



ENTREVISTAS

MANUEL VILLEGAS, consejero de Salud de Murcia



“La idea es simplificar burocracia, impulsar el ‘no hacer’ y eliminar todo lo que no aporta valor”

PÁG. 10



MANUEL VILLEGAS

El consejero de Salud de Murcia quiere un Consejo Interterritorial que realmente tenga poder decisorio; señala que en Murcia "la universalidad ya es un hecho"

“La gestión clínica impide tener una asistencia transversal”

La filosofía de la Región de Murcia se resume “en simplificar la burocracia, impulsando el ‘no hacer’ y eliminando todo lo que no aporte valor”, explica el consejero

MURCIA PILAR LAGUNA
dmredaccion@diariomedico.com

Al año de hacerse cargo de la Consejería de Salud de la Región de Murcia, prácticamente a mitad de legislatura, el cardiólogo Manuel Villegas continúa con las acciones iniciadas por el anterior equipo, junto a algunos proyectos propios que se orientan fundamentalmente a la prevención de la enfermedad y el desarrollo de la atención primaria. Mantiene una especial cruzada para conseguir que Murcia esté libre de tabaco en 2025.

PREGUNTA. ¿Cuál es su impronta en la Consejería de Salud?

RESPUESTA. Llevamos un año trabajando en redirigir la política sanitaria a la prevención, la atención primaria y los centros de alta resolución. Antes había algunas políticas con ese enfoque, pero sin presupuesto específico.

Nuestra filosofía se resume en simplificar la burocracia y eliminar todo lo que no aporte valor, impulsando el *no hacer*. De hecho lo hemos incluido como objetivo en los contratos de gestión con todos los servicios. Habrá centros de alta resolución con una visión distinta a los que se conocen en España, con capacidad de resolver procesos en un solo día, incluso quirúrgicos, en Murcia, Cartagena, Lorca y Águilas. Descongestionarán los hospitales de su área y se centrarán en los procesos asistenciales.

R. ¿De qué puede presumir el Servicio Murciano de Salud (SMS) ahora?

R. Hemos avanzado mucho en transparencia y accesibilidad gracias a un gran desarrollo de las TIC. Los usuarios pueden interactuar *on line* con su médico de Familia, consultar cuándo le operan de cataratas o le ponen una prótesis de cadera, incluso podrán enviar al dermatólogo una foto de lesiones de piel que quedará en su historia clínica de forma segura. La información sobre listas de espera está al alcance de todos los usuarios.

Más singularidades: Murcia lidera la donación de órganos; es el servicio autonómico que paga mejor a sus profesionales sanitarios, y es la única región – a excepción de un cantón suizo- que dispone del historial radiológico de los pacientes y puede reducir en



un 35 por ciento las radiaciones ionizantes. Como contrapartida, la principal asignatura pendiente es la prevención, pues tenemos altas tasas de tabaquismo y obesidad.

R. ¿Se replantearán implantar la gestión clínica?

R. No. En el SMS hubo varias experiencias que fracasaron, sobre todo porque se requiere un desarrollo normativo que no existe. Si no puedes contratar un perfil profesional concreto, ni incentivar, ni penalizar según resultados, eso es

poca autonomía de gestión. Hoy día aspiramos a trabajar por procesos, todo se consensúa en sesiones clínicas y los pacientes exigen compartir decisiones. ¿Para qué dar protagonismo a una unidad o servicio tal como son hoy? La estructura piramidal de los hospitales es muy arcaica y ya no está en el futuro. En realidad, la gestión clínica impide evolucionar hacia un sistema transversal.

R. ¿Cómo afronta otro retraso de la reforma de la financiación au-

tonómica?

