

La Sanidad Pública en Asturias



CONSEJO ECONÓMICO Y SOCIAL
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

La Sanidad Pública en Asturias

Promueve y Edita:
Consejo Económico y Social del Principado de Asturias
Plaza de la Paz, 9-1 Izq. 33006 Oviedo

Depósito Legal: As-00269-2003
Maquetación: Edicom S.L.
Impresión: Gráficas Vallobín

INDICE

1. Introducción	11
2. Evolución de la Sanidad en España y Asturias	15
3. Entorno socioeconómico y sus condicionantes sobre el sistema sanitario asturiano	19
3.1. <i>Análisis demográfico</i>	21
3.2. <i>Movimientos migratorios</i>	22
3.3. <i>Expectativas de los pacientes y nivel de exigencia de la población</i>	23
3.4. <i>Nuevas tecnologías</i>	25
3.5. <i>Medio ambiente</i>	27
3.6. <i>Prevención de riesgos laborales y protección de la salud</i>	27
4. Organización y gestión de los servicios sanitarios	29
4.1. <i>Modelos de organización</i>	29
4.2. <i>Niveles de organización</i>	31
4.2.1. <i>Atención Primaria</i>	33
4.2.2. <i>Atención Especializada y los Hospitales</i>	35
4.2.3. <i>Salud Mental</i>	40
4.2.4. <i>Sistema de Urgencias y Emergencias</i>	41
4.2.5. <i>Atención Sociosanitaria</i>	42
4.2.6. <i>Atención Farmacéutica</i>	44
5. Los servicios sanitarios y los ciudadanos	47
6. Los profesionales y los servicios sanitarios	49
7. La financiación de la Sanidad Pública en Asturias	53
7.1. <i>Financiación autonómica y Sanidad</i>	53
7.2. <i>Presupuesto para la Sanidad</i>	57
7.3. <i>Evolución del gasto sanitario en Asturias</i>	58
8. Reseña normativa	63
9. Propuestas y conclusiones	65

PRESENTACIÓN

La Comisión Permanente del Consejo Económico y Social del Principado de Asturias, en sesión celebrada el 16 de julio de 2002, acordó la elaboración de un informe sobre la Sanidad Pública en Asturias, dando así aplicación a lo previsto en el artículo 3.1e) de la Ley 2/2001, reguladora del Consejo, que le atribuye la función de "elaborar informes, dictámenes o estudios, de oficio o a instancia de parte, en cualesquiera clase de asuntos de carácter económico, social y laboral". Finalizado el informe, me corresponde a mí, como Presidente de este organismo, la presentación del mismo.

La Constitución de 1978 incorpora el reconocimiento del derecho a la protección de la salud y la obligación del Estado de garantizar el acceso a los servicios sanitarios en condiciones de igualdad para todos los ciudadanos. Asimismo, el texto constitucional tiene un impacto trascendental en la organización del sistema sanitario al condicionar su desarrollo futuro a la adaptación al Estado de las Autonomías. En este sentido, en enero del 2002 culminó el proceso de descentralización estatal en materia de sanidad con el traspaso de funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud (INSALUD) a las diez Comunidades Autónomas que aún no habían asumido las transferencias en esta materia. Asturias recibe esta transferencia a través del Real Decreto 1471/2001, de 27 de diciembre, momento a partir del cual, el Gobierno Regional asume la responsabilidad de gestionar un servicio tan sensible para el ciudadano como es la sanidad.

Este traspaso de competencias coincide en el tiempo con el cambio de modelo de financiación autonómica. La implantación del nuevo sistema de financiación supone un incremento de la corresponsabilidad fiscal, sin embargo, los efectos a medio y largo plazo dependerán, en buena medida, del com-

portamiento de los ingresos tributarios ligados al sistema en función de la evolución económica de los diversos territorios.

A la incertidumbre que plantea el nuevo sistema de financiación autonómica para hacer frente a las necesidades económicas de la sanidad, se unen las peculiares características de la población asturiana inmersa en un claro proceso de envejecimiento de la población en parte debido a la reducción de la población más joven como consecuencia del bajo índice de natalidad. Esta estructura demográfica implicará en el futuro una demanda cada vez mayor de prestación de servicios sanitarios que redundará a su vez en un incremento del gasto sanitario.

Teniendo presentes estas circunstancias, quiero manifestar la especial preocupación del Consejo Económico y Social por el futuro de la sanidad pública en Asturias y considero que dos son los objetivos que se deben atender: por un lado, el saneamiento de las cuentas, debiendo dar prioridad al control del gasto farmacéutico; y por otro lado, el mantenimiento de unos servicios de calidad, con un modelo de organización y gestión de los servicios sanitarios que garantice una cobertura universal e igual para todos los ciudadanos, un acceso equitativo a los servicios, una atención de la salud integral, dando carácter preferente a la promoción de la salud y las actividades educativas y preventivas. Este modelo debe ser participativo, basarse en la solidaridad, y ser efectivo y eficiente. Los servicios sanitarios están condicionados por la capacidad económica de nuestra región, que obliga a situar la racionalización de los recursos como uno de los ejes fundamentales del sistema.

El informe se ha estructurado en dos partes. La primera contiene un análisis descriptivo general de nuestra sanidad pública y de los elementos que la condicionan. Y la segunda concluye con una serie de propuestas y recomendaciones que el Consejo Económico y Social dirige al Gobierno Autonómico con la finalidad de que ayuden a definir y consolidar un mejor modelo sanitario público para nuestra región.

Este informe ha sido elaborado por los miembros de la Comisión de Trabajo de Sanidad del CES, presidida por Dña. María Luisa Ponga Martos, que con

la voluntad de llegar siempre al consenso en un tema tan conflictivo como es la sanidad, han llevado a cabo un intenso trabajo, superando muchas discusiones, finalmente compensadas al aprobarse el informe por el Pleno del Consejo en reunión celebrada el pasado 23 de julio. Mi reconocimiento, pues, a los miembros de la Comisión así como al personal del servicio técnico del CES que ha coordinado y homogeneizado las aportaciones de los mismos, y muy especialmente a la responsable del Área Jurídica Dña. Ana López-Contreras Martínez, sin cuyo esfuerzo, entrega y aportaciones no se habría podido confeccionar este informe en tan corto período de tiempo. Agradecimiento también a la Consejería de Sanidad y Servicios Sanitarios y en especial al Director-Gerente del SESPA, Dr. D. Juan Ortiz Fuente, por la colaboración que en todo momento prestó para hacer posible este trabajo, facilitando cuantos datos se solicitaron y compareciendo ante los miembros de la Comisión.

Para finalizar, solamente me queda desear que el informe cumpla su finalidad última de ayudar en la mejora el modelo público sanitario de Asturias.

Oviedo, julio 2003

NICOLÁS ÁLVAREZ ÁLVAREZ

*Presidente del Consejo Económico
y Social del Principado de Asturias*



1. INTRODUCCIÓN

El proceso de descentralización estatal en materia de Sanidad culmina con el traspaso de funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud (INSALUD) a las diez Comunidades Autónomas que aún no habían asumido las transferencias en esta materia. Entre estas Comunidades Autónomas se encuentra Asturias que recibe esta transferencia a través del Real Decreto 1471/2001, de 27 de diciembre, que aprueba el Acuerdo de la Comisión Mixta de Transferencias adoptado por el Pleno de la misma en su reunión de 26 de diciembre de 2001.

Este proceso ya previsto en la Constitución Española, en su art. 149.1.17, reserva al Estado la competencia exclusiva en materia de legislación básica y régimen económico de la Seguridad Social, sin perjuicio de la ejecución de sus servicios por las Comunidades Autónomas, así como en materia de sanidad exterior, bases y coordinación general de la sanidad y legislación sobre productos farmacéuticos.

En este sentido, el Estatuto de Autonomía del Principado de Asturias en los apartados 2 y 3 de su art. 11 establece que, en el marco de la legislación básica del Estado y, en su caso, en los términos que la misma establezca, corresponde al Principado de Asturias el desarrollo legislativo y la ejecución en materia de sanidad e higiene, así como la coordinación hospitalaria en general, incluida la de la Seguridad Social. En el mismo texto normativo, su art. 12, apartados 8 y 13, atribuye al Principado de Asturias la ejecución de la legislación del Estado, en los términos que en la misma se establezca, en materia de productos farmacéuticos, y en la gestión de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social, reservándose el Estado la alta inspección conducente al cumplimiento de esta función.

El análisis de los servicios sanitarios en el Principado de Asturias debe hacerse entendiendo el entorno en el que se desarrollan: el Sistema Nacional de Salud y la integración de España en la Unión Europea. En este sentido, el Sistema Nacional de Salud (SNS), a través de la Ley General de Sanidad de 1986, incorpora a España un sistema sanitario que se pretendía adaptar a la realidad del Estado de la Autonomías y construido desde la estructura de la Seguridad Social existente. Su objetivo es proteger de manera más eficaz la salud de los españoles y del resto de las personas residentes en España.

En Asturias, el proceso de negociación de las transferencias se desarrolló con escasa participación de los agentes sociales, generando importantes controversias entre la Administración Central y Regional en relación tanto al montante global de las transferencias como en lo relacionado con el nuevo Hospital Universitario Central de Asturias y el importe estimado para la ejecución del mismo.

Recientemente, la aprobación de la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud el 28 de mayo de 2003, ha supuesto un paso adelante en este proceso de consolidación del Sistema Nacional de Salud. Esta norma establece los requisitos mínimos del Sistema para garantizar el principio de equidad y universalidad en el conjunto del Estado, recogiendo un catálogo de aquellas prestaciones sanitarias que, como mínimo, deberán proveer todas las comunidades autónomas, regulando también las prestaciones adicionales que pretendan introducir las Comunidades Autónomas al catálogo básico. Asimismo, introduce novedades como la creación de una agencia para centralizar los datos de la gestión de los distintos sistemas sanitarios, la coordinación de las decisiones sanitarias en todo el Estado, con sistemas comunes de información, calidad y eficiencia, favorece las actividades coordinadas en Salud Pública, la creación de una base de datos de los ciudadanos a partir de la tarjeta sanitaria y fortalece el papel del Consejo Interterritorial y de la Alta Inspección. Otra novedad de la nueva Ley es la creación de una "Agencia de Gestión y Evaluación de la información del Sistema Nacional de Salud", que dará soporte material y técnico a las actividades del Consejo Interterritorial.

Sin embargo, el proceso de consolidación del Sistema Nacional de Salud no ha finalizado con el proceso de transferencias y con la aprobación de la nueva Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. Aún está pendiente la aprobación del Estatuto Marco de la Profesión Sanitaria. La conveniencia de una normativa propia para este personal deriva de la necesidad de que su régimen jurídico se adapte a las específicas características del ejercicio de las profesiones sanitarias y del servicio sanitario-asistencial, así como a las peculiaridades organizativas del Sistema Nacional de Salud.

Las líneas maestras y objetivos generales de la futura regulación deberán recoger, entre otros, el incremento de la motivación de los profesionales y su compromiso con la asistencia sanitaria y la gestión, el establecimiento de un adecuado sistema retributivo, un nuevo marco de relaciones laborales, la descentralización de los procesos de selección y de promoción profesional, la mejora de las condiciones materiales de trabajo y niveles de dedicación, la adecuación de las dotaciones de personal a las necesidades efectivas de los Centros, a través de una normativa específica de carácter básico para este personal, con respeto tanto de las competencias para su desarrollo por las Comunidades Autónomas como del objetivo global de impulsar la cooperación y coordinación de la gestión de los Servicios, Centros e Instituciones.

Por otro lado, el nuevo contexto de incorporación de nuevos países a la Unión Europea y lo que ello implica en la movilidad ciudadana en una Europa sin fronteras, la internacionalización de las economías, y en particular, las tendencias de los miembros de la UE a coordinar, cuando no a homogeneizar sus políticas de protección social, orientan, en su conjunto, a cambios en la gestión y organización de los sistemas sanitarios. De ahí que, el presente informe, a partir del análisis descriptivo general de nuestra sanidad y los elementos socioeconómicos que la condicionan, pretende concluir con una serie de propuestas y recomendaciones dirigidas a la Administración Autonómica, que ayuden a definir y consolidar un mejor modelo sanitario público para nuestra Comunidad Autónoma.



2. EVOLUCIÓN DE LA SANIDAD EN ESPAÑA Y ASTURIAS

Las características actuales del sistema sanitario público en España tienen sus orígenes en la creación del Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE) por Ley de 14 de diciembre de 1942, cuya misión es dar cobertura a los "productores económicamente débiles".

La Seguridad Social, como tal, no aparece en España hasta los años 60, con la Ley de Bases de la Seguridad Social de 1963. La posibilidad de que todos los españoles pudieran acceder a la cobertura de la Seguridad Social, en concreto a la cobertura sanitaria, no es una realidad hasta 1972, con la Ley de Financiación y Perfeccionamiento de la Acción Protectora del Régimen General de la Seguridad Social. En esta fecha, por primera vez, se permite la afiliación a los trabajadores por cuenta ajena sin topes salariales para poder acogerse a dicha prestación. Sin embargo, hasta los años 80, amplios colectivos no tenían posibilidad de cobertura sanitaria de la Seguridad Social, caso de los autónomos o los profesionales liberales.

La transición democrática y la Constitución de 1978 incorporaron el reconocimiento del derecho a la protección de la salud y la obligación del Estado de garantizar el acceso a los servicios en condiciones de igualdad para todos los ciudadanos. Además, la Constitución tiene un impacto trascendental en la organización del sistema sanitario al condicionar su desarrollo futuro a la adaptación al Estado de las Autonomías.

El Sistema Nacional de Salud establecido por la Ley General de Sanidad, Ley 14/1986, de 25 de abril, es el conjunto de Servicios de Salud de la Administración del Estado y de las Comunidades Autónomas. El órgano de coordinación de los mismos es el Consejo Interterritorial del Sistema

Nacional de Salud. Esta Ley dispone que los Centros Sanitarios de la Seguridad Social quedarán integrados en el Servicio de Salud de la Comunidad Autónoma en los casos en que la misma haya asumido competencias en materia de asistencia sanitaria de la Seguridad Social de acuerdo con su Estatuto de Autonomía.

Esta perspectiva histórica no debe obviar la doble transición que se está produciendo en la sanidad pública española:

- La transición desde un modelo fuertemente centralizado y burocrático a un sistema que, sin perder su dimensión estatal, debe adecuar su estructura y gestión al Estado de las Autonomías.
- La transición desde un modelo de Seguro Obligatorio de Enfermedad a un modelo tipo Servicio Nacional de Salud financiado a través de los Presupuestos Generales del Estado y cuyas prestaciones deben alcanzar a toda la población.

En Asturias, se han compatibilizado, de forma transitoria hasta el año 2002, dos Instituciones: el INSALUD, que gestionaba provisionalmente la Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social y el Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA), creado por la Ley 1/1992, de 2 de julio (aunque su efectivo funcionamiento no se produce hasta dos años después) como ente de derecho público adscrito a la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios, dedicado a la realización de las actividades sanitarias y a la gestión de los servicios sanitarios propios de la Comunidad Autónoma, así como a la preparación organizativa para la asunción de las transferencias. El SESPA es, por tanto, la pieza básica en Asturias del Sistema Nacional de Salud previsto por la Ley General de Sanidad de 1986. Este ente, al gozar ya de una trayectoria como ente gestor de servicios y de políticas, es el instrumento del que dispone la Administración Autonómica para asumir el reto que supone la transferencia de la gestión de los servicios sanitarios y de salud que hasta entonces eran responsabilidad de la Administración General del Estado, fundamentalmente del INSALUD. Debe en todo caso, a parte de la adecuación de su estructura organizativa y de funcionamiento para este

nuevo reto, garantizar la participación efectiva de la sociedad y de los trabajadores de la sanidad, a través de unos mecanismos democráticos y de representación en la planificación, gestión y evaluación.

