

M^a José Rubio: "El Gobierno ha tambaleado nuestro SNS. Sería necesario un gran pacto que lo protegiese"



Con poco menos de un año al frente de la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales de la Junta de Andalucía, M^a José Sánchez Rubio, psicóloga de formación y una amplia trayectoria en la Administración autonómica y como diputada en el Congreso de los Diputados, destaca en esta entrevista concedida a la "Revista OMC" el trabajo y esfuerzo realizado en este tiempo por proteger y salvar una "sanidad pública de calidad y accesible a todos, sin distinción"

Madrid, 13 de junio 2014 (medicosypacientes.com)

-Si tuviese que hacer un balance de su política sanitaria de estos ocho meses al frente de la consejería ¿qué destacaría?

-El trabajo y el esfuerzo que desde Andalucía estamos haciendo por proteger y por salvar aquello que tanto trabajo nos ha costado conseguir y que no es más que una sanidad pública de calidad y accesible a todos, sin distinción. En Andalucía apostamos por un sistema público y universal y estamos convencidos de que es sostenible. Mantener este sistema, que es un referente, es uno de los retos que vengo afrontando desde mi llegada a la Consejería y estoy convencida de que debe ser una lucha compartida por los profesionales y por toda la sociedad. El Gobierno andaluz va a continuar priorizando las políticas sociales y protegiendo a los colectivos más vulnerables.

-¿Se está perdiendo la esencia del SNS con las medidas de copago como solución a su financiación?

-El Sistema Sanitario Público de Andalucía lleva años desarrollando e implantando medidas innovadoras en gestión que favorecen la sostenibilidad y eficiencia del sistema. Me refiero a medidas como las compras centralizadas, la historia de salud

digital, la receta electrónica, la prescripción por principio activo, la selección pública de medicamentos o la potenciación de la cirugía mayor ambulatoria entre otras, que unido a la colaboración de los profesionales a través de la gestión clínica, favorecen una reducción real del gasto, sin penalizar al ciudadano, sin reducir los derechos y sin mermar la calidad de los servicios prestados.

Desde Andalucía nos hemos posicionado desde el principio frente a medidas como el copago, introducidas a través del Real Decreto Ley 16/2012 del Gobierno Central. Las medidas que introduce esta normativa no sólo penalizan a los ciudadanos, sino que además aumentan las desigualdades en el acceso a las prestaciones sanitarias. Venden como ahorro un gasto que únicamente ha cambiado de bolsillo.

La esencia del Sistema Nacional de Salud, con sus pilares básicos de sanidad pública, universal y gratuita, se perdió en el mismo momento en el que el Gobierno de España aprobó este Real Decreto que, en vez de velar por el ciudadano, pasa a considerarlo como un asegurado.

-¿Por qué existen tantas discrepancias en el Consejo Interterritorial en temas como copago hospitalario, calendario vacunal único o central de compras?

-Yo soy una firme defensora del Sistema Nacional de Salud y creo que el buen funcionamiento del Consejo Interterritorial como órgano de consenso es fundamental para la toma de decisiones que enriquezcan nuestro sistema y que garanticen una atención de calidad a la ciudadanía. La figura de este órgano que fomente la coordinación y el equilibrio entre las autonomías, que ayude a reducir desigualdades, que trabaje por el consenso y que ayude a seguir fortaleciendo nuestro sistema sanitario público es imprescindible, siempre y cuando las decisiones que adopte deriven del diálogo, del consenso y de la colaboración entre sus participantes.

Las discrepancias vienen derivadas de las medidas que se intentan introducir que generan desigualdades entre los ciudadanos en la accesibilidad al sistema sanitario, como es el caso del copago, o en medidas que suponen recortes en la cartera de servicios.

En Andalucía estamos de acuerdo con que exista un calendario vacunal único y con la central de compras, a la cual accederemos cuando nos ofrezca ventajas con respecto a nuestro sistema de central de compras que tenemos instalada en Andalucía desde hace ya varios años y con unos resultados excelentes.

-Su consejería ha convocado la cuarta subasta para la selección de medicamentos a pesar de la decisión del Tribunal Constitucional ¿Por qué?

