formativos comunitarios a familiares y drogodependiente impartidos por farmacéuticos que hayan recibido previamente formación específica.

En este tipo de campañas se establecerán procedimientos en los que se pueda garantizar, que la remuneración acordada se lleva a cabo tomando como base actuaciones reales y comprobables, por las Autoridades responsables.

- Consejo General de Biólogos.

Problema

Falta de profesionales y de medios para realizar políticas adecuadas a la realidad social del momento.



Solución

Se trata de un apartado muy específico de las políticas de Salud Pública, en el que han de tener un peso muy relevantes profesores, educadores sociales, sociólogos y psicólogos, además de otros profesionales de Salud Pública.

- Consejo General de Fisioterapeutas.

“**Terapias de grupo** en los pacientes que voluntariamente quieran (educación para la salud, ejercicios, relajación...) Estas personas tienen muchas atrofias musculares y deformidades, que se pueden prevenir y tratar.”

- FADSP.

- 1) Ampliación de la ley sobre tabaquismo prohibiendo el uso de tabaco en todos los espacios cerrados
- 2) Ley sobre consumo de alcohol que establezca restricciones al uso y una política impositiva mayor.
- 3) La política sobre drogas trasciende a las políticas del Ministerio y administraciones sanitarias. Es fundamental una acción transversal que implique otras administraciones.
- 4) Se precisa mas y mejor información sobre este tema entre la población y los profesionales.
- 5) Faltan acciones decididas y contundentes en este terreno: desde educativas, preventivas y asistenciales hasta coactivas y represivas.

- SATSE

- Impulso de las políticas centradas en la prevención, detección precoz, tratamiento, seguimiento del consumo de drogas y recidivas.
- Potenciación de los profesionales de enfermería como agente principal en el desarrollo de las políticas centradas en la prevención del consumo de drogas teniendo un papel destacado en el ámbito de la atención primaria, atención especializada y sociosanitaria.
- Creación del área de Capacitación específica sobre drogas, dentro de la Especialidad de Enfermería debe tener un rol fundamental.
- Establecimiento de Programas de Formación y adiestramiento especial de los profesionales sanitarios de todos los ámbitos asistenciales en materia específica de drogas.
- Mejorar la coordinación por una parte entre los distintos niveles asistenciales del SNS, y por otra, entre éste y los servicios sociales; así como con aquellos órganos implicados en la detección, prevención y desintoxicación, potenciando el desarrollo de los profesionales que asuman el papel coordinador tales como los enfermeros de enlace.



- Asociación Española de la lucha contra el cáncer (AECC).

En este apartado, las consideraciones de la Asociación Española Contra el Cáncer se centran en una prioridad de primer orden en salud pública: la prevención y el control del tabaquismo.

- Modificación del alcance de la Ley 28/2005 con el fin de establecer la prohibición total de fumar en todos los espacios públicos.
- Establecimiento de mecanismos de inspección y sanción en las Comunidades Autónomas para implementar eficazmente la norma estatal en materia antitabaco.
- Instauración de mecanismos de financiación que aseguren el adecuado tratamiento para ayudar a los fumadores a dejar de fumar.
- Consolidación del papel de las instituciones sanitarias como garantes de la Salud Pública, e incremento de su peso específico en todos aquellos ámbitos de decisión sobre la prevención y el control del tabaquismo.
- Incremento de la fiscalidad del tabaco.
- Sanción de la publicidad del tabaco encubierta.
- Sindicato de Auxiliar de Enfermería

1).- INTRODUCCIÓN

El consumo de drogas no es un fenómeno nuevo en la humanidad. Desde sus orígenes, el hombre aprendió a utilizar las drogas con distintos fines: rituales mágico-religiosos, curativos, etc.... Con el paso del tiempo, las drogas utilizadas y las formas en que éstas se consumen han ido cambiando. Actualmente, el incremento de su consumo, la incorporación al mismo de otras sustancias, hasta hace poco desconocidas en nuestro entorno cultural, han contribuido a que el abuso de drogas se haya convertido en un fenómeno preocupante, a la vez que requiere de parte de las administraciones públicas una importante inversión de medios, tanto materiales como de recursos humanos.