La Consejería de Salud y Servicios Sanitarios mantiene la estructura básica con la que se diseñó en 1999, la separación de las funciones de Autoridad Sanitaria de aquellas de provisión de servicios. Las nuevas competencias asumidas obligan a reforzar el papel de la Autoridad Sanitaria como garante de la calidad de las prestaciones ante los ciudadanos y del funcionamiento de los servicios. En este sentido, en el nuevo organigrama puesto en funcionamiento por la Consejería de Salud, por Decreto 12/2002 y 13/2002 de 8 de febrero ambos, se crean dos nuevas Direcciones Generales, la de Calidad y Atención Ciudadana y la Económico-Financiera y se reestructuran el resto de los órganos directivos para poder dar respuesta integral a las necesidades derivadas del derecho a la protección de la salud.

Ante todas estas circunstancias, el Gobierno del Principado impulsa, con carácter previo a la asunción de competencias, un proceso que incluye la elaboración de un informe que describa exhaustivamente la situación, los problemas detectados, los retos y las posibles alternativas del Sistema Sanitario en el ámbito del Principado de Asturias. Este proceso culmina con el Libro Blanco de los Servicios Sanitarios Asturianos, que contó con un interesante nivel de participación y aportaciones sociales, y en el que se definen los principios, orientaciones, finalidades y objetivos prioritarios del proyecto sanitario. Con este proceso se pretende adecuar las estructuras e instrumentos al reto de organizar y gestionar todos los servicios sanitarios. La elaboración del Libro Blanco se inicia en octubre de 1999 y culmina en octubre de 2000.



3. ENTORNO SOCIOECONÓMICO Y SUS CONDICIONANTES SOBRE EL SISTEMA SANITARIO ASTURIANO

La Comunidad Autónoma del Principado de Asturias está situada al norte de España y consta de una superficie total de 10.603,57 kilómetros cuadrados, lo que representa al 2,1% del total nacional, y se caracteriza por tener una orografía muy accidentada.

Asturias es una Comunidad Autónoma uniprovincial constituida por 78 municipios agrupados en ocho comarcas, pudiendo distinguirse tres grandes áreas: Central, Occidental y Oriental. En el área central, que es la de menor tamaño, se concentra, sin embargo, la mayor parte de la población y de la actividad económica. Este hecho responde al asentamiento en esta zona de las actividades siderúrgicas y mineras que trajeron consigo la creación de infraestructuras y la aparición de servicios que propiciaron su desarrollo. La actividad industrial se consolidó principalmente en los municipios de Gijón y Avilés; el sector servicios, en Oviedo; y la minería, en Mieres y Langreo.

En las otras dos zonas, donde predomina el sector agrario con explotaciones de carácter familiar y minifundista, se produjo un proceso de emigración hacia el área central que trajo como consecuencia el despoblamiento, el envejecimiento de la población, y notables carencias de infraestructuras y servicios.

La población asturiana cuenta, según el último padrón (2002) con 1.073.971 habitantes, lo que supone una densidad de 101,3 habitantes por kilómetro cuadrado. La disminución de casi 31.000 personas registradas entre los dos últimos censos de población (1991/2001) arroja un comportamiento demográfico recesivo contrario al dado en el contexto nacional, donde se produce

un incremento del 5,1%, con la consiguiente pérdida de peso de la población asturiana sobre el total nacional, que pasa del 2,8% al 2,6%. Esta evolución demográfica responde al saldo negativo que arroja nuestro crecimiento vegetativo que no ha podido ser compensado por la recepción de nuevos inmigrantes.

Nuestra estructura de población confiere la figura típica de pirámide de población invertida que indica un fuerte proceso de envejecimiento de la población recogiendo, por un lado, la reducción de la población más joven y, por otro, el crecimiento progresivo de las personas mayores de 65 años. Estos fenómenos tienden a mantenerse en las proyecciones demográficas, hecho que, sin duda, traerá implicaciones en los distintos ámbitos sociales, económicos y políticos.

En el plano económico, el fuerte proceso de industrialización que comenzó a fraguarse en la década de los 50 y afectó a sectores tradicionales (minería, siderurgia, naval) que entraron en crisis en el inicio de los años 70, convirtió a Asturias en un claro ejemplo de región industrial en declive. Esta situación ha determinado sus defectos estructurales básicos que condicionan la capacidad de actuación actual y recuperación futura. Especialmente traumático y suficientemente conocido por todos fueron los ajustes y reconversiones que sufrió la industria asturiana en la década de los años 80 sobre todos y cada uno de sus sectores más representativos que constituían los pilares de su industria (minería, siderurgia y naval). Estos ajustes tuvieron serias repercusiones sobre el conjunto de la economía regional y sobre los niveles de empleo. Así, a lo largo de las últimas décadas nuestra economía ha ido perdiendo peso, tanto en el conjunto nacional como europeo, en términos de producción, población, empleo y renta. Actualmente, nuestro Producto Interior Bruto per capita en términos de poder de compra se sitúa en el 71% de la media de la Unión Europea-15.

En el plano laboral, las crisis económicas han debilitado nuestro mercado de forma que Asturias presenta serios desequilibrios estructurales. Éstos se materializan en unas bajas tasas de actividad (44,7%) y empleo (40,3%) que se

distancian de sus homologas nacionales en más de 9 y 7 puntos, respectivamente, y en unos niveles de paro que penalizan a determinados colectivos como el de jóvenes y mujeres, parados de primer empleo y de larga duración.

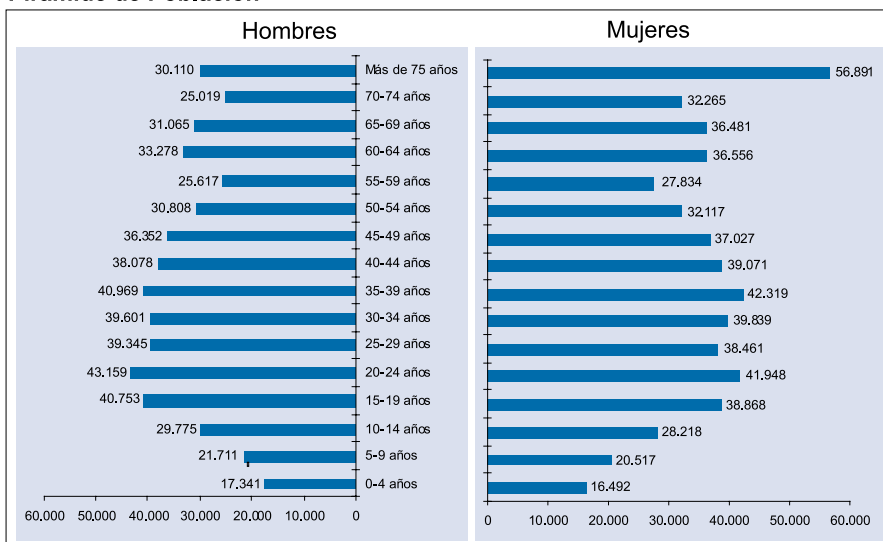
El análisis de la situación de los servicios sanitarios asturianos debe partir de algunas consideraciones acerca de los factores que, de forma general, están influyendo en el desarrollo de los sistemas sanitarios en la actualidad, entre los que podemos señalar:

3.1. Análisis demográfico

El objetivo de todo sistema sanitario consiste en responder a las necesidades y demandas de atención sanitaria de la población protegida, siendo el estudio de las características demográficas el punto de partida del proceso de planificación de los medios asistenciales. La estructura de la población está determinada por el número de nacimientos, defunciones y migraciones.

Un elemento común para los países de la Unión Europea, del que España y nuestra Comunidad participan plenamente, es el proceso de envejecimiento de la población. Así, mientras que en el conjunto del país los habitantes con

Pirámide de Población



Fuente: INE. Censo de población y viviendas 2001

más de 65 años suponen un 18,7% de la población, en Asturias esta proporción es de 23,8%. Un proceso con implicaciones socio-sanitarias que alertan sobre el incremento del gasto sanitario. La distribución territorial de la población más envejecida presenta parámetros igualmente nítidos, concentrándose mayoritariamente en los municipios rurales.

Un segundo rasgo relevante es el descenso del nivel de natalidad, con el consiguiente descenso en las cohortes más jóvenes de la pirámide poblacional.

Las causas principales de mortalidad en nuestro medio, a pesar de la emergencia de algunas enfermedades infecciosas, caso del SIDA, o la persistencia de otras como la tuberculosis, son las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y las causas externas como los accidentes. Por ello, la política de salud debe poner énfasis en la investigación y la prevención, además de la promoción de salud y la educación sanitaria a toda la población.

Los patrones de enfermedades predominantes en Asturias responden a los propios de enfermedades crónicas y degenerativas que se prolongan en el tiempo y mantienen una demanda continua de cuidados de tipo medio y de dependencia.

Este análisis permite entender la tendencia al alza del gasto sanitario en nuestra región, como consecuencia de la estructura de la población, claramente más envejecida que la del conjunto nacional, aspecto que, junto con la orografía y la dispersión de la población rural, debe tenerse en cuenta en toda negociación en materia sanitaria.

3.2. Movimientos migratorios

A este condicionante, íntimamente relacionado con el análisis demográfico, se le da tratamiento independiente dada su previsible incidencia en el futuro de la sanidad asturiana.

El análisis del gasto sanitario se debe enfocar no solamente desde el lado del envejecimiento de la población, que existe evidentemente, sino también

desde otros dos ámbitos que van a condicionar el futuro social y poblacional de Asturias:

Por una parte, la evolución demográfica. De acuerdo con un informe de la Sociedad Asturiana de Estudios Económicos e Industriales (SADEI) (Datos y cifras de la economía asturiana 2001), las previsiones de pérdida de población para el año 2.014 oscilan entre 167.000, como hipótesis más pesimista y 104.086, como la más optimista. Esta evolución se da, no sólo porque tenemos la tasa de fecundidad más baja de España, sino también por la situación socioeconómica de nuestra Comunidad Autónoma, que empuja a muchos jóvenes asturianos a dejar nuestro territorio.

Por otro lado, se prevé que el fenómeno de la inmigración pueda ejercer un papel amortiguador de dicha situación, sin embargo aún nos encontramos muy alejados de esa posibilidad, pues a pesar de que en los últimos cuatro años se ha duplicado la población inmigrante, pasando de 8.507 personas (un 0,7% de la población asturiana) a superar, a principios de 2003, las 17.061 personas (el 1,6% de la misma), estamos todavía muy distanciados del 3,3% de la media estatal. Dicha población prácticamente se encuentra concentrada en las dos mayores ciudades de Asturias, Oviedo, con 6.927 inmigrantes empadronados a fecha de marzo de 2003; y Gijón donde, a finales de año, la cifra ascendía a un total de 6.407 personas empadronadas. Entre ambas localidades aglutinan el 78% del total de la población inmigrante residente en nuestra Comunidad Autónoma.

Para finalizar, habría que tener en cuenta las bolsas de "personas sin documentación" que, dependiendo de las fuentes, podrían oscilar entre 2.000 y 4.000, según el Instituto Nacional de Estadística y las organizaciones sociales, respectivamente. No obstante, estas cifras son estimativas por la propia naturaleza de las mismas.

3.3. Expectativas de los pacientes y nivel de exigencia de la población

Se están produciendo cambios importantes y de forma continua, tanto en los estilos de vida como en los patrones de demanda hacia los servicios sanita-

rios, poniendo en evidencia una clara necesidad de cambios en la organización sanitaria.

La forma general de vida que se basa en la interrelación entre las condiciones de vida y el patrón individual de comportamiento, está determinada por factores socioculturales y características personales.

El Libro Blanco de los Servicios Sanitarios promueve la adopción de hábitos de conducta y consumo saludables, difundiendo información eficaz y apropiada acerca del mantenimiento y mejora de la salud individual, fomentando la capacidad y competencia de los ciudadanos en la elección responsable de conductas individuales, y haciendo más fáciles y accesibles las decisiones saludables. También desarrolla estrategias intersectoriales de promoción de salud, en especial, entre jóvenes y adolescentes, con la finalidad de propiciar actitudes y comportamientos saludables, en especial en lo que concierne a los patrones de ocio, los hábitos tóxicos y a la salud sexual.

Recientemente, la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios ha hecho públicos los resultados del llamado "Barómetro Sanitario 2003", encuesta de calidad cuyo objetivo es medir el grado de satisfacción de los usuarios de los servicios sanitarios.

Los resultados de la encuesta manifiestan, en primer lugar, que la percepción que tienen los asturianos sobre su propia salud es muy positiva y, además, valoran altamente la gestión de la Sanidad en relación con otros servicios del Principado, ya que este área es la segunda mejor valorada. Por otro lado, hay que resaltar también el elevado grado de conocimiento que se tiene respecto a los derechos de los ciudadanos en materia sanitaria.

Otro aspecto importante se refiere a la opinión sobre el funcionamiento del sistema sanitario, ya que casi las tres cuartas partes de los encuestados entienden que "se necesitan cambios", si bien de ellos, la mitad considera que bastarían "algunos cambios" y, el resto, cree que los cambios han de ser "fundamentales". Sólo un 4 % cree que es necesario rehacer completamente el sistema.

A la pregunta sobre los asuntos que más preocupan a los asturianos en relación con la sanidad, destaca claramente el problema de las listas de espera (69%), seguido, a gran distancia, por el aspecto relativo a la falta de personal (20,5%). Son las listas de espera, tanto para acudir a consulta especializada como para someterse a una intervención quirúrgica, un elemento fundamental a la hora de abordar una estrategia política dirigida a la mejora de la calidad del servicio sanitario.

Por niveles asistenciales, es la Atención Primaria la más valorada, seguida por la Atención Hospitalaria. En el otro extremo se halla el servicio de Urgencias, que resultan ser el peor valorado.

Otro dato a tener en cuenta es que el 88% de los que han recibido asistencia sanitaria ha acudido a la sanidad pública. Destaca, además el hecho de que el 91 % de los asturianos con cobertura sanitaria privada que tuvieron necesidad de asistencia médica en el último año hicieron uso de la sanidad pública en ese periodo.

Por último, dentro de la Atención Primaria, el motivo principal de acudir a la misma es para consulta (60%) y, en segundo lugar, por recetas (27%). Los partes de alta y confirmación (5%) suponen el tercer motivo de utilización de los servicios de Atención Primaria.

3.4. Nuevas tecnologías

Las nuevas tecnologías se incorporan al sector sanitario produciendo impactos significativos tanto en la organización como en la estructura y dimensión del gasto sanitario.

Dentro de este condicionante de los servicios sanitarios es necesario hacer mención al Plan de Investigación, Desarrollo Tecnológico e Innovación (I+D+I) de Asturias, para los años 2001-2004. Este Plan se orienta al logro de cinco objetivos: la generación de conocimientos científicos, la aplicación de los conocimientos científicos y tecnológicos, la mejora de la gestión, la difusión de la cultura científica y por último, la incorporación al espacio euro-

peo. Se ha suscrito un Convenio Marco de coordinación y cooperación entre el Gobierno Central y el Regional cuyo objetivo es, entre otros, fomentar la investigación y el desarrollo tecnológico. Las actuaciones conjuntas de cooperación se concentrarán en áreas de interés común y prioritario tales como agroalimentación, servicios públicos y calidad de vida, biomedicina y biotecnología, entre otras.

Dentro de la estructura del Plan I+D+I está el Programa de los Servicios Públicos, donde se crea el Programa de Salud Pública, cuyos objetivos estratégicos son: mejorar el estado de salud en Asturias, mejorar los conocimientos y las motivaciones para una conducta saludable, mejorar la eficiencia y calidad de los actuales procesos asistenciales mediante el uso apropiado de las tecnologías sanitarias, avanzar hacia la consecución de una región informada en los hábitos de vida saludable, fomentando la educación en estilos de vida sanos, promover la educación para la salud, desarrollar e implantar nuevas soluciones que permitan mejorar la atención al cliente del sector sanitario, favorecer una mejor evaluación y planificación sanitaria, desarrollar técnicas de evaluación de nuevas tecnologías sanitarias, y por último, desarrollar técnicas de evaluación de programas y acciones en salud.

