

30 AÑOS DE SANIDAD EN ESPAÑA 30 AÑOS DE LA ADSP DE SALAMANCA

**GRUPO DE ESTUDIOS DE LA ASOCIACIÓN PARA LA DEFENSA
DE LA SANIDAD PÚBLICA (ADSP) DE SALAMANCA**

1982-2012

**30 AÑOS DE SANIDAD EN ESPAÑA
30 AÑOS DE LA ADSP DE SALAMANCA**

Autores

**Grupo de Estudios de la Asociación
para la Defensa de la Sanidad Pública (ADSP) de Salamanca**

*El Grupo de Estudios de la Asociación para la Defensa
de la Sanidad Pública (ADSP) de Salamanca está integrado por*

M^a Concepción Ledesma
Ildefonso Esteban
M^a Teresa Muñoz
José Manuel Iglesias
Antonio Julián
M^a Victoria Salvador
Pablo de Unamuno
Aurelio Fuertes
Clara Argüello
Miguel Barrueco
Jesús Bartol
M^a Jesús Bringas
Patricia Carreño
M^a Teresa Collado
Maximiliano Diego
José Luis Garavís
Miguel González
M^a Teresa Jimeno
Concepción Moreno
Emilio Ramos

Este libro ha sido coordinado por

Aurelio Fuertes Martín
M^a Concepción Ledesma Martín
Ildefonso Esteban Fonseca
José Manuel Iglesias
Antonio Julián Martín
M^a Victoria Salvador
Pablo de Unamuno
M^a Teresa Muñoz

Colabora

Caja España–Caja Duero

Parte de la iconografía tiene como base la prensa local de Salamanca

Índice

Capítulo I	
EL CAMBIO SANITARIO NECESARIO (1982-1986)	15
La sanidad en el franquismo	
La transición y la Constitución Española. Por fin Ministerio de Sanidad	
El debate sobre el cambio sanitario. Nace la FADSP	
El Real Decreto 137/84 sobre Estructuras Básicas de Salud	
Los primeros años de la Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León	
Los primeros Centros de Salud en Salamanca	
La huelga de 1983. El desembarco de las Gerencias	
La FADSP ante las incompatibilidades	
Capítulo II	
LA LEY GENERAL DE SANIDAD (1986-1993)	57
Una lectura crítica de la Ley General de Sanidad (LGS) 1986	
El lento caminar de la Ley. Consideraciones actuales acerca de la LGS	
La primera piedra en el camino: "El informe Abril" 1991	
La Sanidad en Salamanca	
Jornadas de la FADSP en Salamanca sobre Formación en Ciencias de la Salud	
Capítulo III	
LA EMBESTIDA PRIVATIZADORA. LOS CRITERIOS DE MERCADO	
ENTRAN EN LA SANIDAD. 1993-1998	81
La ley de ordenación del sistema sanitario en Castilla León. 1993	
Nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud	

El Plan Estratégico del Insalud
Nacen las plataformas ciudadanas para la defensa de la Sanidad Pública

Capítulo IV

LAS TRANSFERENCIAS SANITARIAS A CASTILLA Y LEÓN (1999-2003)..... 123

El debate de las transferencias
Transferencias sanitarias a Castilla y León (enero-2002)
Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias y Estatuto Marco (2003)
La crisis de la Atención Primaria. La plataforma 10 minutos

Capítulo V

LA GLOBALIZACIÓN DE LA SALUD (2003-2011)..... 153

La Iniciativa de financiación Privada (PFI)
Las nuevas tecnologías y el sistema sanitario
La Ley de dependencia
La Carrera Profesional
El Plan Director del Hospital Universitario de Salamanca

UN PUNTO Y APARTE 189

Temas sociales a los que no hemos estado ajenos
Un recuerdo para algunas pequeñas grandes cosas que han sido importantes
en la ADSP de Salamanca

MIRANDO AL FUTURO 197

La sanidad en un mundo globalizado y en crisis
La situación en España. La creciente privatización sanitaria
La situación en Castilla y León y Salamanca. Un paso por detrás
Propuestas de actuación de la ADSP de Salamanca

Prólogo

Dr. D. Jesús Málaga Guerrero

Cuando mi amigo y compañero Pablo de Unamuno me solicitó un prólogo para el libro escrito por el Grupo de Estudios de la Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública de Salamanca, acepté gustoso y agradecido. Conozco el trabajo de este colectivo y admiro su tesón en defender lo que creen justo dando, en todo momento, argumentos contundentes y claros, sin andarse con rodeos.

En el texto dan a conocer treinta años de aportaciones al progreso sanitario, contribuciones con las que este activo e infatigable grupo de hombres y mujeres del mundo de la sanidad ha ayudado a la mejora de los servicios sanitarios de España, en general, y de la provincia de Salamanca, en particular. Pablo me hizo llegar un ejemplar de la publicación que, por su interés, leí sin darme un respiro. Su estudio sosegado me ha traído a la memoria a un grupo de personas del mundo de la sanidad que, desinteresadamente, aportando su grano de arena, han logrado que España se haya transformado tan profundamente que resulta irreconocible en todos y cada uno de los aspectos de la vida cotidiana que analicemos, especialmente, en este caso, los referidos a la salud.

Entre las cosas buenas que tiene cumplir años, una es que cuando lees libros que se remontan tres décadas atrás puedes seguir el relato aportando al contenido parte de tus vivencias. Pero, si además has podido observar lo que se cuenta desde una atalaya privilegiada, al haber desempeñado el cargo de alcalde de Salamanca durante doce años, nueve de ellos en la etapa descrita por el libro, y más de siete como subdelegado del Gobierno en Salamanca, se comprenderá que la lectura se haga más interesante y atractiva. Sin darte cuenta, poco a poco, te ves envuelto en el relato.

En mi caso, médico atípico dedicado a la Foniatría, especialidad que más de una vez he tenido que explicar a algunos de mis colegas, la observación de los avances de la sanidad en España en estos treinta años supone haber pasado prácticamente de la nada al todo.

Recuerdo mis primeros pasos como médico en el hospital provincial, aquel que se había inaugurado en los años veinte del pasado siglo como ejemplo de modernidad, y que estuvo en activo como hospital universitario hasta finales de 1975. Las salas corridas, con camas a uno y otro lado de un pasillo central, donde podías realizar una traqueotomía de urgencia en el lecho del enfermo ante la mirada horrorizada de cuantos estaban ingresados alrededor, aquella distribución de estancias independientes, de hombres y de mujeres, por especialidades, o la hipotética situación de aislamiento del pabellón de infecciosos, separado por un jardín del resto del hospital, era, a pesar de todo, en los años setenta, en la universitaria Salamanca, el lugar donde se practicaba la medicina más puntera del oeste de España.

Estos y otros muchos recuerdos y sensaciones son los que he sentido y he rememorado con frescura al leer el trabajo del Grupo de Estudios de la Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública (ADSP) de Salamanca. Desde 1982 hasta 2012 los autores del libro repasan los 30 años de la sanidad en España y esos mismos treinta años de actividad ininterrumpida de la ADSP de Salamanca. Han sido tres decenios de reuniones, debates, reflexiones y publicaciones sobre la evolución sanitaria, día a día, a veces remando contra corriente, otras a favor. Enfrentándose a una parte de la sociedad que no comprendía los razonamientos empleados u oponiéndose a algunos colectivos de profesionales sanitarios que defendían sus intereses con fuerza inusitada, apoyándose en instituciones gremiales.

He vivido, en los más de 40 años transcurridos desde que terminé mi carrera, el paso de una medicina que despertaba a la ciencia a otra en la que los avances tecnológicos han logrado éxitos que ni soñando hubiéramos imaginado. En España, durante estos treinta años, los éxitos científicos se han acompañado de una universalización de la atención sanitaria que nos ha hecho entrar por la puerta grande en el Estado del Bienestar.

Según la mayoría de los expertos, la Transición Española termina cuando en 1982 llegan los socialistas al poder, después de superar varios intentos de Golpes de Estado que pudieron dar al traste

con el incipiente Estado de Derecho. Aunque el primer gobierno de Felipe González se dedicó casi en exclusiva a la consolidación de la democracia y a la reconversión de nuestro tejido industrial, es a los gobiernos del primer presidente socialista de la democracia al que le debemos los tres primeros pilares del Estado de Bienestar: la educación gratuita desde los seis hasta los dieciséis años, la sanidad universal y el derecho a recibir una pensión al llegar la edad de jubilación, si se ha cotizado lo preceptivo, a cargo de la Seguridad Social y, si ha sido insuficiente, se puede recurrir a las pensiones no contributivas aportadas por el Estado.

Hemos tenido que esperar a la primera legislatura del gobierno de José Luis Rodríguez Zapatero para conseguir el cuarto pilar del Estado del Bienestar: La ley de la Dependencia. Logro en el que ha estado implicado, de forma directa, el que fuera Ministro de Trabajo, nuestro paisano, el bejarano Jesús Caldera.

Es verdad que todavía quedan flecos para lograr el Estado de Bienestar conseguido por los países nórdicos europeos, pero en tan sólo treinta años España ha conseguido situarse cerca de los países del centro de Europa. Y, poco a poco, hemos avanzado en otros derechos que igualan a los españoles, independientemente de los recursos que tengan. La escolarización desde los tres a los seis años afecta a la totalidad de los niños comprendidos en esa franja de edad, pero todavía estamos a menos de un tercio en la escolarización gratuita en guarderías para los niños de 0 a 3 años.

En cuanto a la oferta sanitaria pública, aún permanecemos lejos de lo conseguido en los países más avanzados del mundo. Así ocurre con la atención al enfermo mental, la estomatología, la podología, la fisioterapia, la logopedia o la terapia ocupacional. Pero podemos sentirnos orgullosos, entre otras muchas cosas, de contar con la mejor pediatría del mundo, con un sistema de trasplantes de órganos ejemplar y de que los asesores del actual presidente de los Estados Unidos, a la hora de implantar una sanidad gratuita para los sectores de población más desfavorecidos, eligieran el modelo sanitario español como el mejor en cuanto a calidad/coste para su implantación en el país más poderoso del mundo.

En estos treinta años ha habido altibajos, luces y sombras, pasos adelante y algún que otro atrás. Nunca hemos estado exentos de peligros. El copago, la privatización y la limitación de los derechos

sanitarios para inmigrantes son asuntos debatidos, en estos momentos de profunda crisis económica, tanto en la calle como en los medios de comunicación social. La sanidad que queremos está muy ligada a la ideología imperante. Así, los gobiernos conservadores apuestan por la privatización. Este es el caso de las comunidades Autónomas de Madrid y Valencia en las legislaturas pasadas, y de Cataluña desde que el tripartito dio paso a un gobierno de CIU. Por el contrario, los gobiernos progresistas son partidarios de la Sanidad Pública.

Otra fórmula que divide a la opinión pública, y que se discute en la totalidad de los foros políticos y económicos, es el copago, medida injusta que trata por igual a las personas que no tienen recursos y a las que les sobra de todo. Es preferible convivir con cierto abuso de los servicios sanitarios, como somos conscientes que ocurre en la actualidad, que impedir, a través del copago, que algunas personas queden excluidas de los servicios públicos de salud. Es más justo, en el caso de recabar recursos públicos para la sanidad, acudir a la imposición progresiva, dependiendo de los medios económicos del contribuyente, que hacerlo con impuestos gravados al servicio prestado.

La demagogia vertida sobre el abuso de los servicios sanitarios por parte de inmigrantes no resiste un análisis riguroso. Está comprobado que este colectivo es uno de los que menos frecuenta los Centros de Salud y los hospitales, y el que menos gasto farmacéutico reclama del sistema. También, la experiencia ha demostrado que la medicina privada no está al nivel que ha conseguido la pública. Reiteradamente, las encuestas de opinión del Instituto Nacional de Estadística aportan las preferencias de los españoles por los servicios públicos de salud en detrimento de los privados.

Se nos intenta convencer, de manera interesada, que la sanidad privada hace desaparecer las listas de espera y que proporciona las mismas prestaciones que la pública. Privatizar con niveles de eficacia supone que el empresario ha de aportar una sanidad equiparable a la pública, y que la calidad proclamada debe someterse a protocolos contrastados. A los gastos del servicio prestado deben añadirse los beneficios empresariales y, al final, para cuadrar la cuenta de resultados, o se perjudican los enfermos, que reciben peor atención, o lo son los trabajadores sanitarios, que percibirán menores salarios y precarias condiciones de trabajo.

Los libros, como el que nos ocupa, suelen publicarse bien para esclarecer un asunto que la población científica reclama, pero también para hacer un alto en el camino y reflexionar sobre lo andado. El que tiene en las manos el lector es fruto del trabajo reflexivo de un colectivo de profesionales sanitarios que han luchado por una Sanidad Pública de calidad y que, con altibajos, han conseguido frutos evaluables. Pero lo que pocas veces se consigue es que trabajos como éste lleguen a las librerías oportunamente, en pleno debate sobre el futuro de la Sanidad Pública.

Se cuestiona la sostenibilidad del sistema de salud en España. Estamos siendo bombardeados con datos alarmantes sobre la deuda sanitaria de las Comunidades Autónomas. Para buscar luz es recomendable coger este libro, leerlo y releerlo, observar de donde venimos y reflexionar hacia donde nos encaminamos, sin dejarse influir por las opiniones mediáticas, muchas veces interesadas, y apostar nuevamente, con las reformas que se deban realizar en cada momento, por la Sanidad Pública.

Quizás debemos hacer un esfuerzo para conseguir que la población española valore los costes y evite el uso abusivo de la asistencia sanitaria que recibe. También hemos de hacer un esfuerzo con los profesionales implicados en el diagnóstico y tratamiento de los pacientes, para que sean conscientes que la medicina es ciencia a la vez que arte y que la petición de gran número de pruebas, no siempre necesarias, pueden hacer insostenible el magnífico sistema de salud que disfrutamos.

El debate que se está dando sobre el futuro de la Sanidad Pública es deseable y no debemos rehuirlo, pero ha de hacerse sin apasionamiento, poniendo sobre la mesa los “pros” y “contras” de cada una de las medidas que se deban tomar, y siempre teniendo presente que estamos jugando con uno de los servicios esenciales, un derecho sagrado para el hombre, hombre que debe tener garantizado ese derecho a la salud desde la concepción hasta su muerte, durante todo su ciclo vital.

Introducción

Aunque lo dijera el tango, veinte años es un periodo de tiempo considerable y no digamos treinta años, que es el periodo de tiempo elegido para el estudio propuesto en este libro. Se trata además de un tiempo a caballo entre dos siglos, en el que han pasado muchas cosas en todo el mundo y de forma especial en nuestro país, en España. Han sido los años del gran desarrollo tecnológico, no en vano en 1981 salió a luz el primer ordenador PC personal, y de un importante cambio social, también acelerado, con vaivenes y sobresaltos, baste recordar que también en 1981 se diagnosticaron los primeros casos de Sida y que estos años han sido los años de la globalización, los cambios migratorios, el envejecimiento poblacional, la caída de las Torres Gemelas y por fin la gran crisis económica mundial. En España, en estos años hemos estrenado y desarrollado un nuevo periodo democrático y el estado de las autonomías.

Y es necesario recordar estos acontecimientos para poder centrar los cambios y los problemas que ha habido en el mundo sanitario en España y de forma preferente en Castilla y León y en nuestra provincia. La Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública (ADSP) de Salamanca empezó su andadura, coincidiendo con el nacimiento de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (FADSP), en 1982. Desde entonces ha sido un observador, no precisamente mudo, de todos los avatares que se han producido en el mundo sanitario. La ADSP ha sido un grupo de opinión, de reflexión y de presión, con un marcado carácter progresista, que ha intervenido en todos los cambios producidos en la sanidad española, autonómica y salmantina.

Es por ello que el Grupo de Estudios de la ADSP ha decidido aportar en este momento, su experiencia de estos 30 años, los cambios que en este tiempo se han producido y la participación en los mismos de nuestra Asociación. Pensamos que con ello facilitamos información, alguna difícil de obtener con otros recursos, a los estudiosos del tema y de forma preferente a las nuevas promociones de profesionales sanitarios.

Salamanca septiembre de 2011

Capítulo I

El cambio sanitario necesario

1982-1986

- La sanidad en el franquismo
- La transición y la Constitución Española. Por fin Ministerio de Sanidad
- El debate sobre el cambio sanitario. Nace la FADSP
- El Real Decreto 137/84 sobre Estructuras Básicas de Salud
- Los primeros años de la Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León
- Los primeros Centros de Salud en Salamanca
- La huelga de 1983. El desembarco de las Gerencias
- La FADSP ante las incompatibilidades

LA SANIDAD EN EL FRANQUISMO

Durante el franquismo, el sistema sanitario se apoyaba en tres pilares: Las competencias de Salud Pública y planificación que dependía del Ministerio de Gobernación o del Interior a través de la Dirección General de Sanidad; las competencias asistenciales que eran gestionadas por el Ministerio de Trabajo, a través de un organismo autónomo, El Instituto Nacional de Previsión, (después Insalud) y finalmente, otras competencias como la llamada lucha contra la tuberculosis y otras enfermedades infecciosas se vehiculaban a través de una administración dispersa pero dependiendo del Ministerio del Interior.

Este organigrama es muy ilustrativo de con que mentalidad e ideología abordó el franquismo el cuidado de la salud de los españoles.

Como se ve, la sanidad se orientaba a asistir a los trabajadores enfermos y la salud poblacional, era cuestión de orden público. Por supuesto no existía un Ministerio de Sanidad que no se creó hasta la llegada de la Democracia en 1977. Aunque tuvo un antecedente: En noviembre de 1936, con España en guerra, se creó el Ministerio de Sanidad; por primera vez en España y en Europa una mujer ocupó un ministerio, fue la anarquista Federica Montseny. Durante el breve período que duró, (menos de 6 meses) proyectó cosas como comedores para embarazadas, profesiones específicas para discapacitados, lugares de acogida para niños etc. Además, promovió la primera legislación sobre el aborto, aunque no salió adelante. Tuvieron que pasar más de 40 años para que, ya en la democracia, se planteara la salud como un derecho ciudadano y se creara de nuevo el Ministerio de Sanidad para gestionar ese derecho.

Durante la II República (1931-1939) floreció en España un nutrido grupo de médicos, después conocidos como “salubristas”, muy preocupados por los aspectos organizativos y epidemiológicos de la Sanidad Pública. Muchos de ellos tuvieron que emigrar, y contribuyeron a la prosperidad de las “escuelas” de salud pública de varios países sudamericanos. Otros se quedaron y plasmaron su influencia en la Ley de Bases de Sanidad, de 1944 (la primera era de Isabel II en 1855). Esta Ley de 1944 define un marco difuso de un Sistema Nacional de Salud; con las me-

didias gubernativas propias para garantizar la salud colectiva, fundamentalmente enfermedades transmisibles, y redefine una red asistencial basada en la Atención Primaria, que, con el concurso de los Ayuntamientos y Diputaciones, puede llegar a las personas que no tengan recursos para costearse otro tipo de asistencia sanitaria (después se llamaría “beneficencia”).

En 1942 se había creado el SOE, Seguro Obligatorio de Enfermedad, para garantizar a los obreros asistencia sanitaria en caso de enfermedad. Heredero y continuador del INP, Instituto Nacional de Previsión, de principios de siglo, que aglutinaba múltiples organizaciones gremiales; En 1963 se transformará en la Seguridad Social, porque la industrialización que ocurre tras la II Guerra Mundial y los masivos movimientos migratorios que acarrea un rápido crecimiento urbano, dejaron obsoletas todas las previsiones. La Seguridad Social, financiada con las cuotas de obreros y patrones, tenía superávit en la época del “desarrollismo”, lo que permitió el asentamiento de una macroestructura y el florecimiento de las dos grandes instituciones del modelo: los Ambulatorios y los Hospitales de la Seguridad Social (con nombre de la Virgen local). Este modelo, exclusivamente asistencial y fundamentalmente asimétrico acabará convirtiéndose en el eje del modelo sanitario español durante el franquismo. Y con una gran proyección de futuro, porque su influencia aun es patente (como si las cosas se hubieran dejado bien atadas).

Los aspectos asimétricos del modelo sanitario en el franquismo que más influencia han tenido y siguen teniendo son:

- El marcado, casi exclusivo, carácter asistencial, con un valor basado en el individuo, en contraposición a la Ley de Bases, de carácter público, general y preventivo. A día de hoy se hace difícil conceptualizar la sanidad integral; la participación comunitaria, aunque está regulada, brilla por su ausencia; incluido el peso de las Entidades Locales (Ayuntamientos y Diputaciones, cuya participación se limita a financiar los espacios arquitectónicos, sin capacidad para influir en el contenido funcional).

Un triste ejemplo de esa realidad franquista fue la epidemia de polio en España entre 1954 y 1964 donde a pesar de existir ya una vacuna eficaz, no se extendió la vacunación, debido

a luchas de poder dentro del franquismo y al abandono de los aspectos preventivos causándose un daño, que habría podido ser evitado y del que nadie se hizo nunca responsable.

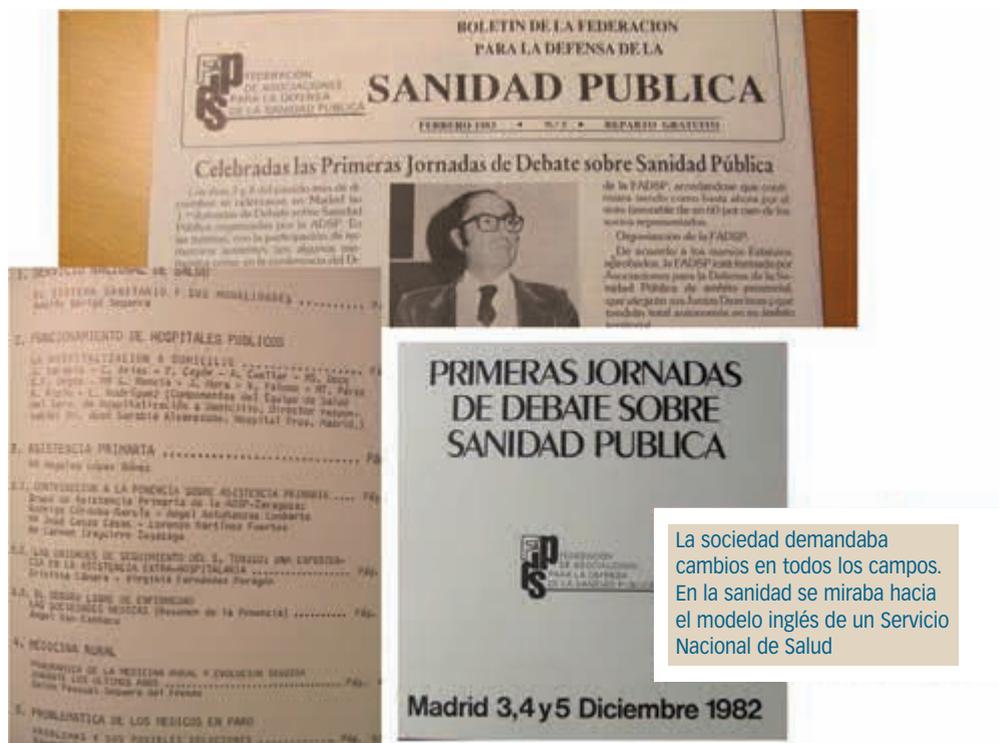
- La diferenciación entre obreros y autónomos y la lenta acogida a los trabajadores agrícolas, que ni eran autónomos ni braceros a tiempo completo.
- La asimetría en la oferta de servicios entre el medio rural y urbano; y el incremento de coste para los rurales, todavía en vigor
- La financiación asimétrica. Fácil en época de bonanza. Pero las sucesivas crisis y la ineficiente gestión de los recursos, junto con la presión ciudadana, acabarían llevando a la financiación pública del sistema sanitario, ya avanzada la transición.

Todo ello define un modelo ideológico en el que el derecho a la salud no existe, un modelo propio de los regímenes dictatoriales, en el que prima la disposición de fuerza de trabajo, o mano de obra, disponible, y que genera desigualdades e injusticias en la atención sanitaria y poca eficacia en la administración de los recursos (esta realidad no siempre se percibe así por la ciudadanía, ya que a partir de cierto momento coincide un auge económico y tecnológico, que llega también a la asistencia sanitaria, y por razones diversas, aumentó la esperanza de vida)

LA TRANSICIÓN Y LA CONSTITUCIÓN ESPAÑOLA. POR FIN MINISTERIO DE SANIDAD

Conocemos como transición la época que transcurre entre el fin del franquismo y el inicio o la consolidación de la democracia; límites poco precisos. A nuestros efectos entre 1975 y 1982, más o menos. En algunos espacios judiciales no creen que el franquismo haya acabado.

Fue una época vertiginosa, aunque cuando la vivíamos en presente nos parecía eterna; es posible que hubiera más cambios conceptuales que estructurales, de ahí nuestro desasosiego de jóvenes ante lo inmediato.



La muerte de Franco; la coronación del Rey; Arias Navarro; la Platajunta; la amnistía; la Legislatura constituyente de Adolfo Suárez; los muertos de Vitoria y de Montejuorra, cuando la calle era de Fraga y nosotros nos encerrábamos en el Juan del Encina, la matanza de Atocha; la Constitución; la primera legislatura democrática de Adolfo Suárez, seguida por la de Calvo Sotelo; el intento de golpe de estado; el proceso autonómico; las elecciones ganadas por el partido socialista; la entrada en la OTAN.

En el mundillo sanitario las cosas también se movían; más despacio, porque no estaba entre los grandes temas como la Democracia, el Ejército, las Autonomías, La Constitución... (Aprobada por el Parlamento en Octubre, refrendada el 6 de dic 1978).



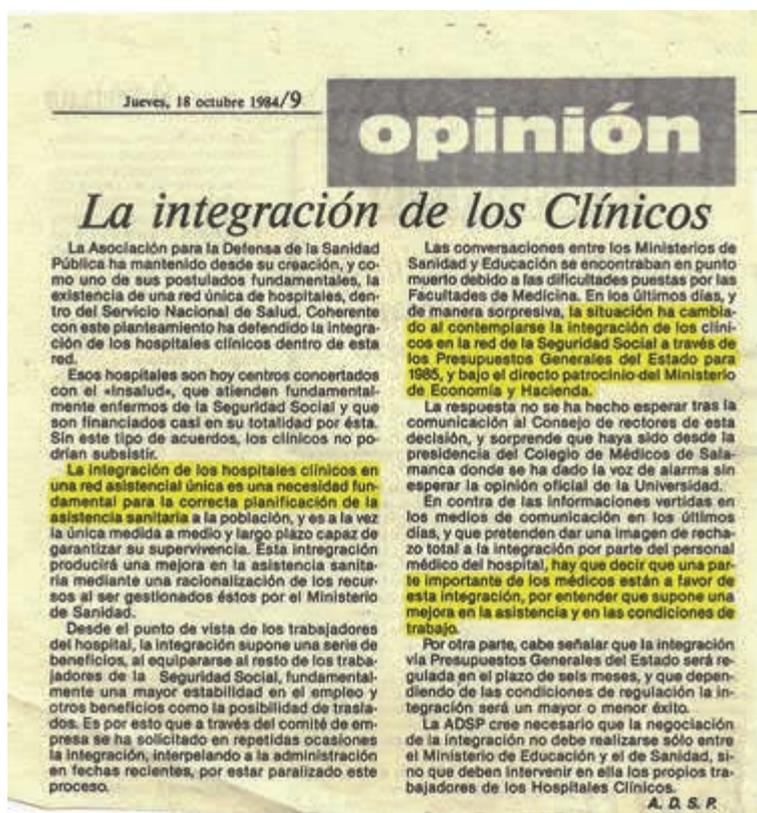
Es en ella donde se recoge el primer gran cambio conceptual que ya estaba en el ambiente: el artículo 43 establece el derecho a la protección de la salud.

Da competencias a los poderes públicos, al Estado, para organizar y tutelar un sistema de salud que alcance a todos y contemple tanto la prevención, como la prestación de servicios sanitarios. Ya en el verano de 1977, en la legislatura constituyente predemocrática de Adolfo Suárez, se había vuelto a activar el Ministerio de Sanidad, como Ministerio de Sanidad y Seguridad Social, y Enrique Sánchez de León

fue el que continuó la lista iniciada por Federica Montseny. Entre julio del 77 y abril del 79 este ministerio trabajó sin llamar la atención; de él nos queda la creación del Insalud como transformación del antiguo INP, reorganizando las prestaciones sanitarias públicas; y la asistencia a la Conferencia de Alma Ata en septiembre de 1978; con presencia destacada en la mesa y firma de la Declaración. En diciembre de ese mismo año se publicó en el BOE la creación de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, que era el primer paso hacia la reforma de la Atención Primaria de Salud. Tanto la justificación de este decreto como la propia Declaración de Alma Ata pueden seguirse leyendo con deleite.

El lema de esta Conferencia "Salud para todos en el año 2000" fue asumido por la FADSP que titula su publicación como "Salud 2000" y por nuestra ADSP de Salamanca, que llama a sus colaboraciones periodísticas "Saludos mil". Más adelante se hablará de la buena o mala ventura del contenido de este lema al que tan singularmente está adherida nuestra asociación.

Ya en la primera legislatura democrática le sucedió Juan Rovira Tarazona, de quien sólo recordamos que reguló por primera vez en España la donación para el trasplante de órganos,



que acabaría siendo exitosa y trató de imponer una mejor gesti3n econ3mica en el Insalud cuyos resultados son dudosos o no est3n suficientemente evaluados; o si, pero con resultados dispares.

Hasta el 82 hubo otros 3 ministros, Oliart, Sancho Rof y N3ñez P3rez; de uno de ellos recordamos que cuando la intoxicaci3n por aceite de colza adulterado trató de explicar la situaci3n diciendo que se trataba de un bichito que si se ca3a de la mesa se mataba. De los dem3s casi nada.