Los problemas generados por el consumo de drogas son muy variados y su origen no se sitúa en un factor causal único. De hecho, son el resultado de un proceso en el que las características de la persona, de la droga que se consume y de la sociedad, se entrelazan y se condicionan mutuamente.

El afrontamiento de la problemática generada por el abuso de drogas implica el establecimiento de los medios y recursos terapéuticos destinados a ofrecer un tratamiento adecuado a las personas que han desarrollado una toxicomanía.



Sin embargo, este proceso de rehabilitación ofrece a menudo recursos limitados y supone enormes costes sociales, sanitarios y personales, motivo por el cual **la prevención** es la estrategia básica para la solución de los problemas sociales, sanitarios y económicos planteados por el consumo de drogas.

Por ello, la aportación que **SAE** hará al Comité Institucional de Políticas de Salud sobre el consumo de drogas para el Pacto por la Sanidad, estará basada en la prevención.

2).- LA PREVENCIÓN COMO ESTRATEGIA

Prevenir significa actuar antes de que el problema haya aparecido, modificándolo o evitándolo. La prevención tiene como objetivo primordial evitar la aparición de riesgos para la salud del individuo, de la familia y la comunidad.

En el tema que nos ocupa, la prevención del consumo de drogas es el conjunto de medidas encaminadas a evitar, reducir y /o atrasar el abuso de estas sustancias, y en caso de haberse producido, reducir al mínimo las consecuencias negativas de tal abuso.

A pesar de su complejidad, la prevención no es un trabajo sólo de especialistas. Por el contrario, debe ser una tarea de todos en la que los gobernantes, instituciones, profesionales y, en general, el conjunto de la sociedad, debe participar. Naturalmente, cada uno desde su lugar y de acuerdo a sus posibilidades.

2.1 LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD

La educación para la salud es, en pocas palabras, un proceso intencional mediante el cual tratamos de influir sobre las personas para que su comportamiento sea más saludable. En sentido amplio, no pretende sólo desarrollar las habilidades individuales y la capacidad para influir sobre los factores que determinan nuestra salud, sino que incluye también la intervención sobre el ambiente para reforzar las características positivas de éste que contribuyen a mantener estilos de vida saludables y modificar los factores negativos que los impiden.

Para prevenir los problemas de drogas, es necesario disponer de información suficiente sobre estas sustancias y sobre las formas de intervenir para evitar su abuso.

La educación para la salud es el marco que nos permite trabajar para generar hábitos saludables de vida y prevenir futuros consumos.

Los planes de actuación de carácter preventivo deben tener una naturaleza motivadora o disuasoria.

Como elementos disuasorios actúan el temor a los efectos que produce sobre la salud el consumo de drogas (información) y el temor al castigo que se deriva de su consumo (represión).

Los elementos motivadores tienden por otra parte a modificar el ambiente social y a mejorar la capacidad personal, mediante una información adecuada para conocer la droga y sus efectos, una formación para fomentar la correcta actitud individual y de grupo ante la espiral droga-violencia y una prevención ocupacional que induzca a actividades deportivas, profesionales, recreativas o culturales como forma de relleno del ocio.



2.1.1. TIPOS DE PREVENCIÓN

A) PRIMARIA

Dentro de la prevención primaria hay que destacar dos entornos de suma importancia como son el familiar y el escolar.

Tenemos que concienciarnos que la familia tiene un papel de crucial importancia, ya que es el primer espacio socializador para el individuo, en el que los hijos aprenden a convivir con los demás.

Además, la familia es la unidad social básica que integra la comunidad, y como tal, no sólo debe tener un papel activo en la prevención del consumo de drogas, sino también como parte integrante de instituciones tan esenciales como la escuela.