Con el fin de alcanzar los objetivos planteados en el Programa, se proponen dos campos científico-técnicos: epidemiología, y organización de servicios sanitarios y evaluación de tecnologías. En cada uno de estos dos campos se enumeran las líneas prioritarias. En el primero, éstas son: el estudio de enfermedades o patologías más prevalentes o en ascenso, patrones de conducta y consumo relacionados con la salud y salud y medio ambiente. En el segundo, la organización y gestión de servicios sanitarios, la evaluación de calidad de la actividad sanitaria (estructuras, procesos y resultados en salud), las desigualdades en la salud, la atención a grupos de pacientes en situación especial de riesgo, organización e integración, los programas de intervención en el área de conducta y consumo, y la evaluación de las tecnologías sanitarias.

La Consejería de Salud y Servicios Sanitarios ha fijado las bases para la elaboración de un Plan de Tecnologías de la Información en Salud del Principado de Asturias (PESISPA).

3.5. Medio ambiente

Entendiendo por medio ambiente el conjunto de todos los aspectos del medio socioeconómico y físico que pueden influir en la salud de los individuos o grupos.

El Libro Blanco de los Servicios Sanitarios promueve un medio ambiente saludable, disminuyendo los riesgos alimentarios, mejorando las infraestructuras de abastecimiento de aguas, la calidad del aire, la habitabilidad de los espacios urbanos, y controlando factores como la contaminación acústica o los residuos.

Desde finales del siglo XX predomina la tendencia hacia una concepción integral de la salud y, por consiguiente, hacia la adopción de políticas intersectoriales que posibiliten la concurrencia de medidas que, siendo de naturaleza diversa y aplicadas desde diferentes ámbitos institucionales y de servicios, están orientadas al mantenimiento, recuperación y mejora de la salud individual y colectiva.

Asimismo, se hace necesario establecer un sistema de coordinación que, tomando como base el sistema de información medioambiental, asegure el diseño de políticas integrales así como el conocimiento de aquellas actividades y actuaciones que supongan un peligro para la salud individual y colectiva y, por tanto, permita establecer de manera ágil las medidas correctoras pertinentes en materia de salud pública y sanidad relacionadas con ciertas actividades industriales con posibles riesgos tales como vertidos, almacenamiento de restos, escombreras, riesgos auditivos, etc...

3.6. Prevención de riesgos laborales y protección de la salud

Dada la especial incidencia que en nuestra Comunidad Autónoma tienen los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, derivada, en parte, de la propia estructura productiva regional, donde existe un peso importante de actividades que conllevan una mayor peligrosidad en el trabajo, éste debería ser un factor a tener en cuenta en el desarrollo de políticas sanitarias regionales, sin perder nunca de vista la necesidad de una coordinación efectiva de las ac-

tuaciones desarrolladas por los diferentes organismos competentes en esta materia pertenecientes a las diferentes Administraciones existentes en nuestra Comunidad Autónoma.



4. ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN DE LOS SERVICIOS SANITARIOS

4.1. Modelos de Organización

En España, y por tanto, también en Asturias, pueden describirse de forma sucinta los siguientes modelos de organización:

- Un Sistema Sanitario Público para la mayor parte de la población, que no es homogéneo y en el que se pueden diferenciar:
 - a) El Sistema Nacional de Salud: proporciona cobertura a cerca del 95% de los ciudadanos. Es un sistema universalista financiado mediante impuestos.
 - b) Las Mutualidades de funcionarios: dan cobertura a un 4% de los ciudadanos. Los colectivos cubiertos son: el de la Administración General del Estado (MUFACE), el del Poder Judicial (MUGEJU), y el Militar (ISFAS). Es un sistema de tipo corporativista financiado con aportaciones de los trabajadores (los funcionarios) y la empresa (el Estado). Se caracterizan por ser de base contractual, de manera que la entidad responsable de garantizar la cobertura (ministerio correspondiente) contrata con diversas organizaciones, públicas o privadas, la organización y gestión de dicha cobertura.
 - c) Otros sistemas para colectivos específicos: son empresas colaboradoras en la Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social por enfermedad común y accidente no laboral. Organizan y gestionan esta prestación para aproximadamente un 1% de los ciudadanos. Se financia median-

te aportaciones de los Presupuestos Generales del Estado y de las propias empresas.

- d) Las Mutuas de Accidente de Trabajo y Enfermedad Profesional: son entidades con financiación pública y gestión privada. Se responsabilizan de la organización y gestión de la salud laboral, la atención a la patología asociada a los riesgos profesionales y su recuperación social y laboral.
- Un Sistema Sanitario Privado, en el que pueden diferenciarse los siguientes subsistemas:
 - a) Compañías de Asistencia Sanitaria: se caracterizan por una concepción integrada, de tal manera que los ciudadanos reciben todas las prestaciones a las que da derecho la póliza que suscriben a través de los medios propios de la compañía o contratados específicamente para ello por la misma. La existencia de las Mutualidades en el Sistema Público explica, en parte, la importancia de estas compañías en España en los últimos tiempos.
 - b) Seguro de Enfermedad: son compañías de reembolso que tradicionalmente han tenido poca incidencia en España aunque están ganando cuota de mercado de forma rápida en los últimos años al dar respuesta a un sector muy específico de la demanda.
 - c) Centros, Establecimientos y Profesionales en ejercicio libre: En el caso de los centros y establecimientos, y en concreto en el de los hospitales, es frecuente que tengan contratos con el Sistema Nacional de Salud, los conocidos conciertos, para la prestación de servicios concretos con financiación pública a los ciudadanos que se les indica.

En Asturias pueden encontrarse los mismos modelos de organización para la prestación de servicios sanitarios que se han descrito para el resto del Estado.

4.2. Niveles de organización de los Servicios Sanitarios

Hasta el reciente traspaso de las funciones y servicios del INSALUD al Principado de Asturias, la organización de la salud pública gestionada por la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios en nuestra región se caracterizaba por la existencia de unos servicios centrales compuestos por la Dirección Regional de Salud Pública que detentaba funciones de autoridad sanitaria, y la Agencia Regional de Sanidad Ambiental y Consumo, que realizaba funciones de control de la higiene alimentaria, atención al medio en relación con la salud y políticas sectoriales de consumo. Por otro lado, existía una estructura periférica que constaba de ocho Unidades de Salud Pública (USPA), una por área sanitaria, que llevaban a cabo programas sectoriales y coordinaban e impulsaban programas de salud pública realizados por otras instituciones, principalmente INSALUD.

Sobre la base del modelo que la Ley General de Sanidad diseña para el sistema sanitario y de la distribución competencial entre administraciones que regula la Constitución Española, nuestra región inicia el proceso de reforma sanitaria cuyo objetivo es la creación del Servicio de Salud del Principado de Asturias en el marco general del Sistema Nacional de Salud. El marco legal para dar cabida a esta actuación se instrumenta a través de la firma de convenios de colaboración en materia de Atención Primaria y de Coordinación Hospitalaria, siendo la culminación de este proceso el Convenio de coordinación-fusión del Hospital Universitario Central de Asturias.

Con anterioridad al año 2002, el sistema sanitario público de Asturias podía considerarse como un sistema integrado mayoritariamente por el dispositivo asistencial gestionado por el INSALUD, que representaba aproximadamente un 90% del gasto sanitario. Y otra parte importante, que suponía el 10% del gasto sanitario público, lo constituía el Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA). Esta situación configuraba dos organismos con competencias y múltiples interrelaciones: de una parte, la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios de quien depende el SESPA; y de otra, la Dirección Territorial del INSALUD.

Esta situación provocaba una cierta desvinculación entre la planificación sanitaria competencia de la Comunidad Autónoma, y la planificación y gestión de recursos dependientes del INSALUD, además de otros problemas de coordinación efectiva del dispositivo asistencial.

En el momento presente, culminado el proceso transferencial, el SESPA ya gestiona todos los recursos asistenciales de la Comunidad Autónoma.

La propia Ley de creación del SESPA contemplaba la previsión de un futuro desarrollo reglamentario en relación con la Red Hospitalaria Pública y la Red Sanitaria de Utilización Pública a partir del momento de traspaso competencial.

Este desarrollo reglamentario se plasma en el Decreto 71/2002, de 30 de mayo, por el que se regulan ambas redes. Se constituye, pues, la llamada Red Sanitaria de Utilización Pública, integrada por los centros y establecimientos con financiación pública, es decir, por la Red Hospitalaria Pública y los centros privados vinculados mediante concierto, convenio u otra forma de gestión integrada o compartida con el Servicio de Salud del Principado de Asturias.

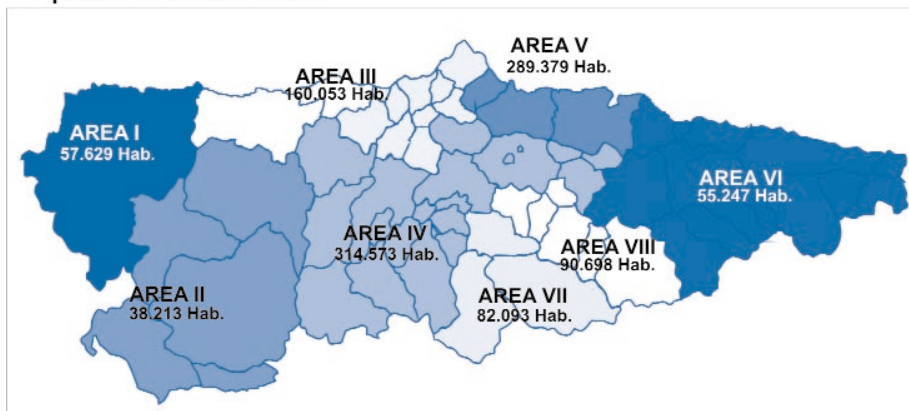
Su objetivo es garantizar a los ciudadanos unos servicios públicos idénticos, el compromiso público con la financiación y la garantía de condiciones laborales con pleno respeto a la capacidad de organización y gestión que deben tener todos los centros con independencia de su titularidad.

La ordenación sanitaria territorial del Principado de Asturias se estructura en ocho áreas sanitarias establecidas por el Decreto 112/1984, de 6 de septiembre, por el que se aprueba el Mapa Sanitario de Asturias, modificado por el Decreto 87/2001, de 2 de agosto:

- Área Sanitaria I. Cabecera: Jarrio
- Área Sanitaria II. Cabecera: Cangas de Narcea
- Área Sanitaria III. Cabecera: Avilés
- Área Sanitaria IV. Cabecera: Oviedo
- Área Sanitaria V. Cabecera: Gijón

- Área Sanitaria VI. Cabecera: Arriendas
- Área Sanitaria VII. Cabecera: Mieres
- Área Sanitaria VIII. Cabecera: Riaño (Langreo)

Mapa Sanitario de Asturias



Existen dos niveles fundamentales de organización de los servicios sanitarios, Atención Primaria y Atención Especializada, que en términos generales, se corresponden también con los niveles de gestión operativa. La coordinación de la Atención Primaria con los hospitales, y el desarrollo de una red de atención sociosanitaria adecuada es una necesidad del sistema, que ya se reconoce en el propio Libro Blanco de los Servicios Sanitarios.

4.2.1. Atención Primaria

La reforma de la Atención Primaria es consustancial al desarrollo democrático del Estado español así como al desarrollo constitucional del derecho universal a la salud.

La evolución del modelo asistencial al modelo de Atención Primaria se basa en la desconcentración de las estructuras con el fin de lograr una mayor accesibilidad de la población a los servicios, así como de, al menos en términos conceptuales y de propósitos, asegurar la orientación preventiva, la integralidad de la atención, la actitud activa hacia los problemas de la salud in-

dividual y colectiva, la adecuada sectorización de los recursos, la facilitación del trabajo en equipo y la participación comunitaria.

El punto de partida de la reforma de la Atención Primaria fue el nacimiento de la especialidad de Medicina de Familia, la Declaración de Alma-Ata por la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 1978, el R.D. 137/1984 sobre estructuras básicas de salud y la entrada en vigor de la Ley General de Sanidad de 1986. A mediados de la década de los 90, todas las áreas de salud disponen de las estructuras propias para la dirección de Atención Primaria y se encuentran en condiciones de implantar un modelo de gestión descentralizada por objetivos.

El nuevo modelo de Atención Primaria se fundamenta en los principios de integridad, interdisciplinaridad y continuidad en la atención a los ciudadanos. En este sentido, nuestra Comunidad fue pionera en el proceso de reforma de la Atención Primaria con la publicación del Decreto 112/1984, de 6 de septiembre, por el que se aprueba el Mapa Sanitario de Asturias, que ha sido el instrumento que ha determinado la implantación y ordenación territorial de la Atención Primaria en el conjunto del territorio asturiano. Este Mapa Sanitario fue modificado por el Decreto 87/2001, de 2 de agosto.

Este nuevo modelo de gestión se caracteriza por:

- La integración del personal en el Equipo de Atención Primaria (EAP).
- Una organización territorial de los servicios, las zonas básicas de salud, definidas para garantizar una accesibilidad geográfica adecuada.
- Unas estructuras físicas donde realizar las actividades de este nivel:
 - a) *Centro de Salud*, en principio, uno por cada cabecera de zona básica de salud.
 - b) *Consultorio Periférico*, dispositivo sanitario dependiente de un Centro de Salud, que permite mejorar la accesibilidad física en aque-

llas zonas básicas donde las características de las comunicaciones y demográficas aconsejan su disposición

- c) *Consultorio Local*, estructura básica de atención en Zonas Especiales de Salud (ZES), denominadas así en el mapa sanitario por sus especiales características de demografía especialmente envejecida, núcleos de población rurales, pequeños y dispersos y comunicaciones difíciles que aconsejan una aproximación diferenciada de la prestación de servicios.
- d) *Servicios de Urgencia de Atención Primaria (SUAP)*, (antes, Puntos de Atención Continuada (PAC)), dispositivos en los que se puede localizar al personal de guardia de Atención Primaria durante las 24 horas. Generalmente coinciden con la cabecera de la zona básica, aunque por razones de accesibilidad, en las zonas rurales pueden existir varios en una misma zona de salud.

4.2.2 La Atención Especializada y los Hospitales

Las características principales del proceso seguido por la Atención Especializada pública en Asturias en los últimos años, son:

- La redistribución de los recursos hospitalarios: a comienzos de los años 80 la atención especializada giraba casi exclusivamente en torno a los pacientes hospitalizados. Además, todos los hospitales existentes se localizaban en el área central de Asturias. Desde mediados de los 90, las ocho áreas sanitarias de Asturias tienen, al menos un hospital general, han diversificado sus servicios y Oviedo concentra menos del 45% del total de las camas disponibles.
- La diversificación en las modalidades de atención: se ha mejorado notablemente la cartera de servicios hospitalarios de todas las áreas sanitarias, incorporándose diferentes procedimientos de tipo diagnóstico o de tipo terapéutico. También se ha desarrollado la oferta de procedimientos de referencia como es el caso de los trasplantes. Se ha iniciado, aunque toda-

vía en fases incipientes, un rápido proceso de ambulatorización de los procedimientos. Se potencian las consultas externas, los hospitales de día y se desarrolla la Cirugía Mayor Ambulatoria. Por último, hay un proceso de mejora de las condiciones de habitabilidad y confort en las instalaciones, aún en fases iniciales en determinados centros, en otros, en fase de realización, y definiéndose todavía el Hospital Central de Asturias.

El proceso de descentralización de los recursos de Atención Especializada, que se inicia con la aprobación del primer Decreto del Mapa Sanitario de Asturias en 1984, ha supuesto una mejora en el grado de accesibilidad de los servicios a la población, que junto con otros factores como el envejecimiento de la población explican el progresivo incremento de la tasa de frecuentación hospitalaria en Asturias. En la actualidad, y para cubrir una población de 1.073.971 habitantes claramente envejecida, Asturias dispone de un total de 3.043 camas hospitalarias, lo que supone 2,8 camas por cada 1.000 habitantes. Además, se cuenta con 77 quirófanos instalados, 17 paritorios y 428 locales de consulta.