Visto en retrospectiva podemos caer en el t3pico de que los tiempos pasados eran mejores; fue 3poca de mudanzas; con sus altibajos.

En el terreno sanitario a Salamanca le fue bastante bien; lo cual no es contrario a que le pod3a haber ido mejor; eso lo sabemos ahora.

Fue la 3poca de la apertura del Hospital Cl3nico Universitario; todo un acontecimiento, aunque entonces no sab3amos que era un proyecto ya rechazado en Alemania por obsoleto; eso llevamos a3os sufriendolo.

De entonces arranca otra singularidad en nuestra sanidad local: las relaciones entre la Universidad y la asistencia sanitaria. No puede ser casualidad que durante mucho tiempo los rectores fueran m3dicos. El Hospital Cl3nico era una casa con dos due3os: la Universidad gastaba y el Insalud pagaba. Florecen las incompatibilidades sin nadie que las frene y acaba por crearse un

subsistema de supraespecialidades, en el que predomina la ley del más fuerte, al margen de los más elementales criterios de planificación.

EL DEBATE SOBRE EL CAMBIO SANITARIO. NACE LA FEDERACIÓN DE ASOCIACIONES PARA LA DEFENSA DE LA SANIDAD PÚBLICA (FADSP)

Los días 3, 4 y 5 de diciembre de 1982 se celebraron en Madrid las Primeras Jornadas de Debate sobre Sanidad Pública, organizadas por la Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública de Madrid, que llevaba funcionando aproximadamente desde hacía un año. Al término de las mismas se decidió aglutinar a todas las Asociaciones ya existentes en el territorio español en una Federación, con carácter privado y ámbito estatal, al amparo del artículo 22 de la Constitución Española y de la Ley de Asociaciones 191/64 de 24 de diciembre.

La Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública de Salamanca se había fundado solo unos días antes, en una asamblea celebrada el viernes día 19 de noviembre. Según consta en un artículo publicado en el periódico El



Adelanto por el primer vicepresidente de la misma, el Dr. Agustín Velasco, entre los reunidos había “médicos del área rural, del Hospital Clínico Universitario, de la Residencia Sanitaria Nuestra Señora de la Vega, del Ambulatorio y del Sanatorio Antituberculoso de los Montalvos”. Esta era entonces la caótica realidad sanitaria de nuestra provincia.

A nivel nacional las cosas no eran diferentes, en palabras de Gerardo Hernández Les, primer Secretario General de la FADSP, el nacimiento de ésta se justificaba especialmente por “el deterioro de la asistencia sanitaria que padece nuestro país, innegable en el sector hospitalario y de cotas de ineficacia difícilmente superables en el ámbito de la medicina primaria o ambulatoria”.

Hacia ya siete años de la muerte de Franco y los sucesivos gobiernos de UCD, no habían tenido nunca como prioridad la Sanidad, a pesar de que desde el primer momento se creó un Ministerio, por el cual pasaron hasta 5 ministros. Con todo, no existía en aquel momento un proyecto de salida a la situación sanitaria, cuáles debían ser las reformas a emprender y cómo podrían desarrollarse. El debate técnico estaba planteado entre los proyectos inspirados en el NHS inglés (Servicio Nacional de Salud) y los que propugnaban una liberalización del trabajo de los profesionales sanitarios.



Un acontecimiento inesperado vino a enrarecer el ambiente y fue el escándalo de la intoxicación masiva por colza manipulada, sutilmente denominado “síndrome tóxico”, que fue una de las causas más evidentes del deterioro del Gobierno de UCD y un hecho decisivo en la victoria del PSOE, con Felipe González a la cabeza, en las elecciones de Octubre de 1982.

Había descontento entre la población por el funcionamiento de la medicina de la Seguridad

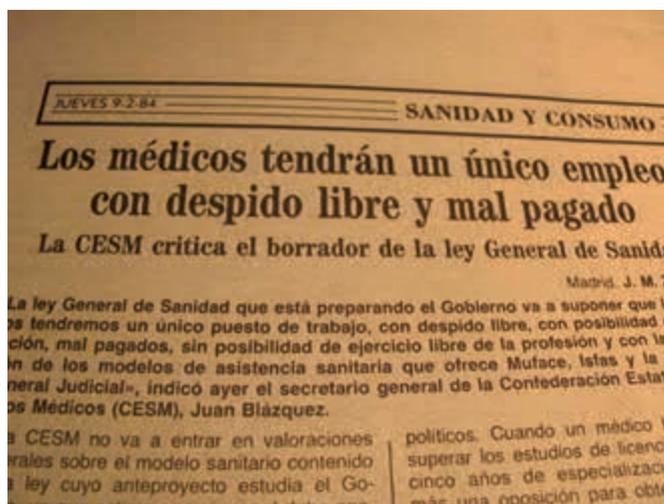
Social y un progresivo deterioro del prestigio de los médicos y existía entre estos profesionales un amplio sector que propugnaba una reforma sanitaria basada en un sistema público fuerte.

El cambio político que suponía el nuevo gobierno de izquierdas era un mensaje de optimismo, pero había una conciencia clara de que si no se apoyaba una salida en esa dirección las fuerzas conservadoras, que pretendían una reforma basada en una mayor liberalización de la medicina, volverían a triunfar.

Eran los sectores médicos más reaccionarios, representados de forma fundamental por el Consejo Oficial de Colegios Médicos, hasta tal punto era así que las Jornadas origen de la FADSP tuvieron que celebrarse en el Hospital Provincial de Madrid porque hubo una negativa del Colegio de Médicos a que se celebrasen en sus locales y así lo señaló el Dr. Pedro Zarco, primer presidente de la FADSP, en la clausura de las mismas, en las que además contrastaba la posición de los Colegios de Médicos españoles, de corta historia, herederos y potenciadores de la medicina liberal, con los Colegios anglosajones, que ya eran realidad en el S. XVI y que habían colaborado de forma decisiva en la implantación de la Seguridad Social inglesa.

El Programa de la FADSP de 1982 se abría con el concepto de Salud que enunciaba la OMS y propugnaba que la protección a la misma era un derecho de todos los ciudadanos, que el Estado tiene que proteger. Basaba la crisis del sistema sanitario español en dos puntos básicos: el concepto deformado y estrecho de la Salud y la Sanidad, que conduce a la medicalización de la vida de los ciudadanos, y una total ausencia de criterios de planificación sanitaria con

Otros sectores de la profesión mantenían una posición contraria a la reforma sanitaria



una caótica utilización de los recursos disponibles. La FADSP se proponía crear un estado de opinión entre los profesionales sanitarios y entre la población en general que condujera a la idea de que un Sistema Público Integrado de Salud, bien administrado, daría respuesta global a los problemas de salud de la ciudadanía.

No era el objetivo elaborar y defender un programa sanitario concreto y desarrollado, que era responsabilidad de las fuerzas políticas, sino establecer criterios básicos para la consecución de un Servicio Nacional de Salud y esta apuesta se concretaba además en una premisa novedosa: la Asistencia Primaria debía ser el núcleo fundamental del sistema, universalmente accesible a la comunidad y con su participación. Se avanzaba que el desarrollo de esta Asistencia Primaria se llevaría a cabo en los Centros de Salud Comunitarios, constituidos por equipos de salud multidisciplinarios. Estos Centros estarían integrados en el sistema sanitario en conexión con los Centros Hospitalarios, que dejarían de ser la base asistencial del país para asumir la asistencia más tecnificada y especializada, colaborando en la formación de los médicos desde el pregrado a la formación continua.

La FADSP nacía como una agrupación independiente de médicos, que no se sentían representados por los sindicatos y mucho menos por los colegios profesionales, que veían la necesidad de organizarse para defender las ideas expuestas ante la opinión pública, el resto de profesionales y la propia Administración.

Desde el primer momento se constató una contradicción en las bases organizativas de la FADSP, el capítulo VI de los Estatutos mencionaba que podían ingresar en la Federación los médicos o profesionales sanitarios de titulación superior. Este enunciado daría lugar a un profundo debate interno: se había constituido una asociación exclusiva de médicos que tenía entre sus planteamientos claves la defensa de la participación de la comunidad en la salud y su implicación en el sistema sanitario. Los que defendían esta situación alegaban que solamente una organización fuerte de médicos podía hacer frente y en el mismo terreno al enorme potencial que representaban los Colegios de Médicos. El planteamiento de una asociación solo para médicos echó para atrás en un primer momento, a muchos profesionales con un ideario semejante al

Capítulo I. El cambio sanitario necesario



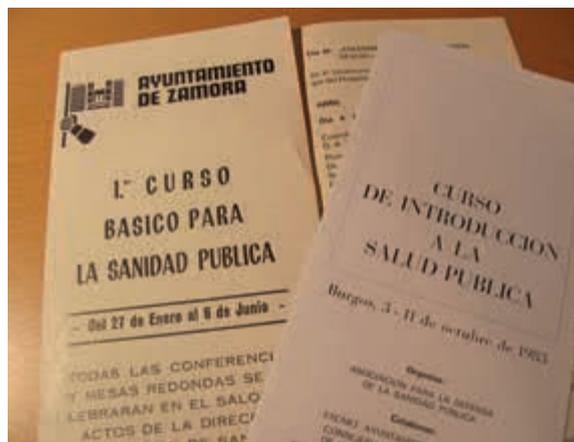
El año 83 publicamos una página semanal con temas de política sanitaria, educación sanitaria y salud pública



En el año 83, en la ADSP estudiábamos y debatíamos los borradores de anteproyectos de la Ley General de Sanidad que aún tardaría varios años en promulgarse



Estaba sobre la mesa una Ley de Colegios Profesionales. La FADSP presentó un proyecto de Ley. Nuestra postura fue y es crítica con una institución desfasada, que se erige en representante y voz única de una profesión que tiene muchas voces. La colegiación todavía sigue siendo obligatoria



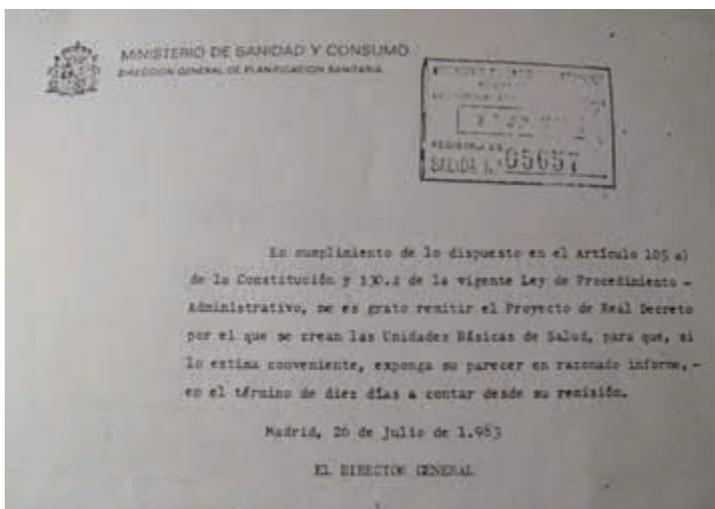
La organización y participación en cursos y jornadas eran constantes y necesarios para entender y discutir el modelo sanitario que se estaba construyendo

que propugnaban los fundadores de la Federación. La posición expresada en los Estatutos fue muy pronto minoritaria y al cabo de unos meses la FADSP se había convertido en una asociación abierta, en la que tenían y tienen cabida todos los profesionales sanitarios y también todos los ciudadanos que asuman sus principios.

EL REAL DECRETO 137/84 SOBRE ESTRUCTURAS BÁSICAS DE SALUD

El Partido Socialista había ganado las elecciones generales a finales de 1982. Uno de los temas candentes había sido el escándalo de la colza, suavizado como Síndrome Tóxico, con cuyo debate la opinión pública fue algo más consciente de las carencias del sistema sanitario. Asunto

estrella en la campaña electoral. Tras el amplio apoyo electoral todo el mundo pensaba en una gran transformación del sistema sanitario; incluso los sectores más conservadores estaban casi resignados a que fuera así. Pero el nuevo Gobierno tenía muchas prioridades y el asunto sanitario estaba muy al final en la parrilla de salida. Una vez asentado el nuevo equipo ministerial de Sanidad, durante el año 83 se fueron perfilando los asuntos que se plasmarían en la nueva Ley General de Sanidad; y valorando los plazos de su salida a papeleta. Y se decidió que el cambio en el modelo de Atención Primaria de Salud era preferente y tenía que salir de forma aislada, aunque posteriormente quedaría integrado en la LGS.



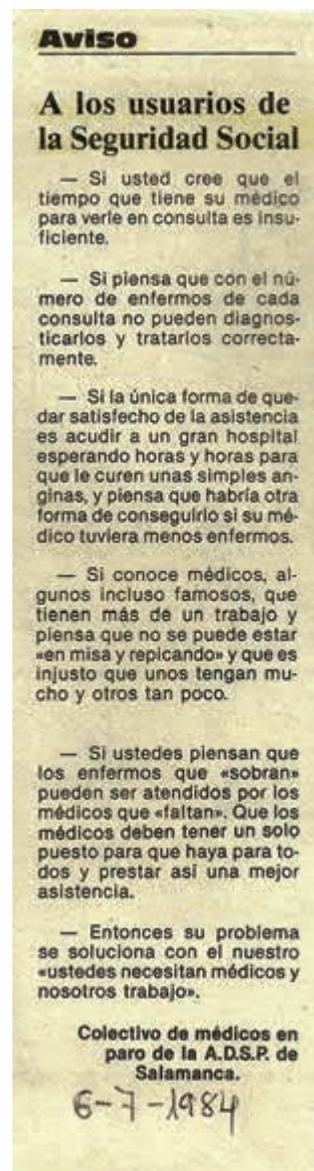
La ADSP en todas las provincias y también en Salamanca participó activamente en la elaboración de la legislación sanitaria aportando una perspectiva social y progresista. Apoyó de forma decidida una sanidad cuyo pilar fundamental fuera la Atención Primaria. El RD de estructuras básicas de salud, finalmente aprobado en el 84, ha sido el cambio más notable en la sanidad española.

La ADSP participó activamente en este debate. Así queda reflejado en las Primeras Jornadas organizadas en Madrid en diciembre de 1982 y en las Segundas, en Cádiz en Diciembre de 1983. Fue un asunto tratado en la reunión mantenida con el ministro Lluch en 1983. Y un tema recurrente en nuestra publicación interna, y en los artículos de prensa que semanalmente publicábamos en El Adelanto.

Hasta que por fin fue publicado el R.D. 137/84 el 1 de febrero de 1984. En el preámbulo y justificación se le considera como una avanzadilla de la futura LGS; y se le otorga la función de superar la tradicional separación entre las actividades de sanidad preventiva y las asistenciales. Y también se considera la dificultad de su desarrollo, porque va a ser una de las primeras grandes actividades a desarrollar por las comunidades autónomas, sin estar completamente transferidas todas las competencias, lo que puede dificultar el desarrollo de "la mencionada concepción integral de los servicios sanitarios" que "... tiene que ser, por fuerza, un proceso lento,...". En ambas cosas acabó teniendo razón.

El decreto en sí define las Zonas Básicas de Salud, con sus aspectos geográficos y demográficos/poblacionales; crea y define el Centro de Salud, y la composición y funciones del Equipo de Atención Primaria, con la primera mención a la libre elección de médico dentro de la zona; crea la figura del Coordinador Médico; y define la jornada laboral, de 40 horas semanales, creando las guardias como "asistencia de urgencias centralizada en el Centro de Salud todos los días de la semana". (No había bases legales para el descanso diario y semanal, sobre todo en el medio rural)

En este decreto no se citan para nada los conceptos de Área Sanitaria ni Consejo de Salud, como exponente de participación comunitaria;

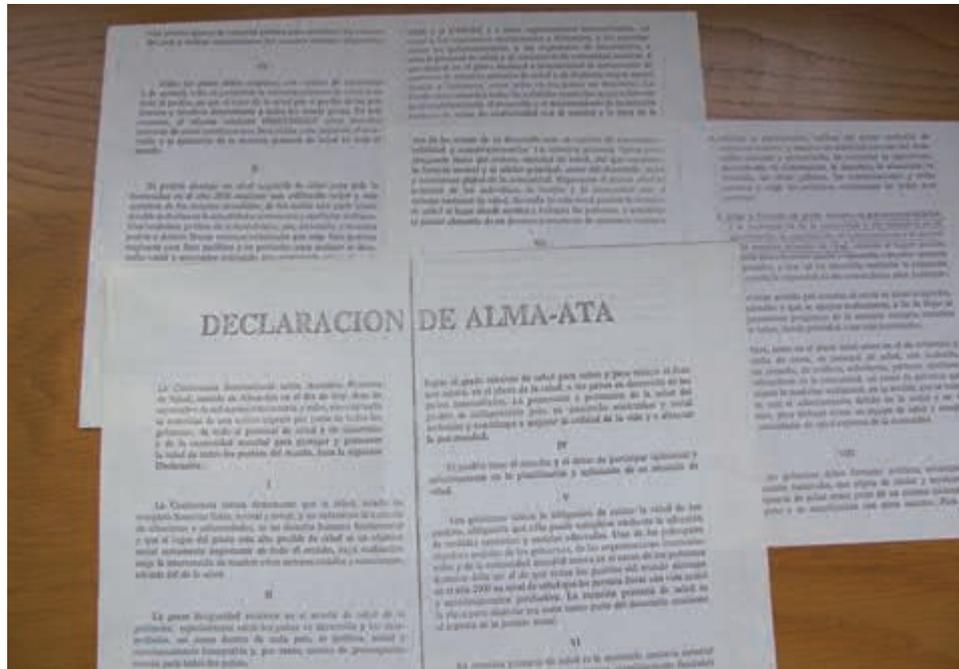


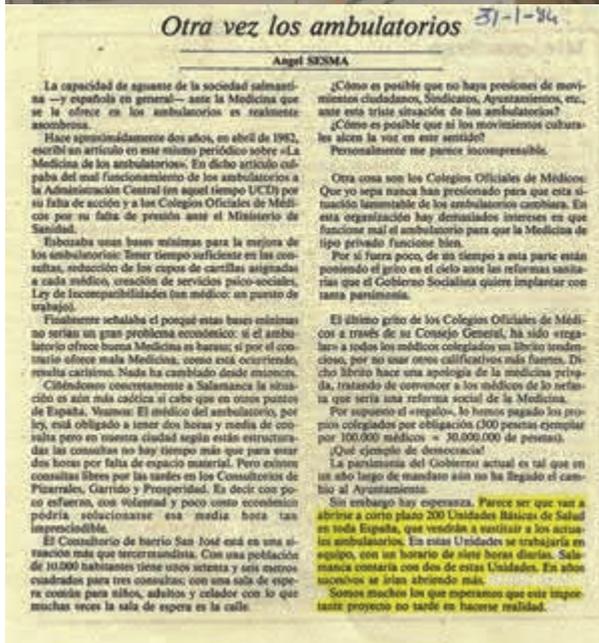
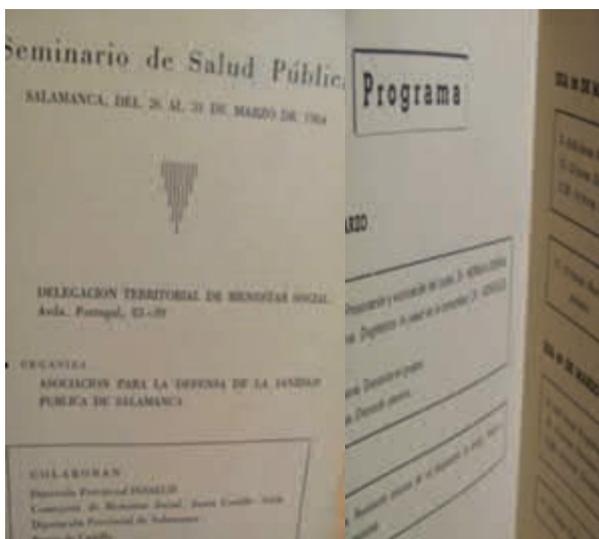
cuando salió ya se estaba debatiendo el borrador del anteproyecto de la LGS, y en él si se contemplaban estos dos conceptos. Todos teníamos asumido que el Decreto era una avanzadilla. Nuestro Boletín de marzo de 1984, redactado en febrero, o antes, ya publica nuestra primera valoración global del anteproyecto de LGS. Y, por cierto, aboga por el Consejo de Salud de Área, único, ya que se planteaba fragmentado.

Este RD quizás no era perfecto, pero fue la primera norma legal que anunciaba un cambio efectivo en la sanidad; y fue el cauce que se aprovechó para liberar la presión generada con las reivindicaciones sobre Sanidad Pública. Y así actuó de parapeto antes de la salida de la LGS.

Puede compararse con una obra de arte: causa impresión; guste o no guste, atrae; el observador se transforma en activo; incita a actuar y predispone a dar lo mejor de uno mismo. Muchos de los que vivimos aquel momento aún conservamos esa impresión, algo oscurecida por la pátina del tiempo.

El RD 137/84 fue realmente el motor de arranque de todo el proceso de reforma sanitaria. Visto en perspectiva es como aquellos viejos motores: hacían mucho ruido, pero se desplazaban despacio.





En Salamanca en marzo de 1984 organizamos la Semana de la Sanidad Pública.

El curso fue dirigido por el Dr. Hernán Durán. Se trabajó sobre Diagnóstico de Salud, Atención Primaria, funcionamiento del Centro de Salud, trabajo en equipo, programación, evaluación sanitaria y participación de la comunidad.

Estos temas, eje de la Atención Primaria, base de la reforma que iba a tener lugar, eran entonces, tan desconocidos, tan nuevos, tan ilusionantes...

En enero nuestro compañero Sesma describía en un artículo la insoportable situación de los ambulatorios; en su último párrafo decía:

“ Sin embargo, hay esperanza. Parece que van abrirse 200 Unidades Básicas y Salamanca contará con dos. En ellas, se trabajará en equipo, con horarios de 7 horas diarias. Somos muchos los que esperamos este importante cambio.”

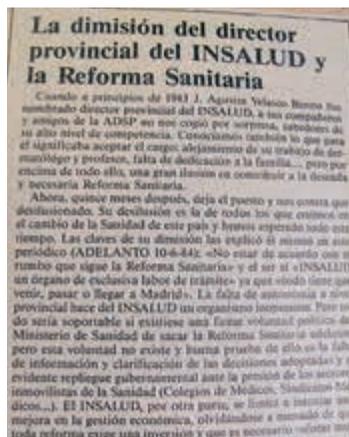
LOS PRIMEROS AÑOS DE LA CONSEJERÍA DE SANIDAD Y BIENESTAR SOCIAL DE LA JUNTA DE CASTILLA Y LEÓN

Quizás debiéramos retrotraernos a tiempos muy pasados para recordar que en España la atención sanitaria ha dado un salto cualitativo y cuantitativo formidable en poco más de cincuenta años. Deberíamos recordar que en 1955, por ejemplo, se empieza a recibir ayuda de los Estados Unidos y que muchos de los que por entonces acudían a las escuelas públicas veían reforzada su alimentación con leche en polvo y queso procedente de ese país. Que en 1960 nos convertimos en receptores de ayuda del Banco Mundial con el que se firma el último préstamo en 1977 y no es hasta 1983 cuando se solicita salir definitivamente de la lista de los países receptores del Comité de Ayuda al Desarrollo de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico. Tiene trascendencia este recordatorio porque con parte de los fondos recibidos se construyeron consultorios y casas de médicos en muchos lugares del territorio español, aunque los que aterrizaron en la gestión sanitaria después de las primeras elecciones autonómicas (mayo de 1983) se encontraron con un muy desigual aprovechamiento de esos fondos y una irregular y deteriorada infraestructura de consultas rurales en cada provincia .

Hay que recordar que pocos cambios se habían producido en la Sanidad Pública durante el periodo preautonómico del Consejo General de Castilla y León (1978); hasta tal punto fue así que las primeras competencias que se traspasaron en materia sanitaria (octubre de 1981) fueron automáticamente delegadas a las Diputaciones Provinciales, salvo las referentes a la gestión de personal. Esto se debió, en mi opinión, a la carencia de una mínima estructura de gestión de ámbito regional durante aquellos años.

En 1983 la atención sanitaria se prestaba en hospitales, ambulatorios y consultorios locales. El impresionante desarrollo ocurrido durante la década anterior en el mundo hospitalario, obra del Ministerio de Trabajo por su competencia de gestión de la seguridad social, tanto en infraestructuras y equipos como en capacidad técnica, apenas había repercutido en la atención ambulatoria especializada o general. De modo que en la atención sanitaria se había producido una brecha muy clara entre ambos niveles: los ambulatorios masificados y apenas resolutivos, los hospitales

dotados de equipos con un programa moderno (internado y residencia) de formación de especialistas y un progresivo acercamiento a los estándares de calidad internacionales. En el medio rural apenas se habían producido cambios en el modelo de atención en los últimos cuarenta años. Los médicos y practicantes titulares prestaban sus servicios en tanto funcionarios del Ministerio de Sanidad (funciones de sanidad ambiental y atención de beneficencia) con asignación de funciones asistenciales desde el Insalud (Instituto Nacional de la Salud) que era la entidad gestora creada para la atención sanitaria de los trabajadores con este derecho, que no eran todos.



Cuando el PSOE gana las elecciones en el 82 acumula tanto poder y responsabilidades que necesita muchas personas para desarrollar las políticas. En sanidad, muchos de sus cuadros salieron de la FADSP dejándola magra. Pero pronto se marcaron distancias entre quienes mantenían las ideas y tenían prisa por verlas transformadas en realidades y quienes en el ejercicio del poder parecían arrastrar demasiados retrasos, dudas y presiones

Durante la primera legislatura (1983-1987) la actividad de la Junta de Castilla y León fue fundamental: a la vez tuvo que crear y dotar sus propias estructuras administrativas y empezar a administrar el legado competencial que paulatinamente transfería el Gobierno Central. En sanidad, además, sin una Ley General que no vio la luz hasta abril de 1986. La Consejería de Bienestar Social (CBS) que asumió las competencias en materia de sanidad, atención social y consumo disponía

en sus inicios de no más de 10 despachos administrativos. Como anécdota cabe mencionar que una de sus primeras regulaciones en materia sanitaria fue una orden que actualizaba la norma sobre el sacrificio de cerdos destinados al consumo familiar (noviembre de 1983).

Los elementos clave de este periodo en materia sanitaria fueron los siguientes:

1. La elaboración de un cuerpo normativo que posibilitara los cambios en las materias progresivamente transferidas.
2. La dotación de una estructura de gestión de ámbito regional que asumiese las competencias no delegadas en las distintas direcciones provinciales.
3. La coordinación con el Insalud en tanto entidad gestora de la inmensa mayoría de las competencias asistenciales sanitarias: una coordinación dialéctica, a veces enfrentada y muchas otras acordada y constructiva.
4. La inversión en infraestructuras, equipos en el medio rural y la formación de los sanitarios locales que eran los únicos, funcionarios asistenciales con dependencia directa (aunque compartida) hasta la transferencia de la AISNA (Administración Institucional de la Sanidad Nacional) en octubre de 1985.
5. El enfrentamiento con los sindicatos y colegios profesionales médicos y, en menor medida, de enfermería ante cualquier norma tendente a producir innovaciones en la forma de prestación de servicios en Atención Primaria.
6. La ausencia de normas estatales que sustentaran los cambios que se deseaban realizar en el ámbito autonómico.
7. La escasa percepción de la población en general y de los profesionales sanitarios en particular del papel que jugaba y que debería jugar un gobierno autonómico.

Durante estos años la convicción generalizada de la necesidad de cambio en la Atención Primaria se tradujo finalmente en normas nacionales: la creación de la especialidad de medicina familiar y comunitaria cuya primera promoción MIR finalizó su formación en 1982 y la publicación del Real Decreto 137/1984 (11 de enero) del Ministerio de Sanidad y Consumo sobre Estructuras Básicas de Salud. Con estos mimbres la CBS desarrolló un importante programa regulador en muy poco tiempo. En lo que a este ámbito se refiere en 1984 se publica la primera orden sobre delimitación de Zonas Básicas de Salud (ZBS); también la primera orden que reguló la constitución de turnos de asistencia continuada en el medio rural; otra pionera referente a la formación y reciclaje en el medio hospitalario de los médicos titulares (percibiendo íntegramente sus retribuciones durante ese periodo); normas para la reestructuración de las antiguas Direcciones Provinciales de Sanidad y el decreto y órdenes de desarrollo que regularon las subvenciones a las corporaciones locales para la construcción y equipamiento de Centros de Salud y consultorios locales. Esta última regulación era extremadamente beneficiosa para los ayuntamientos puesto que únicamente se les pedía la cesión del terreno y corría a cargo de la administración autonómica todo el presupuesto de construcción y equipamiento. En 1985 se publican las primeras delimitaciones de ZBS y el decreto sobre su organización y normas de funcionamiento de los equipos de Atención Primaria ampliadas en la orden de 1986 expresamente dedicada a ello.

Del carácter fundacional de aquellos años da una idea muy significativa el hecho de que hasta enero de 1987 no se publica la orden que fija la documentación sanitaria correspondiente a centros y servicios de Atención Primaria: la historia clínica. Muchos sanitarios, los que tenían tiempo para ello, mantenían sus propios ficheros de pacientes que custodiaban individualmente, pero una historia clínica como tal, y su archivo, gestión y custodia, no había existido hasta entonces en Atención Primaria. En 1987 se expresa en forma de orden las características que debían reunir la construcción y remodelación de inmuebles destinados a Centros de Salud y consultorios locales y, finalmente en abril de ese año se somete a información pública el proyecto de decreto de delimitación territorial de ZBS para toda la Comunidad Autónoma; el Decreto se publica en febrero de 1988 con muy escasos cambios sobre el borrador inicial.



