

CRISIS DE LA SANIDAD PÚBLICA: UNA OPORTUNIDAD PARA EL CAMBIO.

Una aportación del grupo de trabajo sobre la Sanidad Pública de EQUO Málaga

Mayo 2017/Revisión Noviembre 2017

Introducción

Uno de los Sistemas de Salud Pública más prestigiosos y reconocidos por sus logros a nivel internacional como es el español está en declive desde hace unos años. La crisis de los mercados especulativos, que comenzó en 2007, llevó a un desempleo masivo y a la reducción de los ingresos de las administraciones públicas. La reacción del sistema neoliberal capitalista fue asegurar el pago de la deuda especulativa, fundamentalmente privada, que se había generado en distintas burbujas. Los estados recortaron las prestaciones sociales: sanidad, educación, dependencia y derechos laborales. A consecuencia de ello, grandes sectores de la población se han empobrecido, aún trabajando, y las desigualdades sociales han aumentado de forma espectacular en nuestro país. La utilización de la crisis por los gobiernos abrió la puerta a los fondos de inversión y a las multinacionales para entrar a saco en el reparto de la tarta del presupuesto de los servicios públicos, creando las condiciones para que sectores cada vez más amplios de la población opten por la sanidad privada. Ahora sabemos que los múltiples y amplios recortes en Sanidad Pública han deteriorado la salud de la población.

Pero "La Crisis" no es la única causa del declive de la Sanidad Pública en España. Desde hace tiempo, existen retos que no se están abordando: España, y Andalucía, tienen "una de las mayores tasas de envejecimiento y cronicidad de Europa. El 91 % de la mortalidad en nuestro país se debe ya a enfermedades crónicas, muchas de ellas prevenibles". Apunta el doctor Bengoa (1): "El crecimiento de la obesidad en adultos y niños,.. aumentará la incidencia de enfermedades cardiovasculares, diabetes y cánceres". Sin embargo la gestión sanitaria va enfocada, también su gasto, a un modelo "asistencial reactivo" que espera a la enfermedad, con grandes costes, en vez de adelantarse y prevenir, promoviendo políticas que incentiven la salud, más beneficiosas en todos los sentidos. Por ello, hay que revertir el flujo que ahora tiende hacia la asistencia hospitalaria, hacia los centros de salud y, desde estos, a la atención en el domicilio y la comunidad.

El IV Plan Andaluz de Salud (5) ya señala que "el incremento del número de personas que requerirán cuidados de larga duración, común en otros países y regiones de la UE, va a obligar a considerar las políticas preventivas y de promoción de la salud que promuevan el mantenimiento de la salud y la autonomía de las personas. Y también, a reconfigurar las políticas y recursos sanitarios y sociales que mejoren los niveles de eficiencia en la atención a las personas mayores,..". ¿Se necesitan hospitales? Sí. Pero pensemos qué tipos de hospitales y dónde situarlos. No todas las personas van a necesitar de hospitales altamente tecnificados. Necesitamos más Hospitales de Día, cercanos y con capacidad para atender los problemas en salud más comunes. Necesitamos también más residencias públicas y de estancia diurna. Centros de Salud que amplíen su cartera de servicios nuevamente orientada a la prevención y rehabilitación. Más dedicación de la jornada laboral a atender a las personas en sus domicilios.

¿Necesitamos un tercer hospital en Málaga? La contestación a esta pregunta debe tomarse en el marco de una planificación a medio-largo plazo, estableciendo las prioridades desde los criterios anteriormente expuestos y no de forma reactiva como viene actuando la Consejería desde hace tiempo. Las premuras electorales no suelen ser buena consejera. No hipotéquemos el gasto sanitario en Málaga por décadas.

La atención sanitaria que necesitamos no requiere solamente revertir los recortes en la financiación sanitaria, sino que precisa transformar el gasto sanitario en inversión en salud. Y no olvidemos que esto solo se puede conseguir cuando la política, no solo sanitaria, está claramente dirigida a mejorar los factores que determinan la salud en nuestra sociedad y combatir aquellos que sabemos condicionan negativamente nuestra salud: la desigualdad, la pobreza, el deterioro medioambiental,...