La Atención Especializada cuenta en nuestra región con el complejo del Hospital Central, de referencia regional, y un hospital de cabecera en cada una de las ocho áreas sanitarias que configuran el mapa sanitario de Asturias. De ellos, siete son de titularidad pública y uno concertado: el perteneciente al Área VI, el Hospital del Oriente de Asturias " Francisco Grande Covián", gestionado por una fundación.

Durante las últimas dos décadas, se ha dotado a la zona con una infraestructura sanitaria de calidad mediante la creación de tres hospitales comarcales y la potenciación de los centros de Cabueñes, San Agustín, Valle del Nalón y Álvarez-Buylla. Por otra parte, se procedió a la redefinición del Hospital Central desde la fusión de los tres centros que lo constituyen (Hospital General, Residencia Nuestra Señora de Covadonga y el Instituto Nacional de Silicosis). Además, existen otros centros que, por aplicación del ya citado Decreto 71/2002, el desarrollo del mismo por Resolución de 7 de abril de 2003 de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios, por la que se clasifi-

can los centros hospitalarios del Principado de Asturias, y la existencia de convenios singulares según establece el art. 30 de la Ley 1/1992 del SESPA, forman parte de la Red Hospitalaria Pública del Principado: Monte Naranco en Oviedo, Cruz Roja Española y el Hospital Jove en Gijón, Hospital de Avilés, Fundación Adaro en Langreo, Hospital del Oriente de Asturias "Francisco Grande Covian" en Arriendas y Centro Comunitario de Transfusiones.

La gestión hospitalaria ha iniciado un proceso de cambio en las últimas décadas que se expresa en la tendencia a que se integren en el ámbito de dirección las líneas de responsabilidad sobre la estructura funcional representadas en las direcciones asistenciales, médicas y de enfermería. También se han establecido líneas de gestión económico-administrativa, de ingeniería y servicios generales, de sistemas de registros e información y de control u ordenación de la actividad asistencial.

Por su importancia en la red, es imprescindible hacer especial mención al Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA).

Uno de los proyectos más ambiciosos para el futuro sanitario de Asturias y motivado por una fuerte demanda social, es el nuevo Hospital Universitario Central de Asturias. Proyecto éste, que ha sido causa de múltiples controversias y divergencias políticas a lo largo de la última década, y que, después de finalizado el proceso de las transferencias sanitarias, el Gobierno del Principado de Asturias llevará adelante.

Este nuevo proyecto, en el que se invertirán 163,6 millones de euros, tiene una triple vertiente:

- Integrar en el centro sanitario la investigación, la formación en Ciencias de la Salud y una biblioteca de Ciencias de la Salud, todo ello en un Campus de Ciencias de la Salud.

- Dotar al centro de la flexibilidad necesaria para garantizar los avances científicos de diagnóstico y tratamiento a través de su estructura y tecnología.
- Permitir solucionar las actuales limitaciones de espacio y desarrollo del futuro hospital.

Este nuevo centro será el Hospital General Básico para el área cuarta y de referencia para toda la región en una serie de especialidades entre las que se encuentran la cirugía cardíaca, neurocirugía y transplantes, así como técnicas punteras como la cirugía de base de cráneo, la fecundación in vitro, la cirugía de Parkinson o la microcirugía.

La Administración Regional ha elaborado el Programa Funcional del HUCA como herramienta básica para el desarrollo adecuado de un proyecto del futuro hospital. Los objetivos y criterios fundamentales son: orientar los servicios hacia los usuarios, ser el hospital de referencia en especialidades de complejidad en Asturias, ser un hospital cooperativo y complementario de asistencia sanitaria y de servicios sociales del Principado, consolidar el Instituto Nacional de Silicosis como centro de referencia nacional, que sea articulador del Conjunto del Campus de la Salud (su componente principal serán las áreas de atención ambulatoria), que sea un Hospital Universitario, centro de formación y de investigación de alta calidad, seguro para los usuarios, los profesionales del mismo y su entorno, que esté en red, tanto intrahospitalariamente como con el resto de los servicios sanitarios, hospital flexible, que permita la introducción de nuevos modelos de organización, que actúe como generador de capital productivo y valor añadido, y por último, eficiente y sostenible a largo plazo. En todo caso, la cartera de servicios del nuevo HUCA debe adaptarse a las necesidades de la población que tiene como referente y a la que pretende atraer.

Según este Programa Funcional, el nuevo Hospital, que será ubicado en los terrenos de La Cadellada (Oviedo), tendrá 1.023 camas, 38 quirófanos, 43 boxes de urgencias, 6 aceleradores lineales, un 55% de sus habitaciones serán individuales y se erigirá sobre un edificio de ocho plantas de altura y 300 metros de longitud.

Resumen de camas

	Nº camas
Hospitalización Polivalente	759
Salud Mental Adultos	22
Salud Mental Infanto Juvenil	3
Obstetricia	48
Ginecología	32
Pediatría	38
UCI adultos y Cuidados intermedios	80
Neonatología	18
UVI neonatología	13
UCI y Cuidados intermedios pediatría	10
Subtotal camas especiales	121
Total	1.023

Fuente: SESPA

Las estimaciones demográficas del Plan Funcional del HUCA, prevén que, en el 2009, el Área IV mantenga una población similar a la actual, pero mucho más envejecida. Se estima que el 25% de la población supere los 65 años, con las consiguientes repercusiones sobre la salud. Así, el nuevo centro, deberá atender a cerca de 340.000 ciudadanos, así como a la población de la que es centro de referencia.

Previsiones HUCA 2009

	Urgencias/día
Adultos	300
Pediatría	64
Tocoginecología	20
	Actividad quirúrgica
IQ con ingreso	10.264
IQ CMA	6.843
Urgentes	4.500

Fuente: SESPA

4.2.3. Salud Mental

Dentro del ámbito de atención especializada merece una especial mención la Atención a la Salud Mental.

En los años 80 se inicia, en Asturias, una Reforma de la Salud Mental. Las primeras decisiones políticas y administrativas se empiezan a tomar en Asturias en los años 1982 y 1983 con la creación de la Dirección Regional para la Reforma de la Salud Mental, que se caracteriza:

- Dentro de la orientación de la Atención: por la desinstitucionalización de los enfermos, la atención comunitaria, el abordaje de los problemas de salud mental con un carácter interdisciplinario y multicasual (incluye el factor social), la continuidad en los cuidados, y la integración y la reinserción del enfermo mental.
- Dentro de la organización: por la superación del Hospital Psiquiátrico, la integración de la asistencia hospitalaria en los hospitales generales, la creación de estructuras intermedias para la atención, la descentralización territorial y diversificación de los servicios y unidades asistenciales, el predominio de la atención ambulatoria convirtiendo al Centro de Salud Mental en el eje central de la organización de la atención, y la creación de dispositivos y programas de reinserción.
- Por último, dentro de la gestión: por la integración de los diferentes dispositivos en la red única de atención, y la creación de una unidad rectora, la tendencia a homogeneizar criterios de gestión con una coordinación efectiva con el INSALUD, y el desarrollo de una gestión territorial en las áreas sanitarias, mediante la creación de los Coordinadores de Área.

A mediados de los 90 el impulso de la Reforma no fue de la misma intensidad, por lo que se plantean exigencias orientadas a la mejora de la calidad y del rendimiento de la Red de Salud Mental.

La red de servicios de Salud Mental se configura como un conjunto de unidades asistenciales descentralizadas, que abarca a más de cincuenta unidades

asistenciales, agrupadas en siete tipologías, que dan cobertura a las ocho áreas sanitarias en que se divide el mapa sanitario asturiano: Centros de Salud Mental, Unidades de Hospitalización de Agudos, Comunidades Terapéuticas, Hospital de Día, Alojamientos Tutelados, Unidad de Tratamientos de Toxicómanos y Unidad de Desintoxicación Hospitalaria.

Como deficiencia del sistema, señalar que en la red regional de servicios de salud mental dependientes del Principado son escasas las Comunidades Terapéuticas y Hospitales de Día enfocados a tratamientos de psicoterapia y deshabituación de toxicómanos en general, heroinómanos y alcohólicos en particular, enfermedades relacionadas con trastornos alimenticios (anorexia y bulimia), trastornos psicóticos (esquizofrenia, oligofrenia), trastornos adaptativos (ansiedad, depresión). La mayor parte de ellos, dependen, en la actualidad, de recursos privados.

4.2.4. El Sistema de Urgencias y Emergencias

Las estructuras actualmente existentes para atender a las situaciones de urgencia y a las emergencias sanitarias son:

- El Sistema Integral de Emergencias (SIE): para dar respuesta a todas las emergencias no sanitarias y las misiones de salvamento y urgencias sanitarias realizadas mediante un helicóptero medicalizado.
- El servicio telefónico 112, dependiente del SESPA, convive, hasta que desaparezca, con el servicio telefónico 1006, dependiente hasta el proceso transferencial del INSALUD, con un área específica que asume la coordinación de las urgencias sanitarias y la gestión de las UVIS móviles.
- Servicios de Urgencia Hospitalaria en nueve centros, 92 camas de Cuidados Intensivos distribuidas en cuatro hospitales, 6 UVIS primarias, 4 UVIS secundarias, 9 UVIS medicalizables y 67 ambulancias convencionales. También los Servicios de Urgencia de Atención Primaria aseguran la presencia de personal sanitario en unos 94 centros diferentes.

- Con carácter complementario, el Principado dispone de un helicóptero para salvamento en tierra y uno más, para emergencias en el mar, perteneciente al centro de Salvamento Marítimo.

Asturias aún carece de un sistema integral de atención en todo el territorio con una unidad de coordinación y movilización de recursos y una integración funcional de todos los dispositivos de atención sanitaria urgente.

Se hace necesaria la revisión del actual Plan de Emergencias y Urgencias Sanitarias, y su correspondiente coordinación con todos los niveles de atención socio-sanitaria. Ello implica, a su vez, dar prioridad a la resolución y adecuación del transporte sanitario, adaptándolo a las actuales necesidades de la población asturiana.

Recursos del transporte sanitario

AREA SANITARIA	TIPO DE VEHICULO				TOTAL
	UVI-Movil	A.Medicalizables	A. Convencionales*	A. Colectivas	
AREA I	1	1	9	3	14
AREA II	1	1	6	4	12
AREA III	1	2	7	5	15
AREA IV	2	3	13	9	27
AREA V	2	1	8	8	19
AREA VI	1	1	9	4	15
AREA VII	1		7	5	13
AREA VIII	1		8	3	12
TOTAL	10	9	67	41	127

Fuente: Ambulancias del Principado S.A.

* Incluyendo las ambulancias mixtas y todo terreno

4.2.5. La Atención Sociosanitaria

La Asistencia Sociosanitaria es un subsistema asistencial que debe tener presente la heterogeneidad de las situaciones, la variabilidad de las necesidades y la flexibilidad para adoptar cambios sucesivos en la asignación de recursos y la organización de los cuidados, al incluir el conjunto de servicios que precisan las personas con limitaciones físicas, mentales o cognitivas, con un impacto suficiente para comprometer su independencia y autonomía personal y requerir, por tanto, cuidados de larga duración.

Los servicios de Atención Sociosanitaria en Asturias han tenido escaso desarrollo y no puede hablarse de una red.

El Gobierno Regional ha promovido, desde 1985, la creación de unidades de atención geriátrica en las áreas sanitarias centrales cuyo sometimiento económico se soportaba en conciertos con el INSALUD y en el apoyo financiero directo de la Comunidad Autónoma. Los Hospitales Monte Naranco de Oviedo, Cruz Roja Española de Gijón, Caridad (hoy Hospital de Avilés), y Sanatorio Adaro de Langreo, disponen de unidades funcionales para la provisión de cuidados a pacientes geriátricos con orientación especial, pero sólo para aquellos que se juzgan rehabilitables médicamente.

La Red de Salud Mental, a su vez, dispone de unidades residenciales o ambulatorias orientadas a garantizar la continuidad de cuidados así como algunos programas y actividades concretas orientadas a la inserción social.

También en la Atención Primaria se ha tratado de impulsar el concepto de atención sociosanitaria mediante iniciativas puntuales, tales como el servicio de detección precoz de problemas en el anciano, programa de atención domiciliaria y algunas iniciativas en cuidados paliativos, pero no han tenido ni intensidad ni continuidad suficiente.

En cuanto a los Servicios Sociales, merecen especial atención el desarrollo de los Servicios Sociales Municipales y el Programa de Ayuda en Domicilio así como el actual proceso de desarrollo comarcal de los Servicios Sociales Comunitarios, cuyo potencial de integración o coordinación de recursos y prestaciones debe ser importante.

Por otra parte, la red de Establecimientos Residenciales Asistidos (ERA), de la Consejería de Asuntos Sociales, constituye el instrumento más importante para la provisión de prestaciones sociales y sociosanitarias en régimen institucional y centros de día de nuestra región. La estructura de esta red se ha acomodado a la prestación de cuidados a personas mayores mediante la transformación progresiva de plazas para personas válidas a plazas para residentes con diferentes grados de dependencia. Este cambio cualitativo en la po-

blación institucionalizada está generando una demanda sanitaria en ocasiones no bien resuelta, por lo que se debe avanzar en el desarrollo de soluciones que promuevan la atención integral y no solo la generada por la demanda.

Por último, señalar que son necesarias reformas innovadoras que aseguren la necesaria planificación y coordinación que este tipo de atención requiere entre la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios, la Consejería de Servicios Sociales y los Ayuntamientos. Así como el establecimiento de la necesaria suficiencia de recursos públicos, tanto en el campo sanitario, por los especiales cuidados y tratamientos terapéuticos e intermedios que precisan estos pacientes, como en el de la asistencia social, potenciando entre otros la atención personal, la asistencia domiciliaria y la asistencia hotelera. Se hace indispensable, para ello, protocolizar el sistema; es decir, establecer medidas concretas que confieran al paciente una mayor seguridad.

4.2.6. La Atención Farmacéutica

La atención farmacéutica es la prestación terapéutica más frecuente. El medicamento es el tratamiento más habitual, tanto en la Atención Primaria como en la Especializada, por su importancia para el control en la mayoría de las enfermedades y la calidad de vida de todos los ciudadanos. El gasto en medicamentos representa el 30% del total de gasto sanitario de Asturias, por lo que la efectividad, adecuación y eficiencia en el servicio se convierten en un reto de primer orden para los servicios sanitarios asturianos.

La prestación farmacéutica se realiza en todos los niveles asistenciales. La medicación en los hospitales es gratuita, tanto para los pacientes ingresados como en los casos ambulatorios para los medicamentos de uso exclusivo hospitalario. Es la farmacia del hospital quien ejerce el control sobre la política farmacológica.

En todos los demás casos, la prestación farmacéutica precisa de una receta médica y es dispensada en las oficinas de farmacia. La mayor proporción de las recetas es realizada por los médicos de Atención Primaria.

Señalar la importancia de la relación de la prestación farmacéutica con la formación continuada de los profesionales y la investigación.

Por otro lado, la cuestión de la racionalización del gasto farmacéutico ha sido abordada con la adopción de diversas medidas y acuerdos en desarrollo del Plan integral de medidas de control del gasto farmacéutico y uso racional del medicamento, al que se han sumado distintos colectivos implicados. Los principios de dicho plan son:

- Consolidar y mejorar la calidad de la prestación y prescripción de medicamentos del SNS, así como su uso racional.
- Consolidar y mejorar la calidad de la prestación farmacéutica, desarrollando los aspectos contenidos en la Ley General de Sanidad sobre la consideración de la oficina de farmacia como establecimiento sanitario involucrado, por tanto, en la dispensación sanitaria del medicamento y en el uso racional del mismo.
- Establecer un diagnóstico común sobre los factores que determinan el crecimiento de gasto farmacéutico, fijando las actuaciones y compromisos que deben asumir las distintas instancias interesadas para lograr un horizonte de estabilidad.