Los primeros Centros de Salud comienzan a funcionar en junio de 1985 en condiciones muy desfavorables para los profesionales, sobre todo en el medio urbano, que percibían los mismos ingresos que sus compañeros de los ambulatorios pero con una jornada de trabajo casi tres veces superior. Son ellos, los que renunciaron a su plaza cómoda pero escasamente satisfactoria del ambulatorio y optaron por el nuevo modelo asistencial los verdaderos artífices de una reforma que el tiempo y una gestión equivocada ha devastado hasta un mero remedo de lo que debió ser.

Pero fue entonces cuando se pusieron los cimientos de muchos de los elementos que ahora nos parecen elementales. Las historias clínicas y su archivo, el trabajo en equipo, el horario racional de trabajo, la mayor capacidad resolutive del médico de familia, las unidades básicas de atención por cupos definidos (médico y enfermera), la formación continua, el repertorio de servicios que deben prestarse en el nivel primario de atención, son ejemplos claros.

Prueba de su bondad es que los cambios políticos ocurridos posteriormente no han destruido el modelo de atención en su conjunto y que muchos opositores de aquellos años, a veces hirientes y con tono desabrido, devinieron, cuando asumieron funciones de gestión, en defensores de lo que con tanto denuedo habían combatido.

La Asociación luchó y consiguió que formaran parte del Consejo de Salud las asociaciones culturales, educativas y los sindicatos y no solo los sanitarios y los ayuntamientos. Así se reflejó en la legislación y así se desarrolló. Pero los Consejos de Salud nunca tuvieron carácter decisorio y su utilidad ha sido muy reducida. La participación de la comunidad es una asignatura pendiente

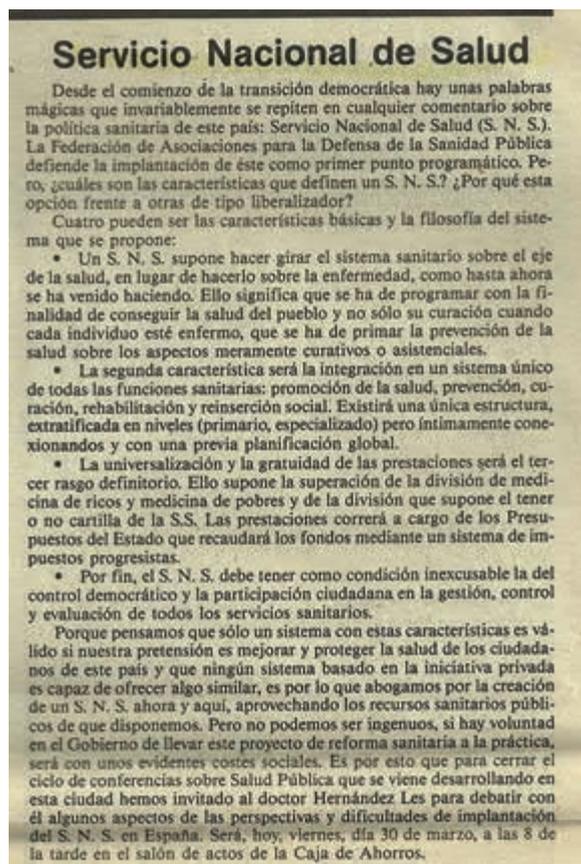
Pero ahora son nuevos tiempos y veinticinco años después hay nuevos problemas y la gestión sanitaria transferida prácticamente en su totalidad a las comunidades autónomas. Quizás sea la hora de revisar profundamente lo que ha quedado en pura forma sin contenido, aquello que en el momento actual es obsoleto, lo que debió haberse hecho y no se hizo y cuanto de ganga y lastre tiene un modelo asistencial válido en sus principios esenciales. En la biología no existe el estancamiento: lo que no mejora, degenera.

LOS PRIMEROS CENTROS DE SALUD EN SALAMANCA

Las propuestas contenidas en el RD 137/84 de Estructuras Básicas de Salud suponían un cambio de tal envergadura que política y legalmente era difícil y peligroso llevarlo a la práctica. Y más considerando que la administración autonómica, la Junta, tenía que llevar a cabo una modificación del modelo sanitario asistencial, en Atención Primaria de Salud, sin tener transferidas las principales competencias; que por entonces se llamaban Insalud.

Un equipo político profesional hubiera sido incapaz de acometer esta tarea. Pero la Junta de Castilla y León de entonces abordó el asunto con la consigna de su Presidente, Demetrio Madrid, "Es preferible equivocarse en una decisión que dejar de tomar 99 decisiones oportunas". Gasolina de gran octanaje para un motor con ganas de brincar.

(¡Como se echan de menos, ahora, esas actitudes!)

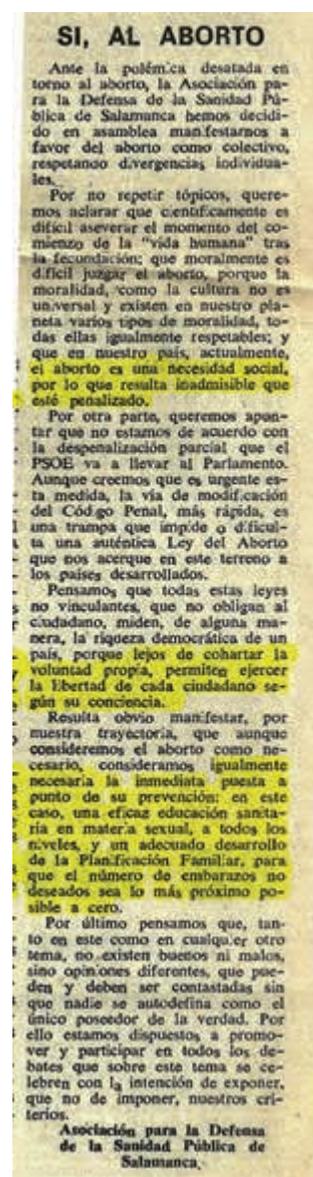


Lo primero fue elaborar el Mapa Sanitario. Crear el marco. Y las condiciones. Se partía de una situación paupérrima.

- No había cultura de colaboración intermunicipal, muchos Ayuntamientos eran partidarios de la teoría “mejor cabeza de ratón que cola de león” y se negaban a compartir servicios.
- La infraestructura material era deplorable. El estado físico y funcional de la mayoría de los consultorios locales que existían era pésimo o, simplemente, no era, no había. Los Centros de Salud no existían; había, en la provincia de Salamanca, edificios destinados a uso sanitario que nunca se habían utilizado como tal y, aún sin estrenar, estaban descuidados y vandalizados, obsoletos en la estructura y con el equipamiento maltrecho. Se pudieron poner en uso, previa remodelación, los de Alba de Tormes, Guijuelo y Linares de Riofrío, procedentes de un intento de mejora que había “dormido el sueño de los justos” y el de Aldeadávila de la Ribera, que provenía de la empresa privada, pero nunca había tenido contenido.
- Faltaba información veraz entre los profesionales sanitarios y circulaba información tergiversada y falsa suministrada desde otras instancias.

Todo cambio suscita su propio movimiento de resistencia al cambio. Si el cambio es muy importante, la resistencia puede ser feroz. Y así fue. Para neutralizarlo se hizo un gran esfuerzo informativo entre todos los estamentos potencialmente afectados.

- La población, en general, mostró una buena acogida. No tenemos recogidas opiniones en contra de ningún tipo de asociación ciudadana.



- Las autoridades locales, en general, captaron bien y pronto las ventajas del nuevo modelo y se sumaron a la iniciativa con bastante entusiasmo. La Diputación Provincial tuvo una muy destacada función a favor, y además aportó importantes recursos económicos para la remodelación o la creación de consultorios locales donde era necesario, de forma sincronizada con la Junta. Hubo varios ejemplos curiosos de municipios que se vieron sorprendidos por la concesión de una subvención para su consultorio local siendo de signo político distinto. A pesar de que habían sido informados de que se trataba de un beneficio a la población, no a sus gobernantes. Hubo una resistencia “política” inicial que se diluyó en la nada cuando vislumbraron que la cosa iba en serio. También hubo episodios puntuales de representantes municipales que batallaron contra el cambio. Muy pocos y por circunstancias muy parciales.
- Los sanitarios tuvieron un comportamiento más dispar. Fue acogida con aplausos por los que habían hecho suya la Declaración de Alma Ata y reivindicaban una Atención Primaria de buena calidad. Pero un cierto colectivo de sanitarios, médicos en particular, abanderados por el Colegio de Médicos y sustentados por sus sindicatos corporativos, opusieron una feroz resistencia al cambio, a pesar de las ventajas objetivas que ofrecía el modelo nuevo. El Colegio de Médicos llegó a montar la parafernalia de un proceso paralelo a los cargos públicos, que se resolvió en nada cuando no fueron capaces de imputar ningún cargo. Tampoco pidieron perdón tras el revuelo publicitario que organizaron. Los sindicatos corporativos pleitearon contra la integración en el nuevo modelo. Absurdo legal. Luego volvieron a pleitear, esta vez porque la integración iba despacio y se les dijo que todo tiene su tiempo. Hubiera sido gracioso que les recompensaran por no haberles concedido lo que ellos se habían negado a aceptar. A esas alturas el Colegio de Médicos y los sindicatos corporativos paseaban con las vergüenzas expuestas. Y el modelo se instauró a su pesar. Ahora lo defienden a capa y espada. Vivir para ver.

Los primeros Centros de Salud que se abrieron en Salamanca fueron muy particulares. La cosa corría prisa porque había que demostrar que no se vendían pompas de jabón. Si se hubiera esperado quizás no se hubiera empezado nunca. El Mapa Sanitario estaba hecho; aunque circunstancias adversas impidieron que se promulgara en la primera legislatura, la que lo había elaborado. La dimisión del Presidente de la Junta, de la mayoría de los Consejeros y de unos pocos

mandos intermedios y provinciales, a 6 meses vista de las elecciones amedrantó al nuevo Presidente, que decidió correr un tupido velo. Las elecciones las ganó otra opción política que promulgó el Mapa porque no le quedaba más remedio. Porque, afortunadamente, y haciendo peripecias legales, se habían publicado zonificaciones parciales y se habían puesto en marcha. Ya estaba prendida la mecha. Estas zonificaciones parciales, que se hicieron en toda la Comunidad, en Salamanca en particular fueron rechazadas con inusitada virulencia por una parte del colectivo médico ajeno, pero fueron comúnmente aceptadas por los interesados; y el tiempo acabó dándoles la razón. Bien es verdad que hubo críticas que podríamos incluir en el anecdotario.

En la llamada primera fase, hecha la zonificación de ciertas Zonas Básicas de Salud, se intentó dotar de la infraestructura mínima para arrancar en su funcionamiento a unas pocas Zonas Básicas y sus correspondientes Centros de Salud. Tarea compleja.

No fue San Juan el primer Centro que se inauguró en la Comunidad; pero debería haberlo sido; fue el segundo. Se ubicó en los bajos infrautilizados de la Delegación Provincial de Sanidad, con salida propia en la calle Valencia. Con gran disgusto y no menos rechazo de una parte del funcionariado, que, azuzado por un sindicato amarillo, interpuso todas las trabas legales que pudo porque se suprimían plazas de aparcamiento, que nunca nadie acreditó que tuviera derecho a usarlas. Aunque las usaban. Siempre fue un Centro infradotado en cuanto a condiciones físicas; poco espacio; poca luz. Fue pionero en muchas cosas; tuvo el mejor equipo de profesionales que se pueda soñar; y puso en marcha con notable éxito el trabajo por Programas de Salud. Hoy sigue siendo un referente. Muchos de sus primeros profesionales ya se han ido. Hace 25 años era un lugar adecuado para trabajar; hoy se exigen mejores condiciones para prestar un trabajo digno. El Ayuntamiento y la Junta están tardando en buscarle una ubicación más acorde con el servicio que están prestando a su población.

Otro centro de primera hora fue el de Peñaranda de Bracamonte. Tarea difícil donde las haya. El Centro inicial fue ubicado en un espacio que fue, literalmente, usurpado a unas dependencias infrautilizadas que dependían de otra Consejería, a la que se prometió compensar en las reformas; aunque se hizo, no hubo contento general; pero funcionó bien.

La Junta y la Corporación local de Peñaranda han tenido la necesaria sensibilidad para saber que aquello era una solución circunstancial y han dotado a Peñaranda de un gran Centro de Salud nuevo que funciona bastante bien y tiene dotaciones complementarias que cumplen casi todas las necesidades.

De aquella primera época quedan dos cosas en el recuerdo. La negativa de Macotera a aceptar la centralización de las urgencias en Peñaranda y el experimento de las Zonas Básicas transfronterizas. Ha pasado mucho tiempo, pero también está en el recuerdo el comportamiento ejemplar del Alcalde de Macotera, Juan Antonio, que impidió lo que parecía que iba a ser un comportamiento agresivo cuando fue a explicarse en directo y de viva voz el funcionamiento de su Zona Básica de Salud, que centralizaba las urgencias en Peñaranda, a 10 Kms en línea recta.

El experimento transfronterizo acabó mal. Peñaranda está en el límite con la provincia de Ávila. Al zonificar Ávila y Salamanca, se tuvo en cuenta esta singularidad. Pero el Insalud no estaba transferido; ahora sí, y da lo mismo porque el hecho es que se vulnera el concepto de "Área sanitaria". Esta zona transfronteriza funcionó bien; y se agotó por causas ajenas. Es posible que no se vuelva a considerar en el próximo mapa sanitario y que sí se vuelva a considerar en el siguiente. Las fronteras geográfico-provinciales son, a veces, un impedimento para elaboración del Mapa de Asistencia Primaria.

Otro centro que se abrió por entonces fue el de Alba de Tormes. Parecía el más sencillo. Próximo a Salamanca. Contaba con un espacio físico ya edificado para tal fin y en buenas condiciones; no fue muy costoso ponerlo en funcionamiento. Funcionó bien en la medida de lo posible; es cierto que su ubicación hacía que quedara a desmano de buena parte de la población. Este Centro supuso el paradigma de la negación. Algunos sanitarios, médicos, no sólo se negaron a usar medios puestos a su alcance sino que intentaron destruirlos. Era, quizás, también, un centro paradigmático en su forma particular de entender los horarios: había una enorme disparidad en carga asistencial y en horarios aparentemente aceptada por todos.

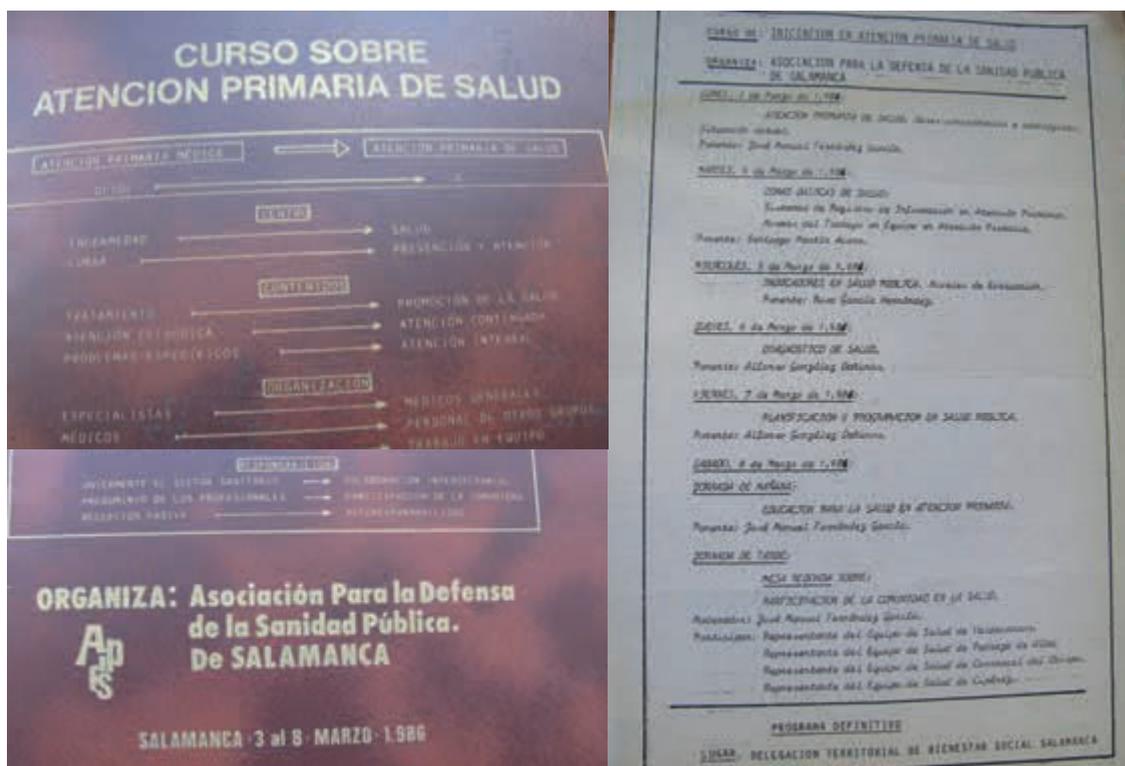
Otra singularidad estuvo aparejada a este Centro: un convenio con la Cruz Roja para el uso compartido de los recursos. En este caso, los soldados adscritos al puesto de Cruz Roja acompañaban

a los sanitarios en las salidas (el puesto de la Cruz Roja estaba en el mismo edificio, pared con pared, con el Centro de Salud). Funcionó mientras duró. Lo tumbaron los sindicatos, alegando competencia desleal; no lo controlaban; se perdió el servicio y no se creó otro nuevo. Ahora hay un Centro nuevo, tienen nueva ubicación y un funcionamiento asimilable al resto. Pero los principios fueron difíciles.

Ya en 1987 empezó a funcionar el Centro de Salud de La Alberca, el primero de nueva construcción. Ubicado en un solar que el ayuntamiento había recibido en herencia de un particular con la condición de que se dedicara a uso sanitario. Alguien con ideas de futuro.

En esta época la Asociación tuvo una gran actividad a favor de la reforma. Fueron muy exitosos los cursos de iniciación para profesionales.

Guiado por Alfonso Dañinos y organizado por José Manuel Fernández y Santiago Martín Acera. Un curso todavía recordado por una generación.

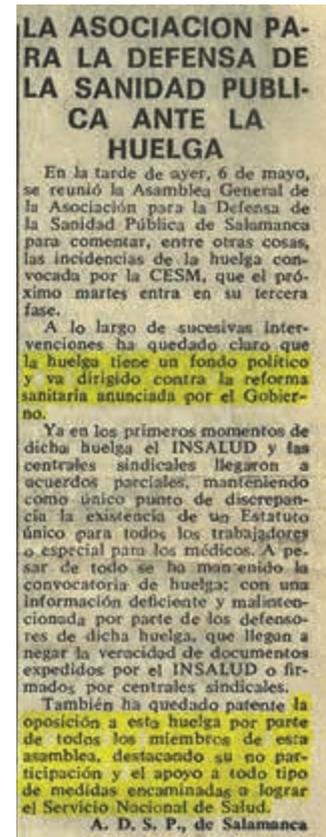


LA HUELGA DE 1983 Y EL DESEMBARCO DE LAS GERENCIAS

Huelga de 1983

Las expectativas de cambio de la sociedad española, expresadas a través de los resultados de las elecciones generales de octubre de 1982 se venían poniendo de manifiesto en las diferentes encuestas y estudios de opinión. La fundación FIES, realiza en la primavera de 1982 una encuesta en la que el 46% de los entrevistados consideraba las prestaciones sanitarias de la Seguridad

La ADSP se manifestó reiterada y decididamente en contra de una huelga porque aunque comprensible en las reivindicaciones iniciales, pronto se convirtió en herramienta de los sectores contrarios a la reforma sanitaria.



Social como «regulares», y el 26 por ciento como «francamente malas». Al preguntar más sobre el contenido, el 17 por ciento de los usuarios consideraba como «malo» o «pésimo» el trabajo humano y un 14 por ciento consideraba de la misma manera el trato profesional. Así mismo, también los propios profesionales venían expresando sus opiniones a través de encuestas donde consideraban, por ejemplo, que la asistencia prestada era insatisfactoria en los ambulatorios, o un 62 por 100 de los médicos encuestados cree que los enfermos reciben un trato en la Seguridad Social peor que en la consulta privada, sin embargo, dentro de los médicos que así piensan, sólo el 12 por 100 atribuye la causa a los propios médicos, frente a un 62 por 100 que lo asigna al sistema. También, en la encuesta que da origen al Informe sociológico sobre el cambio social en España, el 72 por 100 de los médicos se declara apolítico y una gran mayoría de los entrevistados, considera que los problemas sanitarios deben de ser resueltos por los propios médicos. En este contexto sociológico es en el que se produce la huelga convocada por la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos (CESM) y el Consejo General de Colegios Médicos (CGCM) durante dos semanas en el mes de abril, y otros dos días en la 2ª y 3ª semana de mayo. Sin embargo, es el acuerdo sindical firmado por la UGT, SGS y el Insalud, junto con la proximidad de las elecciones municipales, unida a la sensación de debilidad del Ministerio y al interés de la CESM y el CGCM de hacerse con la “representación” hegemónica de los médicos las que darán lugar a la convocatoria, como expresa el editorial de Sanidad Pública, órgano de la FADSP en su número 7. La huelga, supone un claro enfrentamiento entre los médicos que no se oponen a la huelga y quienes la secundan, llegando estos a organizar piquetes para evitar el trabajo de quienes no secundaban la huelga. El agravamiento del conflicto, lleva a una minoría a solicitar el abandono de las urgencias, o a alterar los servicios mínimos establecidos para cada Centro. Esta disociación entre huelguistas y no huelguistas, será el eje fundamental del documento “La huelga de médicos. El concepto de clase médica y la reforma sanitaria”, realizado en Salamanca durante los días del conflicto. En él se señala correctamente la causa que da origen a la huelga, “por tanto se ha roto el concepto manejado por algunos de «clase médica»; la tal clase no lo es tanto y se ha dividido en dos grupos, fundamentalmente en torno a un punto importante: la agrupación de todos los trabajadores de la sanidad en un solo estatuto, o el mantenimiento del actual estatuto para médicos por un lado y otro diferente para el resto de trabajadores. La FADSP denuncia en el mencionado editorial del nº 7 de Sanidad Pública, la actitud del Ministerio y del Insalud al firmar con

CGCM, un acuerdo sobre incompatibilidades que solo ha servido para “reforzar la postura de [Ramiro] Rivera” y que tendrá como consecuencia reducir el impacto de la ley aprobada por el Parlamento sobre Incompatibilidades. También denunciará la actitud el Insalud al ceder éste a todas las peticiones de la CESM, lo que determinará que la organización sindical vea “reforzada sus posturas”. La huelga, planteada a partir del acuerdo de UGT y SGS con todas las reivindicaciones concedidas por la Administración: subida salarial del 11 por ciento con efectos en la antigüedad, subida especial para los ayudantes de equipos quirúrgicos, pago de los atrasos de las guardias médicas y actualización de las mismas, exclusión de los médicos de la movilidad de plantilla forzosa, e incluso la desaparición del punto que hacía referencia a las comisiones mixtas entre comités de empresa y direcciones de los Centros; se centrará en una única reivindicación: impedir el Estatuto único que cercenaría las aspiraciones de la CESM de establecer «el poder profesional» en el marco de una estrategia más general, autotitulada «Unión profesional» en colaboración con otros gremios, como pilotos, inspectores de hacienda, etc. La huelga finalizará con la retirada del proyecto de Estatuto único, pero con una sensación entre los profesionales de no saber qué se ha conseguido. Así queda recogido en el documento “El fin de la huelga” en el que se apuesta por una profundización de las reformas, una explicación convincente por parte del Ministerio que “logre atraerse a un amplio sector de los profesionales” y una petición de alejamiento de «cenáculos del poder médico» para asegurar la reforma. Es evidente que para el gobierno la huelga carecía de interés político por no estar encabezada por las organizaciones



sindicales de clase. Julio Feo, asesor del Presidente, recoge en sus memorias que durante esos días la preocupación mayor del gobierno se centraba en las relaciones con Marruecos y la marcha de los trabajadores de Sagunto. Ello explica el final de la huelga y con ello, sentaría las bases de la siguiente huelga en el año 1986.

El desembarco de las gerencias

No es hasta finales de los años 70 cuando se instalan en los hospitales públicos españoles la gerencia como estructura de gestión con capacidad para incorporar las técnicas de gestión y marketing imperantes en las grandes empresas industriales y de servicios. Hasta esos años la figura del director estaba asociada generalmente a profesionales con prestigio profesional, que simultaneaban la labor asistencial con la dirección del centro, e incluso la actividad privada. La mayoría de estas personas carecían de conocimientos elementales de gestión y dirección de empresas y además solían hacer compatible ese trabajo con la medicina privada e incluso en muchos casos con la labor docente en facultades de Medicina. Junto a este director, médico en todos los casos, trabajaba un administrador que generalmente tenía una titulación media, unos conocimientos acordes con dicha titulación y un importante bagaje profesional adquirido en la experiencia diaria. La enfermería, seguía mayoritariamente en manos de las congregaciones religiosas, y era la enfermera-jefe quien se encargaba de la asignación de recursos por salas o planta y definía los turnos y las rotaciones. Evidentemente no existían órganos de dirección como la Junta Técnico-Asistencial, ni órganos de participación como los Consejos de Área.

La crisis económica de mediados de los 70, fuerza a las autoridades sanitarias a replantearse la función de las direcciones de los hospitales y piensan que es necesario profesionalizar los equipos directivos para hacer frente a la complejidad de los abundantes recursos humanos y materiales que empiezan a incorporarse a la red hospitalaria pública. Es en este contexto en el que emerge la figura del gerente como la persona con formación específica y dedicación exclusiva, capaz de aglutinar un grupo multidisciplinar, –economistas, abogados, ingenieros, etc.–, que mediante el ejercicio de la función directiva, es capaz de dar respuesta a los innumerables retos que plantea la actividad diaria del hospital.

No será hasta el año 1987 cuando se promulgue el Real Decreto 521 sobre estructura, organización y funcionamiento de los hospitales gestionados por el Insalud. Esta norma, que regirá los hospitales públicos hasta finalizar las transferencias sanitarias a las Comunidades Autónomas, incorporará la gerencia como órgano de dirección y tres direcciones que, por primera vez, están al mismo nivel en el organigrama: la médica, la enfermería y la de gestión y servicios. El Real Decreto también establecerá la obligatoriedad de crear la comisión de dirección como órgano colegiado de dirección.

Entre las novedades que incorporó esta norma, está la de establecer que todos los puestos directivos serán nombrados por el procedimiento de la libre designación, si bien para el nombramiento de la dirección médica, de enfermería y de gestión, se requerirá la consulta previa de la Comisión Mixta de la Junta Técnico-Asistencial. Define también, las funciones para cada órgano de dirección, así la Gerencia tendrá las funciones de representación del hospital, ordenación de los recursos humanos y la responsabilidad de la continuidad del funcionamiento del hospital, así como la elaboración de informes periódicos sobre la actividad del hospital y la presentación de una memoria anual.

La Dirección médica, supervisará y coordinará el funcionamiento de los servicios médicos, y será el responsable de dirigir la asistencia, la docencia y la investigación.

La dirección de enfermería tendrá encomendadas las mismas funciones que la Dirección médica pero centradas en la división de enfermería.

En el año 83, en este artículo, la ADSP se manifiesta en contra de que se amplie el servicio de neurocirugía por considerarlo innecesario basándose en datos.

La organización y la gestión del hospital estaba en manos de los clínicos. Todavía no se había producido el desembarco de las gerencias.

La complejidad de la Sanidad Pública concebida como empresa y la voluntad política de restar poder a una casta tradicionalmente considerada demasiado poderosa, trajeron el control partidista de la gestión sanitaria. La ADSP defiende la profesionalización de la gestión y el desarrollo de la gestión clínica.



El personal no sanitario así como las funciones que estos desarrollen, quedarán bajo el control de la dirección de gestión.

Otra de las novedades que incorpora esta normativa será el desarrollo de los órganos de participación y asesoramiento de la dirección del hospital, y que serán: la Junta Técnico-Asistencial, y las comisiones de Bienestar Social y Central de Garantía de Calidad. Como órgano de participación se establecerá la Comisión de Participación Hospitalaria.

Las críticas a esta norma han sido constantes y continuas. En primer lugar, porque los equipos directivos quedaban fuera del control de los poderes fácticos de los hospitales y en segundo lugar, porque equiparaba las tres divisiones en el organigrama directivo. La organización estamental de los recursos del hospital ha dado lugar a problemas de coordinación y comunicación entre profesionales, hasta el punto de llegar a afectar a la atención de los pacientes. Sin embargo, otras personas sostienen que las funciones médicas y de enfermería son tan distintas que justifican plenamente la creación de las direcciones de enfermería. El tiempo ha suavizado estos problemas y ha transformado la función de la enfermería al pasar de meros profesionales auxiliares al servicio del médico a desarrollar su actividad con un enfoque más comunitario y social.

Otra de las críticas que también se han formulado a esta norma es que los órganos de representación y participación carecían de un poder efectivo para implementar políticas o tomar decisiones verdaderamente efectivas, como por ejemplo controlar los presupuestos, o intervenir en los nombramientos. Será a partir de las transferencias sanitarias cuando en algunas comunidades aborden este problema y permitan proponer una terna para el nombramiento de algunos puestos directivos, como en el caso de la Comunidad autónoma andaluza.