Aún existe una red sanitaria pública importante, deteriorada, pero aún con músculo para afrontar estos retos. La ciudadanía apoya, no está dispuesta a perder más derechos y lo manifiesta en la calle y aún quedan profesionales con ganas. "Hay que reponer los recursos que se han perdido por los recortes y es preciso transformar al mismo tiempo el modelo" nos dice el doctor Bengoa. Tenemos expertos en gestión sanitaria comprometidos con la Sanidad Pública, falta auténtica voluntad política.

Aún estamos a tiempo de sacar a la "Sanidad Pública, Universal, Gratuita y de Calidad" de la UCI, pasarla a planta y de ahí a la calle.

Causas y consecuencias

Económicas

Crisis especulativa de la economía en 2007 y aumento del desempleo, precariedad laboral, y caída en los ingresos de las administraciones públicas. Reforma del artículo 135 de la Constitución en 2011 dando "*prioridad absoluta*" en el pago de la deuda a nivel del Estado y de las CCAA. El RDL 16/2012 supone una vuelta atrás cambiando un modelo de cobertura universal por otro de aseguramiento: se recortan prestaciones a quién no contribuya (migrantes no regularizados, jóvenes > de 26 años que no hayan cotizado, o que vivan más de 90 días fuera de España,...). Recortes en la financiación de los servicios públicos (educativos, sanitarios y sociales) que agrava la repercusión sobre la calidad de vida y de la salud individual, familiar y social. Aumento de la desigualdad y la pobreza, con mayor incidencia en poblaciones vulnerables (infancia, vejez, dependientes, familias *monomaternales*, y con todos los miembros en paro).

Algunos datos -----

(2)Presupuesto sanitario por persona en 2015: media CCAA 1254.8 euros . Andalucía 1004.3 euros (última). Primer puesto: País Vasco 1548.3 euros. Diferencial: 544 euros. En 2017 (la misma fuente). Andalucía 1106,14 euros (última), Navarra 1633,15 euros (primera). Diferencia 527,01 euros

(2)Evolución presupuestos en sanidad pública 2009-2015. Media CCAA: - 9.1%, Andalucía: -14.9%

(2) Reducción acumulada del gasto sanitario español 2011-2016 fue de 27.400 millones de euros. Supone un 0.7 puntos de % de PIB.

(2) Según el Mº de Sanidad la reducción del gasto en asistencia sanitaria fue del 3.8%. En Atención Primaria el 15.2% (3 veces superior) frente al 4.6% de la atención hospitalaria.

Demográficas

Disminución de la fecundidad y aumento de la expectativa de vida y envejecimiento de la población. Aumento de la dependencia. Se incrementa el número de personas que requerirán cuidados de larga duración. Aumento de enfermedades crónicas y degenerativas.

Algunos datos

(3,5) Esperanza de vida al nacer en 2011 alcanzó 78,1 años en los hombres y 83,7 años en las mujeres andaluzas.

(4,5) Esperanza de vida (hombres y mujeres) 2007: España 81.1 años, Andalucía 79.8 años. Esperanza de vida con buena salud (EVBS): España 55.3 años, Andalucía 54.8 años

(5) El 32% de las personas mayores de 65 años tiene alguna discapacidad. El 5.6% de la ciudadanía andaluza necesita ayuda para actividades básicas de la vida diaria (ABVD)

Sistema Sanitario Público

El modelo está enfocado hacia el tratamiento y escasamente a la prevención y la promoción de hábitos saludables. Personal de enfermería infrautilizados y con labores enfocadas casi exclusivamente a la asistencia y poco a educación y actividades salubristas. Servicios de sanitarios centrados en la atención hospitalaria. Saturación de servicios de urgencias de los hospitales, cuándo sabemos que el 80% de las personas atendidas tenían patologías que hubieran podido ser resueltas en Atención Primaria. Aumento de las listas de esperas diagnósticas y quirúrgicas, elemento muy distorsionador que hace sangrar al servicio público a favor de la privada. Cierres de plantas y disminución del número de camas. Disminución de la inversión en investigación y formación. Recortes y repagos de determinadas prestaciones. Precarización de la contratación de personal y amortizaciones de puesto de trabajo. Tasa de reposición 0 de jubilaciones. No sustitución de bajas por enfermedad, ni cortas ni largas. Reducción salarial del 20%. Desmotivación profesional y fuga de especialistas a la medicina privada y de médicos residentes recién formados al extranjero u otras comunidades autónomas. Las estructuras de centros de salud y hospitales han quedado desfasadas para las nuevas necesidades. Extensión del modelo economicista y empresarial de Gestión Clínica a hospitales y centros de salud, enfocado a la resolución de episodios aislados y alejándose del modelo bio-psico-social. Los contratos programas y objetivos de UGC (Unidades de Gestión Clínica) potencian la individualización en detrimento del trabajo en equipo y enfocado al

