

---

## Manuel Cervera Taulet

### Conseller de Sanitat de la Generalitat Valenciana

---

#### **I. Currículo y trayectoria personal**

---

En mi nueva responsabilidad como Conseller de Sanitat no cabe duda de que sigo teniendo claro el lugar de dónde procedo: mi formación como médico oftalmólogo pasando por los Servicios de Oftalmología de los hospitales de la Fe, La Plana y el Provincial de Castellón; un bagaje profesional que me mantiene cerca tanto de los profesionales que trabajan en nuestro sistema sanitario como de los pacientes, con los que he estado en contacto durante años y que en definitiva son el objetivo prioritario de nuestra labor diaria.

En este sentido, como es lógico, tengo también muy presente mi experiencia como director general de Calidad y atención al Paciente, período en el que tuve la suerte de participar en la gestación de proyectos tan importantes para la sanidad valenciana como el Decreto de Consenti-

miento Informado, la regulación del Documento de Voluntades Anticipadas, la creación del Consejo Asesor de Bioética o los Comités de Bioética Asistencial.

Más tarde, como Secretario Autonómico de Sanidad, con el apoyo que me ofreció el entonces Conseller de Sanitat, Vicente Rambla, he tenido la oportunidad de desarrollar todos estos proyectos, y otros muchos tan necesarios como han sido la creación de más y mejores centros para nuestros ciudadanos, la implantación de nuevos sistemas de información con los que modernizar el sistema, la potenciación de las alternativas a la hospitalización tradicional y la mejora en el confort de los pacientes en los centros sanitarios, medidas que han contribuido notablemente a la mejora de la calidad asistencial de la sanidad valenciana.

Un objetivo que debía pasar también por la motivación de nuestros

profesionales sanitarios, y se ha visto materializado en la carrera profesional, uno de los grandes logros que hemos conseguido durante esta última etapa.

## **2. En su actual responsabilidad, ¿se considera más político... más técnico...?**

---

Toda esta trayectoria hace que me considere un gestor sanitario con una vertiente eminentemente técnica pero, como es lógico, también me considero parte integrante de un proyecto político compartido en el que creo firmemente, y en el que voy a continuar trabajando, desde mi nueva responsabilidad como miembro del gobierno valenciano.

## **3. ¿Qué situación ha encontrado en la Sanidad de su región y en la Consejería?**

---

No puedo ser muy objetivo en esta valoración, pues como Director General primero, y luego como responsable de la Agència Valenciana de Salut he sido protagonista directo de la mayoría de los proyectos que se han promovido desde la Conselleria.

No obstante, sí puedo afirmar que mi llegada coincidió con una etapa llena de retos. El cambio de siglo trajo consigo una reorientación general de toda la estructura orgánica y funcional de la sanidad pública valenciana. La promulgación de la Ley de Ordenación sanitaria, que permitió la creación de la Agencia Valenciana de salud como organismo autónomo, la integración progresiva y real de la Atención Primaria y la especializada a través de la creación de un Modelo de “gerencia única”. La adopción de acuerdos de gestión, con todos los departamentos de salud de la Comunidad Valenciana, a través de los cuales se pretende vincular la financiación de los mismos al cumplimiento de unos objetivos asistenciales; la extensión de la fórmula jurídica de la concesión administrativa desde el Hospital de Alzira a otros centros hospitalarios como Torrevieja y Denia, o la potenciación de la gestión clínica a través de las áreas clínicas, las unidades asistenciales, así como a través de los protocolos y las guías clínicas son algunos ejemplos de la efervescencia que ha vivido la sanidad valenciana en estos 7 años. En el diseño y desarrollo de todos esos proyectos he intervenido de forma directa como directivo de la Conselleria,

lo que me ha permitido obtener una visión de conjunto que me va a ayudar enormemente en el ejercicio de mis nuevas responsabilidades como Conseller de Sanitat.

Personalmente me siento un privilegiado por haber protagonizado este proceso de modernización. Creo que ha sido un camino apasionante en el que mi empeño personal como gestor y como profesional se ha centrado en construir una sanidad de mayor calidad, más eficaz, pero sobre todo mucho más humana.

#### **4. ¿Cómo ve la Coordinación Sanitaria en España?**

---

Desde que en enero de 2002 la totalidad de Comunidades Autónomas recibieron las competencias en materia sanitaria, y con ello la capacidad de gestionar sus respectivos servicios de salud, para muchos políticos y gestores resultó evidente la necesidad de redefinir los roles que venían asumiendo los distintos actores que intervienen en el diseño y la ejecución de la política sanitaria.