A través de los acuerdos con el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos y con la Federación Empresarial de Farmacéuticos Españoles se consolida el modelo de márgenes y descuentos establecidos en el Real Decreto-Ley 5/2000, de 23 de junio, sobre medidas urgentes de contención del gasto farmacéutico público de racionalización del uso de los medicamentos. Se prevé asimismo la adopción de las medidas precisas para actualizar anualmente, en función de la evolución del gasto en especialidades farmacéuticas a través de recetas del Sistema Nacional de Salud (SNS), la escala de deducciones para productos de más de 120,20 €. Las oficinas de farmacia se comprometen, además, a realizar aportaciones al SNS en el supuesto en que el crecimiento porcentual de sus beneficios comerciales brutos anuales supere el porcentaje correspondiente al Producto Interior Bruto nominal más

de tres puntos. El acuerdo valora la implantación generalizada de un modelo de atención farmacéutica en las oficinas de farmacia basado en la naturaleza de establecimientos sanitarios.

En Asturias, el Libro Blanco de los Servicios Sanitarios, se elabora con la participación de todos los profesionales sanitarios, incluyendo a aquellos que pertenecen al ámbito de la oficina de farmacia, desarrollando el concepto de Atención Farmacéutica como un servicio amplio que integra un gran número de actividades que definen las perspectivas profesionales del ámbito asistencial farmacéutico y que van desde las actuaciones relacionadas con el medicamento hasta aquellas otras que tienen que ver con la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. Sin embargo, y aunque el Libro Blanco establece las bases teóricas de este servicio, el Gobierno Asturiano aún tiene pendiente el desarrollo de una Ley de Ordenación Farmacéutica en la que se establezcan las pautas normativas del mismo.

Hasta el momento, la planificación farmacéutica en esta comunidad se rige por el Decreto 72/2001, de 19 de julio, a través del cual se reguló este ámbito y se convocó un concurso para la adjudicación de 24 nuevas oficinas de farmacia, que aún se encuentra en fase de resolución. Ahora, una vez asumidas las competencias en materia sanitaria es cuando la Consejería está trabajando en una norma de estas características, que aborde la regulación de la Atención Farmacéutica que debe prestarse a la población y la ordenación de los servicios y establecimientos farmacéuticos.

Así, desde el Gobierno Regional y, en sintonía con la preocupación demostrada por algunos agentes y sectores sociales, se muestran partidarios de someter a las especialidades farmacéuticas a una revisión de su calidad y eficacia de cara a la financiación pública, implantar políticas que incidan en el lado de fomentar la prescripción, fomentar los genéricos, e implantar iniciativas destinadas a adecuar la prescripción correcta y de eficacia demostrada a la dispensación de medicamentos.



5. LOS SERVICIOS SANITARIOS Y LOS CIUDADANOS

De acuerdo con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud o el Consejo de Europa, la participación ciudadana debe apoyarse en un concepto positivo de la salud que considere a ésta como "fuente de riqueza cotidiana". En este sentido, los ciudadanos son sujetos activos del derecho a la protección de la salud y los son, igualmente, con respecto a la concreción de este derecho en el proceso de organización y gestión de su sistema de protección de la salud y de los centros y establecimientos sanitarios, así como en el proceso de toma de decisiones en relación con su propia salud.

El sistema sanitario público, desde los tiempos de la transición democrática en España, se ha caracterizado por sucesivas propuestas para desarrollar la participación ciudadana en los servicios sanitarios con una orientación concreta: la participación como ejercicio del derecho democrático en el control de los servicios públicos. Esta orientación también se evidencia en la Ley General de Sanidad y en la Ley del Servicio de Salud del Principado de Asturias. Esta participación en los servicios sanitarios no es una práctica habitual en la vida cotidiana.

Por ello, es necesario identificar formas y expresiones de participación ciudadana, capaces de hacer efectiva la máxima de que los servicios de salud tienen como única razón de ser dar respuesta a las necesidades y expectativas de la población. Esta respuesta será tanto más efectiva cuanto mayor sea el compromiso e implicación de la sociedad en la organización de los servicios y prestaciones. En este sentido, el Libro Blanco propone la superación del concepto de paciente y considera a toda persona en su relación con los servicios sanitarios como un ciudadano que debe ser informado y tiene plena capacidad de decisión. Para ello, es absolutamente imprescindible disponer de

sistemas de información que permitan la elección informada y que los ciudadanos perciban dicha información como fiable.

El Libro Blanco de los Servicios Sanitarios determina las líneas de actuación para orientar los servicios sanitarios hacia los ciudadanos:

- Elaboración de la carta de derechos de los ciudadanos en el Servicio de Salud del Principado de Asturias.
- Establecimiento de una Red de Oficinas de Atención a los Ciudadanos en los centros asistenciales y los servicios territoriales del Sistema Sanitario.
- Potenciación de la institución del Defensor de los Usuarios del Servicio de Salud del Principado de Asturias.
- Promoción de una participación ciudadana de forma más efectiva en todos los niveles del sistema sanitario.
- Orientación de los servicios sanitarios hacia los ciudadanos con la política de calidad y los resultados del Sistema Sanitario.
- Escuchar la voz de los ciudadanos y evaluar el impacto del funcionamiento de los servicios de asistencia sanitaria.



6. LOS PROFESIONALES Y LOS SERVICIOS SANITARIOS

Los profesionales sanitarios son, sin duda, el elemento de mayor importancia y el capital principal de competencia y conocimiento del sistema sanitario.

La estructura del personal sanitario en Asturias es la siguiente:

- Personal Laboral
- Personal estatutario, dentro de éste hay tres grupos: estatutario facultativo, personal sanitario no facultativo (grupos B, C y D) y personal estatutario no sanitario (grupos: A, B, C, D y E)
- Personal funcionario

Los Servicios Sanitarios del Principado de Asturias arrastran importantes problemas en su política de personal que están relacionados con factores que atañen al propio modelo organizativo y de gestión sanitaria que se traducen en problemas como la pérdida de motivación o la insatisfacción personal.

Estos Servicios Sanitarios, junto con el compromiso ético profesional con los ciudadanos y con cada persona que requiera atención sanitaria, deben incorporar políticas dirigidas a los profesionales como:

- La formación continuada, la docencia en ciencias de la salud y la investigación: se hace necesario desarrollar la mejor colaboración e interrelación con instituciones como la Universidad para el máximo aprovechamiento de todos los centros sanitarios como centros de formación, investigación, desarrollo e innovación.

- El desarrollo profesional que permita el mantenimiento de niveles óptimos de motivación y satisfacción a lo largo de toda la vida profesional.
- La autonomía de decisión profesional vinculada a la integración entre trabajo en equipo y la competencia y responsabilidad individual.
- La garantía de equidad en las posibilidades de desarrollo técnico a todos los profesionales que asegure el flujo e intercambio continuo de conocimientos y profesionales.
- La necesidad de homogeneizar las condiciones laborales del personal, estableciendo un único régimen jurídico.
- El desarrollo del compromiso ético profesional, tanto en su dimensión individual como para el conjunto de la organización sanitaria que se traduce en una cultura de compromiso con el servicio público.
- La dedicación profesional plena a los servicios sanitarios públicos.
- La creación de un entorno motivador como apoyo a la realización profesional y personal de todos los profesionales de la sanidad.

La culminación del proceso de descentralización sanitaria trajo consigo la necesidad de resolver, la alta temporalidad del colectivo. Con la Ley 16/2001, de 21 de noviembre, se establece un proceso extraordinario de consolidación y provisión de plazas de personal estatutario en las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social.

Pero aún existen múltiples problemas pendientes de resolver y que, en cada Comunidad Autónoma, tienen unas particularidades específicas. De hecho, el propio Libro Blanco asume que los servicios sanitarios solo son posibles con un personal altamente motivado o identificado con su trabajo y desarrollo profesional, ello, solo será posible incorporando una política de personal que

tenga en cuenta las características individuales y colectivas de los profesionales y las particularidades de los servicios sanitarios.

En este sentido, se precisa desarrollar políticas que desde una cultura al trabajo y basada en la ética de servicio público, y en el desarrollo personal y profesional de los trabajadores de la sanidad en Asturias, posibilite el máximo de efectividad y eficacia en la provisión de los servicios públicos sanitarios, teniendo siempre como referente al conjunto de los ciudadanos.



7. FINANCIACIÓN DE LA SANIDAD PÚBLICA EN ASTURIAS

7.1. Financiación Autonómica y Sanidad

El traspaso de competencias en materia sanitaria del Estado al Principado de Asturias coincide en el tiempo con el cambio del sistema de financiación de las Comunidades Autónomas de Régimen Común. En este sentido, en enero de 2002 entra en vigor el nuevo sistema de financiación autonómica pactado en el seno del Consejo de Política Fiscal y Financiera, el 27 de julio de 2001. Este nuevo sistema ha sido desarrollado legislativamente a través de la Ley Orgánica 7/2001 de modificación de la Ley Orgánica de Financiación de las Comunidades Autónomas, la Ley 22/2001 reguladora del Fondo de Compensación Interterritorial y la Ley 21/2001 por la que se regulan las medidas fiscales y administrativas del nuevo sistema de financiación de las Comunidades Autónomas de Régimen Común. El desarrollo legislativo se completó, en lo referente a nuestra Comunidad Autónoma, con la promulgación de la Ley 20/2002, de 1 de julio, por la que determina el régimen de cesión de tributos del Estado a la Comunidad Autónoma del Principado de Asturias y se fija el alcance y las condiciones de dicha cesión.

La implantación del nuevo sistema supone un nuevo marco de actuación financiera, con vocación de estabilidad, que incrementa sustancialmente la corresponsabilidad fiscal y, en cierto modo, la transparencia del sistema en su conjunto, pero cuyos efectos a medio y largo plazo dependerán, en buena medida, de cómo se comporten los ingresos tributarios ligados al sistema en función de la evolución económica de los diversos territorios.

El nuevo modelo parte de la evaluación de las necesidades globales de financiación tomando como base el año 1999, sumando para ello el coste de todas las competencias comunes, incluyendo la Sanidad y los Servicios Sociales, y detrayendo las competencias singulares. Una vez calculadas estas necesidades, se procede al cálculo de las necesidades homogéneas de cada comunidad a través de diversas fórmulas en las que se mantiene la división que existía en el modelo anterior.

El procedimiento en sí es bastante complejo, pero en líneas generales se podría resumir de la siguiente manera: una vez fijadas las necesidades del sistema y establecidas como restricción inicial, se procede a aplicar los mecanismos de distribución. El bloque de competencias comunes se asigna a través de tres fondos: un Fondo General cuyo monto global se reparte en función de la población, la dispersión, la superficie y la insularidad; un Fondo para paliar la escasa densidad de población; y finalmente, un Fondo de Renta Relativa que se reparte en función de las diferencias de Valor Añadido Bruto relativo y población relativa y que se horquilla en función de una serie de criterios de evolución. El bloque de competencias sanitarias se asigna en función de la población protegida, la población anciana y la insularidad; pero además a este bloque general se incorporan y distribuyen dos fondos adicionales: el Fondo Programa de Ahorro de Incapacidad Temporal y el Fondo de Cohesión Sanitaria. Finalmente, el bloque correspondiente a los servicios sociales se asigna en función de la población anciana.

Una vez definidas las necesidades homogéneas de financiación en función del complejo procedimiento resumido anteriormente, el nuevo sistema define las fuentes de financiación que habrán de proporcionar la cobertura necesaria para garantizar el principio de suficiencia establecido en la LOFCA. Es aquí donde se generan las novedades más significativas del sistema al producirse un incremento significativo de la capacidad normativa y de la responsabilidad fiscal de las Comunidades Autónomas.

Los mecanismos de financiación son de dos tipos, como el propio acuerdo los define: recursos del sistema general (tributos cedidos con capacidad norma-

tiva, tributos compartidos, participación territorializada en impuestos indirectos y fondo de suficiencia) y recursos fuera del sistema general (asignaciones de nivelación y Fondo de Compensación Interterritorial).

Los recursos financieros del nuevo sistema son los siguientes: recaudación de tributos cedidos sobre Patrimonio, Transmisiones Patrimoniales, y Actos Jurídicos Documentados, Sucesiones y Donaciones, sobre el Juego, sobre determinados Medios de Transporte, sobre las Ventas Minoristas de determinados Hidrocarburos y Tasas afectas a los servicios transferidos; Tarifa autonómica del 33% del IRPF; cesión del 35% de la recaudación líquida por IVA; cesión del 40% de la recaudación líquida por el Impuesto sobre la Cerveza; Impuesto sobre el Vino y Bebidas Fermentadas; cesión del 40% de la recaudación líquida por los Impuestos sobre Productos Intermedios y sobre Alcohol y Bebidas Derivadas; cesión del 40% de la recaudación líquida por el Impuesto sobre Hidrocarburos; cesión del 40% de la recaudación líquida por el Impuesto sobre Labores del Tabaco; cesión del 100% de la recaudación líquida por el Impuesto sobre la Electricidad.

El Fondo de Suficiencia está concebido para cubrir las posibles diferencias existentes entre las necesidades de financiación definidas de acuerdo al procedimiento ya comentado y los recursos descritos en el año base, es lo que en el modelo se denomina como suficiencia estática. La evolución posterior o suficiencia dinámica se vincula a la evolución de la recaudación de los tributos de competencia estatal, aspecto éste que, al menos teóricamente, puede plantear dificultades en aquellas comunidades cuya recaudación se vea afectada por una evolución económica desfavorable.

Por último, las asignaciones de nivelación para los servicios públicos esenciales y el Fondo de Compensación Interterritorial continúan siendo fuentes complementarias del sistema de financiación. La novedad más reseñable, introducida tras el acuerdo del Consejo de Política Fiscal y Financiera, se refiere al Fondo de Compensación Interterritorial, fondo para el que se han modificado las variables de distribución y creado dos segmentos diferenciados: de compensación y de reparto.

Dentro del nuevo sistema de financiación ha destacado como novedad, la creación de un nuevo Impuesto sobre las Ventas Minoristas de determinados hidrocarburos cuyos rendimientos quedarán afectados en su totalidad a la financiación de gastos de naturaleza sanitaria. Este impuesto no ha estado exento de polémica desde diferentes sectores, por considerar, entre otros factores, que no es un impuesto en sí mismo apropiado para financiar la sanidad además de los efectos que trae sobre el incremento de la imposición indirecta, y sobre el incremento de los precios de los hidrocarburos y su consiguiente repercusión sobre los precios en general. Dicho impuesto consta de dos tramos: uno estatal y obligatorio y otro autonómico y voluntario.

Por un lado, la medida fija el establecimiento de una tasa especial de 0,02 euros por litro de gasolina (4 ptas.), que recaudarán las Comunidades Autónomas pero irán a parar al Fondo de Suficiencia Estatal; y por otro, el tramo autonómico del impuesto de hasta 0,01 euros (1,6 ptas.) por litro de gasolina, que es de aplicación voluntaria y cuyo importe irá creciendo hasta alcanzar los 0,02 euros por litro en el año 2004. Así, se otorga capacidad normativa a las Comunidades Autónomas para incrementar la parte autonómica del impuesto si tienen necesidad de más financiación de la prevista. En Asturias, no se ha optado por incorporar esta medida en los Presupuestos Generales del Principado para el 2003.

El marco financiero futuro en el que se prestará un servicio público sanitario de alta sensibilidad social y fuerte trascendencia política y económica, se plantea en este contexto de cambio de modelo de financiación autonómica.

En primer lugar, se ha pasado de un modelo de financiación condicionada a un sistema en el que la sanidad se integra en la financiación general de las Comunidades Autónomas, si bien se fija un mínimo que las regiones con competencias transferidas deberán destinar cada año a financiar las cargas sanitarias.