modelo gerencial economicista. Encarecimiento de la tecnología y fármacos de nueva generación. Privatización y externalización de servicios de diagnósticos y asistenciales de hospitales y centros de salud, incluso de la gestión y planificación sanitaria. Progresiva pérdida de la calidad asistencial. Aumento del doble aseguramiento público/privado, y uso de la medicina privada. Intrusión de grandes multinacionales y fondos de inversión especulativa tanto en el ámbito sanitario privado como público. Aumento del gasto sanitario directo de las familias.

Algunos datos-----

(2) Reducción de personal de la Sanidad Pública: según el Ministerio de Hacienda de 25.500, según CCOO 55.000 trabajadores. Reducción del capítulo de personal 2011-2016: 6180 millones de euros.

(2) Pérdida de 6.000 camas hospitalarias en el periodo 2010-2014. Camas por 1000 habitantes: media de la UE 5.2, España 3.1 (última por la cola). Informe de FADSP 2017: Andalucía 2.49 (última de España)

(2,6) La lista de espera quirúrgica pasó de 2009 de 372.468 a 549.424 en 2015. Aumentó un 47%.

(2) El Gasto sanitario directo de los hogares en 2009 fue de 18.907 millones de euros, en 2014 de 23.323 millones de euros, lo que supone un incremento del 23%

(7) El Gasto por hogar dedicado a salud en España paso del 2.9% en 2006 al 3.53% en 2014

Bibliografía

(1) *Sacar al sistema sanitario de la UCI*. Rafael Bengoa Rentería y Francisco Luzón. El País. 19/01/2017

(2) *Privatizaciones y sostenibilidad del sistema de salud pública universal*. Manuel Martín García. Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública. Nuevatribuna.es. 13/10/2016. *LOS SERVICIOS SANITARIOS DE LAS CCAA. INFORME 2017*. Septiembre, 2017. <http://www.fadsp.org/>

3) Fuente INE a 1 de enero de 2013

(4) "Indicadores de Salud" Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009.

(5) IV Plan andaluz de salud, 2013

(6) Informe del Consejo Económico y Social

(7) Encuesta de Presupuestos Familiares del INE: <http://www.ine.es/prensa/np914.pdf>

UN PLAN DE 10 AÑOS PARA MEJORAR LA SALUD Y PERSONALIZAR LA ATENCIÓN SANITARIA

1. Apoyar la Derogación del RD 16/2012.

Recuperación de la universalidad del Sistema Público de Salud.

El derecho a la atención sanitaria es inherente a la persona. Reconocer el derecho a la asistencia a toda persona que se encuentre en territorio español, independientemente de su situación administrativa.

2. Recuperar el nivel de inversión anterior a la crisis en los dos primeros años.

El quinto año alcanzar el porcentaje del PIB medio destinado a salud de los países de la UE. Del total debe incrementarse anualmente un 2% de los recursos destinados a Atención Primaria hasta alcanzar el 25% de lo dedicado a atención sanitaria.

3. Incrementar las actuaciones de Promoción de la Salud sobre los determinantes principales de la Salud implicando a otras administraciones públicas.

La Consejería de Salud debe firmar un acuerdo con el resto de Consejerías y Ayuntamientos con los compromisos que en materia de Promoción de la Salud van a desarrollar.

En este sentido deben ser prioritario incrementar las actuaciones sobre los determinantes principales de la Salud: pobreza y Medio Ambiente. Es necesario que la política sanitaria sobre la **promoción de salud** y la **prevención de la enfermedad** pase de las palabras a los hechos, y esto solo se **hace incorporando en los presupuestos recursos humanos y materiales** para los mismos.