Por aquel entonces se elevaron muchas voces desde distintos sectores, tanto profesionales como sociales, alertando del riesgo que para

la cohesión del Sistema Sanitario público comportaba el nuevo escenario surgido de las transferencias. Esas voces instaban a las autoridades sanitarias a realizar un ejercicio de responsabilidad con el fin de preservar principios surgidos de la Ley General de Sanidad, como la solidaridad, la cohesión interterritorial, la universalidad de la asistencia, la calidad asistencial o la equidad en el acceso a las prestaciones.

Parecía unánime la opinión de que el nuevo Sistema Nacional de Salud debía mantener una misma cartera de servicios, debía mejorar su nivel de integración en materia de sistemas de información, debía tener también una carrera profesional uniforme, así como garantizar la equidad en el acceso a los servicios sanitarios y a las prestaciones.

Los promotores del Sistema Nacional de Salud tuvieron muy claro que en el marco sanitario español no podían existir privilegios territoriales. No debía haber Comunidades que gozasen de más prestaciones o mejores servicios que otras, sino que se debía trabajar a favor de una mayor coordinación y calidad de los servicios sanitarios públicos en todo el territorio nacional.

Como consecuencia del debate público generado por las transferencias, aquel mismo año 2002, Estado y Comunidades Autónomas iniciaron un proceso de análisis y debate muy fructífero que condujo a la promulgación de la Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. Esta norma se propuso, entre otras cosas, redefinir el papel del Ministerio de Sanidad y Consumo, pues la desaparición del INSA-LUD había restado protagonismo a esta institución. Finalmente el Ministerio vio reforzado su carácter de árbitro de la política sanitaria, y por tanto de defensor de la cohesión y la coordinación de todos los servicios autonómicos de salud.

Por desgracia, el tiempo ha demostrado que estos planteamientos teóricos, llenos de sensatez y lógica, no se han traducido en realidades. La indefinición y en ocasiones la falta de equidad de un Estado que no asume, de facto, el papel de coordinación y arbitraje que la legalidad le otorga, ha provocado que un lustro después de la promulgación de la Ley de Cohesión y Calidad haya una sensación de deriva errática del Sistema Sanitario público. Esa sensación no ha hecho sino añadir desasosie-

go al clima, ya de por sí tenso, que impera en el actual panorama sanitario español.

## **5. ¿Cuál es su visión del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud?**

---

Siempre he creído que el Consejo Interterritorial debe ser un punto de encuentro y debate en el que analizar, debatir y alcanzar consensos sobre todos aquellos asuntos que preocupan a los responsables sanitarios.

Son muchos los frentes políticos que los responsables sanitarios tenemos abiertos en la actualidad. Problemas como la excesiva rigidez de las estructuras organizativas, la ineficiencia en la gestión sanitaria y clínica, los desajustes entre la oferta y la demanda, la preponderancia del factor asistencial sobre el gerencial, el aumento constante de los costes asistenciales, la necesidad de más especialistas, la falta crónica de financiación o la dependencia cada día más notoria de la tecnología sanitaria son pinceladas de un escenario político siempre controvertido.

Esos problemas, dado su impacto sobre la estabilidad y la capacidad de

crecimiento del Sistema Nacional de Salud, deben ser tratados en el Consejo Interterritorial. Sin embargo y por desgracia, en los últimos años, el Ministerio no ha tenido en cuenta, en muchas ocasiones, la opinión de las Comunidades Autónomas y ha dejado de incluir en el orden del día de muchas convocatorias de este organismo temas trascendentales como el de la financiación sanitaria o la política farmacéutica. Baste recordar, en este sentido, las sentencias reiteradas de la Audiencia Nacional instando al Ministerio de Sanidad y Consumo a convocar reuniones monográficas del Consejo, en las que analizar por ejemplo el tema de la financiación.

En reiteradas ocasiones hemos hecho hincapié en la necesidad de contar con foros en los que exponer exigencias y establecer consensos políticos con los que hacer frente a problemas como los ya indicados. La respuesta a esta reiteración ha sido una continua falta de receptividad a estas propuestas. Parece que algunos han olvidado que el Consejo Interterritorial lo conforman el Estado y las Comunidades Autónomas, y que el papel que estas últimas asumen es primordial a la hora de dar validez a las decisiones emanadas de este organismo, pues

las tenemos asumidas plenamente las competencias en materia de gestión y buena parte de las competencias en materia de planificación.

## **6. ¿Cuál es su opinión sobre un posible pacto social por la Sanidad?**

---

Personalmente, siempre he sido partidario de fomentar una política de pactos y acuerdos con todos los sectores representados en la sanidad pública. Esta pauta de comportamiento la he mantenido a lo largo de toda mi trayectoria política, primero en mi etapa como Director General de Calidad y Atención al Paciente y luego como Director Gerente de la Agencia Valenciana de salud. Acuerdos como los suscritos con los sindicatos en materia de mejora salarial o carrera profesional son dos buenos ejemplos de ello.