La asistencia sanitaria se encuentra enmarcada en el ámbito de acción protectora de la Seguridad Social, teniendo naturaleza de prestación no contributiva (art. 38.1.a) LGSS). Por tanto, actualmente, tanto la Administración

estatal como la autonómica tienen responsabilidades sobre la asistencia sanitaria de la Seguridad Social. Por ello, se configura la financiación de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social dentro del sistema general de financiación autonómico bajo el principio de afectación. Es decir, se establece la obligatoriedad de que las Comunidades Autónomas destinen a la gestión de la asistencia sanitaria un determinado volumen de recursos, de forma que esta financiación aparezca diferenciada y condicionada a la finalidad perseguida.

En segundo lugar, se altera el mecanismo de distribución a las Comunidades Autónomas, al introducirse como variables de reparto, la población mayor de 65 años y la insularidad. En sus competencias sanitarias, el Principado de Asturias se beneficia del nuevo sistema de financiación de la introducción de la variable "población mayor de 65 años", ya que el peso relativo de la población asturiana mayor de 65 años (21,8% en 2001) es superior al peso de la de la misma en el resto de España (17,1%). Es decir, tiene una estructura poblacional más envejecida que la media nacional.

7.2. Presupuesto para la Sanidad

El Principado de Asturias es una de las Comunidades Autónomas españolas con una de las valoraciones más favorables de su sistema sanitario. En el presupuesto para el año 2003, la Sanidad cuenta con una dotación total de 1.031 millones de euros, el 34% del presupuesto del Principado de Asturias. El gasto medio por habitante en materia de sanidad alcanza en este año los 960 euros. Se pretende destinar este volumen de recursos a desarrollar un sistema sanitario de calidad y a modernizar las instalaciones para que todos los asturianos cuenten con un servicio público de salud seguro y eficaz.

Del presupuesto de sanidad, 245 millones de euros se destinarán a hacer frente al pago de las recetas de farmacia.

El SESPA gestiona 969 millones de euros de los cuales 367 se destinan a la atención primaria y 565 millones a la atención especializada. El 47,5% del presupuesto total destinado a sanidad (490 millones de euros) se dedica a retribuir

a los profesionales de los servicios sanitarios. Para la formación de estas personas, el presupuesto contempla una dotación de 16,4 millones de euros.

El Programa de Protección y Promoción de la Salud, junto con el Programa de Salud y Seguridad Laboral cuenta con un presupuesto de 11 millones de euros; el de sanidad ambiental y consumo con 6 millones de euros, y el de calidad y atención ciudadana con 2,7 millones de euros.

7.3. Evolución del gasto sanitario en Asturias

El gasto sanitario público en la región ha crecido en el 2002 respecto el año anterior un 4%, como se observa en el cuadro siguiente:

Evolución del gasto sanitario público en Asturias (en miles de euros)

	1997	1998	1999	2000	2001	2002
I. Personal	303.177	313.944	326.217	345.328	363.114	412.571
II. Compra de Bienes y Servicios	184.677	187.069	211.888	228.193	253.620	244.607
III. Gastos Financieros	0	0	106	44	206	10
IV. Transferencias	152.349	168.104	18.571	199.410	213.477	233.049
VI. Gastos de inversión	9.568	19.004	25.211	25.298	38.818	13.485
VII. Transferencias de capital						78
VIII. Activos Financieros	345	328	346	344	347	311
Total	650.117	700.470	749.478	798.617	869.582	904.105

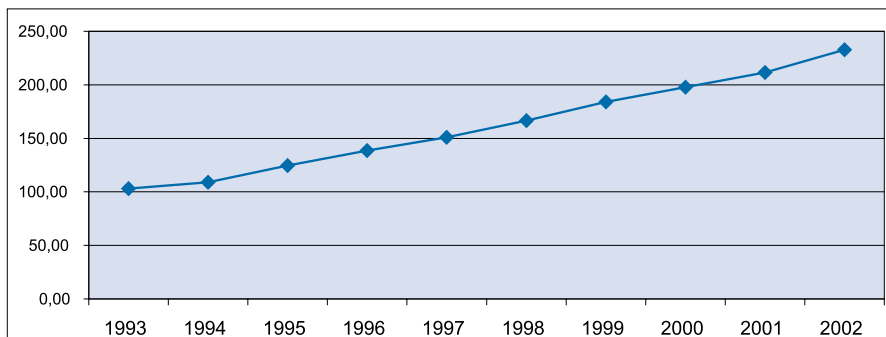
Fuente: SESPA. Dirección de Gestión Económico-Financiera

El capítulo en el que se ha producido mayor gasto es el capítulo I, Personal, seguido del capítulo II, Gastos en Bienes y Servicios y del capítulo IV, Transferencias. Destacando la disminución del gasto en inversiones en este año.

Por Programas, en Atención Especializada se han gastado casi 498 millones de euros, seguido de la Atención Primaria con un gasto de algo más de 348 millones de euros. En los demás programas, el gasto en Salud Mental alcanza casi 18 millones y medio de euros, en Formación casi quince y medio, en el Hospital Monte Naranco trece millones, y por último, en servicios centrales se destinan casi doce millones.

Especial mención merece el gasto farmacéutico, reflejándose en el gráfico la evolución del mismo en el periodo 1993-2002.

Evolución del gasto farmacéutico en Asturias (en millones de euros)



Fuente: SESPA

En España, el gasto farmacéutico se disparó en el 2002 en 7.972 millones de euros, superando en cuatro décimas las previsiones fijadas por el Ministerio de Sanidad en su pacto con Farmaindustria. Y representado un aumento del 9,9% respecto a los 7.255 millones que se facturaron en 2001.

Según datos de la Dirección General de Calidad y Atención Ciudadana del Principado de Asturias, entre enero y diciembre de 2002, los asturianos han consumido fármacos por valor de 233 millones de euros. La cifra se aleja bastante de los 211 millones de euros que se invirtieron, por el mismo concepto, el año anterior. El crecimiento regional del 10,2% sitúa a Asturias por encima de la media nacional, donde el incremento fue del 9,9%.

El 70% del gasto farmacéutico en Asturias corresponde a pensionistas. Mientras que a un paciente no pensionista, al que se le prescriben 5 recetas al año, gasta una media de 60 euros, un pensionista consume 32 recetas y genera un gasto de 384 euros. Asturias es la autonomía con mayor inversión en personas de más de 65 años.

Desglose gasto en Farmacia. Año 2001 (en millones de euros)

Área sanitaria		Total gasto en recetas	Total farmacia en capítulo IV	nº hab.(1)	pob.proteg.(2)	pob.farm. gratuita(2)
Área I	Jarrio	11	12	57.629	53.212	9.848
Área II	Cangas	7	7	38.213	34.335	13.916
Área III	Avilés	29	29	160.053	155.654	47.288
Área IV	Oviedo	59	60	314.573	315.403	100.459
Área V	Gijón	57	58	289.379	290.911	91.818
Área VI	Arriendas	11	11	55.247	52.198	20.097
Área VII	Mieres	17	17	82.09	75.640	31.676
Área VIII	Langreo	17	17	90.698	85.280	35.344
Asturias		208	211	1.087.885	1.062.633	360.446

Fuente: SESPA

Desglose gasto en Farmacia. Año 2002 (en millones de euros)

Área sanitaria		Total gasto en recetas	Total farmacia en capítulo IV	nº hab.(1)	Pob.proteg.(2)	pob.farm. gratuita(2)
Área I	Jarrio	12	13	57.629	51.627	19.773
Área II	Cangas	7	7	38.213	33.253	13.668
Área III	Avilés	32	32	160.053	153.906	48.253
Área IV	Oviedo	66	67	314.573	308.204	99.437
Área V	Gijón	63	64	289.379	288.259	92.182
Área VI	Arriendas	12	12	55.247	51.423	19.960
Área VII	Mieres	18	19	82.093	74.080	31.171
Área VIII	Langreo	19	19	90.698	83.699	34.485
Asturias		229	233	1.087.885	1.044.451	358.929

Fuente: SESPA

(1) Censo 1996. (2) Población Contrato Programa.

El Gobierno Regional está trabajando en un Plan para reducir el gasto farmacéutico. Este Plan busca, en primer lugar, impulsar la prescripción de medicamentos en función de sus principios activos o compuestos químicos y no de las marcas comerciales. Por otro lado, intenta lograr la participación de médicos, farmacéuticos y pacientes; sería deseable que esa participación se ampliara también a los agentes sociales y políticos. Y por último, mediante un decreto se pretende regular la relación entre los médicos y los laboratorios farmacéuticos.

Por otra parte, para tener una visión de los costes de la asistencia sanitaria pública en Asturias vamos hacer una breve mención de los precios que deben aplicar los centros sanitarios del Principado de Asturias por las asistencias sanitarias prestadas a partir del 1 de enero de 2003, en los supuestos cuyo importe ha de reclamarse a los terceros obligados al pago o a los usuarios sin derecho a la asistencia sanitaria de la Seguridad Social y que se detallan en la Resolución de 26 de mayo de 2003, de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios que dispone la publicación del acuerdo del Consejo de Gobierno por el que se fijan los precios a aplicar en 2003.

La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, establece que la facturación por atención de usuarios sin derecho a la asistencia de los Servicios de Salud será efectuada por las respectivas administraciones de los centros, tomando como base los costes efectivos.

En este sentido, en el cuadro que viene a continuación se han tomado únicamente algunos de los precios de la asistencia hospitalaria:

Asistencia Hospitalaria. Costes efectivos. Año 2003

	Importes en euros					
	Precio día/cama	Precio estancia UVI/UCI/Coronarias	Primera consulta ambulatoria	Consultas sucesivas	Intervenciones quirúrgicas ambulatorias	Consultas de urgencia
H.U.C.A.	312,00	829,52	83,34	50,00	65,69	81,78
H. Cabueñes	247,61	773,81	69,75	41,86	65,69	81,78
H. San Agustín						
H. Valle del Nalón						
H. Álvarez Buylla	222,85	718,09	66,70	40,02	65,69	81,78
H. "Carmen y Severo O choa"						
H. de Jario						

Fuente: SESPA

Se entiende por "día de estancia y cama ocupada" cuando el paciente ingresado en el hospital para la atención del proceso patológico pernocte en el centro sanitario y haga efectiva, como mínimo, una de las comidas principales. Si el paciente ingresa en un hospital pero no produce "estancia" se facturará esta prestación por el 50 por ciento de la que correspondería por una "asistencia y cama ocupada".

Por otro lado, estas condiciones económicas no se aplican a la prestación de servicios con medios ajenos a las Administraciones Públicas Sanitarias, establecida en la Ley General de Sanidad, donde se atribuye a estas Administraciones la competencia de fijar los requisitos y las condiciones mínimas, básicas y comunes, aplicables a los conciertos. Estas condiciones económicas se establecerán en base a módulos de costes efectivos, previamente establecidos y revisables por la Administración.

La Consejería de Salud y Servicios Sanitarios, teniendo en cuenta los criterios de gestión de la prestación en el ámbito del Servicio de Salud del Principado de Asturias, la evolución de precios en el año 2002, las previsiones para el año 2003 y considerando que nada indica que se vaya a producir una variación sustancial en los costes estimados de los servicios del año anterior, actualiza las condiciones económicas del régimen de asistencia concertada, incrementando un dos por ciento las tarifas y precios del ejercicio 2002. Así, la financiación prevista de la actividad concertada para el 2003 se puede resumir en el siguiente cuadro.

Financiación Actividad Concertada 2003*

HOSPITAL	IMPORTE (€)
Hospital de Avilés	3.875.520
Fundación Hospital de Jove	18.277.914
Hospital Cruz Roja de Gijón	8.578.311
Fundación Hospital del Oriente	12.825.320
Fundación Sanatorio Adaro	1.537.275
	45.094.340

Fuente: SESPA

**No se incluyen otras actividades concertadas al desconocer su importe*



8. RESEÑA NORMATIVA

- Decreto 112/1984, de 6 de septiembre, por el que se aprobó el Mapa Sanitario de Asturias
- Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, sobre Estructuras Básicas de Salud
- Ley 14/1986, de 25 de abril, Ley General de Sanidad
- Ley 1/1992, de 2 de julio, del Servicio de Salud del Principado de Asturias
- Decreto 60/1994, de 14 de julio, por el que se regula la Estructura Orgánica del Servicio de Salud del Principado de Asturias
- Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales y normativa de desarrollo
- Decreto 60/1998, de 15 de octubre, por el que se regula el Funcionamiento y Régimen Interior de las Unidades de Salud Públicas de las Áreas de Salud
- Real Decreto-Ley 5/2000, de 23 de junio, sobre medidas urgentes de contención del gasto farmacéutico público de racionalización del uso de los medicamentos
- Decreto 72/2001, de 19 de julio, regulador de las oficinas de farmacia y botiquines en el Principado de Asturias
- Decreto 87/2001, de 2 de agosto, por el que se modifica el Mapa Sanitario del Principado de Asturias

- Ley Orgánica 7/2001, de 27 de diciembre, de modificación de la Ley Orgánica 8/1980, de 22 de septiembre, de Financiación de las Comunidades Autónomas
- Ley 21/2001, de 27 de diciembre, que regula las medidas fiscales y administrativas del nuevo sistema de financiación de las Comunidades Autónomas de Régimen Común y Ciudades con Estatuto de Autonomía
- Ley 22/2001, de 27 de diciembre, reguladora del Fondo de Compensación Interterritorial
- Real Decreto 1471/2001, de 27 de diciembre, sobre traspaso al Principado de Asturias de las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud
- Decreto 12/2002, de 8 de febrero, por el que se regula la estructura orgánica básica de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios
- Decreto 13/2002, de 8 de febrero, por el que se regula la estructura orgánica de los Servicios Centrales del Servicio de Salud del Principado de Asturias
- Decreto 71/2002, de 30 de mayo, por el que se regulan la Red Hospitalaria Pública y la Red Sanitaria de Utilización Pública
- Ley 20/2002, de 1 de julio, de régimen de cesión de tributos del Estado a la Comunidad Autónoma del Principado de Asturias, y de fijación del alcance y condiciones de dicha cesión
- Resolución de 26 de mayo de 2003, de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios, por la que se dispone la publicación del acuerdo del Consejo de Gobierno por el que se fijan los precios a aplicar en 2003, por determinados centros sanitarios del Principado de Asturias, a las asistencias prestadas en los supuestos cuyo importe ha de reclamarse a terceros obligados al pago o a los usuarios sin derecho a la asistencia sanitaria de la Seguridad Social
- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud



9. PROPUESTAS Y CONCLUSIONES

Primera: El Consejo Económico y Social del Principado de Asturias (CES) entiende el derecho a la salud como un derecho integral, que debe abarcar todas las fases de la vida de las personas, desde la promoción y el fomento de la salud, pasando por la actuación educativa, preventiva, asistencial, rehabilitadora y de asistencia sociosanitaria; así como las necesarias actuaciones sobre los mecanismos naturales, sociales y laborales que atentan contra ésta. De ahí, que cuando se habla de calidad de los servicios sanitarios, implícitamente, se está evaluando los niveles de calidad en la salud de los ciudadanos. La importancia de tener un sistema de salud de calidad, eficaz y eficiente y al que tenga acceso toda la población que vive en nuestra Comunidad Autónoma, es un factor decisivo en la construcción de una sociedad avanzada y solidaria.

El nuevo marco abierto a partir de la asunción de las transferencias sanitarias confiere a Asturias, por tanto, la responsabilidad en el diseño y la gestión en materia sanitaria. En el primer año de gestión de la sanidad por el Servicio de Salud del Principado de Asturias se han sucedido numerosos conflictos en los diferentes ámbitos de la sanidad que obligan a establecer un marco de negociación y consenso permanente con los agentes sociales para limar y resolver diferencias y acercar posturas, haciendo efectivos los acuerdos ya firmados por parte de la Administración Regional. Todo ello, en aras a lograr un funcionamiento del sistema sanitario bajo un clima de normalidad y consenso que repercuta de forma beneficiosa al conjunto de la ciudadanía.