La cultura de gestión por procesos y calidad apenas se introduce en el sistema sanitario hasta bien entrada la década de los noventa, momento a partir del cual, la participación de los clínicos en la gestión de las organizaciones empieza a adquirir relevancia en la política sanitaria. Se abre el debate sobre los nuevos modelos de gestión y con él aparece la gestión clínica, que, al igual

que en otros países, aunque en su concepción teórica recoge los fundamentos de calidad asistencial y de gestión que los fundamentan, en su desarrollo práctico está estrechamente ligada al ahorro y al control del gasto.

El desarrollo de nuevas formas de gestión, como los institutos clínicos o las fundaciones así como el avance de la gestión clínica en todos los hospitales, ponen en evidencia el modelo gerencial creado en el 1987 y mantenido en lo sustancial hasta la actualidad, al limitar este la dirección participativa y la gestión cooperativa de las áreas clínicas.

Otros países, como por ejemplo el Reino Unido, han evolucionado hacia lo que Donaldson y Scally denominaron gobierno clínico, entendido este como el marco que permite a los clínicos, incluida la enfermería, mejorar de forma continua la calidad y salvaguardar los estándares de cuidados.

LA FADSP ANTE LAS INCOMPATIBILIDADES (1980-1985)

En la década de los 70 se crearon numerosos centros hospitalarios en la red pública de la Seguridad Social y algunos de sus puestos de trabajo no tuvieron candidatos por lo que fueron ocupados por profesionales ya contratados por la Administración. De manera paralela la Administración creció de forma incontrolada permitiendo que algunos funcionarios pudieran conseguir fácilmente más de un puesto de trabajo.

En los primeros años de la década de los 80, durante el Gobierno de la UCD, la voz unánime de todos los grupos progresistas reclamaba una ley de incompatibilidades en la Administración Pública para terminar con el abuso que suponía que algunos funcionarios tuvieran más de un puesto de trabajo remunerado por el Estado. La filosofía de estos grupos progresistas era "un hombre, un puesto de trabajo". La Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública (ADSP), desde su fundación en 1981, abanderó esta demanda que, además, era muy necesaria porque la mala planificación en la formación universitaria en Medicina, hizo que en esos primeros años de los 80 se acumularan entre 10.000 y 15.000 médicos en paro.

En el primer semestre del año 1982 se debatía, primero en comisiones del Congreso y después en el Pleno, el borrador de la Ley de Incompatibilidades que el Gobierno de la UCD (con mayoría absoluta) estaba preparando. Después de largas discusiones que enfrentaban en las sesiones plenarias a los grupos progresistas con el grupo del Gobierno, discusiones que se extendían a los medios de comunicación, el Gobierno de la UCD, con el apoyo de Coalición Democrática y de Minoría Catalana, aprobó la Ley de Incompatibilidades que fue publicada en junio de ese año (BOE, 9/6/82). Definitivamente los médicos eran excluidos de la citada Ley.

La Federación de la ADSP (FADSP), que se fundó en el otoño de 1981, no fue ajena a esta discusión y en su Boletín nº 1, de marzo de 1982, ya se denunciaba la decisión de la Comisión del Congreso de excluir a los médicos de la Seguridad Social de la Ley de Incompatibilidades que iba a ser aprobada. La FADSP incluyó en la primera página de su primer boletín un artículo titulado INCOMPATIBILIDADES ¿PARA CUÁNDO?, en el que denunciaba el agravio comparativo de algunos médicos asistenciales funcionarios no incluidos en la Ley, con otros funcionarios de la Administración y algunos funcionarios médicos no asistenciales, incluidos en la aprobada Ley. En el citado artículo se exigía que la Ley incluyera a todos los médicos sin discriminación, que se definieran las necesidades asistenciales de la población y los puestos de trabajo para llevarlas a cabo, y que se estableciera una puesta al día de las retribuciones ligadas a una dedicación plena.

En octubre de 1982, el PSOE gana las elecciones generales con mayoría absoluta por lo que se abre una nueva esperanza para conseguir una verdadera Ley de Incompatibilidades que afectara a todos los sectores de la Administración Pública y a todos los estamentos. La FADSP, que había apostado por una Ley con esas características, continúa denunciando la situación privilegiada que algunos profesionales sanitarios mantenían, propiciada por la recién aprobada Ley de Incompatibilidades de la UCD. Los Colegios de Médicos fueron los abanderados de los sectores de profesionales que gozaban de más de un puesto de trabajo y que temían que, con el cambio de gobierno, pudieran perder esos privilegios. En el boletín de la FADSP nº 5, de febrero de 1983, la ADSP de Salamanca publicó un artículo titulado *Las incompatibilidades. Solo un paso*, en el que se denunciaban las situaciones totalmente injustas como eran el hecho de profesionales con dos puestos de trabajo en el sector público, mientras que había miles de médicos en paro, o, lo que era todavía más injustificable, profesionales con dos puestos de trabajo en el mismo horario.

La nueva Ley, aprobada con la mayoría absoluta del PSOE, todavía se hizo esperar algo más de un año. En el BOE del 5 de enero del 1985 se publica la “Ley 53/1984 de 26 de Diciembre, de Incompatibilidades del personal al servicio de las Administraciones Públicas”. La Ley, además de prohibir el desempeño de dos puestos de trabajo y, por tanto, la remuneración doble por parte de las Administraciones Públicas, dice en su artículo 12.1:

“En todo caso, el personal comprendido en el ámbito de aplicación de esta Ley no podrá ejercer las actividades siguientes:

El desempeño de actividades privadas, incluidas las de carácter profesional, sea por cuenta propia o bajo la dependencia o al servicio de Entidades o particulares, en los asuntos en que esté interviniendo, haya intervenido en los dos últimos años o tenga que intervenir por razón del puesto público.

Se incluyen en especial en esta incompatibilidad las actividades profesionales prestadas a personas a quienes se esté obligado a atender en el desempeño del puesto público”

La Ley fue contestada y recurrida por los grupos más conservadores, los que mantenían los privilegios de dos puestos públicos y, sobre todo, por colectivos como los Colegios de Médicos, que defendían la dualidad medicina pública y privada en un mismo profesional.

El “Real Decreto 598/1985, de 30 de abril de 1985, sobre incompatibilidades del personal al servicio de la Administración del Estado, de la Seguridad Social y de los Entes, Organismos y Empresas dependientes,” permite la compatibilidad de la medicina privada a profesionales trabajando en el sector público, previa solicitud de compatibilidad al Organismo Público del que dependa. Según este Real Decreto no podrán obtener dicha compatibilidad los “Jefes de Unidades de Recursos”, los que deben entenderse como Jefes de Servicios de Unidades asistenciales.

Con toda seguridad no se ha cumplido este último precepto y probablemente no en todos los casos se ha solicitado la compatibilidad para ejercer la medicina privada.

Incompatibilidades médicas (I)

El 24 de mayo de 1981, tras la promulgación de la Ley de Incompatibilidades Médicas, se aprobó la Ley de Incompatibilidades Médicas, que establece las condiciones de ejercicio de la profesión médica, incluyendo en su ámbito de aplicación a los médicos de familia, pediatras, ginecólogos, etc.

El 24 de mayo de 1981, tras la promulgación de la Ley de Incompatibilidades Médicas, se aprobó la Ley de Incompatibilidades Médicas, que establece las condiciones de ejercicio de la profesión médica, incluyendo en su ámbito de aplicación a los médicos de familia, pediatras, ginecólogos, etc.

Incompatibilidades (II)

En el anterior artículo en EL ADELANTE, analizamos la Ley de Incompatibilidades Médicas, que establece las condiciones de ejercicio de la profesión médica, incluyendo en su ámbito de aplicación a los médicos de familia, pediatras, ginecólogos, etc.

A la comisión de parados le ha sido imposible conseguir el estudio de los datos de los registros correspondientes, por el hecho de que la Confederación Médica Española ha solicitado del Estado del personal médico a la Comisión. Este por su parte para poder proporcionar la información solicitada en un plazo de una semana.

El Hospital Clínico Universitario de Madrid tiene a 423 médicos, correspondiendo el número más amplio de puestos previos. En el caso de los médicos donde impacta número de profesionales en sus varios puestos de trabajo, en algunas ocasiones hasta cuatro puestos simultáneos. La Resolución de la S. S. «Virgen de la Salud» ordena trabajo a 131 médicos. Aquí existen pocos profesionales con más de un puesto de trabajo, y en todo caso fundamentalmente en los centros privados.

El Hospital de Enfermedades del Tórax «Marqués de Valdecañas», con hospital de día a tres, da trabajo a 22 médicos. De ellos varios trabajan también en otros centros hospitalarios de Madrid, una general y especializada. Es de esperar que la dispersión de la ADS a través de su integración en el INVALUCA mejoraría sus condiciones, al igual que la decisión por uno de los puntos.

Los centros de día de servicios general, en su totalidad, a 900 camas por cada una, están, que trabajan a un total de 27 médicos. El número de médicos de los centros de día.

En el anterior artículo en EL ADELANTE, analizamos la Ley de Incompatibilidades Médicas, que establece las condiciones de ejercicio de la profesión médica, incluyendo en su ámbito de aplicación a los médicos de familia, pediatras, ginecólogos, etc.

A la comisión de parados le ha sido imposible conseguir el estudio de los datos de los registros correspondientes, por el hecho de que la Confederación Médica Española ha solicitado del Estado del personal médico a la Comisión. Este por su parte para poder proporcionar la información solicitada en un plazo de una semana.

El Hospital Clínico Universitario de Madrid tiene a 423 médicos, correspondiendo el número más amplio de puestos previos. En el caso de los médicos donde impacta número de profesionales en sus varios puestos de trabajo, en algunas ocasiones hasta cuatro puestos simultáneos. La Resolución de la S. S. «Virgen de la Salud» ordena trabajo a 131 médicos. Aquí existen pocos profesionales con más de un puesto de trabajo, y en todo caso fundamentalmente en los centros privados.

El Hospital de Enfermedades del Tórax «Marqués de Valdecañas», con hospital de día a tres, da trabajo a 22 médicos. De ellos varios trabajan también en otros centros hospitalarios de Madrid, una general y especializada. Es de esperar que la dispersión de la ADS a través de su integración en el INVALUCA mejoraría sus condiciones, al igual que la decisión por uno de los puntos.

Los centros de día de servicios general, en su totalidad, a 900 camas por cada una, están, que trabajan a un total de 27 médicos. El número de médicos de los centros de día.

El 24 de mayo de 1981, tras la promulgación de la Ley de Incompatibilidades Médicas, se aprobó la Ley de Incompatibilidades Médicas, que establece las condiciones de ejercicio de la profesión médica, incluyendo en su ámbito de aplicación a los médicos de familia, pediatras, ginecólogos, etc.

A la comisión de parados le ha sido imposible conseguir el estudio de los datos de los registros correspondientes, por el hecho de que la Confederación Médica Española ha solicitado del Estado del personal médico a la Comisión. Este por su parte para poder proporcionar la información solicitada en un plazo de una semana.

El Hospital Clínico Universitario de Madrid tiene a 423 médicos, correspondiendo el número más amplio de puestos previos. En el caso de los médicos donde impacta número de profesionales en sus varios puestos de trabajo, en algunas ocasiones hasta cuatro puestos simultáneos. La Resolución de la S. S. «Virgen de la Salud» ordena trabajo a 131 médicos. Aquí existen pocos profesionales con más de un puesto de trabajo, y en todo caso fundamentalmente en los centros privados.

El Hospital de Enfermedades del Tórax «Marqués de Valdecañas», con hospital de día a tres, da trabajo a 22 médicos. De ellos varios trabajan también en otros centros hospitalarios de Madrid, una general y especializada. Es de esperar que la dispersión de la ADS a través de su integración en el INVALUCA mejoraría sus condiciones, al igual que la decisión por uno de los puntos.

Los centros de día de servicios general, en su totalidad, a 900 camas por cada una, están, que trabajan a un total de 27 médicos. El número de médicos de los centros de día.

Los centros de día de servicios general, en su totalidad, a 900 camas por cada una, están, que trabajan a un total de 27 médicos. El número de médicos de los centros de día.

Agosto de 1984.

El colectivo de médicos en paro, desde su angustiosa situación, señaló también de forma repetida el pluriempleo de muchos médicos y la posibilidad de liberar puestos de trabajo mediante la aplicación de una Ley de incompatibilidades.

El PSOE renunció pronto a este tema. Y no era solo la cuestión del paro, era la calidad del sistema lo que se jugaba.

Las incompatibilidades. Sólo un paso

La expansión económica de España en las pasadas décadas, al amparo de la prosperidad del mundo occidental, permitió la creación de múltiples puestos de trabajo, llegando a ser en numerosas ocasiones mayor la oferta de empleo que la demanda del mismo.

Con el crecimiento de la Administración pública, en determinados sectores aumentó notablemente el número de funcionarios y trabajadores dependientes del Estado, y muchos de ellos pudieron optar a dos o más puestos de trabajo. Esta circunstancia fue aprovechada por la Administración para remunerar de manera insuficiente muchos de aquellos empleos.

Esta situación "especial" afectó a todo tipo de funcionarios, pero fue dentro de la Sanidad donde alcanzó proporciones importantes al multiplicarse bruscamente los puestos, con la apertura de nuevos centros sanitarios por parte de la Seguridad Social.

Al aparecer la crisis económica internacional en el horizonte y afectar directamente a España, con firme decaer la actividad económica y se multiplicaba el número de parados, la situación llegó a afectar a numerosos estamentos socia-

no existían profesionales con varios trabajos mientras otros carecen de él.

Así el cambio en las circunstancias económicas del Estado, ha operado una transformación social y política sobre el fenómeno del pluriempleo; en los años de prosperidad económica era lícito tener más de un empleo, ahora en el epicentro de la crisis, esta situación se observa como "inmoral".

Paralelamente a esta situación se ha ido dando un deterioro progresivo de la asistencia sanitaria; aun a pesar de que alguna infraestructura como la hospitalaria se ha modernizado y multiplicado. Este deterioro es achacable en su mayor parte a los burocratas encargados de la planificación sanitaria del Estado, que han ido creando una multiplicidad de órganos sanitarios enfrentados entre sí en muchas ocasiones. La red sanitaria española padece de "hospitalismo" y desatiende los niveles de asistencia primaria, precisamente por haber sido creada de espaldas a los usuarios y a los profesionales sanitarios.

La población española ha recibido en numerosas ocasiones una asistencia sanitaria absolutamente

diferentes dentro de los afectados por las incompatibilidades.

Una es aquella que afecta a los profesionales que ejercen dos o más puestos de trabajo dentro de un mismo horario. Este tipo de incompatibilidad es absolutamente injustificable, aun en aquella época dorada de expansión económica en la cual se podían acumular diversos empleos. De este tipo de incompatibilidad son directamente responsables aquellos que la ejercen o la han ejercido en el pasado, y la Administración que lo ha permitido, cuando no fomentado.

Un segundo tipo de incompatibilidad es la que afecta a todos aquellos que en la actual situación de crisis económica y paro disponen de dos empleos dependientes de la Administración Pública. Mientras existan parados no es lícito mantener similares situaciones de privilegio.

Una ley de incompatibilidades debe contemplar la necesidad total de que cada funcionario desempeñe un solo puesto de trabajo, exigiéndosele el cumplimiento del horario y aplicando un control de rendimiento y de calidad; paralelamente es necesario crear las condiciones necesarias para el ejercicio

La ADSP ha defendido y defiende la separación clara entre la Sanidad Pública y la privada para evitar la parasitación del sistema.

La Ley de incompatibilidades llegó más tarde aunque se restringió a la incompatibilidad horaria. Se logró una retribución por exclusividad que ha vuelto a perderse años más tarde por presiones sindicales y falta de voluntad política de ambos partidos. Nunca se ha separado claramente lo público de lo privado.

INFORME SOBRE LA SITUACIÓN DE LA SANIDAD y LA ADSP

Balance octubre-83 a junio-84

Cuando en Diciembre-82 los socialistas acceden al Gobierno desde la ADSP pensamos que había llegado el momento en que éstos pusieran en práctica su proyecto en materia sanitaria cuya base estribaba en la creación de un SNS, objetivo prioritario por el que nos movemos según el programa original de la FADSP. Durante el año 83, sin embargo las medidas gubernamentales en materia sanitaria se redujeron a una serie de normas tendentes a controlar el trabajo de los médicos, que solo lograron predisponer a este sector frente a la proyectada reforma. Ninguna medida efectiva para corregir el caos sanitario (masificación de ambulatorios, deficiencias en el medio rural, mala gestión hospitalaria, incompatibilidades...) que iba in crescendo". Durante los dos primeros meses del 84 salen a la luz los borradores de la Ley de Reforma Sanitaria, de Asistencia Primaria y de Hospitales. En este tiempo solo una de ellas ha sido promulgada, la de UBS.

Los problemas que la puesta en marcha de la Ley de Reforma plantea –que solo harán que comenzar cuando la ley se apruebe en el Parlamento– los conocemos sobre todo a través de la exposición de Hernández Les en la Revista o en la Conferencia de la Semana de Salud Pública. No entramos en los de orden estructural (economía, autonomías), pero hemos de denunciar la falta de una información clara a los sanitarios y a la población por parte del Ministerio. Diversos grupos de poder se han enfrentado, hasta ahora con éxito, a que ésta Ley sea promulgada. A destacar el CGCM, la CESM y la Industria Farmacéutica. El punto álgido de esta oposición se produjo en la organización de la llamada "Operación Cacerolas" origen de la dimisión-vuelta del Dr. Rivera y de la ruptura de éste con la CESM.

A nivel organizativo solamente la FADSP se ha pronunciado a favor de la salida y desarrollo de esta Ley una vez realizado un estudio crítico de la misma (aspectos de financiación, participación, competencias...). Las relaciones de la Administración con estas organizaciones

han pasado por diferentes fases, desde las de buena vecindad con el Dr. Rivera hasta la no aceptación de éste como interlocutor después de la “Operación Cacerolas”; desde el torpedeo desde la Subsecretaría del Ministerio a la FADSP por entrar en competencia con un posible grupo de médicos pro-PSOE, a las llamadas a la amistad tras las denuncias por parte de la ADSP de las maniobras del CGCNI. En lo que se refiere a las relaciones con la CESM lo más significativo es la firma por parte de este Sindicato del Convenio del Insalud para lo cual sin duda habrá puesto un alto precio, quizás la detención de la Ley de Reforma.

La FADSP a pesar de su pobre implantación entre los médicos ha ido ganando en presencia en los medios de comunicación social y ha sido una organización molesta para el Gobierno y sobre todo para el CGCM. A destacar su labor de denuncia de las maniobras Rivera-Industria Farmacéutica; sus aportaciones a los borradores de las diferentes proyectos de leyes sanitarias y al de Colegios Profesionales. Pensamos que el debate sobre la apertura de la Asociación no ha sido clarificador. Su importancia radica en ser la única Asociación con implantación estatal que reúne a sanitarios progresistas y es por ello que creemos es imprescindible como instrumento de presión sobre la Administración, de confrontación con los sectores inmovilistas y de concienciación de sanitarios y población en pro de la Sanidad Pública.

A nivel autonómico la creación de la Conserjería de Sanidad y Bienestar Social nos hizo concebir esperanzas que se han visto defraudadas tras casi un año de funcionamiento al desconocer la existencia de un plan de Organización Sanitaria global en C-L. que haga posible el tomar medidas puntuales coherentes en las diversas áreas. En su haber ponemos su decidido apoyo a la puesta en marcha de las UBS, el reciclaje de médicos rurales y diversas campañas de prevención de enfermedades endémicas, salud escolar o planificación familiar. Sus relaciones con la ADSP no han pasado de las buenas palabras y han pecado de prepotencia (quizás no solo con la ADSP). En nuestra provincia cuatro organismos tienen competencia en materia sanitaria: Delegación de Sanidad, Insalud, Diputación y Ayuntamiento. Por lo que respecta a Sanidad hay que destacar la irracionalidad que supone la existencia de dos delegados, uno del Ministerio y otro de la Autonomía. La no clarificación

de competencias favorece la ineficacia del organismo. En el haber de la Delegación Territorial está la realización de un Mapa Sanitario para Asistencia Primaria de toda la provincia (realizado conjuntamente con el Insalud) y su empeño en poner en marcha las previstas UBS en la provincia. Junto a ello su labor de portavoz de la Consejería en la provincia con las responsabilidades que ello acarrea. La delegación provincial ha mostrado más que cualquier otro organismo su dependencia de Madrid sobre todo en lo que suponga cualquier gasto (aspecto prioritario en la política Raventós). Por otra parte sus buenos propósitos han chocado con excesiva frecuencia con intereses de “personalidades” del PSOE y con su política electoralista (ejemplo es el caso de la Residencia de Béjar). En su haber el interés por mejorar la asistencia hospitalaria tratando de hacer un centro piloto de la Residencia Virgen de la Vega, la imposición de su autoridad en el conflicto del director del Clínico frente al Rectorado de la Universidad y su empeño en racionalizar la asistencia en zonas tan caóticas como Béjar y Ciudad Rodrigo. Sus promesas de crear dos UBS en la ciudad se han visto incompresiblemente recortadas por problemas de local. Quedan por resolver problemas de masificación de ambulatorios, de incompatibilidades médicas, de control en la gestión del Clínico..., pero muchos de estos problemas exigen una toma de postura por parte del Ministerio y del Insalud.

La Diputación tiene importantes responsabilidades sanitarias en la provincia de las que destacaremos el Hospital Geriátrico y el Psiquiátrico. Pese al cambio de intenciones por parte de este organismo en materia sanitaria –hasta entonces olvidada– falta por definir las competencias del Geriátrico y de resolver el problema de las incompatibilidades, así como poner en funcionamiento la sectorialización del Psiquiátrico.

Por lo que se refiere al Ayuntamiento queremos denunciar su empeño en mantener un Centro como el de Planificación Familiar con fines electoralistas en lugar de colaborar con Sanidad en el desarrollo de esta tarea. No se ha hecho nada por resolver el problema de incompatibilidades en la Casa de Socorro y ha padecido de serios “despistes” a la hora de plantear soluciones a la rehabilitación de drogadictos.

En la ADSP de Salamanca nos planteamos como tareas prioritarias:

1. La información y educación de la población en materia de Salud y Sanidad Pública. Con este fin proyectamos y realizamos la Semana de Salud Pública, diversas charlas en barrios (Chamberí, ZOES) y un comienzo de contacto con la Coordinadora de Sanidad de Asociaciones de Vecinos. A través de la prensa hemos desarrollado una tarea de divulgación sanitaria y de concienciación de la población en pro de la Sanidad Pública.
2. En lo que se refiere a los sanitarios nuestra tarea ha tenido una triple vertiente:
 - a. Intentar demostrar a éstos (especialmente médicos) las ventajas que supone la Reforma de la Sanidad Pública en cuanto a mejora de la calidad de las prestaciones y de las condiciones de nuestro trabajo. Así nos hemos expresado repetidamente en la prensa y en los lugares de trabajo de cada uno y en este sentido intentamos relanzar la Asociación presentándola en algunas cabeceras de comarca (Peñaranda, Villarino y Vitigudino). El curso de Salud Pública sirvió también como trampolín de lanzamiento de esta idea. Así mismo hemos debatido públicamente los borradores de ley anteriormente referidos.
 - b. Actuación en momentos conflictivos puntuales (Director del Clínico, intento de huelga del Sindicato de M Titulares ...)
 - c. Denuncia y enfrentamiento con los sectores inmovilistas sanitarios provinciales, desde la prensa y en cada lugar de trabajo.

Frente a la Administración Provincial nos propusimos un contacto permanente que solo hemos logrado con el Insalud y la Delegación Territorial de Sanidad (Los otros organismos los hemos tenido ciertamente relegados). Estos contactos nos han permitido tener un conocimiento aproximado de la problemática sanitaria de la provincia y actuar en consecuencia. En varias

ocasiones hemos hecho un apoyo crítico de las autoridades (UBS, conflicto del Director del Clínico...) y en otras nos hemos opuesto a sus decisiones. Tanto una como otra labor solo desde nuestras posibilidades en cada lugar y desde la prensa.

La Asociación ha aumentado en este tiempo en el nº de socios, aunque no en el nº de asistencia a las asambleas, colaboración en la prensa y en tareas puntuales para las que se solicitó voluntarios (excepción notable fue la comisión que preparó la Semana de Salud Pública). Por otra parte no se ha logrado una deseada coordinación sectorial en momentos conflictivos. Por lo que se refiere a la directiva no hemos logrado catapultar realmente la asociación entre los médicos y casi ni lo hemos intentado en el resto de la población (en parte achacable a la confusa situación creada tras el Congreso extraordinario). Tampoco hemos logrado mantener la ilusión de los asociados por la tarea que estamos realizando.

Pese a estas deficiencias nuestra influencia es notable (no por nº de miembros de la asociación) en el sector hospitalario, existe en el medio rural (a pesar de la gran penetración del Sindicato de M. Titulares), es casi nula en el medio extrahospitalario urbano y no se ha hecho notar suficientemente entre los parados. Fuera del sector médico prácticamente no existimos y nuestra relación con otros sectores se ha limitado a la prensa, charlas y curso de Salud P. y reunión con representantes de AA. VV. y del Colegio de Psicólogos. Nuestra influencia sobre la Administración nos atrevemos a considerarla de nula, ya que ésta ha estado más atenta a las directrices de organismos superiores, a las que emanaban del partido en el poder y a las posibles reacciones de los sectores inmovilistas (sin duda mucho más duros que nosotros en sus críticas). Los referidos sectores han pretendido en gran medida ignorarnos (ni una sola respuesta en la prensa) aunque, nos consta su "respeto" a la asociación y valga como ejemplo la inmovilización de una querrela contra un miembro de la misma producida a raíz de un artículo de prensa.

JUNTA DIRECTIVA. ADSP SALAMANCA

Capítulo II

La ley general de sanidad

1986-1993

- Una lectura crítica de la Ley General de Sanidad (LGS) (1986)
- El lento caminar de la Ley. Consideraciones actuales acerca de la LGS
- La primera piedra en el camino: "El informe Abril" (1991)
- La Sanidad en Salamanca
- Jornadas de la FADSP en Salamanca sobre Formación en Ciencias de la Salud

UNA LECTURA CRÍTICA DE LA LGS (1986)

La Ley Nº 14/1986, de 25 de abril, (en adelante LGS), fue aprobada en el año 1986 siendo Ministro de Sanidad y Consumo Ernest Lluch, economista catalán, criticado entonces, por carecer de experiencia en el ámbito sanitario.

La ley se enmarca en el contexto de la Reforma Sanitaria pendiente, para configurar un Sistema Nacional de Salud (SNS). Si bien este objetivo no queda expresado claramente en un texto tan prolijo y ambiguo que comprende 113 artículos, 10 disposiciones adicionales, 5 transitorias, 2 derogatorias y 15 finales y que precisa para su desarrollo de algo más de un centenar de disposiciones de rango muy diverso. Los motivos aducidos en su día por la ADSP para discrepar de la ausencia de concreción fueron: por un lado, la falta de atención del Gobierno hacia la Sanidad, reflejada en un recorte presupuestario en el sector y en la presión ejercida por la OMC y los segmentos más corporativos de la profesión médica que han intentado introducir en la Ley sus propuestas liberalizadoras.

Los puntos clave que la Ley dejaba sin resolver eran los siguientes:

1. Universalización y gratuidad del SNS. No quedan claros en el texto y se deberá cumplir el artículo 43 de la Constitución que alude al derecho a la salud y a la no discriminación en base a los recursos económicos.
2. Regionalización de los Servicios de Salud. Delimitación de competencias entre el Estado y las Comunidades Autónomas.

El eje del modelo que la Ley adopta son las CCAA, Administraciones suficientemente dotadas y con la perspectiva territorial necesaria, para que los beneficios de la autonomía no queden empujados por las necesidades de eficiencia en la gestión. El Sistema Nacional de Salud se concibe así como el conjunto de los servicios de salud de las CCAA convenientemente coordinados. Todo el Capítulo II de la Ley desde el artículo 49 al 55 lo dedica a este tema. De aquí partirían los más graves problemas a la hora de implantación de la Ley. Se establecían dos tipos de CCAA., a saber:

unas con las competencias del Insalud transferidas y otras sin transferir que tendrían que coordinarse con la red del Insalud.

3. Libre elección de Médico. En los núcleos de población de más de 250.000 habitantes daba la opción de elegir médico en la Atención Primaria del Área de Salud. Esto que a primera vista podía ser una ventaja, distorsiona las tareas de prevención y promoción de la salud.
4. Participación de profesionales y usuarios. No se establecen cauces nítidos de participación de los profesionales y usuarios en la gestión del SNS, a nivel del Área de Salud. El Consejo de Salud en el nivel de Zonas Básicas, tiene función consultiva y ni siquiera recoge una participación real de los ciudadanos, contra lo que ha sido recomendado de manera especial por la OMS.
5. Relaciones Sanidad Pública- Medicina Privada. Tampoco se delimita, se mencionan “los conciertos” a criterio de la CCAA, no estableciendo un control de calidad de la medicina privada, como existe en todos los países europeos.