Incrementar los recursos destinados al desarrollo del Plan Andaluz de Salud Ambiental.

4. Mejorar la asistencia sanitaria a la población. Para ello:

- Recuperar las plantillas de profesionales anterior a los recortes y sustituciones de bajas y jubilaciones.
- Corregir los desequilibrios territoriales en recursos humanos dentro de Andalucía, garantizando equidad en la disponibilidad de profesionales para todas las provincias.
- Garantizar la disponibilidad de Enfermeros Especialistas para la atención sanitaria a la población. En 2005 se publicó el último decreto de especialidades en Enfermería y en Andalucía el SAS apenas ha avanzado en su puesta en práctica, aunque se creó el puesto de enfermero especialista del SAS no se ha realizado la definición ni la dotación de puestos de trabajo para estos profesionales:
 - En todos los centros de salud, cada cupo de población debe disponer de 1 médico y 1 enfermero especialistas en Atención Familiar y Comunitaria.
 - Las enfermeras de las Unidades de Pediatría de los hospitales andaluces deben ser especialistas en Enfermería Pediátrica.
 - Las enfermeras de las Unidades de Salud Mental en Andalucía deben ser enfermeras especialistas en Salud Mental.
 - En todos los centros de salud debe disponerse de una enfermera especialista en cuidados obstétricos-ginecológicos (matronas).
- Desarrollar la prescripción enfermera para mejorar la educación sanitaria sobre el uso del medicamento y el acceso seguro a los mismos.
- Desarrollar la cartera de servicios a la población:
 - Mejorar la atención a pacientes inmovilizados en domicilio y continuidad de cuidados en el periodo final de la vida en coordinación con las unidades de Cuidados Paliativos que deben dotarse convenientemente y dando cobertura a toda la población andaluza.
 - Incorporación de psicología, trabajadoras sociales, fisioterapeutas, podología, terapeutas ocupacionales, enfermeras gestoras de casos y ampliar la salud buco-dental, dando cobertura a toda la población andaluza.
 - Disponibilidad en todos los centros de salud de métodos anticonceptivos reversibles, y los definitivos en los hospitales a quien lo solicite
 - Potenciar la Atención de Urgencia en AP, convenientemente distribuida territorialmente y con capacidad resolutive en personal y medios técnicos.
 - Para mejorar la capacidad de resolución de Atención Primaria y garantizar los plazos de espera diagnóstica es necesario la oferta suficiente de pruebas diagnósticas complementarias básicas desde los centros de salud.
 - Decreto de Garantía para primeras visitas de especialidades y listas de espera diagnósticas y quirúrgicas. Gestión transparente con acceso público y publicación periódica de listas de espera. Plan de choque para quitar demora en listas de espera quirúrgica de provisión exclusivamente pública.
 - Incrementar la inversión en la atención a la Salud Mental. Dispositivos de acogimiento para enfermos crónicos.

5. Recuperar la formación continua en Atención Primaria con tiempo suficiente e incluido en jornada laboral, y recuperar las rotaciones en aquellas unidades de atención especializadas que requieran las necesidades de la población atendida.
6. **En Málaga alcanzar la media de camas hospitalaria de Andalucía** en dos años, aproximando los servicios hospitalarios a la ciudadanía. En el quinto año estar en la media estatal.
7. Equiparar el número de profesionales de la salud en Andalucía (en hospitales y centros de salud basados en datos 2015) con la media de España. **Alcanzar la media estatal de profesionales** en dos años.
8. **Hospitales básicos de Proximidad.** Hospitales de cercanía con especialidades básicas, hospital de día, rehabilitación, capacidad diagnóstica intermedia (modelo CHARE) : Litoral Este (Nuevo), Guadalhorce, Norte-Centro y Litoral Oeste
Hospitales de larga estancia y cuidados intermedios (suplir a los llamados periféricos)
9. **Hospital de referencia regional:** altamente especializado y tecnificado con capacidad de atender patología compleja, docencia e investigación. Acreditación, con iguales características, de determinados servicios hospitalarios repartidos por el territorio.

Recuperación de suelos de usos hospitalarios actualmente en una operación de esponjamiento de las zonas donde se ubican.

10. Recuperar los servicios externalizados en las Empresas Públicas sanitarias