R. Mi opinión es que deberíamos hacer caso al Consejo de Política Fiscal y Financiera (CPFF), que ya propuso una desaparición progresiva del status quo para acabar con las diferencias entre comunidades. Es la única forma de apoyar a las autonomías que reciben menos y que tienen más dificulta-

“No daremos soporte a las pseudoterapias, pero tampoco las perseguiremos si no hay daño a la salud; en el mismo cajón se meten muchas cosas”

“La troncalidad se ha trabajado durante 10 años y hay que retomarla porque es el futuro, pero soy crítico con crear más subespecialidades”

des para prestar asistencia, porque el coste de la sanidad es el mismo para todos.

R. ¿Cuánto debe el SMS?

R. Unos 8.000 millones, pero creemos que casi cinco o seis mil están relacionados con la infrafinanciación, que en Murcia comenzó prácticamente en 2002, aunque se agudizara a partir de 2009. La injusticia se está perpetuando porque el status quo ha generado una horquilla de diferencias hasta el 30 por ciento entre comunidades. Lo que pretendemos mejorar el modelo es acercarnos a la media autonómica, y en ello creo que Valencia, Murcia y Andalucía deben ir de la mano, al margen de tintes políticos, porque son las más castigadas.

R. ¿Tiene buena sintonía con la ministra de Sanidad, Carmen Montón?

R. La conozco solo del Consejo Interterritorial (CI), pero en materia de salud no nos diferenciamos demasiado. Ella se declara defensora a ultranza de la sanidad pública, y nosotros también lo somos, aunque tengamos que llevar a cabo algunos procesos para los que el SMS no tiene capa-

cidad suficiente.

R. ¿Qué espera del Consejo Interterritorial?

R. Ahí sí podría haber algunas fricciones. La mayoría de las autonomías gobernadas por el PSOE no quieren reconocer un carácter decisorio del CI porque dicen que no tiene categoría de conferencia sectorial. Es complejo que sólo podamos emitir recomendaciones que luego unas autonomías acepten y otras no. Me decanto por decisiones que sean vinculantes con un amplio consenso.

R. ¿Qué aportará en la reunión de esta semana sobre universalidad del sistema?

R. Creo que en este tema la ministra encontrará apoyo unánime puesto que es un problema de Salud Pública. En Murcia la universalidad es un hecho, ya que a los extranjeros irregulares que quedaban fuera del sistema se les protege desde 2015 mediante una instrucción del director gerente del SMS que se negoció con el ministerio para que no hubiera recursos de inconstitucionalidad. La diferencia es que se les da una tarjeta sanitaria distinta, con cobertura solo en la Región de Murcia. A día de hoy atendemos a 6.592 adultos en esa situación, más 4.876 menores y 190 gestantes.

R. ¿Qué problemas del SNS trataría en futuros CI?

R. Un problema serio es la incorporación de nuevos medicamentos y las nuevas tecnologías, que tienen un alto impacto económico. Deberíamos ser restrictivos con los fármacos que no aportan suficientes evidencias, ya que se desconocen sus resultados en salud. Creo que solo debemos contratar lo que aporte resultados y se ligue a la “lealtad vertical”.

R. ¿Qué opina de la Troncalidad?

R. Se ha trabajado en ello casi 10 años y hay que retomarla porque es el futuro. Sin embargo soy crítico con la creación de más subespecialidades, ya que tendremos problemas de personal para cubrirlos y también porque no aportan gran cosa. Creo que será mejor crear nuevas áreas de capacitación específica, aunque desconozco qué se dirá en el Interterritorial. No obstante, nosotros haremos lo que decida la mayoría.

R. ¿Piensa tomar alguna medida para combatir las pseudoterapias presentes en la región?

R. El abordaje de la salud debería basarse sólo en evidencias científicas. Lo demás es un engaño, pero se han metido en el mismo cajón temas como el yoga o la hidroterapia, que no son peligrosos; no podemos demonizarlos. Apostamos por la educación sanitaria, el pensamiento crítico y el escepticismo. No les daremos soporte pero no las perseguiremos si no demuestran daño a la salud.