



## **ASOCIACIÓN PARA LA DEFENSA DE LA SANIDAD PÚBLICA ANDALUCÍA** **(ADSP-A)**

### **PROPUESTAS PARA LOS PROGRAMAS ELECTORALES DE LOS PARTIDOS POLÍTICOS** **QUE CONCURREN A LAS PRÓXIMAS ELECCIONES ANDALUZAS**

#### **ELECCIONES AUTONÓMICAS MARZO 2012**

- Es imprescindible recuperar ya la ética en las estrategias de los partidos políticos, en el sentido de que se comprometan a que las propuestas que se incluyen en los programas son las iniciativas que se van a desarrollar en la legislatura y no ninguna diferente. La desafección y la falta de credibilidad y de confianza de los ciudadanos con los partidos políticos es el fin de la democracia.
- El Sistema Sanitario Público Andaluz (SSPA) se encuentra en una situación diferente a la de otros sistemas regionales de salud de Comunidades Autónomas (CC AA) gobernadas por partidos de derechas, como PP o CiU, sobre todo en lo referente a la implantación sin disimulo de estrategias de privatización y de incorporación del capital privado al SSP. En este aspecto no hay duda, no sería lo mismo el carácter ideológico a la hora de gestionar el SSPA.
- Los procesos de privatización que tuvieron lugar en Andalucía en períodos determinados han sido frenados aunque no revertidos. También se considera que la respuesta a la crisis que se inicia en el año 2008 ha sido adecuada, puesto que ha supuesto mínimos recortes en las prestaciones, aunque sí una sobrecarga sobre los salarios y las cargas de trabajo de los profesionales.
- El SSPA estaba mejor preparado para hacer frente a la crisis, en comparación con otras CC AA, fundamentalmente por la trayectoria en la contención del Gasto Farmacéutico y en la Gestión Clínica, por la cual los profesionales han asumido responsabilidades de control del gasto desde hace muchos años.
- Otra cuestión es el análisis en cuanto a recortes sanitarios. Aunque las previsiones en los presupuestos sanitarios andaluces para el 2012 son de ligero aumento (en la práctica ligero descenso considerando los índices de devaluación económicas previsibles en función del IPC). Los presupuestos de las CC AA están condicionados por la aprobación, después de las elecciones andaluzas, del PGE por el Gobierno de la Nación, donde se determinan los ingresos principales de estas. El reto está en mantener la cartera de servicios y el nivel de calidad del SSPA, a pesar de la menor cuantía de ingresos.
- Sin embargo, nos preocupa que esta política de mínimos recortes sea sólo una estrategia electoralista y que, tras las mismas, la hipoteca que el déficit acumulado

pueda suponer sobre el próximo gobierno andaluz, sea cual sea su color político, lleve a recortes más agresivos en ausencia de un verdadero cambio en las políticas de reasignación de recursos.

- Hay que considerar que la situación de partida en cuanto a la inversión sanitaria pública y a otros parámetros que definen la calidad de los SSP, Andalucía se encuentra, con respecto al resto de Comunidades Autónomas, sólo en posiciones medias-altas, y lo que es más preocupante es que hace algunos años estaba mejor situada. Por ello, los recortes y la apuesta presupuestaria por los Servicios Públicos definirán la decisión política del nuevo gobierno. Nos basamos en el estudio que realiza nuestra federación (FADSP) todos los años analizando los datos oficiales de todas las CC AA.
- Por todo ello, la posición crítica de nuestra organización, es en función de lo que se podía haber conseguido después de tantos años de gobierno socialista, más que sobre los indudables logros que entre todos se han alcanzado.
- Queremos destacar aspectos en los que sí ha existido una acción política beneficiosa de forma clara, como son las políticas del medicamento con un control del gasto farmacéutico, que permite una importante eficiencia del presupuesto sanitario. La apuesta por las Unidades de Gestión Clínica (UGC), con un desarrollo desigual en la atención hospitalaria, suponen una herramienta para implementación de la cartera de servicios ,con la toma de decisiones consensuadas, el fomento del trabajo en equipo, mayor transparencia con evaluaciones periódicas de resultados, definición de objetivos concretos a los que dirigir nuestros esfuerzos, y de forma global, ha mejorado la participación de los profesionales en la gestión clínica, la transmisión y la vinculación de las UGC a los objetivos compartidos en el SAS.
- Aunque el análisis global de la Gestión Clínica *no es desfavorable*, sin embargo han aparecido perversiones que la pueden poner en entredicho:
  - la excesiva burocratización (en muchas ocasiones se comprueba más interés por rellenar unos papeles que por atender a la ciudadanía).
  - la obsesión perversa por alcanzar objetivos no suficientemente consensuados y legitimados (no hay que olvidar que están vinculados a la productividad).
  - las acreditaciones como objetivo prioritario restando tiempo y esfuerzos a la práctica clínica.
  - Estrategia de medicina defensiva, que se traduce en la práctica por la inhibición de las decisiones clínicas por razones de dudosa legalidad y, como consecuencia, aumento de las listas de espera, auténtica inequidad para la ciudadanía.
- La carrera profesional de café para todos en lugar de una estrategia que persiga incentivar y premiar a los profesionales, la gestión por competencias, la acreditación y en general toda la política de calidad ha sido un rotundo fracaso. La creación de la ACSA y el modelo derivado en el que el propio sistema se acredita a si mismo, ha