El CES es consciente del papel y la responsabilidad del Gobierno Autónomo en cuantas políticas sean de su competencia; pero al mismo tiempo, entiende que algunas materias específicas y de alta sensibilidad para el conjunto de la

población, entre las que cabe destacar la sanidad, requieren de actuaciones e intervenciones apoyadas con el mayor grado posible de diálogo y consenso. Filosofías ambas que son de permanente referencia en el Libro Blanco y que son compartidas por el CES. Así, se refiere a éste "como un instrumento que facilite la definición del proyecto sanitario en sus principios, orientación y finalidad, pero, lo que es más importante, ha sido elaborado con la vocación de ser una propuesta para el debate, una propuesta para la discusión y el diálogo en torno a un objetivo prioritario: definir un horizonte estratégico para el sistema sanitario de Asturias", y como también se reseña en el Libro Blanco en el marco de un gran Pacto por la Sanidad en Asturias.

Segunda: los servicios sanitarios públicos asturianos deben de fundamentar todas sus actuaciones sobre los siguientes principios rectores:

- Una cobertura universal y gratuita y un acceso equitativo, donde la atención sanitaria sea accesible a toda la población en función de la necesidad.
- Un acceso equitativo a un conjunto de servicios públicos sanitarios garantizado mediante una oferta de prestaciones que se ajusten y cubran las necesidades de la demanda de atención sanitaria.
- Una atención y cuidado de la salud integral, que incremente permanentemente sus niveles de calidad. Dentro de este marco, la promoción de la salud y las actividades educativas y preventivas deben tener una función permanente y preferente.
- Debe dar respuesta a las crecientes demandas de participación y de satisfacción de los derechos de los ciudadanos que acompañan el desarrollo económico, social y cultural de nuestra región. Con unos estándares de servicio que respondan a las expectativas de la población, con una adecuación permanente a las nuevas realidades y cambios sociales que se van produciendo y unas condiciones de trabajo adecuadas para los profesionales.

- Contemplar la información y formación de los ciudadanos como instrumentos al servicio de la necesaria capacidad de elección y decisión sobre las alternativas clínicas y asistenciales que se le ofrecen.
- Rentabilizar los recursos y la capacidad organizativa que hoy tienen los servicios sanitarios públicos.
- Ser financiado con recursos públicos, basado en la solidaridad y progresividad de las contribuciones generales, sin relación con el riesgo individual.
- Ser sostenible a largo plazo y con un crecimiento controlado.
- Ser eficaz, es decir, capaz de ofrecer unos servicios sanitarios de calidad técnica adecuada y unas prestaciones completas, que contribuyan a mejorar la salud. Basado en la efectividad clínica y en la eficiencia de sus actuaciones.
- Debe ser una sanidad participativa y abierta al conjunto de los ciudadanos, garantizando la participación activa de éstos, así como de los trabajadores de la sanidad, de los agentes económicos y sociales y de las instituciones públicas en la toma de decisiones respecto de su organización, gestión, desarrollo y evaluación.

Tercera: El CES apuesta por seguir reforzando el papel del Servicio de Salud del Principado de Asturias como ente de derecho público, con personalidad jurídica propia y adscrito a la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios. Responsable de la organización, gestión, administración y provisión de todos los servicios y centros sanitarios propios de la Administración del Principado de Asturias; con plena autonomía, capacidad y responsabilidad para el cumplimiento de sus fines.

En relación con el Servicio de Salud del Principado de Asturias se proponen varias cuestiones: para la constitución de sus órganos de dirección y gestión, el nombramiento de los gerentes, directores y mandos intermedios de las di-

ferentes estructuras sanitarias, además de criterios de capacidad y profesionalidad debería tenerse en cuenta su compromiso con el modelo sanitario público; que se articule un procedimiento coordinado por áreas sanitarias que evite la dispersión de competencias y heterogeneidad en la gestión; en materia de incompatibilidades, adecuar las medidas necesarias para potenciar la dedicación profesional plena de los trabajadores del sistema sanitario público; la plena vinculación de los servicios de Salud Pública en la red sanitaria, teniendo en cuenta sus especificidad y profesiones propias y garantizando una cartera de servicios homogénea en todos las áreas sanitarias; que garantice que todas las áreas sanitarias dispongan del transporte público sanitario que dé cobertura a las necesidades de la población; y por último, que cubra las necesidades de personal a que hubiere lugar, así como que garantice las necesidades formativas en todos y cada uno de los centros y servicios.

Cuarta: Es necesario avanzar hacia la homologación con los centros sanitarios públicos del Principado de Asturias, tanto de las condiciones laborales del personal como de los servicios sanitarios prestados al ciudadano, de los siguientes centros:

- Hospital del Oriente de Asturias "Francisco Grande Covián" (Arriondas)
- Hospital de Jove (Gijón)
- Hospital de la Cruz Roja Española (Gijón)
- Fundación Hospital de Avilés
- Fundación Sanatorio Adaro (Langreo)
- Centro Comunitario de Transfusión

Quinta: En relación con la Atención Primaria, la necesidad de reducir la masificación de las consultas y de aumentar el tiempo medio de consulta ha sido el principal argumento de las demandas de cambios que desde diversos sectores y asociaciones profesionales se han manifestado con intensidad. El ori-

gen de esta situación radica en un cúmulo de razones complejas y dependientes del caso concreto, entre las que probablemente quepa señalar tanto una insuficiencia de recursos como una planificación y organización inadecuadas. Se recomienda en ese sentido avanzar hacia una adecuación del número de cartillas por facultativo en torno a las 1.250, garantizando unos tiempos mínimos de consulta de diez minutos por paciente.

Por otro lado, la escasez de personal administrativo obliga al personal sanitario a emplear una parte sustancial de su tiempo a actividades burocráticas en detrimento de las asistenciales; buena parte de las consultas en Atención Primaria tienen motivos diferentes del acto médico, como la renovación de recetas en el caso de enfermedades crónicas o tratamientos largos.

Sexta: Otro problema frecuente en Atención Primaria es el caso del denominado "paciente hiperfrecuentador", bien por causas que radiquen en el paciente o bien inducidas por fallos del sistema (en el INSALUD, alrededor del 30% de los pacientes genera el 80% de las consultas). La falta de personal de enfermería imposibilita el desarrollo de programas de atención domiciliaria de enfermos crónicos o discapacitados. Se propone potenciar la creación de equipos de Atención Domiciliaria, teniendo en cuenta la población asignada, la dispersión geográfica y las cargas de trabajo.

Por su parte, la necesidad de contención del gasto sanitario pasaría por una coordinación entre la Atención Primaria y Especializada para evitar la duplicidad de pruebas diagnósticas, sin caer en el peligro de llegar a restringir la capacidad de uso de estas pruebas por parte de los profesionales de Atención Primaria. Para ello es necesario establecer un Plan de Adecuación y Mejora de sus recursos tecnológicos, mejorar la capacidad diagnóstica y resolutive, y descongestionar, al mismo tiempo, la Atención Especializada y los Servicios de Urgencias. Conviene articular mecanismos que construyan una relación más eficaz entre la Atención Primaria y la Especializada, de forma que se garantice la continuidad en la atención de los pacientes, la comunicación entre los niveles, y se eviten procedimientos en muchas ocasiones innecesarios para los propios pacientes.

Séptima: El CES entiende que, de acuerdo con los objetivos básicos, la Atención Primaria debe constituirse en el nivel fundamental de la Salud Pública y de la Asistencia Sanitaria Pública. Es en ella donde se deben desarrollar las actividades prioritarias de promoción de la salud, prevención de las enfermedades y atención de los procesos patológicos más leves. Además, es en este nivel donde tienen que llevarse a cabo los estudios epidemiológicos y socio-sanitarios fundamentales que orienten el grueso de la labor asistencial.

La Atención Primaria que, siendo elemento inicial y central del sistema sanitario, se debe de caracterizar por ser integral e integrada, continuada y permanente, activa, accesible y basada en el trabajo en equipo de los profesionales sanitarios, los de salud pública, corporaciones municipales y colectivos sociales, programada en el tiempo, evaluable y con actividad docente e investigadora. Bajo las perspectivas de un sistema integral de salud, el equipo de Atención Primaria ha de asumir todas aquellas funciones precisas para garantizar y elevar el nivel de salud individual y colectivo de la comunidad a la que presta sus servicios.

Como concepto abierto y dinámico, la salud individual y colectiva de la población requiere un esfuerzo elevado de identificación de los profesionales de la Salud Pública con su entorno, sin la cual resultaría muy difícil una definición clara de los problemas y las prioridades del mismo, poniendo en cuestión, ya de antemano, cualquier actividad del Equipo de Atención Primaria (EAP). Y aun cuando sería demasiado ambicioso afirmar que un grupo de profesionales pueda delimitar totalmente el nivel de salud de una población concreta, el EAP tiene una función prioritaria que es la de promover cambios cualitativos en las actitudes y hábitos de la población en todos los campos relacionados con la salud.

Esta consideración debe ser el elemento base que estructure e integre todas las funciones del Equipo de Atención Primaria: promoción de la salud, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria, rehabilitación, docencia e investigación y la atención continuada. Convendría establecer criterios que

permitan coordinar de manera efectiva todas estas funciones y avanzar en la implicación de los profesionales de la Salud Pública, veterinarios, farmacéuticos y técnicos de salud en la promoción de la misma y la mejora de los hábitos de la población.

Octava: La Atención Especializada en general y la Hospitalaria en particular, han de tener una especial coordinación en su funcionamiento a partir de los órganos de dirección de los propios centros, que favorezcan la correcta utilización de los recursos. Es necesaria una gestión que comparta las necesidades del territorio y que se comprometa con los diferentes niveles de Atención Especializada y de Atención Primaria.

En la Atención Especializada, el importante avance en la dotación y descentralización de los recursos no obsta para que persistan manifiestas dificultades de acceso en términos de tiempos de espera para consulta y para múltiples procedimientos, diagnósticos y terapéuticos, con o sin hospitalización, que son vividas por los ciudadanos como uno de los problemas más importantes de nuestro sistema sanitario. Los ciudadanos no solo plantean la necesidad de introducir mejoras en las listas de espera, sino también por la complejidad en determinados trámites administrativos, la mala señalización, o la frecuente desconexión entre servicios de un mismo centro o incluso entre profesionales de un mismo servicio. Para ello, es necesario mejorar tanto el modelo organizativo como apostar por una mayor contratación de profesionales que permitan reducir el número de pacientes por facultativo y/o ampliar los tiempos de atención que permita reducir los tiempos de espera, a fin de mejorar la calidad del sistema sanitario.

Novena: En lo que se refiere al nuevo Hospital Universitario Central de Asturias, el CES quiere mostrar su total apoyo y compromiso con la decisión de su construcción y lugar de ubicación, infraestructura que se considera necesaria y de vital importancia para el futuro de la sanidad en Asturias. Sin embargo, se estima oportuno realizar algunas observaciones:

- a) En lo que respecta al número de camas, que es uno de los indicadores más llamativos del nivel de equipamiento a instalar, no establece-

mos números cerrados e inamovibles. Cualquier cifra propuesta, incluso la indicada en el propio avance de Plan Funcional (1.023), debe valorarse en función del proceso de reordenación de la asistencia pretendido para el hospital (potenciación de la atención ambulatoria, hospitales de día, cuidados intermedios, menor incidencia de la media y larga estancia....), y del desarrollo necesario y simultáneo de las políticas preventivas y de Atención Primaria, así como de los servicios sociosanitarios, en el conjunto de la red asistencial de Asturias. Un incremento real de los recursos y dispositivos en estos niveles facilitaría una adecuación en las cifras correspondientes al número de camas del HUCA, entre otros elementos. Por el contrario, si no se avanzase por esa vía de diversificación de la atención sanitaria, los requerimientos en el HUCA deberían mantenerse, o incluso incrementarse, si fuera preciso. En todo caso, esta posibilidad debe contemplarse desde las fases iniciales del diseño del nuevo Centro, a fin de evitar posteriores "soluciones" improvisadas y lamentables; como sería, por ejemplo, la tan utilizada instalación de camas adicionales o supletorias, que rompería por completo la concepción anunciada de mayor calidad asistencial y confort para los usuarios.

- b) Por otro lado, parecen poco realistas los parámetros de población que se barajan para el año 2009, con una pérdida de población global en Asturias de un 20%. Elemento éste que, sin duda, habrá influido para la determinación del número total de camas. Estudios recientes de un equipo de la Universidad incluido en una publicación de SADEI señalan que, en función de una serie de parámetros socioeconómicos, y partiendo de la hipótesis más pesimista, se producirá una pérdida de población en Asturias entorno al 15% para el año 2014. Asimismo, llama la atención que se haya considerado como población a cubrir, las proyecciones poblacionales de un periodo de 10 años, cuando las dimensiones de un proyecto como éste exigiría proyecciones de población de un periodo temporal mayor.

- c) Se considera necesario un mayor nivel de información en cuanto a la descentralización de la gestión por Unidades Clínicas. Nada se dice si será pública o privada, a través de institutos u otras formas jurídicas. Ni de qué forma va a repercutir en el mantenimiento de los niveles de equidad en la atención a los pacientes y la posible afectación en un cambio en las relaciones laborales. De otra parte, no se concreta tampoco el tipo de gestión de servicios tan esenciales como mantenimiento, lavandería y restauración.
- d) Hospital de referencia comarcal y del Área IV, si bien el Plan Funcional se refiere, como no podía ser de otra manera, a la atención a los ciudadanos del Área IV. Aquel no se referencia físicamente en el proyecto. En todo caso, se recomienda aclarar los procedimientos imputables a un hospital de referencia para el Área IV, tales como separación de costes, asignación de pacientes, etc.
- e) Respecto al empleo, preocupa que el Plan no haga ninguna referencia a esta materia. Sería oportuno definir el número de empleos que van a dar cobertura al nuevo HUCA, así como la cualificación y las recalcificaciones que puedan ser necesarias dentro de la actual plantilla. Así, se cubriría el proceso de cambio sin traumas ni déficit en cuanto al número y nivel profesional de sus trabajadores. Esto debería de ir ligado a estudios de salud en función de la población, tanto la de Asturias como los ámbitos de influencia externa del HUCA, y posibilidades de atención a Comunidades Autónomas limítrofes.
- f) En relación con las vías de acceso, sería conveniente que, tanto los enlaces, las vías de comunicación, los problemas de accesibilidad, así como las materias que impliquen la intervención de otras Administraciones, queden resueltos con la suficiente antelación, al objeto de evitar posibles contenciosos en el futuro.
- g) Nuevas Unidades: se considera que una infraestructura de las características tan ambiciosas como las que presenta del nuevo HUCA,

debe de incorporar a su cartera de servicios una Unidad de Grandes Quemados

- h) En cuanto a la coordinación sanitaria, es necesario desarrollar con más amplitud cómo se va a articular y asegurar la coordinación con el resto de la Red Hospitalaria, Atención Primaria y Atención Sociosanitaria.
- i) Financiación: El CES considera que dicha infraestructura debe de contar también con financiación de la Administración Central, de no ser así, una vez más se estará aplicando un trato discriminatorio con Asturias respecto a otras Comunidades Autónomas. Por esta razón se insta a la Administración Regional a que adopte las iniciativas políticas oportunas y persista ante la Administración Central en sus responsabilidades con Asturias en ésta materia.
- j) Por último, respecto a la participación, se considera necesario potenciar los niveles de información a los ciudadanos y facilitar una mayor participación social, en todo lo que resta del proceso de construcción del nuevo HUCA.

Décima: Los cambios producidos durante los últimos veinte años en el tratamiento de la salud mental han significado un importante avance al considerar ésta como un capítulo diferenciado de la Atención Especializada en el sistema general de la salud. Ello está permitiendo ir superando de forma progresiva importantes perjuicios implantados en la sociedad con respecto a las patologías derivadas de este campo de la salud, así como el papel que juegan determinadas adicciones y conductas en alguna de ellas.