EL LENTO CAMINAR DE LA LEY. CONSIDERACIONES ACTUALES

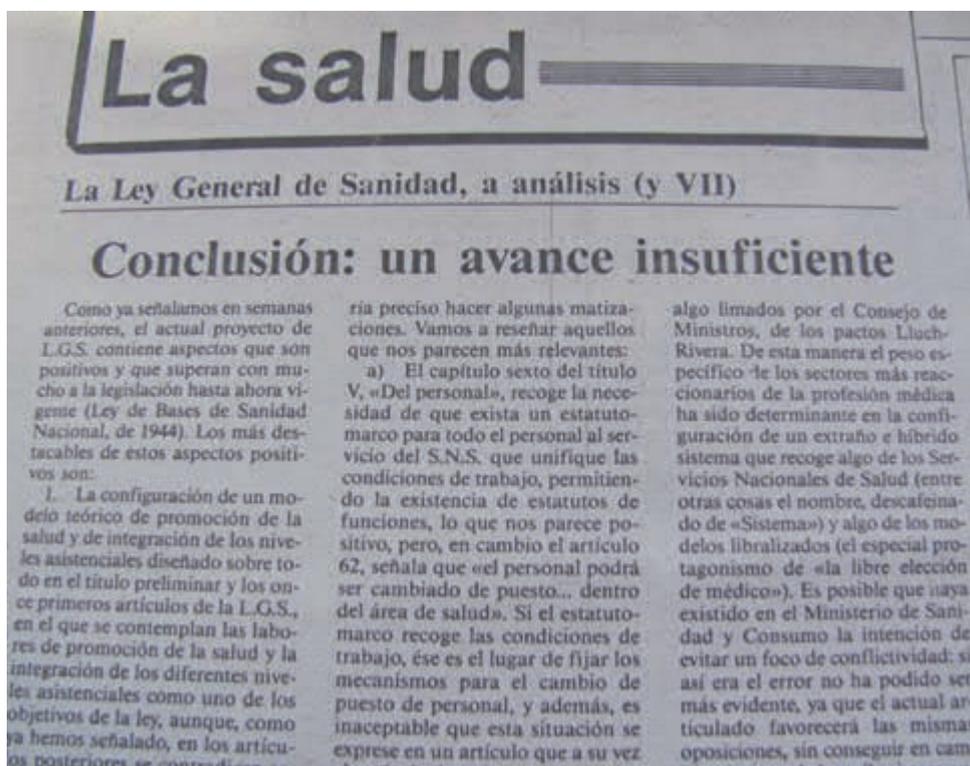
El lento caminar de la Ley

A los tres años de la promulgación de la LGS, la Editorial de la la Revista Salud 2000 hacía referencia a los incumplimientos graves de la puesta en marcha de la citada Ley, especialmente los aspectos relativos a la falta de transferencias del Insalud a las CCAA y la pervivencia de dos y tres redes públicas paralelas y en la mayoría de los casos inconexas.

El desarrollo de la Atención Primaria ha sido lento e irregular y más de la mitad de la población seguía dependiendo de los consultorios y/o ambulatorios. En las actividades de promoción y prevención a las que hacía énfasis la Ley se ha avanzado muy poco.

A los profesionales se les mantenía en una total inseguridad, existiendo situaciones contractuales múltiples (laborales, estatutarios, funcionarios) y ello producía numerosas disfunciones, con un cada vez más numeroso colectivo de contratados e interinos, fruto del incumplimiento de la normativa en materia de concursos. El esperado Estatuto Marco tardaría años en llegar.

Un avance positivo en la política de personal, aunque vino impuesta por otras Administraciones públicas, fue la aplicación de las incompatibilidades al sector sanitario, a pesar de la lentitud en su aplicación, y asimismo la implantación de la dedicación exclusiva, si bien esta ha sido débilmente planteada y poco estimulada, cuando es uno de los ejes esenciales para el funcionamiento del sistema sanitario público.



A lo largo de las semanas, la ADSP analizó punto a punto la Ley, con todo lo que tenía de positivo pero también aspectos como la transformación de un solo Servicio Nacional de Salud en 17 sistemas autónomos; un cambio ligado a la configuración del Estado en CCAA que daba al traste con muchos de los conceptos de un SNS tal como lo concebíamos

Consideraciones actuales acerca de la LGS

Con la perspectiva que nos dan los casi 25 años pasados, podemos decir que la Ley supuso 4 grandes avances: el primero y principal es que universalizó el derecho a la atención sanitaria, de manera que la cobertura pasó de un 60% a prácticamente la totalidad de la población en el momento actual; este hecho que hoy tenemos asumido es el factor que más contribuye al reconocimiento internacional de nuestro SNS. El segundo es el planteamiento de la atención sanitaria menos asistencial y más preventiva que se complementa con el tercer avance: el desarrollo y potenciación de la Atención Primaria de salud como la base del sistema sanitario. El último avance fue también muy importante pues permitió las transferencias a las CCAA y la formación de los Servicios Regionales de Salud.

No obstante, la Ley también posee algunas deficiencias que han pervivido y convendría subsanar:

1. Todavía perviven las mutualidades de funcionarios con diferentes prestaciones y unas condiciones distintas a cargo de la financiación pública.
2. La coordinación del SNS, es decir entre los Servicios Autonómicos y el Ministerio de Sanidad.
3. El papel de las Áreas Sanitarias que están muy bien definidas en la Ley pero cuyo desarrollo ha sido irregular y más bien escaso en estos años.
4. Poca atención a la promoción y prevención de la salud que ha sido postergada por los aspectos asistenciales.
5. Escasa participación comunitaria.
6. La formación pre y postgrado de las profesiones sanitarias está actualmente en proceso de remodelación y hará falta unos años para evaluar si supone una mejora para las necesidades de salud de la población.

Con sus virtudes y defectos la LGS ha ayudado al conjunto del Sistema Sanitario Público a adquirir un notoria consideración internacional y unos excelentes indicadores de salud.

LA PRIMERA PIEDRA EN EL CAMINO. EL INFORME ABRIL. 1991

Cuando solo habían pasado cinco años desde la promulgación de la Ley General de Sanidad, que abogaba por un Sistema Nacional de Salud (SNS) público, equitativo, eficiente, democrático y universal surge el Informe Abril, que en esencia perseguía solucionar los problemas sanitarios privatizando gran parte de la Sanidad Pública.

El 25 de enero de 1990 el diputado del Centro Democrático y Social, el doctor Carlos Revilla presentó una proposición no de ley en el Congreso de los Diputados, en la cual proponía la creación de una comisión que se encargara de revisar el SNS. En su exposición de motivos advertía que junto al encarecimiento de la sanidad española existía un gran descontento social con respecto a su funcionamiento.

El 4 de junio de 1990 el Consejo Interterritorial crea "La Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud", conocida posteriormente con el nombre de su presidente como "Comisión Abril Martorell". En esos momentos era Presidente del Gobierno Felipe González Márquez. El Partido Socialista Obrero Español gobernaba en su tercera legislatura con mayoría parlamentaria, el Ministro de Sanidad e impulsor de la Comisión Abril fue Julián García Vargas. José María Aznar presidía el Partido Popular y en el País Vasco José Manuel Freire introdujo la Tarjeta Individual Sanitaria y la Cita Previa que luego se generalizarían a todo el territorio español.

La Comisión Abril estaba formada por nueve miembros, su presidente Fernando Abril Martorell era entonces Vicepresidente del Banco Central y había sido Vicepresidente del Gobierno con Adolfo Suárez. Como vicepresidente y coordinador se nombró a Enrique Costas Lombardía y además la comisión constaba de nueve subcomisiones independientes formadas por más de 140 especialistas. La Comisión solicitó por escrito la opinión de 101 entidades y organismos públicos y privados,

celebró reuniones con los Consejeros de Salud Autonómicos, pidió dictámenes a asesores nacionales y extranjeros. Tras casi un año de estudio de la estructura, organización y funcionamiento del SNS, en julio de 1991 la Comisión Abril emitió un “informe con 64 recomendaciones de cambio” y un apéndice titulado “sucinta descripción del Sistema y evaluación del mismo”.

La FADSP rechazó el “Informe” porque su objetivo era desmembrar el SNS por la vía de la privatización de la gestión de los servicios sanitarios. Los puntos más denostados fueron los siguientes:

- Separación de las competencias del SNS de la financiación, compra y gestión de la sanidad.
- Aumento de los ingresos a través del copago del usuario, que en un principio sería simbólico.
- Separación de los presupuestos destinados a prevención y recuperación de los presupuestos propiamente asistenciales.
- Facturación al usuario del consumo de recursos con la finalidad de disminuir la demanda de servicios sanitarios.
- Separación de las prestaciones básicas que se cubrirían con recursos públicos de las prestaciones complementarias que serían cofinanciadas por el usuario.
- Desaparición de la gratuidad en farmacia para los pensionistas.
- Introducción en el SNS de un “sistema de mercados” entre los proveedores públicos y privados.
- Cada unidad de provisión (hospitales, Centros de Salud, etc) podía contratar directamente a sus trabajadores.

- Impulsar las Mutualidades y Entidades colaboradoras.
- Aumento del tamaño de las Áreas de Salud.

En resumen, para la FADSP estas medidas sólo conseguirían empobrecer y parcelar la asistencia sanitaria, lo cual se traduciría en una mayor inequidad social: las clases más necesitadas que suelen ser las más enfermas serían las más perjudicadas. La Asociación instaba al Gobierno socialista a aumentar el % del P.I.B. destinado a Sanidad y a reformar el SNS para hacerlo más eficiente. En concreto proponía las siguientes recomendaciones:

- Consumo de medicamentos genéricos.
- Evaluación de los nuevos medicamentos y tecnologías antes de ser incluidos en el SNS.
- Aplicación de la Ley de Incompatibilidades y de la exclusividad a los profesionales médicos del sistema público, aumento del horario de funcionamiento de los hospitales y participación en la gestión sanitaria de profesionales y usuarios.

Las propuestas del informe Abril tampoco gustaron a las Centrales Sindicales: CCOO y UGT que amenazaron con una huelga general. Los sectores progresistas, Izquierda Unida y otros partidos de izquierdas sintieron las recomendaciones como un reflejo del ideario neoliberal, que siempre propugna la misma receta: disminución del gasto público y fiscalidad directa, junto con un incremento del desvío de dinero público hacia la empresa privada, todo ello en aras de una nunca demostrada mejor gestión.

Afortunadamente el Informe Abril quedó en mero debate y nunca llegó al Parlamento, el esfuerzo de la FADSP junto con las fuerzas progresistas impidió que se hiciera realidad.



En 1990 como propuesta parlamentaria del CDS se creó la Comisión de Análisis y Evaluación del SNS conocida como Comisión Abril (Martorell). Un sistema aún recién nacido y sin desarrollar estaba a punto de ser ya reformado. La ADSP percibió el alcance de lo que se proponían e hizo lo posible por ponerlo de manifiesto. Por fortuna sus propuestas no se aplicaron. Hoy vuelve a hablarse del Informe Abril, que de hecho ha sido el camino de privatización seguido en las reformas que se han llevado a efecto sobre el SNS en cuanto a separar financiación y provisión de servicios por ejemplo.



Un debate duro en un momento de gran descontento del personal de especializada en Salamanca. Pero tenían que venir tiempos peores

La Comisión estaba formada por economistas y sectores con intereses en la sanidad privada. El informe que salió de la Comisión creada tardó más de un año en hacerse público.

Algunas de las 64 recomendaciones eran asumibles por la ADSP pero las tesis centrales resultaban inaceptables como:

- Separación entre financiación (pública) y gestión (pública o privada).
- Separar presupuestos de asistencia de los de salud pública, promoción y prevención que se hizo y fue el principio del fin de la Atención Primaria.
- Creación de sociedades estatales de derecho privado en los centros sanitarios. También se hizo. Es una de las numerosas "nuevas formas de gestión".
- Que se siguiera financiando con fondos de Seguridad Social. No se hizo.
- Instauración de copagos. Aún no se ha hecho pero siempre está en boca.



LA SANIDAD EN SALAMANCA EN ESTE PERÍODO

El desarrollo de la Atención Primaria y Especializada en Salamanca de 1988 a 1995

Las transferencias sanitarias no habían tenido lugar. El Insalud continuaba gestionando el sistema público de Salud con las direcciones provinciales que en el caso de Salamanca realiza una actividad importante e intenta, aún, coordinar las actividades de Atención Primaria y Atención Especializada. Al final de este período se adopta el modelo organizativo de áreas de Salud, Salamanca tiene una, dirigida por un gerente de área y dos gerentes de Atención Primaria y Especializada.

En este tiempo empiezan a funcionar en la capital tres nuevos Centros de Salud: Casto Prieto en el barrio de San José y Alamedilla y Garrido Sur en el centro, que junto con el de San Juan fueron los únicos que existieron en Salamanca capital durante muchos años. Atendían a 37.121 personas de las aproximadamente 150.000 que constituían el censo de la ciudad. Los tres nuevos centros se instalan en edificios adecuados, con espacio suficiente y en el edificio de la Alamedilla con nuevos recursos de apoyo a la Atención Primaria: Unidad de salud mental, Unidad de salud bucodental, Unidad de planificación familiar, matronas y fisioterapia.

En la capital sólo en estos cuatro Centros de Salud se desarrollan las normas de atención sanitaria recogidas en el RD 137/84, y se hace exitosamente por parte de los profesionales.

El Ministerio de Sanidad mantiene una política de incorporación de personal sanitario en base a la realización de oposiciones periódicas centralizadas, de esta forma llegan la mayoría de los médicos y parte del personal de enfermería a los nuevos Centros de Salud urbanos. Simultáneamente el Insalud favorece la adscripción al nuevo modelo de Atención Primaria de profesionales ya vinculados al sistema de salud.

Se crea y desarrolla la Unidad Docente de Medicina de Familia y Comunitaria encargada de la formación de los médicos internos y residentes de la especialidad, los cuatro Centros de Salud urba-

nos intervienen en su formación llegando a acoger cada año 15-16 residentes del tercer y último año de residencia.

Impulsadas por la administración y por los propios profesionales sanitarios comienzan a efectuarse tareas de formación continua en los Centros de Salud mediante charlas, sesiones clínicas e interconsultas de unos pocos y voluntariosos médicos hospitalarios. La investigación también comienza a realizarse aunque en pequeño número y dependiendo de voluntades particulares, la mayor actividad la realizan los residentes de medicina de familia de estos años.

La cuestión de la atención a las urgencias se abordó en esos años sin lograr una solución. Por una parte estaban los hospitales con dos puertas para la atención de urgencias en el Hospital Clínico y en el Virgen de la Vega, en este a su vez una puerta para la atención a pediatría y obstetricia y otra para las urgencias generales. En el mismo espacio físico de las urgencias del hospital Virgen de la Vega estaban los profesionales que atendían las urgencias de Atención Primaria, pero no compartían nada más, ni organización ni otro tipo de recursos. Más tarde se trasladaron al edificio de la Alamedilla, se le llamó PAC (punto de atención continuada) y allí en principio el personal que las atendía era el de los Centros de Salud y otro específicamente contratado para este servicio.

Se publicó un plan para la organización de las urgencias, en el que se hablaba de la posibilidad de un servicio único de urgencias por área de salud cuyos recursos estuvieran integrados, de que los profesionales que trabajasen en urgencias después de un tiempo pudieran pasar a incorporarse a los equipos de Atención Primaria y otros planteamientos que no llegaron a plasmarse en la realidad.

En la provincia a los Centros de Salud existentes se incorporan otros, Vitigudino, Ledesma, Aldeadávila, Ciudad Rodrigo, Béjar, Calzada etc. Las dificultades que se describieron en el capítulo anterior se mantienen, también las facilidades. Las actividades para explicar el nuevo modelo de Atención Primaria de Salud a la comunidad fueron numerosas como intensas fueron las actividades de formación por parte de la administración a los profesionales en los nuevos conceptos y metodologías de trabajo.

Comienza a realizarse la extracción periférica de muestras lo que evitaba a los habitantes de los pueblos desplazamientos hasta Salamanca, Béjar o Ciudad Rodrigo.

La doble dependencia administrativa de los centros rurales era un problema añadido. Por un lado los recursos humanos en su mayoría funcionarios que dependían de las autoridades autonómicas igual que el mantenimiento de los edificios, mientras que la mayor proporción de los sueldos, el material fungible, etc. seguía dependiendo del Insalud y la falta de coincidencia en el partido gobernante entre la administración central y autonómica no facilitaba las cosas y servía como excusa para no avanzar.

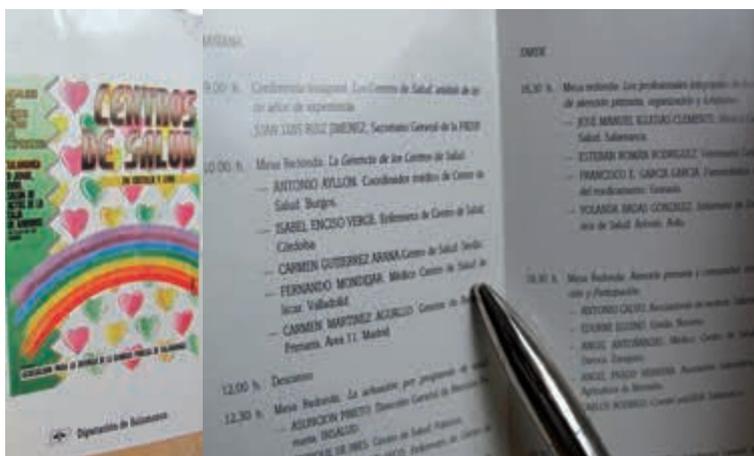
En Ciudad Rodrigo y Béjar la comunidad presionaba para la creación de un hospital o la ampliación de los servicios que ofrecía el existente, no se acepta la mejora de los servicios de Atención Primaria como la mejor solución y esto genera muchos problemas y tensiones que no siempre se resuelven adecuadamente por parte de las Administraciones Autonómica y Central que utilizan este asunto para fines partidistas y electorales. Pese a todo esto los Centros de Salud de Ciudad Rodrigo y Béjar comienzan a funcionar

La atención especializada vive sus particulares tensiones, intentos de unificación de los hospitales Clínico y Virgen de la Vega, la creación y desarrollo de un nuevo organigrama de dirección para el conjunto hospitalario. Hay mucha resistencia por parte de los profesionales para la unificación de los servicios aunque algunos, los menos, son favorables a ella. Se hacen diversos ensayos de unificación tanto estructural como física sin que ninguno de ellos llegue a concretarse en hechos.

Un documento elaborado en esta época por la Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública recoge los objetivos hospitalarios que deberían ser establecidos: 1- Atención especializada de calidad para aquellos problemas que lo requieran dentro del área de salud de Salamanca; 2-Apoyo y coordinación con la Atención Primaria como base de la asistencia sanitaria dentro del área; 3-Promover la creación de servicios de referencia a nivel regional. Se hace incapié en que el orden de preferencias en las actuaciones sea el indicado y no el inverso para atender a las necesidades reales de la población.

Se intenta la coordinación en la asistencia sanitaria entre Atención Primaria y Especializada y debe ser destacado el trabajo realizado por los profesionales hospitalarios (muchos de ellos socios de la ADSP) que se incorporaron al programa de interconsultas acudiendo a los distintos Centros de Salud, pero no pasan de aquí los logros en esta tarea.





"Los Centros de Salud en Castilla-León, análisis de 5 años de experiencia"

INTRODUCCION:

En 1979 la Asamblea Mundial de la Salud planteó la "Estrategia Mundial de la Salud para todos en el año 2000", haciendo suyo el Informe y la Declaración de la Conferencia sobre Atención Primaria de Salud (A.P.) celebrada en Alma Ata en 1978, e invitó a los estados miembros de la OMS a que emprendieran políticas, estrategias y planes de acción para alcanzar la meta propuesta.

El desarrollo de las estrategias marcadas, en nuestro País, comienza a plasmarse con la aparición del R.D. 137/84 sobre Estructuras Básicas de Salud. En él se define un Centro de Salud como la "estructura física y funcional que posibilita el desarrollo de la Atención Primaria de Salud, que deberá ser coordinada, integral, permanente, continuada y con base en el trabajo en equipo de los profesionales sanitarios y no sanitarios que actúan en el mismo".

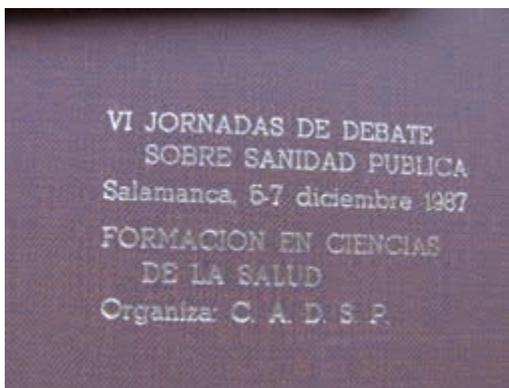
En la Comunidad Autónoma Castellano-Leonesa se pusieron en marcha hace cinco años los primeros Centros de Salud y a la par se inició el planteamiento de un soporte legislativo que facilitase el desarrollo de las funciones y actividades propias de los EAP. En este tiempo se ha incrementado el número de Centros de Salud, se han extendido por toda la Comunidad, particularmente en el medio rural en donde vive una parte fundamental de la población Castellano-leonesa.

El desarrollo de la Atención Primaria, supone un conocimiento detallado, y la participación activa de los profesionales sanitarios en la comunidad mediante programas de salud y de ésta en las actividades del EAP, al menos a través del Consejo de Salud.

La extensión del modelo de A.P. va indisolublemente unido al afianzamiento y desarrollo de un modelo público de asistencia sanitaria ya que sólo así se conseguirá la coordinación, el carácter integral de la atención, y que los recursos totales empleados en el sistema sanitario (humanos, materiales y organizativos) se redistribuyan de forma adecuada a las necesidades.

Con este planteamiento, la *Asociación de la Defensa para la Sanidad Pública de Salamanca* promueve la realización de una *Jornada* que tendría lugar el día 9 de junio de 1990 y dirigida a los profesionales de los EAP (médicos, enfermeras, asistentes sociales, farmacéuticos, veterinarios,...) y a miembros de la comunidad interesados o responsables de la atención de salud comunitaria, cuyos principales **OBJETIVOS** son:

1. Reforzar el modelo de atención sanitaria pública.
2. Abrir un debate sobre la situación de los Centros de Salud en Castilla y León, con tres orientaciones: análisis de los aspectos gerenciales en el más amplio sentido, discusión de las funciones y su desarrollo a través de los programas de salud, así como el papel que recae sobre los distintos profesionales que trabajan en los EAP y por fin, valoración del nivel de participación de la comunidad en las actividades de los Centros de Salud.
3. Discusión de los aspectos peculiares que caracterizan a los Centros de Salud rurales y que marcan, incuestionablemente sus posibilidades de actuación, tratando de colaborar al desarrollo de todas las funciones del EAP en este medio.
4. Con el debate y la valoración que se realice, plantear elementos de reflexión sobre los cambios a realizar en el futuro para conseguir un afianzamiento del modelo de Atención Primaria de Salud dentro de un sistema público, a través de unos Centros de Salud eficaces y eficientes.



VI JORNADAS NACIONALES DE DEBATE SOBRE SANIDAD PÚBLICA

Formación en ciencias de la salud

Las VI Jornadas de Debate sobre Sanidad Pública que anualmente organiza la FADSP se celebraron en Salamanca los días 5 y 6 de diciembre de 1987. La FADSP había elegido nuestra ciudad como sede de estas Jornadas por el atractivo turístico innegable de Salamanca y como medio para empujar nuestra Asociación que después de

unos años de gran pujanza, estaba decayendo, fruto sin duda del “desencanto político” que en aquellos años se vivía. Como la tradición pesa mucho se eligió un tema muy en consonancia con la sede: “Formación en Ciencias de la Salud”. La oportunidad en la elección del tema quedó constatada por el gran éxito de participación conseguido y la intensidad y brillantez de los debates.

Los objetivos básicos que se habían planteado a priori eran, por una parte romper “compartimentos estanco” (medicina, farmacia, enfermería...) y empezar a hablar de la necesaria formación integrada de todos los profesionales de la salud, para permitir en el futuro un trabajo en equipos multidisciplinarios y por otra parte, analizar la situación de la formación en sanidad en nuestro país. Se plantearon las sesiones diferenciando los tres periodos en que clásicamente se divide la formación de los sanitarios: pregrado, postgrado y formación continua.

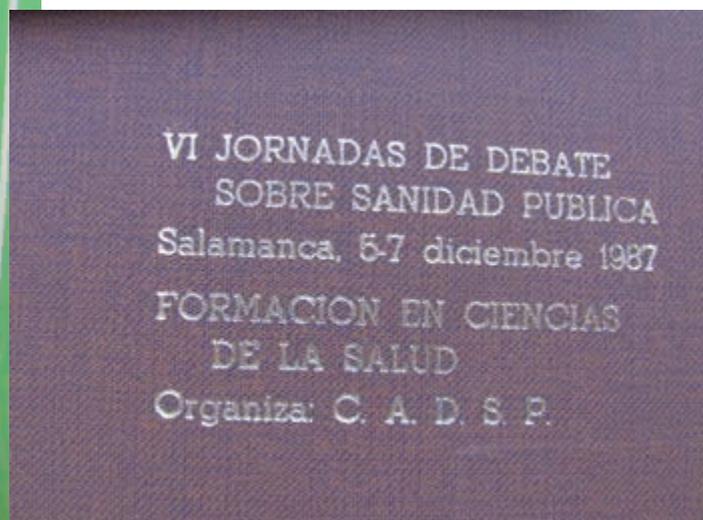
Contamos con expertos españoles en el área médica como los Drs. Patiño, Hernán Avendaño, Rojo o Marset, pero también en farmacia (Profesor J. Ribas), enfermería (Profesora G. Mora o M^a Victoria Antón) o veterinaria (Dr. Cordero) y con expertos internacionales como el Dr. Vodoratski, responsable de Educación en la Oficina Regional para Europa de la OMS, el Dr. Lyn Jones, profesor de Medicina Comunitaria en Edimburgo o el Dr. Mauricio Mori, profesor del Centro Sperimentale per l'Educazione Sanitaria in Perugia. El contrapunto lo pusieron representantes de los estudiantes y de la Coordinadora MIR.

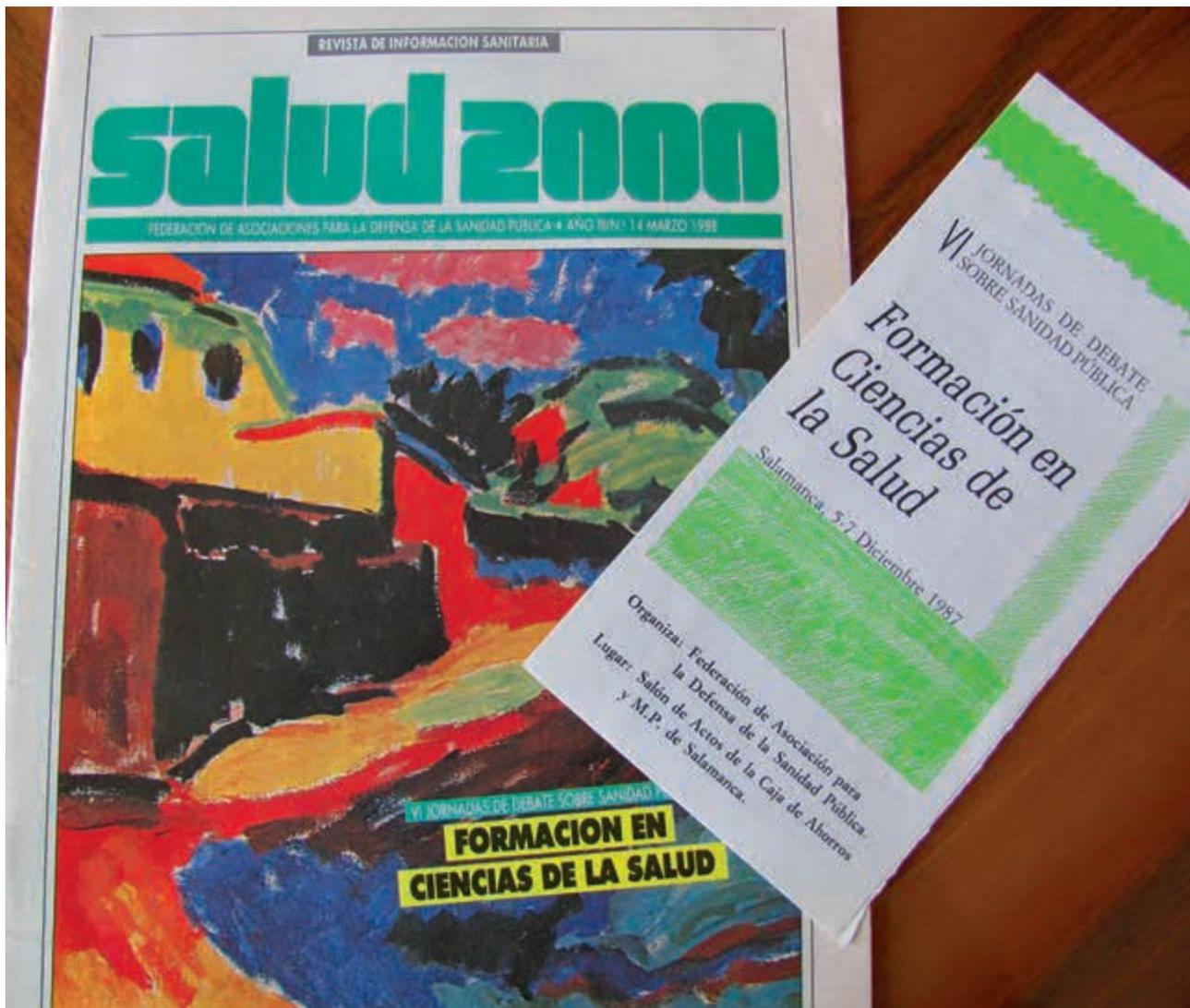
Se mostró la situación de obsolescencia de los programas de pregrado, el buen curso que seguía la formación postgraduada (MIR) y la deficiencias en Formación continua y se apuntaron alternativas de gran interés y novedosas en aquél momento.

Para la realización de las Jornadas contamos con la colaboración del Fondo de Investigación Sanitaria de la Seguridad Social, el Instituto de Ciencias de la Educación de Salamanca, la Excm. Diputación de Salamanca, la Consejería de Cultura y Bienestar Social de la Junta de Castilla y León y la Caja de Ahorros y MP de Salamanca.