trasladado el clientelismo y la vacuidad a una estructura artificial de la que todos son conscientes cómplices de su inutilidad, cuando no de su perversión. A pesar de que la acreditación se acepta como un instrumento esencial para mejorar la calidad de la atención sanitaria, existen evidencias científicas que nos aportan la idea de que no siempre una acreditación exitosa está unida a una percepción de mejor calidad de la atención por parte de los pacientes. Estos datos demuestran que existen perversiones en la estrategia de las acreditaciones que se convierten en actos burocratizados y no intentos de mejora real de la calidad asistencial.

- La acreditación profesional, debería realizarse por organismos autónomos e independientes, desvinculándose del carácter económico.
- Hay que analizar la eficiencia que está aportando al SSPA determinadas iniciativas organizativas que han consumidos muchos recursos y nunca fueron evaluadas, los Procesos de Atención Integrada (PAIs), la gestión por competencias y los Planes Integrales.
- Desde la promulgación de la Ley 15/1997, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud, la ADSP-A denunció que conllevaba una apuesta por la privatización de la asistencia sanitaria. El desarrollo de la ley ha introducido auténticos mecanismos de gestión privada del bien público, sin beneficio social para la ciudadanía, como en los casos de conciertos singulares (H. San Juan de Dios de Sevilla, Virgen de las Montañas, del Camino,..). La ADSP-A promueve la derogación de dicha norma.
- Concretamente las Fundaciones, el Hospital Costa del Sol y los Hospitales de Alta Resolución, EPES no han aportado el suficiente beneficio al SSPA, para que se justifiquen su existencia, como entidades públicas diferentes de la Agencia Administrativa Servicio Andaluz Salud. Son estructuras organizativas con falta de transparencia, que subcontratan los servicios de Atención a la Ciudadanía, adolecen de órganos de participación social, generan problemas con los trabajadores y no aportan datos que demuestren mayor eficiencia o calidades que los homólogos del sector público. Además han conseguido aún más desvinculación de los profesionales con sus gestores. Hay que reconsiderar su prolongación o su existencia.
- La ADSP lleva 30 años reclamando una aplicación estricta de la normativa sobre incompatibilidades, en especial el seguimiento de la efectiva dedicación exclusiva para aquellos profesionales que la tienen concedida. También ha sido desaprovechada la oportunidad de exigir la dedicación exclusiva para los profesionales que se han incorporado a las UGCs. Es incomprensible que no se haya promulgado una Ley Andaluza de Incompatibilidades y es difícil encontrar las razones que puedan haber tenido después de tantos años de gobiernos socialistas para no haberla siquiera planteado.