De cara al futuro temas como el de la financiación requieren de una respuesta institucional conjunta y urgente. Las implicaciones derivadas de la tendencia del gasto no sólo afectan a los valencianos, sino también al resto de territorios autonómicos, lo que nos va a obligar a buscar una solución global a través de un gran pacto sani-

tario nacional que debe liderar el Ministerio de Sanidad y Consumo con la participación de las Comunidades Autónomas, y todo ello en el seno del Consejo Interterritorial.

Estado y Comunidades Autónomas, desde la lealtad y el respeto a la autonomía institucional y siempre dentro de la esfera de responsabilidad en la que nos movemos, estamos llamados a analizar, debatir y alcanzar un consenso sobre el nuevo rumbo que debemos dar a esa gran empresa colectiva que llamamos Sistema Nacional de Salud. Y hablo de empresa colectiva porque si, en la actualidad, somos un referente sanitario, a nivel internacional, por la calidad y la consistencia de la atención médica que dispensamos al ciudadano, debemos serlo también por el esfuerzo, que en materia de diálogo y consenso tenemos que realizar permanentemente las Comunidades Autónomas y la Administración General del Estado.

## **7. Los recursos humanos en sanidad...**

---

Quizás esta sea una de las parcelas en cuya gestión he intervenido como responsable político, y de la que me siento más orgulloso.

El profesional sanitario es el auténtico motor del Sistema Nacional de Salud, por tanto su implicación es básica para hacer viable cualquier proceso de modernización de nuestro Sistema Sanitario. Por eso hemos centrado nuestros esfuerzos en estimularlo en su quehacer diario y en comprometerlo con las grandes líneas estratégicas en las que basamos nuestra política en materia sanitaria.

Con este fin hemos puesto en marcha medidas como la actualización de los procesos de selección y provisión de puestos de trabajo, el diseño de una carrera profesional, la potenciación de la gestión clínica, la adopción de medidas orientadas a la reducción de la precariedad laboral, el Convenio suscrito en defensa de los profesionales en el ejercicio de su profesión, el establecimiento de una docena de acuerdos retributivos en forma de complementos de productividad variable o de mejoras salariales aplicadas a la atención continuada y a las guardias, etc.

A través de estas iniciativas estamos seguros que vamos a lograr que los 53.000 profesionales sanitarios que trabajan en nuestra red asistencial se comprometan más con la institución, que estén más implicados en el diseño y desarrollo de las

líneas estratégicas del Sistema Sanitario y que asuman una mayor responsabilidad, tanto en el ámbito clínico, como en el económico, dadas las implicaciones que sobre el presupuesto de cada centro tiene un uso adecuado de los recursos técnicos y tecnológicos.

## **8. La salud pública y los medios de comunicación...**

---

Uno de los pilares básicos de la política sanitaria es la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud. Esta labor, basada en inculcar hábitos de vida saludables entre la ciudadanía, contribuye de manera muy significativa a evitar la aparición de las enfermedades. En este sentido, el trabajo que realizan los medios de comunicación lo considero primordial, pues su esfuerzo divulgativo resulta un complemento insustituible en las campañas sanitarias que promueve periódicamente la Administración sanitaria.

Creo que en líneas generales los medios, ya sean generalistas o especializados, ejercen con mayor o menor rigor y fortuna el papel que les toca, el de ser meros transmisores de la realidad sanitaria.

A veces es incluso la propia Administración la que contribuye a dramatizar aún más el problema sanitario al darle un enfoque incorrecto a su política de comunicación.

En mi opinión, ante una crisis la Administración sanitaria debe transmitir a la ciudadanía una sensación de seguridad, de control y de confianza, pues sólo de esta forma la sociedad puede acabar recuperando la sensación de normalidad que debe existir en un país moderno en el ámbito sanitario como el nuestro.

## **9. ¿Cómo ve el actual sistema de financiación?**

---

En mi opinión no sería necesario cambiar el modelo de financiación, aprobado el año 2001, sino desarrollarlo como en un principio estaba previsto.

Dicho sistema mejoró, en su momento, aspectos deficientes de los modelos anteriores, pero con el tiempo no ha sido desarrollado convenientemente, lo que ha provocado que el reparto financiero que el Estado realiza cada año entre las Comunidades Autónomas, para sostener el Sistema Sanitario público, no refleje la realidad sociodemográfica que viven

muchas Comunidades Autónomas como la valenciana, que sufre cada año una enorme presión asistencial derivada del crecimiento de la población residente y flotante.

Según los cálculos de la Conselleria de Sanidad la atención a los 808.337 nuevos residentes registrados por el Padrón de 2007 con respecto al de 1999, empleado como base al pactar el modelo de financiación vigente, ha comportado, para la Generalitat, un coste adicional de 843 millones de euros. De esta cantidad, más de 600 millones se han destinado a atender las necesidades de salud de los 727.080 nuevos extranjeros residentes.