Un dato para los curiosos: la asistencia a las Jornadas valía 3.500 pesetas para los socios; y un añadido final: la intención de reforzar la Asociación que tenía la FADSP tuvo éxito, desde entonces un núcleo amplio de socios activos, que empezamos a liderar esta Asociación, permanecemos al pie del cañón.





Las VI Jornadas de Debate sobre Sanidad Pública que se organizaron en Salamanca con un esfuerzo notable por parte de muy pocas personas. Un resumen que se publicó en la revista Salud 2000

ÍNDICE	
PRESENTACIÓN	7
I. FORMACIÓN DEL PERSONAL SANITARIO DENTRO DE LOS OBJETIVOS DE LA OMS. <i>Dr. V. Vodoratski</i>	9
II. Mesa Redonda: LA FORMACIÓN PREGRADUADA EN MEDICINA	17
• Introducción. <i>Dr. Pablo Unamuno</i>	19
• «Modelos de Enseñanza en la Medicina». <i>Dr. Pedro Marsel</i>	21
• «Legislación nueva para un viejo problema». <i>Dr. Ramón Patiño</i>	25
• «Planes de Estudio en Medicina». <i>Dr. Julio Fermoio</i>	27
• «La Enseñanza de la Medicina desde la perspectiva del estudiante». <i>Carlos Vallejo</i>	33
• «El Modelo de la Universidad Autónoma en el marco de la crisis de la Enseñanza Médica». <i>Dr. V. Rojo</i>	37
• Coloquio	43
III. LA FORMACIÓN DEL FARMACÉUTICO COMO PROFESIONAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD. <i>Dr. Josep Ribas</i>	47
IV. LA FORMACIÓN DEL VETERINARIO COMO PROFESIONAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD. <i>Dr. Miguel Cordero del Campiño</i>	55
V. Mesa Redonda: LAS ESPECIALIDADES MÉDICAS EN ESPAÑA	71
• Introducción. <i>Dr. Diego Reverte</i>	73
• «La necesaria formación del graduado. El sistema MIR». <i>Dr. Luis Hernando Avendaño</i>	75
• «Formación de Especialistas. Postura del Ministerio de Educación». <i>D. Francisco de Asís de Blas</i>	77
• «Las especialidades médicas desde la óptica de las Facultades de Medicina». <i>Dr. Vicente Pedraza</i>	81
• «Perfeccionamiento del Sistema MIR». <i>Dr. Ignacio Arroyo</i>	85
• Coloquio	89
• Comunicación	97
	5

VI. Mesa Redonda: MEDICINA GENERAL O MEDICINA DE FAMILIA	99
• Introducción. <i>Dr. José Manuel Iglesias</i>	101
• «Medicina General y Comunitaria en Gran Bretaña». <i>Dr. Lyn Jones</i>	103
• «Formación Específica en Medicina General-Familiar. Situación Nacional e Internacional». <i>Grupo de trabajo de la Sociedad española de Medicina Familiar y Comunitaria</i>	109
• «La opinión de los estudiantes de Medicina». <i>D. Fernando Sánchez</i>	115
• Coloquio	119
VII. Mesa Redonda: FORMACIÓN EN ENFERMERÍA	121
• Introducción. <i>D.ª M.ª Teresa Agreda Ulloa</i>	123
• «Formación Básica en Enfermería». <i>D.ª Ángeles Mora</i>	125
• «El Comité Consultivo de Educación en Enfermería». <i>D.ª Concha Germán Bes</i>	131
• «El Saber y el Poder». <i>D.ª M.ª Victoria Antón Nardiz</i>	135
• «La Postura del Ministerio de Educación». <i>D. Fernando de la Torre</i>	139
• Comunicaciones	143
VIII. LA FORMACIÓN CONTINUADA DEL EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA. <i>Dr. Maurizio Mori</i>	171
IX. Mesa Redonda: FORMACIÓN CONTINUADA. EXPERIENCIAS EN ESPAÑA	185
• «Formación Continuada en Cataluña». <i>José M.ª Martínez Carretero</i>	187
• «Formación Continuada. La experiencia de Euskadi». <i>Txoamún Rivierte</i>	199
• «Formación Continuada en Castilla-La Mancha». <i>Lorenzo García Jimeno</i>	203
• Coloquio	209
• Comunicaciones	213

Índice del libro de Ponencias de las VI Jornadas de Debate sobre Sanidad Pública. Salamanca 1987

CIRCULAR INFORMATIVA

①

El pasado día 22 se celebró Asamblea de la Asociación. Tras la presentación de la nueva junta directiva se pasó a debatir las propuestas de trabajo para el año en curso. En resumen y concretando estas son:

.Se afrontará de forma definitiva la ampliación de la Asociación cambiando el Art.19 de los Estatutos para posibilitar que pueda entrar cualquier ciudadano que lo desee y sea admitido. Se comunicarán los mecanismos legales.

.En este sentido hemos contactado con colectivos como ATS, Asistentes Sociales, y lo haremos con otros y la población en general.

.Ha comenzado a funcionar una Coordinadora de Asociaciones de Castilla-La Mancha. Nuestro criterio ha sido apoyarla, pero sin complicar la situación con nuevos estatutos, sistemas de financiación, etc.

.Queremos mantener una relación con la Administración para estar mejor informados y ofrecer la posibilidad de apoyo técnico en áreas determinadas.

.Vamos a intentar poner en marcha una Plataforma por la Reforma Sanitaria que integre a partidos, sindicatos y asociaciones que estén en esta línea. Desde aquí programaríamos nuestras acciones de apoyo y/o crítica de la Ley de Sanidad.

.Pretenemos hacer un estudio de zonificación de la asistencia primaria en nuestra provincia. Con este objeto nos reuniremos el día 25 de Abril a las 18h. en los locales de Sanidad.

.Quedamos en debatir la Reforma Hospitalaria y adoptar medidas en consonancia en los hospitales. Nos reuniremos el día 26 de Abril a las 18 h. en los mismos locales.

.El día 9 de Mayo vamos a realizar una Mesa Redonda con el tema: "El equipo de Atención Primaria". Será en el Salón de Actos del Colegio de ATS en la Avda. Portugal nº 18 a las 17'30h.

.Estamos iniciando contactos con AAVV y asociaciones culturales rurales con el objeto de ofrecernos para cursos, charlas... sobre la reforma sanitaria o temas específicos sanitarios de su interés.

.Pensamos sería de utilidad el establecer coloquios sobre temas sanitarios en los que interviengan diferentes niveles de profesionales y se apuntarán como posibles temas: Hipertensión, Diabetes, Uso de medicamentos... Es importante que aquellos que piensen interesa desarrollarlo en una determinada zona o localidad contacte con nosotros. Recordad el Apto. de Correos

.Interesa para facilitar trabajo el crear un fondo-archivo de lo que cada uno hace en su zona. Ello dependerá de que nos lo enviéis al Apartado

Capítulo III

La embestida privatizadora. Los criterios de mercado entran en la sanidad

1993-1998

- La Ley de Ordenación del sistema sanitario en Castilla León
- Nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud
- El Plan Estratégico del Insalud
- Nacen las plataformas ciudadanas para la defensa de la sanidad pública

LA LEY DE ORDENACIÓN DEL SISTEMA SANITARIO EN CASTILLA Y LEÓN (1993)

En el año 93, ocho años antes de ser trasferidas a Castilla León (CyL) las competencias de asistencia sanitaria del Insalud, la Comunidad Autónoma promulgó una ley que ordenaba y era garante de los servicios sanitarios. Se trataba de tener la ordenación sobre el papel lista para el momento en que se produjeran las trasferencias sanitarias.

La norma era expresión del mandato constitucional sobre la reordenación de competencias del Estado y las Autonomías, asumiendo y ordenando CyL responsabilidades sobre la salud que le eran propias, a falta del mayor volumen que suponía la asistencia sanitaria, prestada en aquel momento por el Insalud.

Por ello, la gestión y administración de las prestaciones asistenciales era en esta ley, un aspecto accesorio.

Destacaban la creación del Sistema Regional de Salud de CyL y de la Gerencia Regional de Salud, (GRS) esta última vacía aún de contenido, pero dejaba formulada la estructura que la acogería. A medida que se produjeran las trasferencias, su preveía su desarrollo. Se diferenciaban las funciones de planificación y gestión, tanto en el nivel central como en el periférico.

El Área de Salud se establecía como el marco que integraba todos los servicios ejerciéndose desde esta la dirección del conjunto de recursos. Dentro de éstas, las ZBS seguían siendo las unidades básicas; puerta de entrada al sistema.

Se creaba la figura del Director de Equipo –órgano unipersonal de gestión y autoridad de la ZBS– que no llegó a desarrollarse.

Pueden señalarse una serie de aspectos positivos que contenía la norma, positivos al menos desde su enunciado, ya que para llegar a representar beneficios reales debían desarrollarse en la práctica.

Alguno de estos aspectos se desarrollaron efectivamente –es fácil reconocerlos hoy en nuestro entorno– otros han quedado en meras declaraciones de intenciones.

- Se inspiraba en principios como la descentralización, autonomía y responsabilidad de gestión o, en otra vertiente, promoción del interés individual y social por la salud, mejora continua de la calidad, tendencia a la atención integral y personalizada. Basta un somero análisis para ver que los tres primeros enunciados no son precisamente los principios seguidos.
- Reconocimiento, protección y garantía de derechos de los ciudadanos; un extremo que se ha impulsado normativamente de forma intensa. Su traducción práctica ha sido limitada. Curiosamente se enunciaba como derecho el de conocer “el coste de los servicios consumidos”.
- Evaluación previa de nuevas prestaciones.
- La protección jurídica y económica de los trabajadores del sistema sanitario ante demandas y reclamaciones que pudieran interponerse. Este punto se acaba materializando en el seguro de responsabilidad civil.
- Se enunciaban los principales instrumentos para llevar a cabo los fines de la ley: el Plan de Salud, el Mapa Sanitario, la Acreditación de centros y servicios, la Información sanitaria y económica y, lógicamente, los Presupuestos. Técnicamente irreprochables, siempre que se aplicasen de forma eficaz y efectiva. Los planes de salud, instrumento esencial, se siguen pero con un cumplimiento nominalista y de bajo impacto real; la acreditación de centros, –elemento crítico en la calidad– muchos años después, ni se ha iniciado.
- El plan de salud era uno de los instrumentos fundamentales de todo el procedimiento, siendo un instrumento básico y ambicioso que reuniría no solo los aspectos sanitarios sino otros como los sociales, ambientales, culturales, sociosanitarios o financiero. Estos planes quedaron sobre el papel con pomposas presentaciones, sin desarrollo, sin financiación, sin evaluación.

- A los profesionales sanitarios se les reconocía el papel de participar en la gestión de los hospitales, no se definían fórmulas ni alcance. Pasado el tiempo puede afirmarse que esta participación es anecdótica.
- Se enunciaba la promoción de la investigación y de la docencia, creando el Instituto Regional de Estudios de Ciencias de la Salud, que si bien era una pretensión encomiable, ha demostrado su nula incidencia práctica en la realidad del fomento investigador. Tampoco constan actuaciones especiales o para fomentar la docencia. En los últimos tiempos (en la actualidad), se están creando redes específicas que potencian la investigación a través de asociar recursos (caiber), bajo fórmulas inspiradas por el Ministerio de Sanidad.
- Se definían órganos de participación y control, como el Consejo Regional de Salud, o el Consejo de Salud de Área, aunque este último quedaba pendiente en cuanto a la determinación de sus funciones y composición.

Esta norma ordenadora de la sanidad, tenía por el contrario elementos bastante más discutibles, muchos de ellos fruto del estado de opinión o las tendencias existentes en aquellos momentos sobre la orientación liberalizadora de la gestión sanitaria. Sin haberse llegado a emitir aún normativa específica de carácter nacional sobre las denominadas “nuevas formas de gestión”, el Informe Abril había sentado bases conceptuales para incluir criterios más liberales, de gestión empresarial o de competencia, que comenzaron a ser plasmadas más expresamente en algunas normas.

Algunos de estos elementos que podemos calificar como introductorios de economía de empresa, de competencia en un mercado sanitario interno, o de participación de la iniciativa privada en el sector público eran estos:

- La gestión de los servicios se encomendaba a una pluralidad de fórmulas de gestión, directas, indirectas o compartidas. Se recogían así las tendencias más liberales, pudiendo dar un enfoque comercial a la gestión de la salud.

- Dentro de la GRS se preveía, incluso se alentaba, que la gestión “profundamente descentralizada” en las Áreas de Salud la realizaran entes públicos, privados o mixtos. Bien es cierto que estas previsiones no se han llegado a desarrollar en CyL.
- En lo referido a la gestión de las Áreas de Salud, se señalaba que esta gestión de sus recursos podía efectuarse mediante una diversidad de fórmulas, pudiendo la GRS establecer cuantas fórmulas contractuales sean admitidas en derecho u operar a través de las entidades instrumentales que al efecto sean constituidas. Eso sí, supervisadas por los órganos superiores y dentro del plan de salud. De esta forma se adelantaba la legislación de CyL a lo que luego se concretaría en normas nacionales como “nuevas formas de gestión”.
- La GRS se creaba separada del Sistema Regional de Salud para la administración y gestión de servicios y programas sanitarios bajo una fórmula que permitía acoger mejor que los servicios centralizados “una variedad de formas de gestión territorial y funcional”. Se separaba la financiación de la provisión.
- Se creaba la Red Asistencial de Utilización Pública, como alternativa a los conciertos. Esta Red –que no llega a desarrollarse– se especificaba que no era la única forma de colaboración de la iniciativa privada en el Sistema de Salud de CyL. Otras eran, la citada pluralidad de fórmulas gestoras, así como contratos y vinculaciones especiales para personas e instituciones
- Un capítulo era dedicado a la colaboración de la iniciativa privada. Se definían estos modos de colaboración, citando los acuerdos, conciertos y convenios, además de la integración de centros privados en la Red Asistencial de Utilización Pública, y la posibilidad, ante insuficiencia de medios propios, de otro tipo de colaboraciones. Se recogía el principio de complementariedad, pero no así el de subsidiariedad.

Un aspecto de la Ley 1/93 que supuso una notable conmoción en el sistema sanitario regional, fue la Disposición Transitoria Cuarta. Esta disposición daba acceso a la condición de funcionarios

de carrera –es decir, fijos– a todos los sanitarios titulares interinos que en el momento de promulgarse la ley estuviesen ocupando plaza, mediante un sencillo procedimiento.

Se pretendía con ello dar “estabilidad” al sistema y a unos 2000 profesionales en situación de interinidad. Situación a la que se había llegado gracias al incumplimiento del deber establecido para la Administración de convocar anualmente oposiciones para estos cuerpos de sanitarios locales y que llevaban 10 años sin efectuarse.

La mala política de recursos humanos que dio lugar a esta situación lastró el desarrollo de la Atención Primaria en Castilla y León. Se menospreció la formación sanitaria vía MIR de la Medicina Familiar y Comunitaria, lo que dio lugar a la emigración de estos profesionales bien formados a otras comunidades autónomas.

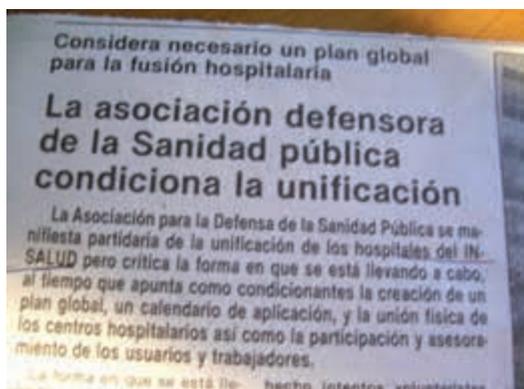
En resumen se trató de una ley innovadora con una letra más organizadora y garantista que gestora de servicios, pero con un espíritu que posibilitaba de entrada de las fórmulas más neoliberales de aquel momento, incluso antes de que fuesen recogidas normativamente por leyes de carácter nacional, arbitrando recursos legales para que la gestión sanitaria se pudiera realizar bajo los modelos tradicionales, o bajo cualesquiera de las modalidades admitidas en derecho, dando cabida así –al menos de forma teórica– a los diversos tipos de gestión (fundación, consorcio, cesión, subrogación...) que más posteriormente irían cobrando cuerpo a nivel nacional y siendo cubiertas legalmente por normativa específica. Algunas CCAA ya habían desarrollado organizaciones de este tipo aún sin esta cobertura.

Estas fórmulas más liberales, a pesar de anticiparse en el tiempo, no llegan a implantarse en CyL.



Otras actividades. La Ley de Ordenación del Sistema Sanitario de Castilla y León. Fecha 21 de abril de 1994. Lugar: Salón de actos de Caja Salamanca y Soria. Organiza: ADSP Salamanca





Otras cosas que pasaban... y sobre las que nos manifestamos:

- La Junta de Castilla y León (JCYL) a través de la Dirección General de Salud Pública, no autoriza la fusión de los centros sanitarios: Hospital Clínico y Hospital Virgen de la Vega en la única institución sanitaria. (Julio, 1993)
- El negocio de las clínicas privadas con dinero público, a través de los conciertos económicos del Ministerio de Sanidad con clínicas, hospitales o fundaciones de titularidad privada.
- El Colegio de Médicos en contra de las consultas de tarde
- Cáritas publica un informe demoledor sobre la pobreza



- Realidad social y planificación sanitaria I y II (Comentario al informe FOESSA de CARITAS. ADSP 30 y 31-12-1994)
- La huelga de estudiantes de medicina (ADSP 1994)
- Crítica a la inversión sanitaria privada, ante las carencias sociales de la población
- El conflicto de los estudiantes de medicina (25-1-1995)
- Los Centros de Salud urbanos. (4-2-1995)

Actividades

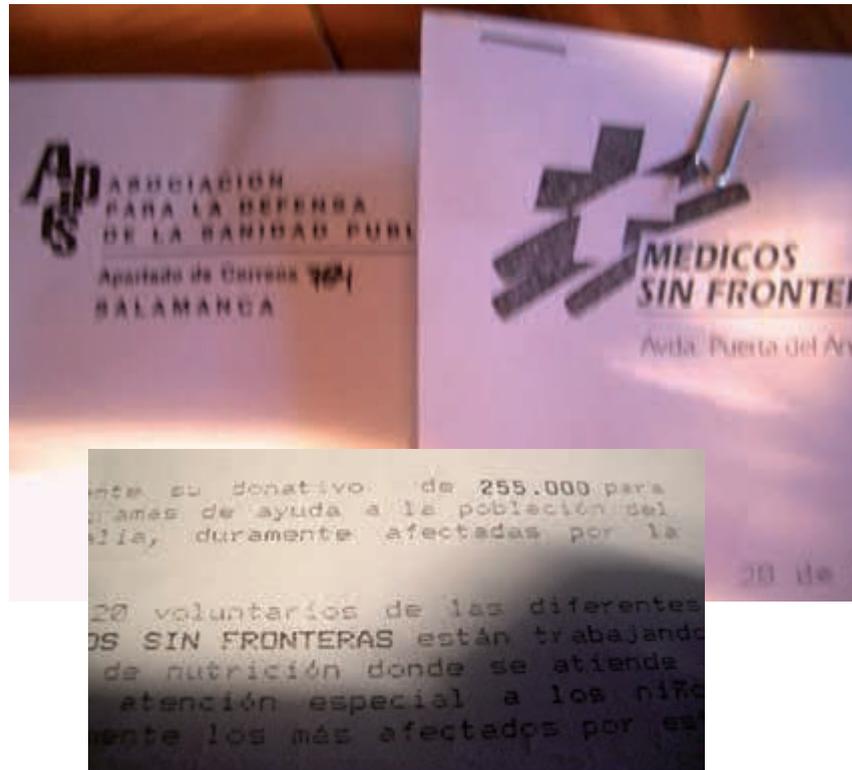
Curso: Uso racional del medicamento en Atención Primaria

Fecha: 16-26 de mayo de 1994

Lugar: Salón de actos de la Dirección Provincial. Insalud

Recortes de Prensa

- Descontento de los Servicios de Medicina Interna con las directrices de la Dirección del Hospital, la libre elección de especialista y su aplicación en el Hospital. (LA GACETA 12-03-1995).
- La Huelga de médicos de hospitales públicos (EL ADELANTO Fecha: 17-06-1995)



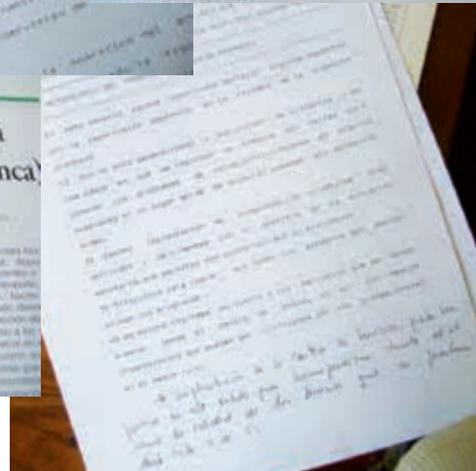
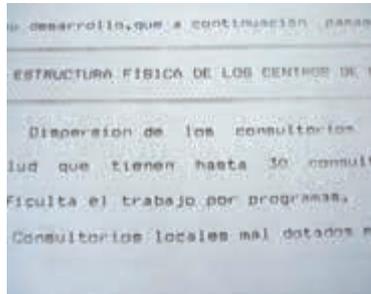
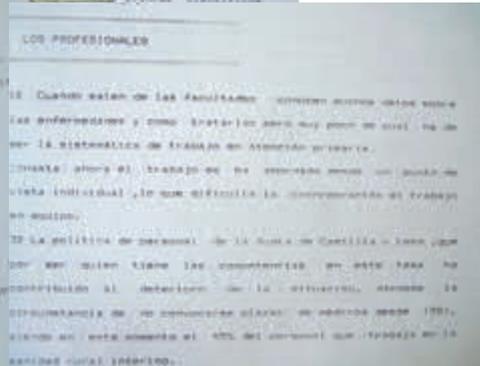
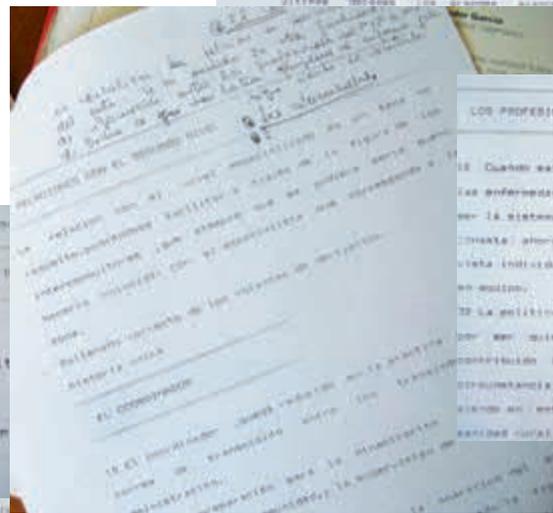
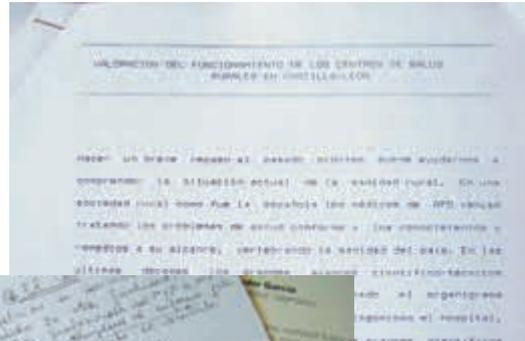
El destino del dinero cobrado por nosotros en concepto de certificados médicos, fue enviado ese año a la Organización Médicos sin Fronteras

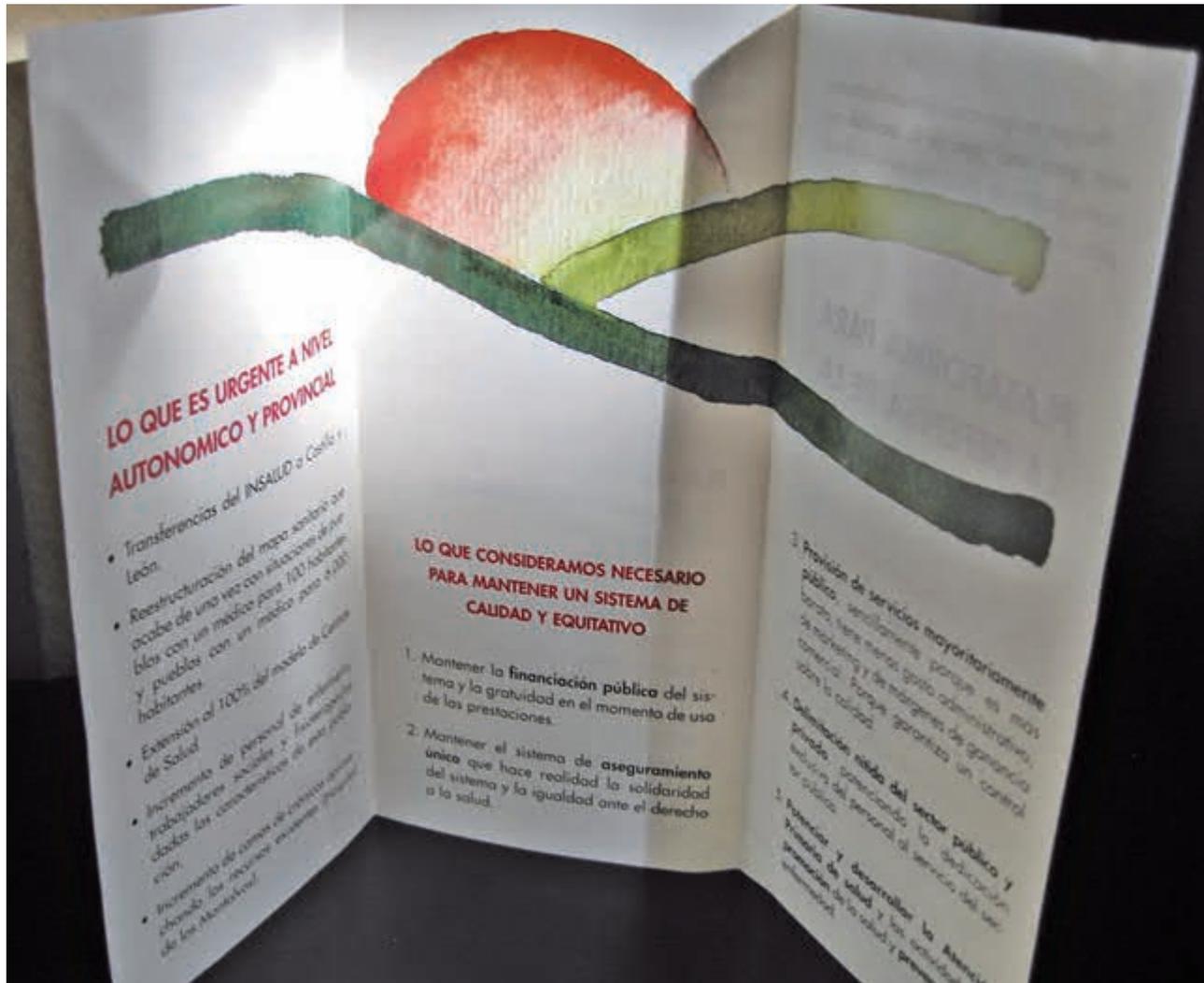
Informamos de ello a nuestros socios

Era una forma de contestar el cobro obligatorio por certificados impuesto por el Colegio de Médicos

Otras cosas

Durante varias semanas analizamos en nuestras reuniones la sanidad rural de Salamanca fruto de lo cual fueron informes y publicaciones

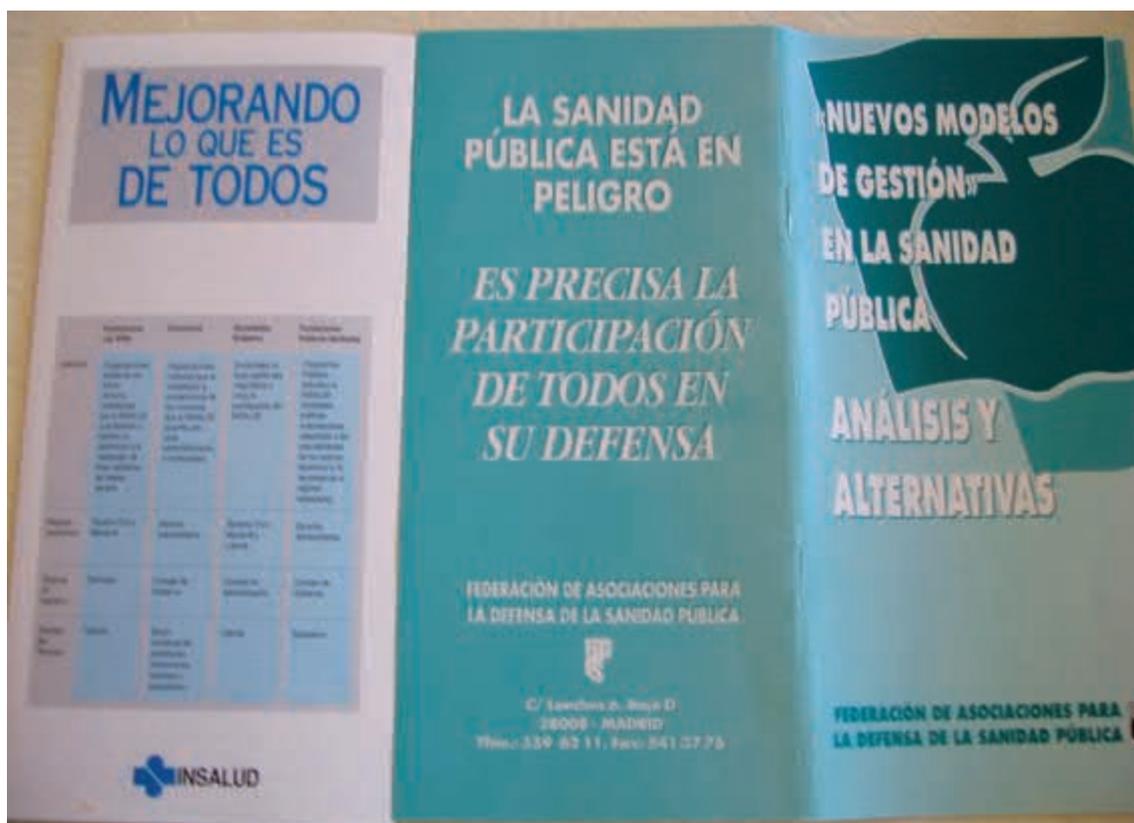




NUEVAS FORMAS DE GESTIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD (1996-97)

Un amplio movimiento de fondo venía registrándose, no sólo en España, sino en todos los sistemas sanitarios públicos de vocación universalista.