- La Atención Primaria (AP) se está deteriorando, está perdiendo su papel dinamizador de la asistencia sanitaria. La falta de una dimensión equilibrada de los cupos, la personalización de la asistencia de enfermería y medicina produce disfunciones en el desarrollo de los programas comunitarios o de salud. La gestión de la demanda en términos de calidad no puede producir el acceso a la asistencia más allá de 24 horas. La Atención Primaria, como puerta de entrada al sistema sanitario, debe tener un papel preponderante en la organización de la prestación del servicio público.
- Es verdad que el porcentaje de gasto en APS respecto al gasto sanitario público total en Andalucía, en torno al 18%, es mayor que el de otras comunidades, sin embargo está aún muy lejos del estándar del 25% que promulga la OMS. La obsesión de los directivos por la satisfacción de la demanda y la mínima demora está transfiriendo recursos y energías de la promoción de salud hacia la asistencia a la enfermedad.
- Hay que regular LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS en tiempos sin demanda, para optimizar los recursos y compatibilizar derechos: festivos, vacaciones de estivales y de navidad,.. La ADSP-A está en contra del cierre programado de recursos tanto en Atención Primaria como en Especializada.
- Hay que revisar la POLÍTICA DE CONCIERTOS. Los conciertos tienen que ser siempre complementarios en sectores que el propio SSPA no pueda dar respuesta.
- Tras una época en la que se suprimieron muchas externalizaciones, sobre todo quirúrgicas y diagnósticas, en los últimos años se ha asistido a un repunte importante de las mismas. De todas maneras, es de destacar por un lado que en volumen económico siguen siendo un porcentaje pequeño en torno al 5% y por otro lado son cualitativamente muy importantes, sobre todo en el ámbito de la hemodiálisis.
- Hay que destacar como un logro la eliminación del autoconcierto con la reestructuración de la continuidad de jornada y la jornada complementaria.
- FINANCIACIÓN PÚBLICA SIN PROVISIÓN PÚBLICA: se está llegando a homologar situaciones que hubiesen sido escandalosas hace 30 años. El Hospital de la Orden de San Juan de Dios de Bormujos o los de Pascual Hermanos SA, son modelos de privatización de la provisión de atención especializada de ámbito poblacional que en poco o nada se diferencian a otros modelos implantados por el Partido Popular. Diversos análisis han demostrado que la ratio de profesionales por cama y otros parámetros de calidad son peores que en los hospitales del SAS de la misma categoría.
- Las plataformas logísticas de contratación administrativa y suministros, que desde diciembre de 2011 funciona una por provincia, tienen que complementar en su funcionamiento a nivel autonómico y nacional. La GESTIÓN PÚBLICA del presupuesto y la vinculación estatutaria de sus profesionales son determinantes. La política de inversiones no puede ser una cuestión que se decida en cada Hospital o en cada

Distrito sino debe ser centralizada, basadas en principios de coordinación y colaboración, manteniendo los principios de cohesión y solidaridad entre territorios.

- La SALUD PÚBLICA sigue siendo la cenicienta del SSPA y aunque se reconoce su importancia y se ha promulgado una Ley de Salud Pública, posteriormente los recursos y su peso específico en el SSPA no progresan. Las desigualdades sociales son un determinante para la Salud de primer orden. El primer INFORME SOBRE DESIGUALDADES SOCIALES EN ANDALUCÍA (INDESAN) así lo pone en evidencia. Se consiguió una comparecencia parlamentaria con este objetivo. Las repercusiones y las iniciativas posteriores han sido insuficientes.
- EL SSPA ES PERFECTAMENTE SOSTENIBLE. No a los recortes sanitarios. Esta debe ser una de las bases de los programas electorales. Dado que será difícil aumentar los ingresos de la Comunidad Autónoma o incluso estos serán inferiores a los previstos en el presupuesto, el programa deberá tener una explícita alusión a cómo van a ser las prioridades de gasto, figurando el gasto sanitario, junto a otros gastos sociales, como irrenunciable. Por el contrario deberá explicitarse qué partidas van a ser suprimidas, en especial aquellas inversiones en grandes infraestructuras que no benefician a la clase trabajadora y son lesivas para el medio ambiente.
- EL SSPA ES PERFECTAMENTE SOSTENIBLE. Sí a la mejora de la eficiencia. Hay aún bolsas de ineficiencia que abordar: eliminar los medicamentos financiados por la Junta de Andalucía, en general de nula utilidad y que suponen 28 millones de € anuales, eliminar la ineficiencia derivada de la falta de coordinación entre APS y especializada, de la descoordinación de los CHARES con el SAS y otras mejoras organizativas como por ejemplo el mayor empoderamiento de la APS y la atención integrada a crónicos.
- NO AL COPAGO: no han dado resultados además de ser injustos. Existen experiencias desde hace 30 años en Reino Unido y hace 2 años en Portugal que nos han demostrado su ineficacia absoluta. Existe literatura más que de sobra que demuestran estos aspectos.
- La PARTICIPACIÓN CIUDADANA en el SSPA sencillamente no existe. LOS CONSEJOS DE SALUD SE HAN BLOQUEADO. LA POBLACIÓN SIENTE DESAFECCIÓN CON EL SSPA Y SE LE PUEDE ENGAÑAR MÁS FÁCILMENTE. NO CONTROLA CUANDO SON FORMULAS PÚBLICAS O PRIVADAS.
- VALORES CON RECURSOS: laicismo, muerte digna, paliativos, IVE, etc. Todos estos son valores fundamentales del SSPA, deben ir acompañados de recursos, sino se convierten en ideas abstractas, y no en derechos de ciudadanía.

Andalucía, a cuatro de febrero, del dos mil doce.

ADSP Andalucía.