-Creemos en nuestro proceso de selección pública de medicamentos y en que el Tribunal Constitucional, que no ha revocado el concurso, termine reforzando lo que ya avanzó cuando levantó la suspensión cautelar que había recaído sobre el proceso. En ese momento apuntó que la paralización del proceso ocasionaba un grave quebranto económico a la hacienda-autonómica y avalaba que la administración andaluza es competente para convocar este procedimiento y que su puesta en marcha no perjudica la variabilidad del tratamiento que se dispensa a los pacientes. La convocatoria pública es una de las medidas de ahorro que está poniendo en práctica el Gobierno andaluz, pese a los obstáculos que están poniendo desde el Gobierno de España en forma de recursos ante diferentes instancias judiciales. Hacemos concursos para la compra de medicamentos en los hospitales desde siempre y nadie se ha alarmado, además tenemos que recordar que esta

formula es utilizada en muchos países, como por ejemplo Alemania, donde es una práctica habitual. La Junta de Andalucía sigue apostando por esta fórmula de ahorro cuyo fin último no es otro que la sostenibilidad del sistema sanitario público andaluz.

-La cartera básica de servicios ¿será efectiva para que todos los ciudadanos sean atendidos por igual, independientemente de la comunidad en la que residen?

-El Sistema Nacional de Salud ya contaba, antes de la reforma impuesta por el Real Decreto Ley 16/2012 de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones con una cartera básica. Una cartera común que garantizaba el acceso equitativo a los recursos de Atención Primaria y de Atención Hospitalaria, y que gracias a la designación de unidades de referencia garantizaba el acceso en igualdad de condiciones a cualquier ciudadano independientemente de su lugar de residencia.

Eso es un sistema equitativo. Un sistema en el que los recursos están repartidos por las comunidades autónomas, y no centralizados, algo que ha sido posible gracias a que, en su día, las competencias en materia de salud se transfirieron a las comunidades

-Ante la situación de crisis ¿Qué opina de las voces que defienden la devolución de las competencias sanitarias al Estado?

-Que las competencias en materia sanitaria pasasen a ser de las comunidades autónomas es, precisamente, lo que contribuyó a crear el Sistema Nacional de Salud que tenemos, un sistema sanitario público rico, que es modelo a seguir en otros países, y que ha permitido que las comunidades autónomas hayamos dotado a nuestros territorios de los recursos necesarios, atendiendo a las características concretas de nuestra orografía y de nuestras necesidades, favoreciendo la equidad en el acceso. Además, este sistema ha permitido un prestigio y legitimación de los ciudadanos en lo relativo al sistema sanitario siendo una de las instituciones más valoradas por la opinión pública y un referente a nivel mundial.

-El Real Decreto 16/2012 rompió la universalidad de las prestaciones sanitarias, lo que afecta, entre otros, a los inmigrantes irregulares. ¿Cómo ha resuelto Andalucía esta cuestión?

-El Real Decreto 16/2012 ha roto los pilares básicos que caracterizaban al Sistema Nacional de Salud (universal, gratuito y público) y en Andalucía no nos van a tener de aliados para ello. La Junta reconoce el derecho de la población inmigrante a la atención sanitaria, con las mismas prestaciones que el resto de la población andaluza. Esta población dispone de la tarjeta de reconocimiento temporal que se emite en los distritos de Atención Primaria y tiene la misma validez que la tarjeta sanitaria individual de cualquier otro ciudadano.

Andalucía mantiene exactamente igual que antes del decreto del Gobierno central la atención a este colectivo y se realiza con absoluta normalidad a todas las personas, sea cual sea su procedencia. Anualmente, la sanidad pública andaluza atiende a unas 30.000 personas que el Real Decreto 16/2012 dejó fuera del sistema.

La falta de atención a los inmigrantes ya es en sí un problema de salud pública que entendemos que un sistema nacional de salud no puede dejar de atender.

Por tanto, nosotros abogamos por mantener intacta en todo el territorio la universalidad del sistema. Esto garantiza la atención a todas las personas de manera homogénea sin distinción, lo que, sin duda, refuerza el Sistema Nacional de Salud.

-¿Cree que se puede conseguir un gran acuerdo por la sanidad?

- La sanidad tenía unos pilares que creíamos intocables y que para quienes creemos en ellos son irrenunciables. Sin embargo, desde el Gobierno de España no sólo los han tocado, sino que han tambaleado nuestro sistema sanitario público con lo que sí, sería necesario un gran pacto que lo protegiese, pero recuperando esos pilares que se han perdido y tocado.