En el ámbito familiar, los padres pueden fomentar en sus hijos, desde pequeños, hábitos y costumbres saludables, acompañándoles y apoyándoles en su desarrollo individual como personas responsables y libres. Para ello, necesitan la ayuda y el apoyo de las entidades e instituciones que trabajan en este tema.

Hay que tener en cuenta que en la actualidad nos encontramos que gran parte de los padres que sufren las adicciones de sus hijos son de una generación que han tenido poca o ninguna formación, ya no sólo académica, sino también de cómo prevenir y detectar hábitos de consumo en sus hijos o de cómo intervenir ante el inicio del consumo de drogas. Por ello sería fundamental que las Instituciones promovieran políticas de información a estos padres con charlas, que bien pudieran organizarse a través de las Consejerías de Sanidad en los Centros de Salud o en los Colegios o Centros Sociales como Ludotecas, etc..... con la finalidad de que contribuyan a reducir la influencia de los factores de riesgo de consumo de drogas y en consecuencia, a hacer menos probable el consumo de estas sustancias o a reducir las consecuencias negativas de éste.

La prevención en el ámbito escolar es fundamental, ya que junto con la familia representa una institución básica en la formación-deformación de los más vulnerables (niños y jóvenes).

Debido a la problemática que para la sociedad representa el consumo de droga en edades cada vez más tempranas, se hace imperiosamente necesario abordar el problema desde el ámbito educativo.

El fenómeno de aprendizaje opera de una manera trascendente en los primeros estadios del devenir bio-psico-social de las personas. El grupo actúa sobre el individuo dándole patrones de conducta, que posteriormente éste interioriza adaptándolos a los contenidos psíquicos propios. En nuestra cultura, el adolescente termina por elaborar una concepción de la salud que podría resumirse en: la salud es cosa de mayores y éstos beben y fuman. Resulta por tanto obvio que los hábitos toxicomanígenos de padres y educadores actúan de manera negativa sobre el desarrollo de la personalidad del niño.

Dado que después del familiar, este ámbito escolar puede llegar a ser el más efectivo contra la prevención de la drogadicción, es donde deben adoptarse acuerdos para la implantación de **programas** que resulten efectivos, entre :

- El Ministerio de Educación y el ministerio de Sanidad.
- El Ministerio de Sanidad y Consumo y ONG Nacionales



- El Ministerio de Sanidad y Consumo y Empresas con responsabilidad civil en la materia, como por ejemplo empresas de tabaco, de bebidas alcohólicas, etc....

- Educadores, padres y agentes comunitarios, APAs, etc. Estos programas deben basarse en el fomento de actividades formativas y lúdicas de educación para la salud en la que participen profesionales de distintos ámbitos, a la vez que dichas actividades no se limiten a la parte teórica, sino que también incluyan salidas a centros de drogodependientes y otras instituciones para que los alumnos vean “in situ” los estragos y deterioro que producen las drogas en las personas.

El programa debería involucrar directamente a maestros, funcionarios no docentes de Primaria, Secundaria, Bachillerato, y Módulos de Formación Profesional e integrantes de organizaciones no gubernamentales y Agentes de Salud a través de un trabajo coordinado con el fin de prevenir el consumo de sustancias ilegales.

Sin perjuicio de lo anteriormente expuesto, formaría parte de la prevención primaria la puesta en marcha de importantes e impactantes campañas publicitarias en los distintos medios de comunicación, sobre todo a través de la televisión, ya que como todos sabemos es éste medio audiovisual el que más influjo tiene en las conductas de los jóvenes.

B) SECUNDARIA

Debe basarse en un diagnóstico y tratamiento precoz mediante campañas en la comunidad y en grupos de riesgo. Por ello es de suma importancia que tanto en Centros de Salud, Centros de inmigrantes, etc... existan **Unidades de Prevención** compuestas por agentes de salud cuya función básica sea la de informar, orientar, asesorar, motivar, educar y promocionar la salud y, en su caso, derivar hacia niveles básicos o especializados de intervención, sanitaria o social a las personas con adicciones. Además, en estos centros se pronosticaría, diagnosticaría y detectaría valorando tempranamente a los usuarios para la toma de decisiones terapéuticas. Asimismo en las Unidades de Prevención se atendería la problemática social de los usuarios y las patologías somáticas asociadas al uso/abuso adictivo, se apoyaría el proceso de integración social y se ayudaría y asesoraría a los familiares.