El CES entiende que, si bien durante los últimos años se ha avanzado de forma significativa en la red de dispositivos asistenciales, es necesario destacar que aún persisten importantes carencias en materia de Comunidades Terapéuticas, Hospitales de Día, Residencias de Crónicos, Transporte Especial; así como elevar los mecanismos de cooperación y coordinación

entre los diferentes niveles de intervención: Atención Primaria, Atención Especializada, Centros de Salud Mental, etc.

En ese sentido, el CES insta a las autoridades sanitarias a realizar un mayor esfuerzo en el campo de la Salud Mental. Propone la elaboración de un Plan Estratégico de Salud Mental. Este Plan debería marcarse como objetivo principal la consolidación de un Servicio de Salud Mental avanzado y ambicioso que cubra, no solo los aspectos curativo y rehabilitador, sino que aborde el carácter preventivo y que garantice una atención integral y continuada en todo el proceso asistencial. Debiendo alcanzar, con carácter prioritario, el mayor grado posible de integración social y laboral de las personas con dichas patologías. Debe contemplar, igualmente, actuaciones en el campo de la docencia y la investigación, intervenciones y apoyo al entorno familiar de los enfermos, mejoras en la red de centros, la coordinación entre Salud y Servicios Sociales...

Undécima: Dado que en estos momentos la Comunidad Autónoma tiene conferidas todas las actuaciones en materia de urgencias y emergencias, el CES considera que procede abordar la revisión y mejora del actual Plan de Urgencias y Emergencias Sanitarias, teniendo en cuenta las diferentes estructuras que existen en Asturias. Se debe prestar especial referencia a la correspondiente coordinación de todos los dispositivos de atención sanitaria. En este campo, requiere especial atención la resolución y adecuación del transporte sanitario adaptándolo a las necesidades de la población asturiana. Adoptando, entre otras medidas, una mayor dotación de UVI móviles y ambulancias medicalizadas a todas las áreas sanitarias. Y garantizando, por otra parte, el total cumplimiento de la normativa que regula el transporte sanitario, el equipamiento de material, estado de los vehículos y dotación del personal adecuado.

Duodécima: Dadas las características de la población asturiana y el alto porcentaje de personas mayores de 65 años, con clara tendencia a su crecimiento a lo largo de los próximos años, nos encontramos con una demanda cada vez mayor de prestación de servicios sociosanitarios a consecuencia del in-

crecimiento de determinadas patologías y deficiencias crónicas que afectan principalmente a este sector de la población, pero sin olvidar que existen otros colectivos ciudadanos que precisamente, por sus características y situación social, requieren de estos servicios.

El CES recomienda la elaboración de un Plan de Atención Sociosanitaria que establezca medidas concretas que den seguridad a los pacientes necesitados de dicha atención. Además, se debe establecer una planificación y coordinación entre las diferentes instituciones que prestan este tipo de servicios: Consejería de Salud y Servicios Sanitarios, Consejería de Servicios Sociales y Ayuntamientos; así como destinar los recursos financieros públicos necesarios para su financiación tanto en la vertiente sanitaria como en la asistencia social.

Como propuestas a dicho Plan, el CES refiere algunos elementos a tener en cuenta en el campo sanitario y de servicios sociales.

En lo sanitario, a parte de las intervenciones necesarias desde Atención Primaria, se deben definir, dentro de los actuales recursos de Atención Especializada, los centros que permitan dar esta atención con los mayores niveles de calidad posible; estableciendo con ello una red de centros que tengan definidas entre sus funciones principales la socio-sanitaria. Estos centros deben estar integrados en la red sanitaria pública a todos los efectos. También se debe establecer un cupo de camas hospitalarias de larga estancia así como de cuidados paliativos con el correspondiente apoyo de equipos extra-hospitalarios. En geriatría, si bien es necesario establecer también el número de camas, lo prioritario es desarrollar la especialidad en el sistema sanitario público.

En lo referente a los Servicios Sociales, se debe garantizar y potenciar una Red de Asistencia Domiciliaria Pública. En el caso de la asistencia en centros, la tendencia debe ser la distribución de su ubicación en función de las necesidades de la población. Dichos centros han de contar con servicios que permitan ofrecer una mínima calidad, como serían los hoteleros, de rehabilitación, actividades lúdicas y culturales, etc.

Otro elemento a tener en cuenta sería la coordinación, racionalización y desarrollo de las distintas actuaciones que, desde cada campo, deban realizarse en las personas multidemandantes de atención social y sanitaria.

El CES recomienda que, tanto en la planificación hospitalaria como en todas las zonas básicas de salud, se garantice la existencia de trabajadores sociales.

Decimotercera: El CES insta a las autoridades sanitarias a agilizar la elaboración y aprobación de la Carta de Derechos de los Ciudadanos y la Carta de Derechos del Paciente.

Decimocuarta: Incorporar a los programas y actuaciones del Servicio de Salud campañas informativas y educativas sobre la sanidad y la salud pública, incidiendo en la práctica de hábitos de vida sana. Por la importancia que ésta materia tiene y va a tener en las futuras generaciones, en CES considera la oportunidad de incorporar ésta como materia en los planes del Sistema Educativo Público.

Decimoquinta: Se hace necesario abordar nuevas prestaciones o ampliar las ya existentes en alguna materia que cuenta con amplia demanda social y que se pueden concretar en: asistencia bucodental y prótesis dentales (que deberá incorporarse de forma gradual hasta convertirse en una prestación más del sistema), asistencia óptica, ortopedia y las ya referidas en el área de salud mental.

Decimosexta: El capital humano es la pieza clave del sistema sanitario, lo que justifica la necesidad de aplicar medidas sobre los profesionales de la sanidad a fin de mantener e incrementar los niveles óptimos de motivación y formación. Son necesarias, en este sentido, desarrollar políticas de personal donde se fomente la promoción profesional así como el desarrollo constante de la formación y se tienda a homogenizar las condiciones laborales de este colectivo. Todo ello con el objetivo de conseguir un personal altamente motivado e identificado plenamente con su trabajo, lo que sin duda repercutirá positivamente en la calidad de los servicios sanitarios prestados y, por lo tanto, en el bienestar y protección de los ciudadanos. En este sentido, sería

aconsejable un mayor grado de cumplimiento del contenido del Acuerdo Marco Sanitario de 5 de Julio de 2002, donde se recogen, entre otras, la necesaria reclasificación de las categorías profesionales, el desarrollo de las carreras profesionales, la potenciación de la formación y de la actividad de investigación.

En estos momentos, el personal que presta servicios en los diferentes centros u organismos dependientes del Servicio de Salud del Principado de Asturias, tiene tres regímenes jurídicos distintos: estatutarios, laborales y funcionarios. Esta situación genera grandes diferencias sociales, laborales y profesionales. Está claro que difícilmente se podrá llevar a cabo una adecuada política de personal si no se resuelve este problema. En este sentido, abogamos por la conformación de un Estatuto para todos los profesionales sanitarios que contemple la unificación de su régimen jurídico y entre otros apartados, todo lo referido a: jornada, retribuciones salariales, promociones, traslados, relaciones contractuales, derechos sociales, funciones y obligaciones, carrera profesional, etc.

Asimismo y en el proceso hacia la elaboración de dicho estatuto, se considera necesario que en los casos de los centros que en estos momentos tienen concertada la prestación de servicios con el sistema sanitario público se avance hacia el compromiso de homologación de todas sus condiciones sociolaborales para sus trabajadores con respecto a los pertenecientes al sistema público.

También se considera necesario potenciar el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales, determinando la organización y funcionamiento de este Servicio y articulando los mecanismos necesarios regulados en el Capítulo V de la Ley 31/1995, de Prevención de Riesgos Laborales, dotándole de los medios humanos y materiales suficientes.

Decimoséptima: La Ley General de Sanidad 14/1986, de 25 de abril, establece la participación de la comunidad en la toma de decisiones como un elemento diferenciado respecto a lo establecido hasta entonces por el anterior Sistema de la Seguridad Social en el que los ciudadanos eran elementos pa-

sivos. Con posterioridad, la Ley de Salud del Principado de Asturias 1/1992, de 2 de julio regula los términos de la participación ciudadana.

El CES recomienda que las autoridades sanitarias den un nuevo impulso y potencien los mecanismos de participación y control previstos en la Ley reguladora del SESPA, tanto en el ámbito de los trabajadores de la sanidad como de los ciudadanos y organizaciones sociales, en la toma de decisiones respecto a la organización, gestión, desarrollo y evaluación de la política sanitaria del Principado de Asturias, dotando a aquellos de los recursos suficientes para su normal funcionamiento y adaptándolos, en su caso, a los cambios normativos que se puedan producir en el futuro.

Decimoctava: El CES entiende que el nuevo modelo de financiación de la sanidad, sujeto, por una parte, al sistema de financiación autonómica (a través de las transferencias de determinados impuestos) y, por otra, a la Ley de Estabilidad Presupuestaria, tiene elementos de incógnita y plantea cierta incertidumbre para hacer frente a las necesidades económicas de la sanidad. A lo anterior, se suma el hecho de que la Administración Central condicionó las negociaciones con el Gobierno del Principado de Asturias, al supeditar la entrada de Asturias al nuevo marco de financiación autonómica a la aceptación de la transferencia en la cuantía económica finalmente establecida. Todos estos elementos traen consigo una doble consecuencia:

- a) El nuevo modelo de financiación autonómica establece un marco de actuación financiera que incrementa sustancialmente la corresponsabilidad fiscal y cuyos efectos dependerán en un futuro de cómo se comporten los ingresos tributarios ligados al sistema. Esta situación podría provocar un aumento en las desigualdades en el ámbito de la asistencia sanitaria, ya que no todas las Comunidades Autónomas tienen la misma capacidad de recaudación, por lo que el presupuesto dedicado a la sanidad podría resentirse en función de la capacidad de recaudación de cada Comunidad, lo que redundaría en una menor cantidad de recursos sanitarios y en una peor prestación de servicios. En este sentido, nuestra región podría verse perjudicada si tenemos en

cuenta que la recaudación está directamente ligada a la capacidad de crecimiento económico, y es precisamente Asturias una de las Comunidades que ha venido destacando por su menor dinamismo económico en los últimos años. Asimismo, el hecho de que la nueva Ley de Financiación Autonómica obligue a las diferentes Comunidades a incrementar cada año las cantidades destinadas a la sanidad en un porcentaje al menos igual al índice de crecimiento de la recaudación estatal por IRPF, IVA e impuestos especiales sobre alcohol y tabaco y sobre hidrocarburos, podría ocasionar dificultades financieras si los ingresos de alguna Comunidad crecieran por debajo de la recaudación estatal citada. También en esta ocasión y siguiendo la relación directa entre recaudación y crecimiento económico, Asturias podría verse perjudicada.

- b) No asegura el compromiso de la Administración Central para cofinanciar las inversiones previstas en la constitución del nuevo HUCA, lo que repercutirá en un mayor esfuerzo económico para la Administración Autonómica y los ciudadanos de Asturias.
- c) Las necesidades financieras de nuestra autonomía van a chocar, por otra parte, con las exigencias del "déficit cero", lo que podría originar dificultades en la financiación del sector sanitario (nuevo hospital, compromisos salariales, inversiones, gasto farmacéutico,...), al limitar la posibilidad del recurso al endeudamiento.

Dentro del sistema de financiación de la sanidad conviene hacer referencia al polémico impuesto sobre hidrocarburos, como complemento para financiación de la sanidad. No sólo por lo sorprendente que resulta que la financiación de un servicio público como la sanidad se realice a través de un impuesto de esta naturaleza, sino también por el incremento que ello conlleva en la imposición indirecta.

A todo ello, se une los efectos negativos sobre la inflación o sobre el hecho de que unas autonomías apliquen o no el impuesto en su tramo autonómico voluntario generándose de esta forma diferencias mayores entre los

precios de la gasolina y por lo tanto, repercutiendo sobre la competitividad de las empresas y sobre los consumidores en general, según la autonomía de que se trate.

El CES considera, en todo caso, muy importante que desde las autoridades sanitarias e instituciones públicas se actúe con el necesario consenso político, que permita garantizar a través de los Presupuestos Generales del Principado de Asturias la suficiencia financiera que consolide el actual nivel de prestaciones y permita su ampliación hacia aquellas que se consideren necesarias.

Decimonovena: El elevado gasto farmacéutico que anualmente se viene generando en nuestra comunidad, es otro de los aspectos que dentro del sistema sanitario preocupa al CES por las posibles consecuencias negativas que pueda ejercer sobre la viabilidad del sistema. Sin duda, la actuación en los diferentes frentes de nuestra sanidad, que permitan elevar su nivel organizativo, de gestión, planificación y provisión, posiblemente puedan servir como elemento corrector de dicho gasto. No obstante, el CES apuesta por adoptar medidas urgentes tendentes a contener y racionalizar el gasto; por la intervención en la política de acuerdos con Farmaindustria; por la racionalización del envasado de los medicamentos adaptándolos a los periodos de los tratamientos; por potenciar el uso de genéricos; por el desarrollo de campañas informativas y de sensibilización, etc.

Vigésima: A pesar del esfuerzo realizado los últimos años, uno de los retos pendientes que tiene la sanidad en Asturias es la que se refiere a las inversiones, principalmente en Atención Primaria. El último convenio suscrito en su día entre el SESPA y el INSALUD, que tuvo su vencimiento a finales del año 2001, no cumplió los objetivos previstos en él, entre otros, dejar prácticamente cerrada la Red de Centros de Atención Primaria del Principado de Asturias.

El CES considera la conveniencia de establecer un Plan de Inversiones que incluya costes y plazos de ejecución que permita completar la Red de Centros de Atención Primaria.

Vigésimo primera: Partiendo de las premisas anteriormente reseñadas y ante el nuevo marco de gestión establecido después de las transferencias, la amplia reseña normativa existente y los previsibles cambios que en el futuro se pudieren generar, el CES recomienda la promulgación de una nueva Ley Integral y de Ordenación de los Servicios de Salud del Principado de Asturias, dentro de un marco de diálogo.

Vigésimo segunda: El CES considera necesario promover un desarrollo tecnológico acorde a las nuevas necesidades y expectativas de la población, además considera que en la elaboración del nuevo Plan de Tecnologías de la Información de la Salud se tengan en cuenta las siguientes reflexiones:

- Se necesita conocer y exponer la situación actual del equipamiento tecnológico.
- Relación entre la orientación estratégica del sistema sanitario y las necesidades en tecnología.
- Evaluar con rigor la incidencia de las nuevas tecnologías en relación con el coste/eficacia y su incidencia sobre el potencial incremento de las desigualdades en la atención sanitaria.
- El no condicionamiento a los intereses de los grandes fabricantes y/o grupos de presión.

Vigésimo tercera: Las políticas sanitarias no deben de olvidar, a hora la de desarrollar sus actuaciones, la relación casual directa entre las condiciones laborales y las condiciones de vida y de salud que, en ocasiones, no se tiene presentes; redundando tanto en perjuicio de la salud de los trabajadores y de las trabajadoras como en una desviación de los costes hacia el sistema sanitario.

Igualmente, se hace necesario profundizar aún más, en aquellas tareas que dentro de la prevención de riesgos laborales no se desarrollan por parte de la autoridad laboral, sino, por parte de la autoridad sanitaria, tanto en el aumento de recursos, como asegurando una coordinación efectiva entre los distintos organismos de la administración competentes en la materia.

Vigésimo cuarta: Priorización de la actividad investigadora, como elemento importante para todos los profesionales de la salud, en la medida en que provocaría importantes mejoras con respecto a la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la dispensación de cuidados sanitarios. Además, el fomento de la investigación contribuye a una mayor participación y motivación de los profesionales, ya que permite que tengan un mejor conocimiento de los problemas.

Vigésimo quinta: El CES quiere dejar constancia de la importancia que tiene la formación y la educación en todo lo referente a la salud de los ciudadanos. Por ello quiere poner de manifiesto el relevante papel de la Universidad en el sistema público sanitario. Es necesario desarrollar una mejor colaboración e interrelación con instituciones como la Universidad para el máximo aprovechamiento de todos los centros sanitarios como centros de formación, investigación, desarrollo e innovación.