-Frente a voces que intentan hacer creer lo contrario, el sistema sanitario público es sostenible y Andalucía es muestra de ello. Donde se ofrece la cartera de servicios más amplia de todo el Sistema Nacional de Salud a menor coste y sin perder calidad ni eficiencia, sin recortar derechos ni prestaciones, sin cerrar recursos sanitario y protegiendo el empleo. Andalucía apuesta por el mantenimiento del carácter público y universal de la sanidad y por priorizar las políticas sociales y proteger a los colectivos más vulnerables frente a los ataques que sufre el sistema de bienestar.

-Lo ocurrido en Madrid con la paralización de la externalización de hospitales públicos ¿condicionará a otras comunidades que contemplan esta posibilidad?

-Desde el Gobierno de Andalucía, celebramos la decisión que ha tomado el Tribunal Superior de Justicia de Madrid y por la que suspende el proceso de privatización de los hospitales de la comunidad. El pronunciamiento de los profesionales sanitarios y de la sociedad en general en contra del proceso de privatización de la sanidad es una prueba más de que el modelo público de sanidad tiene que ser defendido frente a los ataques que está sufriendo. En Andalucía seguimos apostando por un sistema sanitario público y universal, con un sistema de gestión puntero, sostenible y eficiente, y que se contrapone con el modelo de privatización que se está perfilando en algunas comunidades autónomas bajo la excusa de la imposibilidad de su financiación con motivo de la crisis económica, cuando está demostrado que el modelo de sanidad privada es más caro para los ciudadanos.

-¿Hasta dónde se plantean la colaboración público- privada en Andalucía?

-En sanidad, la colaboración público-privada la entendemos como una complementariedad a través de los conciertos sanitarios. Como otras comunidades autónomas en Andalucía nos servimos de ellos, si bien, unas lo hacen en mayor grado que otras. Por poner un ejemplo, Andalucía, para el presupuesto 2014, sólo el 3,6% del montante total se destina a conciertos sanitarios, un porcentaje que ha bajado desde el 4,5% de 2012.

Esta reducción responde a la puesta en marcha de "El Real Decreto 16/2012 ha roto los pilares básicos del SNS" y "en Andalucía no nos van a tener de aliados para ello" "Vamos a convocar dos ofertas de empleo público (sanitario) de 1.400 plazas" nuevos recursos públicos en Andalucía, lo que ha favorecido la reducción del sistema de conciertos para determinados servicios asistenciales.

Andalucía es uno de los modelos que se ponen de referencia en ámbitos internacionales cuando se habla de sistemas sanitarios que tienen prácticamente el 100% de la provisión. Contamos con 47 hospitales públicos y más de 1.500 centros

de salud, en los que trabajan unos 100.000 profesionales que son empleados públicos que realizan más de 100 millones de actos médicos al año.

-¿Cuál es el balance de la experiencia de las Unidades de Gestión Clínica en Andalucía?

-El nuevo modelo organizativo en unidades gestión clínica, impulsado por la Junta de Andalucía, se basa en trasladar a los profesionales niveles progresivos de Autonomía en su trabajo y, paralelamente, un mayor grado de corresponsabilidad con los objetivos institucionales en un marco de descentralización basado en la comparabilidad y transparencia, y en la evaluación de la obtención de los resultados en salud. Con este nuevo modelo se incentiva la disminución en la variabilidad en la práctica clínica, la realización de la actividad clínica en base a evidencias científicas y la atención integral al paciente.

El balance está siendo muy favorable ya que cada vez es más evidente la corresponsabilidad que los profesionales están asumiendo en la eficiencia del sistema sanitario ya que saben mejor que nadie cómo utilizar unos recursos limitados sin dejar a nadie fuera y sin afectar a los resultados en términos de salud.

El modelo de Unidades de Gestión Clínica favorece la participación de los profesionales en la gestión a través de la toma de decisiones clínicas.

A los profesionales se les ha reducido el sueldo y se les han cambiado las condiciones laborales ¿Las recuperarán cuando revierta la situación económica?