C) TERCIARIA

Pretende detener o retardar la evolución de un problema y sus consecuencias. Se dirige a personas que ya dependen física y psicológicamente de las drogas. En este sentido abarca problemas sociopsiquiátricos, terapia y rehabilitación psicológica, así como la reinserción social y profesional.

Por ello el establecimiento de **servicios especializados en hospitales** puede ser de inestimable ayuda, ya que podrían tratar la enfermedad íntegramente. Este tipo de prevención terciaria tendría como misión principal rehabilitar no sólo física y psicológicamente, sino también socialmente al drogadicto.

Hay que hacer llegar a la sociedad el concepto de que **el adicto es un enfermo**, lo que es muy difícil, ya que en la misma compulsión de búsqueda de droga, la mayor parte adoptan un comportamiento delictivo o agresivo. Hay que fomentar los programas de rehabilitación para reestructurar la personalidad del enfermo en su ambiente habitual.



El tratamiento precoz es fundamental puesto que cuanto antes se actúe más fácil será la rehabilitación física y psíquica y la reinserción en la sociedad.

En fase de enfermedad manifiesta, el internamiento es prácticamente obligatorio, ya que es necesario una estricta vigilancia médica. El objetivo consiste en la deshabitación progresiva, en muchos casos con tratamientos de sustitución, como es el caso de la metadona.

Desde el punto de vista del tratamiento y la rehabilitación psicosocial, ésta solamente sería efectiva si se dieran una serie de condiciones:

- Equipo asistencial multidisciplinario con adecuada formación en psiquiatría comunitaria y toxicomanías.

- La Institución debería tener espacio físico y socioterapéutico adecuado. Un programa de rehabilitación que contemple el período de desintoxicación, el de rehabilitación psicológica y de reinserción psicosocial.

Así mismo la finalidad de todo programa de tratamiento debe perseguir tres aspectos primordiales:

- Despertar conciencia de daño
- Generar conciencia de enfermedad
- Poner en marcha una verdadera motivación antitoxicómana.

C)1 . PROGRAMAS DE TRATAMIENTO

En este campo pueden establecerse varios tipos de programas:

▪ Programas de Reducción de Daños

- Disminuir las transmisión de enfermedades, principalmente, por VIH y Hepatitis.
- Disminuir las conductas sexuales de riesgo.
- Mejorar y/o aumentar la calidad de vida de los usuarios de las drogas.
- Incrementar la toma de conciencia de los usuarios de drogas sobre los riesgos y daños asociados a su consumo.
- Facilitar el acceso de los usuarios de drogas a la red social y sanitaria.

▪ Programas de Mantenimiento de Metadona en unidad móvil de dispensación

- Dispensar metadona diariamente a aquellas personas que por motivos laborales, familiares o/y sociales no tienen la posibilidad de dirigirse diariamente a un centro de administración de metadona.
- Reducir los daños asociados al consumo: entrega de preservativos e intercambio de jeringuillas.

▪ Programas de Consumo de Menor Riesgo

- Programas de intercambio de jeringuillas
- Talleres de consumo de menos riesgo
- Talleres de Detección y actuación frente a una sobredosis

▪ Programas de promoción de Sexo más Seguro

▪ Programas de Emergencia Social

3).- PERFIL DEL PROFESIONAL

Es necesaria formación científica, social y psicológica de los profesionales de la Salud en materia de drogadicción, ya que sólo de esa forma podrán atender correctamente a las personas que acuden buscando su ayuda.

- Poseer una formación que permita colaborar en la prevención y detección de las drogadicciones.
- Integrar equipos interdisciplinarios, en las áreas de salud y educación.