A este hecho hay que añadir otro no menos significativo. La Comunidad Valenciana por su potencial turístico tiene que dar cobertura, durante los períodos estivales, a una elevada población desplazada. En este sentido, el Fondo de Cohesión sanitaria, que fue creado por el Estado para equilibrar los actos médicos generados como consecuencia de los movimientos de la población entre Comunidades Autónomas, tampoco está teniendo en cuenta el peso específico creciente del componente turístico en el cálculo de la financiación.

He de destacar que el gasto generado por la atención sanitaria a los desplazados hacia nuestra Comunidad supone un coste de más 200 millones de euros anuales.

Es palpable, por tanto, la diferencia entre la población protegida, que financia el Estado a través de los Presupuestos Generales y la población realmente asistida en nuestra red asistencial, que reitero, el Estado apenas tiene en cuenta a la hora de calcular las compensaciones económicas.

Esta falta de sensibilidad hacia una realidad, que cualquiera de los presentes podría constatar, está poniendo en riesgo la estabilidad financiera de muchas Comunidades con el perfil sociodemográfico de la Comunidad Valenciana.

## **10. Reflexiones y mensajes**

---

En mi opinión el esfuerzo político realizado desde la Generalitat Valenciana en materia sanitaria en los últimos años ha sido enorme. Este esfuerzo ha ayudado no sólo a consolidar los logros alcanzados desde que la Comunidad Valenciana asumió las competencias sanitarias en el año 1987, sino que también ha permitido sentar las bases para un desarrollo futuro de

nuestra sanidad más sostenible financieramente.

Nos hemos propuesto construir una sanidad de calidad, más eficaz y más eficiente en la asignación y uso de los recursos públicos, una sanidad capaz de hacer frente a retos como el envejecimiento de la población o al aumento en la prevalencia de muchas enfermedades, y para lograrlo creemos que es necesario introducir cambios sustanciales tanto en el campo de la gestión sanitaria, como en el de la salud pública.

Al mismo tiempo, tenemos también muy claro que buena parte del éxito de dicha reorientación depende de nuestra capacidad para ser receptivos con las necesidades de los pacientes y con las expectativas de los profesionales, por eso estamos trabajando en varios frentes.

En primer lugar, ampliando el marco legislativo sanitario con la promulgación de nuevas leyes que ayuden a garantizar el derecho a la salud de todos los valencianos. Creo que no hay una forma más eficaz de comprometerse con la sociedad que asumiendo ante ella la responsabilidad de mejorar la sanidad pública y de defender sus derechos como ciudadanos y como pacientes.

Nuestro segundo objetivo ha consistido en potenciar la faceta planificadora. Hoy en día la sociedad valenciana exige de los poderes públicos no sólo atención, sino también promoción de la salud, prevención de la enfermedad, rehabilitación, reinserción social y todo ello bajo criterios de calidad. Y ante este reto quisimos reaccionar, ideando respuestas acordes con este nivel de pretensiones, respuestas que corrigiesen los desajustes que existen hoy día entre las necesidades que esgrime la población y nuestra capacidad, como Administración sanitaria, para responder a estas demandas.

Con este fin elaboramos una serie de planes que inciden en aspectos tan dispares como la excelencia de la atención sanitaria, el Plan de salud de la Comunidad Valenciana, el Plan estratégico de la Agencia Valenciana de Salud, los planes estratégicos de investigación sanitaria y biomédica, de prestación farmacéutica o de drogodependencias y otros trastornos adictivos, etc.

El tercero de nuestros objetivos fue la modernización de nuestras infraestructuras, algo que estamos materializando a través del programa de infraestructuras “Construyendo Salud”.

Tampoco hemos querido olvidar en nuestra programación política al profesional. La mejora de sus condiciones de trabajo, la reducción de la precariedad laboral, la mejora de las retribuciones y sobre todo el desarrollo de la carrera profesional han sido los pilares en que se sustenta toda la acción política de la Conselleria que dirijo.

En líneas generales, la Comunidad Valenciana está afrontando este nuevo milenio con una evidente confianza en el futuro. Tras el esfuerzo desplegado en los últimos años el panorama asistencial, para los 5 millones de valencianos, mueve sin duda a la esperanza.

El alto nivel alcanzado en la faceta asistencial o preventiva avala la política sanitaria programada y marca la pauta que debemos seguir en el desarrollo y consolidación de nuestro Sistema Sanitario.

Pero con ser positivos estos logros no deben movernos al exceso de confianza. Todavía subsisten problemas preocupantes que condicionan la calidad asistencial y provocan la insatisfacción de la población atendida. Se hace, por tanto, necesario mantener una programación realista, seria y responsable, que permita arbitrar medidas con las que mejorar sustancialmente la eficiencia en los centros y la calidad del servicio sanitario público.