Creo que es importante recordar que la imposición del Gobierno de España de incrementar la jornada laboral a 37,5 horas ha sido generalizado para todos los funcionarios públicos, no sólo del ámbito sanitario, sino también del educativo, de los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado... pero si nos centramos en el colectivo sanitario, por el que me pregunta, creo preciso reiterar que en Andalucía hemos apostado y defendido en todo momento el trabajo. Tanto es así que tras la imposición de la aplicación del incremento de la jornada laboral, mientras otras comunidades autónomas despedían a sus profesionales eventuales, en Andalucía protegíamos sus trabajos. Si bien es cierto que para garantizarlo nos vimos obligados a contratarlos al 75%, ya que un gran número de las horas que estos profesionales eventuales venían desarrollando, pasaban a ser cubiertas por la plantilla con plaza fija.

Tampoco podemos perder de vista que el Gobierno de España ha limitado, además, la tasa de reposición al 10%, lo que no nos permite cubrir las plazas de profesionales jubilados con plazas fijas, sino con eventuales.

Todo ello está haciendo que las políticas que nos hemos visto obligados a llevar a cabo en materia de personal no sean las que nos hubiesen gustado, sin embargo, no hay más que mirar que Andalucía se está esforzando por hacer las cosas de otra manera, de hecho vamos a convocar dos ofertas de empleo público que, con más de 1.400 plazas, suman la convocatoria con más plazas a nivel nacional. Proteger el trabajo ha sido siempre nuestro afán y recuperar la situación anterior, siempre que la disponibilidad presupuestaria y los límites de déficit que nos impongan desde el Gobierno de España nos lo permitan.

-La OMC lleva luchando contra la violencia sanitaria desde hace años. ¿Cómo se enfoca este problema desde Andalucía?

-Desde la sensibilidad y la condena de este tipo de actos violentos, Andalucía fue, en 2005, la primera comunidad en poner en marcha un Plan de Prevención y Atención a las Agresiones contra Profesionales Sanitarios, a lo que se suma que la Consejería se reunió en 2007 con el fiscal jefe del TSJA que permitieron que este tipo de actos fuesen considerados y juzgados como atentados contra la autoridad.

Hemos trabajado codo con codo con los colegios profesionales, los representantes sindicales, los trabajadores del ámbito sanitario y la propia ciudadanía desde la sensibilización, la prevención, la formación y la propia condena de este tipo de actos violentos, que no están justificados en ningún caso.

El plan andaluz incluye una completa batería de medidas que incluyen desde la formación de profesionales para reaccionar ante este tipo de situaciones, hasta medidas de seguridad como timbres antipánico, interfonos, salidas alternativas o videocámaras, entre otros. Además, cuenta con un registro en el que se notifican todos los casos relacionados con las posibles agresiones y con un protocolo de actuación que se activa ante la notificación de una agresión y que incluye la asesoría jurídica a la persona agredida, apoyo psicológicos si lo estima conveniente y la posibilidad de favorecer su traslado a otro centro si también lo solicita. Además, estamos rediseñando mapas de riesgo para detectar las zonas de mayor conflicto.

-¿Por qué tanto retraso a la interoperabilidad de la tarjeta sanitaria entre las diferentes comunidades autónomas?

-En Andalucía tenemos implantada la tarjeta sanitaria desde hace más de una década. Somos la comunidad que más desarrollada la tiene, la que mayor nivel de implantación presenta y el espejo en el que muchas se han mirado para poner en marcha sus tarjetas.

Desde la Consejería valoramos el esfuerzo por buscar soluciones a la interoperabilidad de la tarjeta sanitaria en el Sistema Nacional de Salud, siempre que no suponga la pérdida de las prestaciones que ofrece la tarjeta andaluza.

Es por ello que esta solución no debería, en ningún caso, representar una modificación de los sistemas informáticos existentes en la comunidad, porque, de ser así, supondría para Andalucía un coste de más de 12 millones de euros, ya que habría que generar más de ocho millones de nuevas tarjetas, así como cambiar los dispositivos de lectura de las mismas, gasto que sería imposible de abordar, a no ser que exista una financiación por parte del Gobierno Central.

Apostamos por buscar soluciones para alcanzar la interoperabilidad en el Sistema Nacional de Salud, haciendo compatibles entre sí los sistemas y las tarjetas sanitarias existentes, a fin de que cualquier ciudadano pueda utilizar la tarjeta de su comunidad en cualquier punto del territorio del Estado español.