En nuestro país, la plasmación más palpable de este movimiento revisionista sobre la capacidad de sostenibilidad del gasto sanitario, o de eficiencia del mismo, fue el denominado Informe Abril (1991).



Actividades

- Presentación de la ADSP en la TVS
- Charlas y cursos sobre USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO
- Carta abierta al Consejero de Sanidad y Bienestar social D. José Manuel Fernández Santiago
- Entrevista en la prensa con Aurelio Fuertes

La polémica que suscitó este Informe fue amplia y profunda, y su contenido no fue trasladado de forma inmediata a criterios de organización y gestión del SNS, pero las grandes líneas estratégicas que marcaba quedaron impregnando el entorno de nuestro sistema y de los legisladores.

En líneas generales, las opciones de revisión de este movimiento liberal de los sistemas de salud actuaban sobre dos ejes: el recorte directo del gasto y la reforma de la gestión.

La primera norma de carácter nacional sobre estos aspectos ve la luz en 1996, aunque algunas CCAA ya habían legislado al respecto e incluso puesto en marcha empresas públicas.

Es el RD-Ley 10/1996 sobre “habilitación de nuevas formas de gestión del Insalud”, el primero en dictarse y viene a decir en su único artículo: *“que la gestión y administración de centros sanitarios y sociosanitarios podrá llevarse a cabo directa o indirectamente mediante cualesquiera entidades admitidas en derecho, creadas por personas públicas o privadas, así como a través de la constitución de consorcios, fundaciones u otros entes dotados de personalidad jurídica, pudiéndose establecer además acuerdos, convenios y fórmulas o gestión integrada o compartida”,*

La Ley 15/97 abre las puertas a nuevas formas en la gestión de los servicios públicos sanitarios.

Posteriormente el RD 29/2000 vino a desarrollar y regular más detalladamente esas nuevas formas de gestión y alguna otra norma que debía adaptarse a la gestión en el ámbito sanitario de nuevos criterios de gestión, como la Ley de organización y funcionamiento de la Administración del Estado.

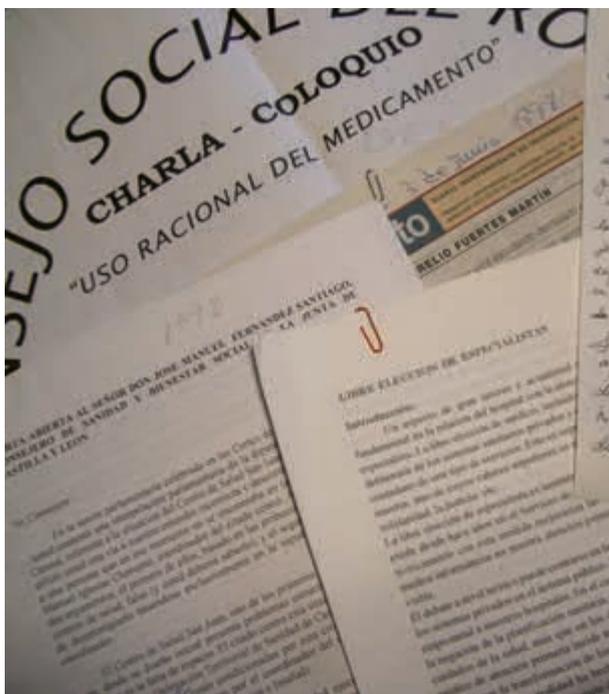
En resumen esas normas venían a establecer:

- La autonomía de gestión sanitaria, separando las funciones de planificación, financiamiento, compra y provisión de servicios.
- Mayor autonomía de los centros, facilitando la extensión de nuevas formas de gestión.
- Las nuevas formas de gestión, con la finalidad de prestación de servicios sanitarios (y también de docencia, investigación, formación y reciclaje), que podían adoptar las siguientes modalidades:
 - Fundaciones privadas
 - Consorcios
 - Sociedades mercantiles participadas mayoritariamente por el Insalud
 - Fundaciones Públicas sanitarias
 - Empresas públicas de derecho privado
 - Gestión indirecta mediante acuerdos, convenios o contratos
 - Concesión de servicios
- El personal de estas modalidades, podría ser estatutario o laboral

Se ha incluido bajo estas modalidades una que no está específicamente enunciada en las normas, la concesión, pero que se desarrolló tomando estas disposiciones como base legal.

Aunque las normas citadas no vienen a decirlo expresamente, se plantean estas nuevas formas al considerarse que las fórmulas tradicionales de gestión pública eran ineficientes, estaban encorsetadas por los controles administrativos, rigidez presupuestaria y la limitada capacidad de gestionar eficazmente los recursos humanos.

Desde un análisis bastante sintético, se pretendían introducir criterios liberales en la gestión sanitaria, propiciar fórmulas más libres de corsés y teóricamente más eficaces, crear un mercado interno sanitario e introducir criterios de competencia que mejorarían los costes, harían más competitivas a las empresas sanitarias y aumentarían la calidad.



Se colocaba así en el centro del sistema a los gestores en lugar de a los pacientes, profesionales y ciudadanos y, desde el análisis de movimientos de defensa de la sanidad pública, se ponía en riesgo la equidad y la salud de la población, aumentando las desigualdades. Constatando por otra parte –en función de algunos trabajos realizados– que estas fórmulas (las fundaciones sanitarias en concreto), no eran más eficientes que los centros de gestión pública.

Se valoraba asimismo el argumento de que los criterios de mercado podían llevar a rentabilizar esas empresas sanitarias en detrimento de la calidad final del servicio o en menoscabo de algunas funciones del SNS como la prevención o la promoción de la salud.

Otro problema asociado era el modo de vinculación de los profesionales, que si bien en el caso de las fundaciones sanitarias se recomendaba que sólo fuera laboral con carácter excepcional, acaba siéndolo con carácter genérico; las condiciones laborales derivadas de esta relación laboral podían llegar, o llegaban, a originar abusos, exceso de temporalidad y finalmente socavar la calidad final del servicio por plantillas excesivamente ajustadas y condiciones laborales inadecuadas.

La gran mayoría de iniciativas puestas en marcha, basadas en las nuevas fórmulas de gestión, son fundaciones sanitarias (hospitales de Verín o Salnés en Galicia, Alcorcón en Madrid, Manacor en Baleares, o Arriendas en Asturias), pero existen otras como empresas públicas (Hospital Costa del Sol, en Andalucía), cooperativas de EAP en Cataluña, las denominadas “concesiones” como el Hospital de Alzira en Valencia, y los sistemas más conocidos de conciertos, pero desarrollados en

Actividades

Jornada de Debate sobre Nuevas formas de gestión en Salamanca organizadas por la ADSP de Salamanca

mayor medida bajo las fórmulas de conciertos singulares o conciertos marco.

En CyL no han llegado a desarrollarse organizaciones sanitarias basadas en estos modelos, excepción hecha de conciertos singulares y marco, y a pesar de ser la primera CA que legisló formalmente sobre abrir la puerta a estas fórmulas (Ley de ordenación).

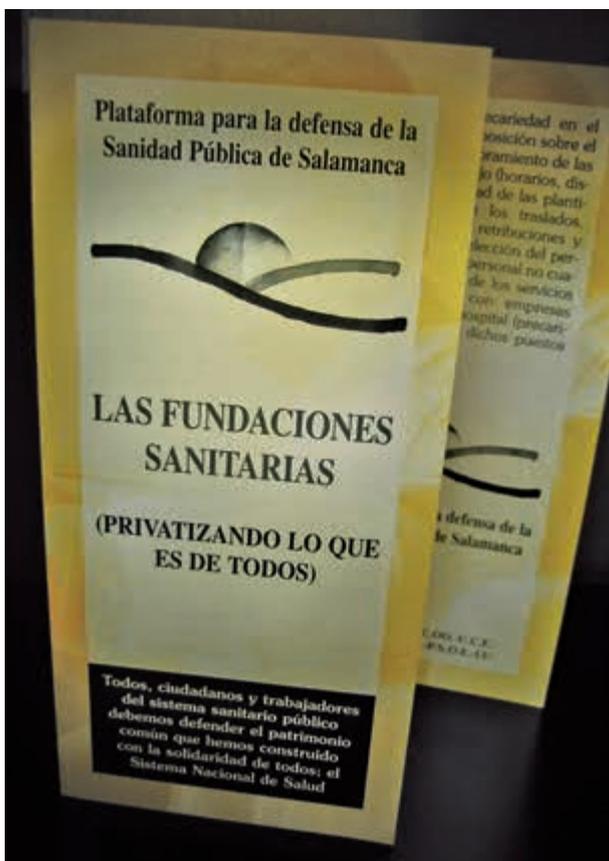
Realizar un análisis relativamente exhaustivo de estos preceptos legales, su alcance, sus matices y sus contradicciones, excede de este resumen, pero si parece conveniente realizar algunos apuntes que aclaren ciertos aspectos.

Lo que regulaban finalmente estas fórmulas o nuevas formas, en principio era la gestión, no la provisión en sí. Tratándose la sanidad de un servicio público no podía ser de otra forma, pero se bordeaba la norma (LGS) al no explicitarse como se debe prestar ese servicio público. Así lo que se privatizaba o se podía privatizar, era la gestión.

Se intentaba introducir una noción de mercado, interno pues se trata de un mercado monopolístico, pero introducción de competencia en alguna medida. Tratándose de un sector regulado, esto –el mercado interno– no pasaba de ser una ficción, que además de no poderse llevar a efecto al no existir una libertad absoluta de elección puede generar elevados costos de administración.

Se intentaba romper la exclusividad de la gestión pública introduciendo criterios de mercado, aunque fuera interno, y de flexibilidad de gestión. En la práctica si bien cambiaban aparentemente las formas de gestión, el mercado seguía siendo de monopolio, con lo que al no cambiarse las reglas básicas tampoco podrían lograrse los fines anunciados.

Especial mención merece el que cantando las virtudes de estos modelos, las propias normas –al igual que los soportes doctrinales como era el Informe Abril– no delimitasen los fines que permitirían controlar si su gestión era eficaz.



Con estas nuevas formas de gestión, se escapaba o se pretendía escapar del derecho administrativo, pero sin introducirse el factor básico del derecho privado: la libre competencia.

Existen abundantes análisis sobre si las llamadas fundaciones sanitarias públicas, son realmente fundaciones (las contempladas por la Ley 30/94), concluyéndose que no lo son, tanto por el modo de clasificación de la ley 15/97, que las define como modo directo de gestión, como por la cantidad de excepcionalidades que las distingue del derecho privado.

Cabe por último, hacer algún comentario desde otra óptica de análisis, ya que si bien estos instrumentos no supondrían directamente una privatización del sistema, si podrían considerarse el inicio de una estrategia dirigida a la reforma de la sanidad pública a través de la desregulación de los servicios sanitarios, comenzando esta por privatizar lo organizativo.

SALUDOS MIL. El Adelanto 19 diciembre de 1998 Miguel González Hierro.

Re-fundación sanitaria

Aunque no es este Gobierno el inventor de la regulación de temas trascendentales mediante la Ley de Acompañamiento, se ha apuntado con entusiasmo a legislar por esa vía irregular.

Convertir en fundaciones los Centros Sanitarios, es modificar radicalmente el sistema público. Re-fundarlo.

Una medida tan esencial no puede tomarse con nocturnidad y por la puerta trasera, al menos debería haber existido un amplio debate social sobre el asunto.

Pero si grave es la forma de legislar –algo tramposa–, peores serán las consecuencias de la medida.

Aún con algún beneficio (facilidad de compras), las fundaciones van a pulverizar el sistema sanitario en lo esencial: rompen la integridad; cambian solidaridad por competencia; complican la planificación; posibilitan la compra externa de servicios (privatización parcial), y sienta las bases para que fragmentado el sistema, sea más fácil una mayor privatización.

Y si hay ahorro, irá a bolsillos particulares.

Si bien la situación de deterioro que se viene arrastrando desde hace años no es sostenible, se ha optado por no enmendar lo que falla, sino por reinventar el sistema. No aprendemos.

SALUDOS MIL. El Adelanto 4 Noviembre de 2000 Aurelio Fuertes

Fundaciones. Ahora no

Un respiro: Los hospitales públicos no se convertirán en Fundaciones, al menos por ahora. Esta es la noticia que nos ha transmitido la ministra y su consejo. A partir de aquí todo son preguntas: ¿por qué hace un año la transformación era tan urgente y necesaria que motivó su tramitación de urgencia por la Ley de Acompañamientos de los Presupuestos, y ahora hay que olvidarse de la propuesta?. Sin duda al cambio experimentado habrá contribuido la oposición al proyecto, como la que expresó nuestra propia asociación y la Plataforma para la Defensa de la Sanidad Pública. La razón argumentada desde el Ministerio, el no querer hipotecar a las CCAA a las que se transfiera la sanidad, es válida, pero esa razón ya existía hace un año. Si cada nuevo ministro tiene una idea diferente sobre el futuro de nuestra sanidad ¿cuál es el verdadero proyecto del PP en este tema? ¿existe proyecto o hay solamente una propuesta general de disminuir el peso de lo público también en sanidad?. Y por cierto ¿quién responde de los gastos en auditorías para los Planes Estratégicos del Insalud necesarios para dar paso a las Fundaciones? ¿y de los gastos en marketing y en publicidad para vendernos el invento?. Demasiadas preguntas y escasas certezas. No parece bueno que el tema se cierre así: Fundaciones, ahora no, sin comentarios.

Un último aviso para navegantes: se paran las Fundaciones, pero sigue presente la legislación que permite la introducción de modelos de gestión privada en nuestros hospitales, con sus riesgos y sus incertidumbres. Tal vez sirva para que experimente nuestro Consejero en un futuro no tan lejano.

EL PLAN ESTRATÉGICO DEL INSALUD (1998)



A mediados de los 90, en los países occidentales, se llevan a cabo una serie de reformas en la organización sanitaria en búsqueda de la eficiencia. El crecimiento del gasto sanitario, el envejecimiento de la población y las crecientes demandas de los usuarios obligaron a un proceso de reflexión y de búsqueda de alternativas a los esquemas de funcionamiento.

En España, ya desde el Informe Abril, se comienza a centrar el debate en la separación de la financiación (pública) de la provisión de servicios (privada), como punto fundamental para mejorar la eficiencia.

Posteriormente, durante muchos meses, en la Subcomisión Parlamentaria para la Consolidación y Modernización del Sistema Nacional de Salud, integrada únicamente por partidos de centro derecha tras el abandono de PSOE, IU, y BNG, se estudiaron una serie de medidas que se consideraron necesarias para garantizar un marco financiero estable. Entre ellas cabe destacar la introducción del mercado, separación de financiación y provisión, la descentralización y la implicación de los clínicos en la gestión. La autogestión parece ser el concepto clave en los nuevos modelos de funcionamiento que se proponían.

Las propuestas de la Subcomisión Parlamentaria se concretaron en la Ley 15/1997, de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud, que posibilita la gestión de los centros sanitarios a través de empresas públicas, fundaciones, consorcios, concesiones o cooperativas. En los últimos meses se están produciendo fuertes presiones para la derogación de esta Ley por parte de organizaciones anti-privatización de la sanidad, principalmente

en la Comunidad de Madrid, pues está siendo utilizada por esta comunidad autónoma como instrumento de privatización de la Sanidad Pública.

Al amparo de esta Ley el Instituto Nacional de la Salud (Insalud) presentó el Plan Estratégico de 1998, mediante el cual pretendía desarrollar las recomendaciones de la Subcomisión Parlamentaria, informando de los planes del gobierno para la red sanitaria pública.

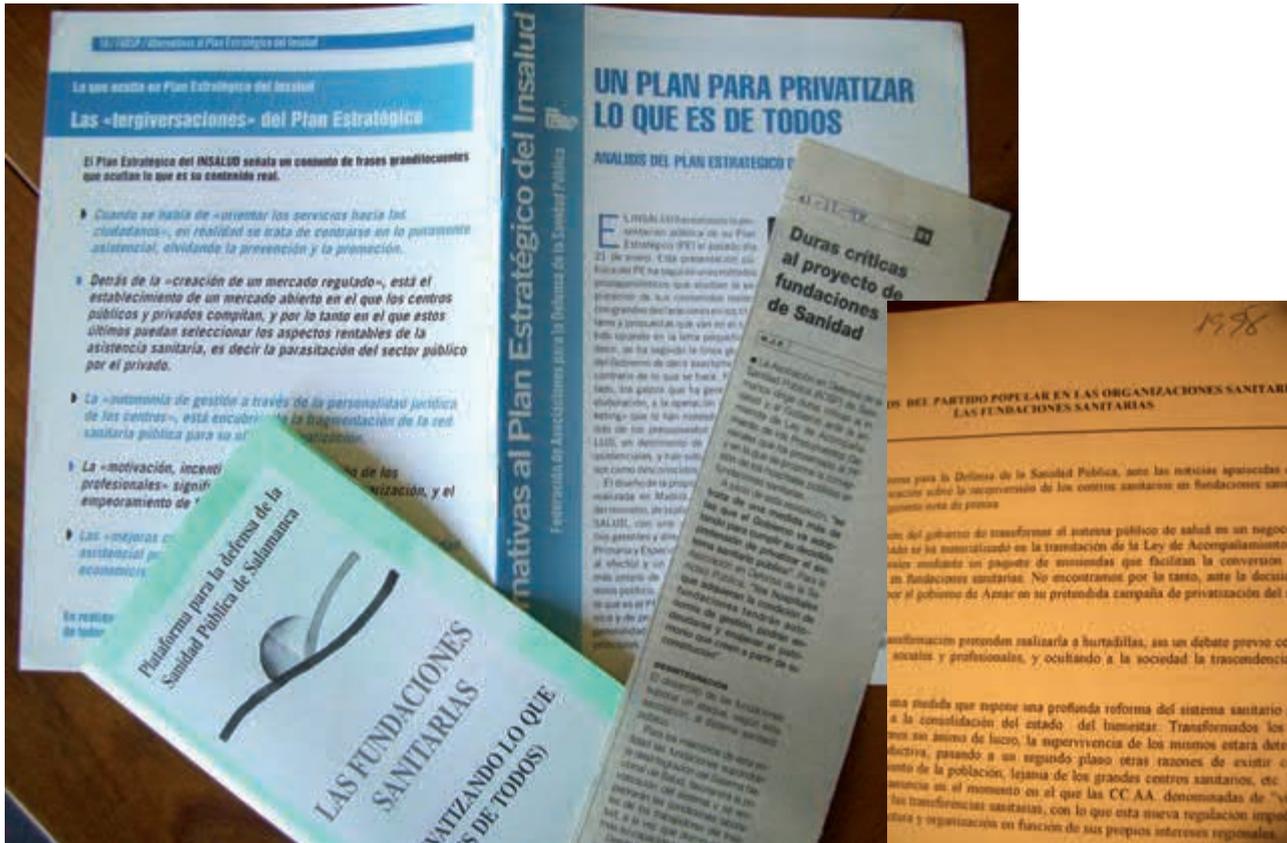
El elemento básico del modelo en el que se basan las propuestas de este documento es la separación entre las funciones de compra y provisión, otorgando autonomía de gestión a cada una de las partes. Esto llevaría a la creación de un modelo que se denomina en el propio documento de competencia regulada.

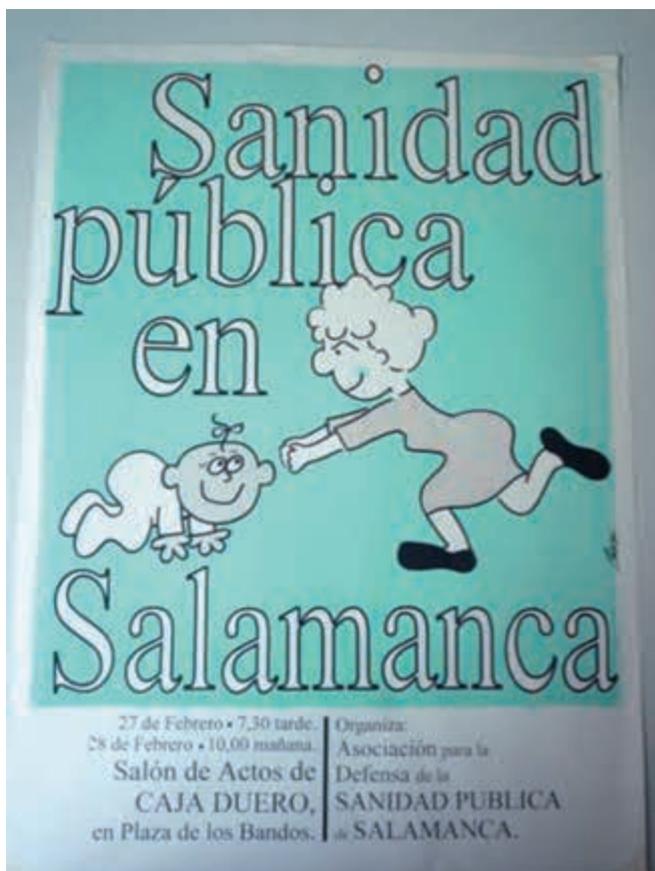
En lo que se refiere a la Atención Primaria las líneas de actuación que se proponen en el Plan Estratégico del Insalud de 1998 son:

1. Profundizar la autonomía de los EAP: realización de contratos de gestión funcionales con cada EAP.
2. Flexibilizar y optimizar el horario de trabajo de cada médico.
3. Cambio del modelo retributivo del facultativo: capitación, actividad e incentivos.
4. Replanteamiento del papel del personal de enfermería.
5. Equipos de Atención Primaria como compradores de servicios: laboratorio, radiología, consultas externas de especialistas
6. Creación de sociedades médicas: sociedad, cooperativa, etc. Incentivando la salida voluntaria del sistema tradicional de los profesionales.

Se dedica nula atención en el documento a las labores no asistenciales (prevención y promoción) que desaparecen del horizonte. Por el contrario, se señala la importancia de abrir el abanico retributivo y de aumentar la actividad domiciliaria de enfermería (las consultas de enfermería no merecen atención alguna).

La Atención Primaria es entendida como pura y simplemente asistencial, se fragmenta en pequeñas unidades, lo que favorece su privatización.





En febrero de 1998 celebramos unas jornadas intensas sobre la sanidad en Salamanca

La mesa sobre "Perspectivas de la reforma sanitaria, contó con D. Enrique Castellón, D. Javier Elola y D. Marciano Sánchez Bayle

La mesa de Atención Primaria donde participaron personas de la sanidad local, sindicatos, partidos y periodistas repasaron deficiencias y necesidades.

La mesa de Atención Especializada no contó con ningún miembro de la administración (Fue la época del "vodevil", los equipos de gestión duraban pocos meses, las disputas dentro del PP hacía que cesaran a los que ellos mismos acababan de nombrar)

Se insistió desde distintos ámbitos en la necesidad de deslindar claramente, sector público y sector privado.

El Decálogo que salió de estas jornadas sigue vigente.

La ADSP de Salamanca organizó en el mes de febrero de 1998, dentro de las Jornadas “LA SANIDAD PÚBLICA EN SALAMANCA”, una mesa en la que, bajo el título de “LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALAMANCA”, se debatió, entre otros temas, sobre el panorama de cambios que planteaba el Plan Estratégico del Insalud 1998 en el Sistema Sanitario Público. En esa mesa expusimos nuestra opinión y dejábamos claro que la entrada de la gestión y, especialmente, de la provisión privada de servicios (que esencialmente está orientada a la generación de beneficios económicos) en el sector público pensábamos que provocaría indefectiblemente el deterioro de éste por las siguientes razones:

- Aumento de desigualdades sociales y territoriales.
- Pérdida de calidad. Los sistemas de gestión empresariales suelen poner más el acento en el apartado coste que en el de calidad.
- Empeoramiento de las condiciones laborales de los sanitarios. El personal sanitario constituye casi el 60% del coste de la asistencia sanitaria y, por lo tanto, en un modelo de mercado que está orientado a la generación de beneficios económicos, se tiende a tener menos personal, de menor cualificación, peor retribuido y en condiciones de mayor precariedad laboral.
- Desestructuración y descapitalización del sistema. No ofreciendo además, ninguna garantía de mejora de los costes, ni por supuesto de la calidad.
- La Administración irá quedando reducida a un papel de financiador, pasando la planificación de hecho a los poseedores de los medios sanitarios.
- La autonomía de los centros produciría una fragmentación de la red pública que facilitaría su posterior privatización.

En cuanto a los riesgos de la autogestión, señalamos:

1. Riesgo de que se produzca una selección adversa de usuarios (selección de riesgos). Tendencia a no captar o a rechazar poblaciones-problema que comporten unos gastos mayores. Es conocido hace tiempo que un grupo pequeño de ciudadanos consume la mayoría de los gastos sanitarios. Se ha señalado que un 5% de la población consumiría

- alrededor del 50% del gasto sanitario, mientras que otro 50% solo consumiría el 1%. Una empresa del sector que se plantease su rentabilidad intentará atraer a las personas poco consumidoras e identificar y expulsar a las muy consumidoras.
2. Debido a imperativos financieros, algunos pacientes podrían recibir menos servicios que los que su situación requiere, reduciendo interconsultas o procedimientos diagnósticos, para hacer menos caro el episodio del paciente.
 3. Se puede sobrevalorar la eficiencia a corto plazo en detrimento de otras necesidades, como podrían ser los servicios preventivos u otros componentes de los tratamientos no valorados, como la educación sanitaria.
 4. Riesgo de caer en el clientelismo, buscando solo la superficialidad de la satisfacción del usuario, mejorando aspectos externos de confort y de complacencia sin llegar a mejorar realmente la salud.
 5. Riesgo de incrementar los costes administrativos necesarios para la gestión y, en consecuencia, o se aumenta el gasto sanitario o se disminuyen las prestaciones.

Alternativas ADSP de Salamanca:

- Mantener la titularidad pública de los Centros de Salud. Lo consideramos fundamental. La provisión y gestión de los recursos deben ser básicamente públicas, pronunciándonos en contra de cooperativas, sociedades médicas, etc., cuyo fin es la privatización, además de encarecer y empeorar las prestaciones. Es inadmisibles que se utilicen recursos y financiación pública para poner en marcha experiencias incontroladas.
- Cobertura universal.
- Aseguramiento unificado.
- Actuación permanente en políticas de promoción de salud.

- Que la Atención Primaria sea realmente la puerta de entrada del sistema.
- Mejora de la gestión de los recursos en el marco del Área de Salud. El Área de Salud debe ser el marco de descentralización de la gestión.
- Delimitación clara del sector público del privado.
- Dedicación exclusiva obligatoria y mantener la estabilidad laboral de todo el personal sanitario, como forma de acabar con la desmotivación, las corruptelas y el parasitismo de los servicios públicos.
- Potenciar la participación efectiva de los profesionales y usuarios, a través de los Consejos de Salud.
- Introducir un sistema de incentivos profesionales, que tenga en cuenta la cantidad y la calidad de los servicios prestados.
- Establecer la Carrera Profesional.
- Crear programas de Formación continua asequibles a todos los profesionales del SNS.
- Desarrollar Programas de Control de Calidad, en todos los Centros de AP

Concluíamos entonces, desde la ADSP de Salamanca, que “el debate sobre la oportunidad o no de los cambios planteados en el Plan Estratégico del Insalud 1998, no debe confundirnos y hacernos olvidar que sigue siendo prioritario:

1. Completar la cobertura poblacional por EAP.
2. Aspectos tan básicos como que cada paciente tenga su historia clínica.
3. Reforzar la participación ciudadana.

Los puntos 1 y 2, afortunadamente, se consiguieron con el devenir de los años, pero el tercero sigue siendo una asignatura pendiente.

NACEN LAS PLATAFORMAS CIUDADANAS PARA LA DEFENSA DE LA SANIDAD PÚBLICA

En mayo de 1995, el sindicato CEMS convocó una huelga de médicos. Existían graves problemas en los hospitales públicos, de tipo organizativo, retributivo, de incompatibilidades y de adecuación de recursos humanos. Pero las reivindicaciones de la CEMS eran solo salariales.