- Participar junto con la comunidad educativa y sanitaria, en la elaboración e implantación de proyectos para la prevención de las adicciones.
- Integrar equipos interdisciplinarios, dedicados al tratamiento de la drogadicción y de todas las estrategias de abordaje destinadas a modificar las conductas adictivas, mejorando la calidad de vida de las personas.
- inserción social y recuperación del drogadicto.
- Participar en planes y proyectos preventivos y asistenciales para el abordaje de la drogadicción, elaborados por un equipo interdisciplinario.
- Participar activamente en la detección de las personas adictas.
- Asesorar a las Instituciones educativas y otras organizaciones comunitarias de la problemática de la drogadicción promoviendo e implementando modelos de prevención.
- Coordinar, junto a otros profesionales, grupos terapéuticos que aborden la problemática del drogadicto y su entorno familiar.
- Coordinar talleres y grupos de reflexión sobre la problemática de la drogadicción en el ámbito comunitario.
- Planificar e implementar junto a un equipo interdisciplinario estrategias de abordaje de distintos grados de dependencia en hospitales, centros de salud, etc.

En este perfil, además de contribuir a la eficiencia y racionalización del gasto sanitario, encaja a la perfección el Auxiliar de Enfermería/Técnico en Cuidados de Enfermería como miembro 15 del equipo multidisciplinar, puesto que el R.D. 546/ 1995, 7 de Abril, establece que este profesional, entre otras muchas:

- Está capacitado para potenciar el conocimiento, actitudes y hábitos preventivos e higiénico-sanitarios en la población.
- A la vez que es de su competencia: colaborar en la prestación de cuidados psíquicos al paciente, realizando, a su nivel, la aplicación de técnicas de apoyo psicológico y de educación sanitaria.
- Igualmente se le reconoce autonomía para la administración de medicación por vía oral, rectal y tópica.
- Así como la participación en la preparación de la medicación (dispensación de unidosis, preparación de parenterales).

Todo lo anterior debe servir de reflexión y en la realidad actual de recesión económica, en la que con más justificación debe racionalizarse el gasto público, debería tenerse en cuenta la rentabilidad que proporcionarían los **AUXILIARES DE ENFERMERÍA/TÉCNICOS EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA** considerando su adaptabilidad y capacitación a los diferentes ámbitos y áreas de trabajo.

Sin embargo, llama poderosamente la atención el hecho de que aunque el Auxiliar de Enfermería/Técnico en Cuidados de Enfermería que compone la enfermería básica de nuestro país, está integrado en los EAP y en la enfermería propiamente dicha, no tiene la misma proyección a nivel profesional, a pesar de que académicamente sí presenta una importante progresión, dato que necesariamente habrá de tenerse en cuenta a la hora de organizar y regular los roles y funciones de los miembros del EAP, así como las plantillas.



Conclusiones preliminares:

- Es relevante el número, variedad y calidad de los diferentes sectores interesados (stakeholders) a los que se ha invitado a participar para hacer propuestas a las seis líneas estratégicas.
- Es muy importante el elevado número de sectores interesados (stakeholders) que han hecho aportaciones a las diferentes líneas estratégicas analizadas.
- Las diferentes aportaciones de estos sectores interesados (stakeholders) enriquecen de una manera positiva el análisis realizado por cada grupo de trabajo creado en torno a cada línea estratégica.
- Dentro del análisis solicitado, no se ha excluido a ningún sector de interés (stakeholders). Se ha contado con las organizaciones profesionales, sindicales, empresariales y las que representan a los ciudadanos.
- Existen aportaciones a las seis líneas estratégicas propuestas para el desarrollo del Pacto por la Sanidad.
- Los diferentes sectores interesados (stakeholders) hacen aportaciones muy valiosas en las líneas estratégicas más relacionadas con su quehacer diario e interés específico.
- Todas las aportaciones realizadas por los sectores interesados (stakeholders) serán integradas en los apartados correspondientes de las diferentes líneas estratégicas que conforman el Pacto por la Sanidad.