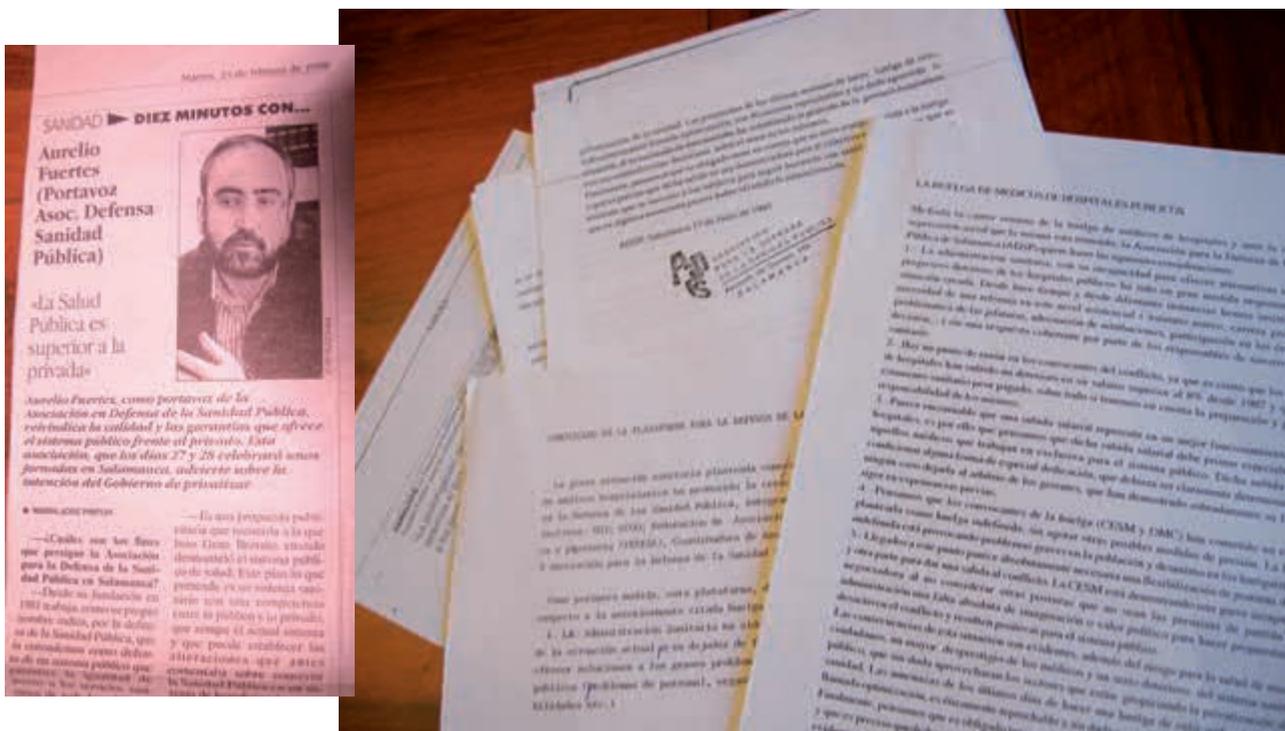
Después de siete semanas sin que las partes cedieran un milímetro, la huelga ya había provocado importantes alteraciones en el funcionamiento de los centros hospitalarios. A los hospitales del territorio dependiente de Insalud, se sumaron Andalucía y Galicia. Diversos colectivos sociales y políticos recogieron la sensación de indefensión que sentía la población (ADSP; UGT; CCOO; AAVV, más tarde también PSOE, e IU).

Fue así como apareció la Plataforma para la Defensa de la Sanidad Pública.

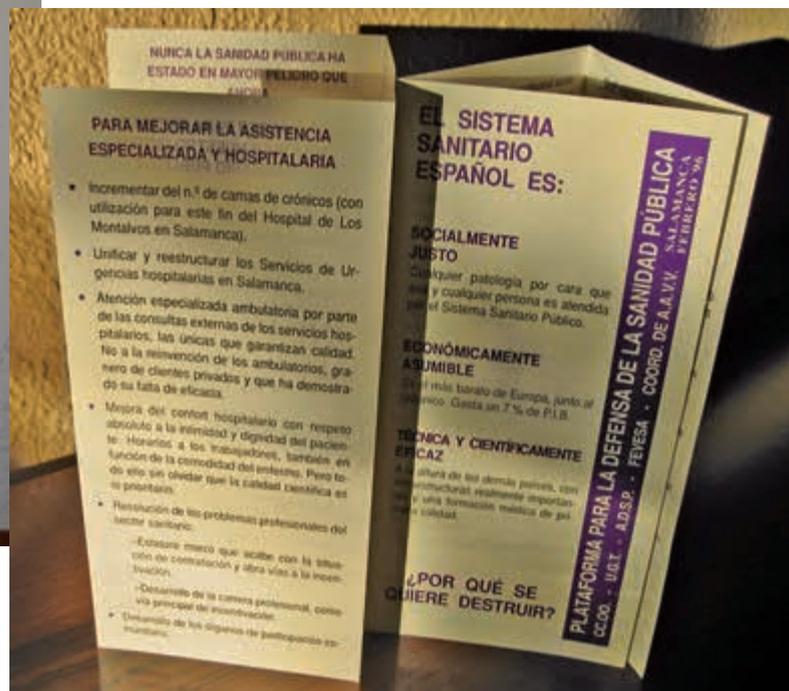
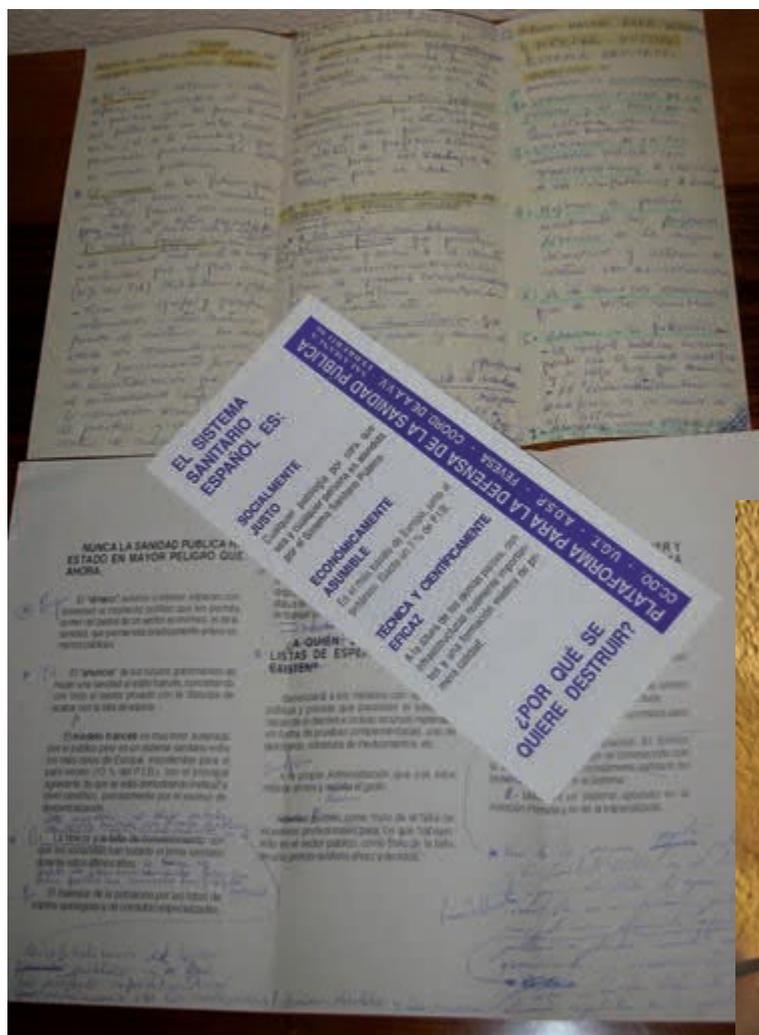
En esta plataforma, la ADSP de Salamanca mantuvo como “ideas fuerza”:

- No debía ser utilizada como instrumento de combate entre las partes en conflicto sino como lugar para expandir acciones que apuntalaran el sistema sanitario público
- Se exigía flexibilizar las posturas
- La plataforma como tal, se manifestaba radicalmente en contra de la huelga, pese a reconocer el deterioro del salario de los médicos y las diferencias autonómicas.
- La huelga se resolvió finalmente con concesiones económicas por parte del Ministerio de Sanidad, entonces a cargo de M^a Ángeles Amador. Estábamos en el último gobierno del socialista Felipe González. Abril Martorell actuó de mediador.
- Unos meses más tarde, ya con el gobierno de José m^a Aznar, se publica el RD 10/ 1996 que posibilita “Nuevas formas de gestión de la sanidad pública”.

- Las Plataformas ciudadanas se habían ido organizando en muchas ciudades.
- En Salamanca volvió a reactivarse con actuaciones encaminadas a asentar entre la población las ventajas de un Servicio Público de Salud que era y es socialmente justo, económicamente asumible y técnica y científicamente eficaz.
- El Decreto abrió una vía de agua. Así lo vio la ADSP y la Plataforma de Salamanca que elaboró un Manifiesto donde exponía sus reivindicaciones de aseguramiento único y público, financiación pública con cargo a presupuestos y provisión de servicios mayoritariamente pública.



Una posición firme contra a huelga de médicos que no fue bien comprendida por todos



LA PLATAFORMA SE REORGANIZA
DE NUEVO EN TORNO AL RECORTE
DE MEDICAMENTOS

Convocatoria a la
concentración de la
Plataforma

Lema: NO AL
MEDICAMENTAZO

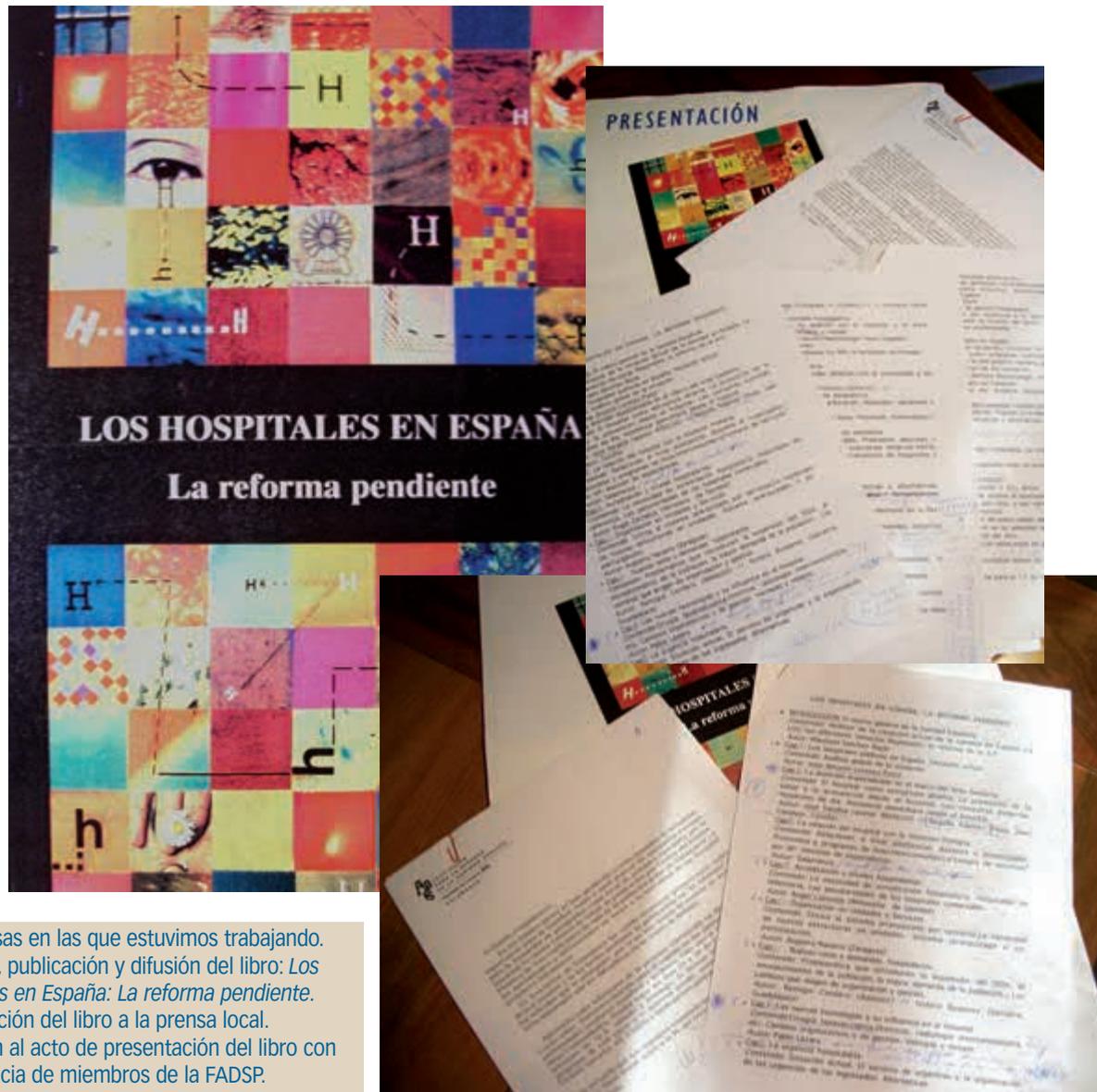
1998

La ADSP y con ella la Plataforma proponía para la atención especializada, que el Hospital de los Montalvos, se utilizara para pacientes de media o larga estancia, que desahogara las habitaciones con tres camas del Hospital Clínico. Se pedía mejorar el confort de los pacientes y que se adecuaran los horarios de los trabajadores a las necesidades de los enfermos y no al revés.

Se proponía, ya entonces, la unificación de las urgencias, que los servicios jerarquizados de las especialidades hicieran la consulta externa y no se reinventaran los ambulatorios, por considerarlos solamente el granero de clientes de las consul-

tas privadas. Para los profesionales, se pedía el Estatuto Marco y la Carrera Profesional como los mejores elementos para la motivación.

En la Atención Primaria, había que completar el modelo de Centros de Salud, y ello con personal formado vía MIR y dando una solución definitiva a la diversidad de colectivos de médicos de Atención Primaria que estaba dificultando el pleno desarrollo de la reforma.



Otras cosas en las que estuvimos trabajando. Creación, publicación y difusión del libro: *Los hospitales en España: La reforma pendiente*. Presentación del libro a la prensa local. Invitación al acto de presentación del libro con la presencia de miembros de la FADSP.



Actividades

Informe

¿Médicos dónde se necesitan?

La reestructuración de médicos de Atención Primaria

Autor: ADSP Salamanca

La reestructuración de los médicos de Atención Primaria. (TRIBUNA de Salamanca Fecha: 28-03-1997)

Entrevista con el Jefe del Servicio de Sanidad y Bienestar Social

Tema: La Reestructuración

Recortes de prensa

Entrevista con Aurelio Fuertes

Título: Diez minutos con... EL ADELANTO
03-06-1998

Un problema que llevaba encima de la mesa, al menos desde el año 89, era la escandalosa situación de la distribución de los recursos humanos. La eternamente pospuesta reestructuración sanitaria, el mapa sanitario de la Atención Primaria.

En 1996, 10 años más tarde de la elaboración del primer mapa sanitario de Castilla y León, la situación seguía sin tocarse. En Salamanca, en el medio rural 121 médicos atendían a 38.334 adultos con una media de 300 personas cada uno (41 médicos tenían asignados menos de 200) Mientras, en el medio urbano 63 médicos atendían a 132.186 adultos con una media de 2.108 habitantes por médico.

El entonces Consejero de Sanidad, Fernández Santiago decía que no estaban dispuestos a asumir el coste político del proceso. Los Alcaldes de pequeños municipios pesan en la Diputación, lo mismo que los grandes. El coste era un puñado de votos.

En 1997 con gobiernos del Partido Popular tanto en la Administración Central como en la autonómica, la Plataforma para la Defensa de la Sanidad Pública, presentó ante los medios de comunicación un estudio de la situación y reclamó repetidamente a las autoridades sanitarias que afrontaran el proceso de la reestructuración del mapa sanitario y la reordenación de los recursos humanos.

Una reestructuración aunque parcial y subjetiva, hecha a medida de intereses individuales tuvo lugar, por fin, varios años más tarde



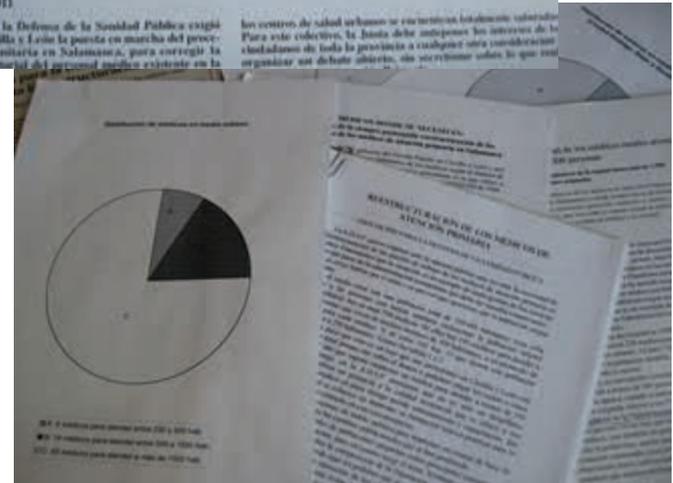
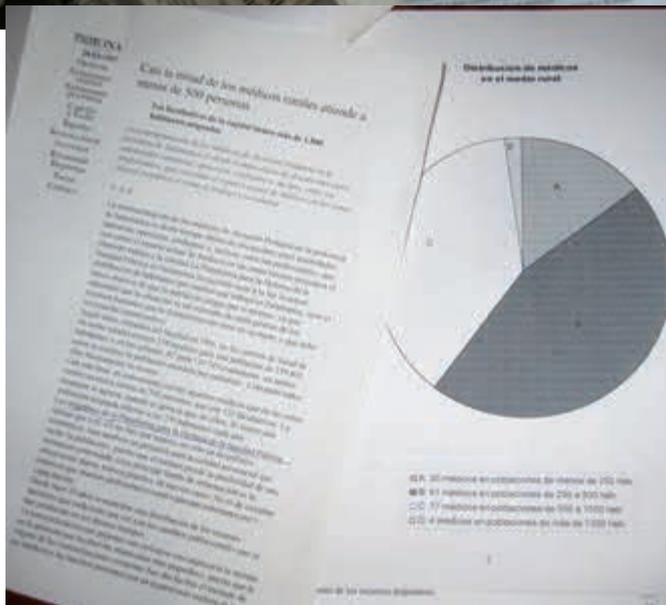
El Jefe del Servicio de Sanidad y Bienestar Social de Salamanca, aún reconociendo nuestra argumentación como muy razonable, nos manifiesta sin embargo que a corto y medio plazo no tiene previsto realizar la reestructuración y solamente contempla actuaciones puntuales que se irán implementando en la medida que los agentes implicados (alcaldes, sindicatos, Consejos de Salud y médicos) lleguen a un consenso en cada caso particular. Este modo de afrontar el tema, con actuaciones puntuales, nos parece totalmente rechazable pues no sería sino parchear una grave situación que desde hace diez años no se han atrevido a afrontar por el coste político que pudiera tener pues los alcaldes de los pequeños municipios afectados podrían enfadarse porque les "quitan" el médico y en consecuencia peligrarían un puñado de votos y tal vez algún cómodo sillón en ese anacrónico organismo que es la Diputación Provincial, aunque se mantenga el servicio con las mismas garantías de cantidad y calidad.

Miércoles, 23 octubre 1996/9

El Adelanto SALAMANCA
Aseguran que los centros de salud de la capital seguirán masificados mientras sobran médicos en los pueblos pequeños
La Asociación para la Defensa de la Sanidad exige a la Junta la reestructuración sanitaria
 Denuncian que la calidad de las prestaciones al paciente ha sufrido una disminución

La Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública exige a la Junta de Castilla y León la puesta en marcha del proceso de reordenación sanitaria en Salamanca, para corregir la mala distribución territorial del personal médico existente en la

los centros de salud urbanos se encuentran totalmente saturados. Para ello colectivos, la Junta debe mantener los intereses de la ciudadanía de toda la provincia a cualquier otra consideración organizativa sin debate abierto, sin serciones antes lo que sea



La ADSP de Salamanca trabaja por la reestructuración de plazas de Atención Primaria.

Documentos e informes

Los cambios del Partido Popular en las Organizaciones Sanitarias.

Las Fundaciones Sanitarias

Autor: Plataforma para la Defensa y Mejora de la Sanidad Pública

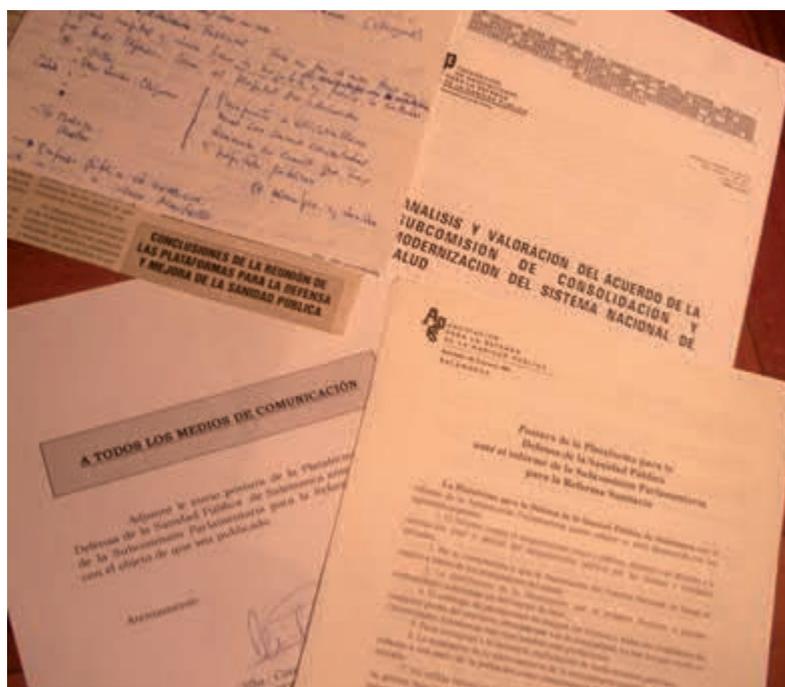
Fecha: Diciembre 1998

Postura de la Plataforma para la Defensa y Mejora de la Sanidad Pública de Salamanca, ante el Informe de la Subcomisión Parlamentaria para la reforma sanitaria. Y comunicados de prensa

Postura de la ADSP y la Plataforma para la Defensa de la Sanidad Pública ante el Informe de la Subcomisión Parlamentaria para la Reforma Sanitaria.

Las plataformas de las distintas ciudades y centros sanitarios se reúnen en Madrid y se produce una puesta en común del desarrollo de cada una.

Ante la publicación del Informe de la Subcomisión Parlamentaria para la Reforma de la sanidad (las famosas 55 propuestas para el consenso parlamentario) la ADSP y las Plataformas de Salamanca y otras ciudades, entendieron que el acuerdo alcanzado por el gobierno del PP y sus socios de coalición favorecía la desigualdad en el acceso a las prestaciones en las distintas comunidades autónomas, pues no aseguraba que todos los ciudadanos se beneficiaran del mismo catálogo de prestaciones. También favorecía la mayor participación del sector privado en la provisión de servicios. Fue el momento en que se separó lo sanitario de lo sociosanitario, alentando la privatización de la atención sociosanitaria, de especial importancia en Castilla y León por sus características demográficas.



Informe

Autor: ADSP de Salamanca

Título: La situación sanitaria en la Comarca de Ciudad Rodrigo. 1994

Las protestas ciudadanas en Ciudad Rodrigo y la situación sanitaria en esa comarca fueron objeto de artículos, debates y el mencionado informe de la ADSP.

Este, daba una respuesta global, a la situación sanitaria más allá de hospital sí o no.; pero El Centro de especialidades estaba dentro de nuestra opción.

Esta etapa fue una fiesta de conciertos con la privada, desde el Ministerio vinieron 150 millones de pesetas para operar en clínicas privadas como el Hospital de la Santísima Trinidad mientras el Hospital público de Los Montalvos tenía un 30% de ocupación y 176 camas vacías. Habría otros medios de controlar las listas de espera como exigir la dedicación exclusiva de los profesionales del sector público, pero no estaban entre las prioridades de los gestores.

Fue también la época del vodevil en la gestión sanitaria salmantina. Un ir y venir de gerentes y de directores, nombramientos, ceses...

Simultáneamente, el Insalud, hizo público un Plan Estratégico. Este plan, introducía o desarrollaba mecanismos de competencia pública y de mercado interno. El lema, ya inventado en la época de gobierno socialista, era que "el dinero siga al cliente".

Había que dar un poco de "pan" a los votantes en momentos de alta presión fiscal por el esfuerzo de la convergencia con Europa y sopor-tando una crisis y un paro que prácticamente afectaba a todas las familias. Así, los enfermos pasaban a ser llamados clientes y se les ofreció la libre elección de médico, eso sí, hasta cierto punto.

Se abandonaban las ideas de colaboración y la coordinación entre los distintos centros y niveles asistenciales para mejorar la eficiencia y la eficacia del sistema. También fueron perdiendo fuerza aspectos de atención a la salud de toda la población frente a planteamientos de asistencia a la enfermedad, entendida como proceso puntual, individual, y ligada a factores de mercado como el precio de la prestación, la capacidad de acceso geográfico, cultural, social etc. y la existencia beneficio para el prestador de los servicios.

En julio de 1997, tuvo lugar la primera de varias manifestaciones de los pueblos de la comarca, para pedir un Hospital en Ciudad Rodrigo.

En nuestro Informe planteamos una visión global de la situación y las aportaciones para mejorarla. “Una oportunidad para la mejora de la competencia profesional y para incrementar la satisfacción de la población”

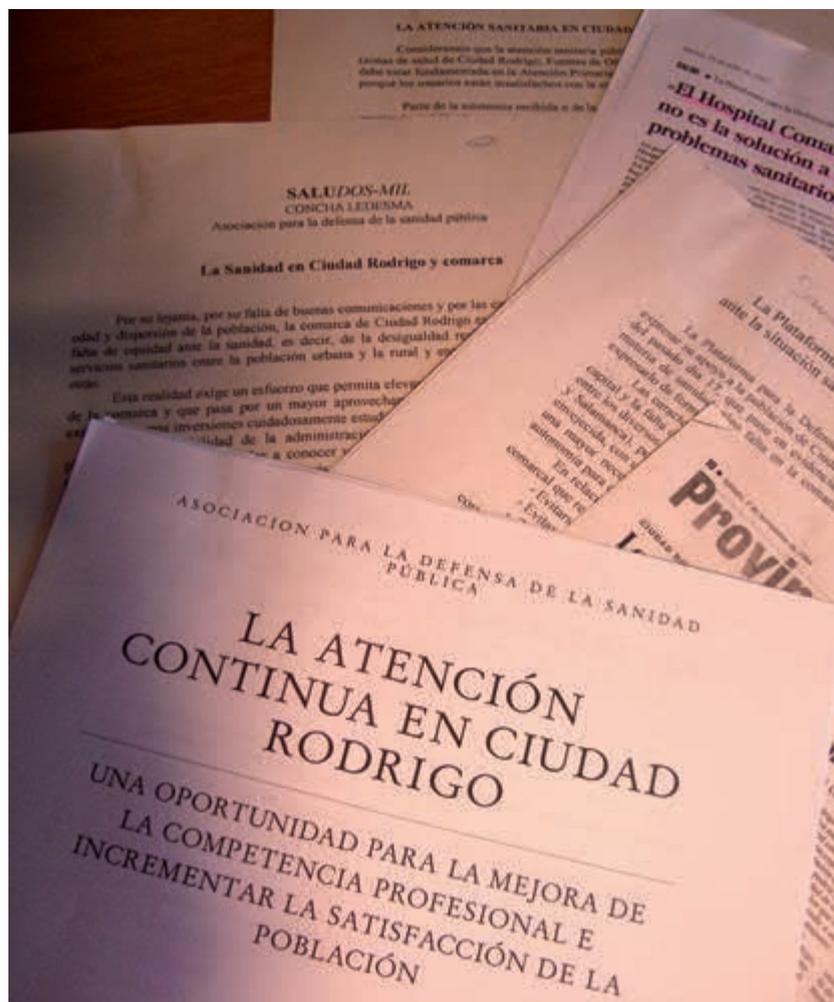
La Plataforma tanto en Salamanca como en el nivel del Estado, se movilizó de nuevo intensamente en febrero de 1998 ante lo que se llamó El Medicamentazo II, por el cual dejaron de financiarse 869 medicamentos supuestamente de utilidad terapéutica baja o para patologías menores. El Ministerio pretendía ahorrar así, 35.000 millones de pesetas. Nosotros abogamos por el desarrollo de programas de Uso Racional del Medicamento, pedíamos que se obligara a adecuar los envases a las dosis habitualmente prescritas y la dispensación de unidosis, reducción de los gastos en publicidad de los laboratorios para reducir la presión sobre los prescriptores y sobre todo, reducción de los márgenes de ganancia de industria, distribución y oficinas de farmacia, fuerte apoyo al uso de medicamentos genéricos que supondrían un verdadero ahorro, información y educación al usuario.

Entre las distintas fórmulas de gestión que permitía la legislación que se fraguó en esta época, las Fundaciones Sanitarias pensadas para “la participación de entidades privadas en fines de utilidad pública”, eran las más opacas, sus actuaciones quedan al arbitrio del Patronato.

Otras cosas

El tema del control de las bajas laborales por las mutuas fue analizado en profundidad y denunciadas las implicaciones que tenía para el sistema y para los trabajadores.





Las Plataformas para la Defensa de la Sanidad Pública fueron un elemento de comunicación entre los profesionales inquietos por los cambios que se estaban produciendo. En algunas zonas como en Galicia tuvieron un apoyo importante entre la población; en otros casos fueron integradas o impulsadas por trabajadores de la sanidad como la del Área 1 de Vallecas o la del hospital de la Princesa que aparece a raíz de que el gerente anuncia que se va a convertir en un Consorcio.

En conjunto lograron una repercusión mediática importante para su objetivo de sensibilizar, informar y ejercer presión para evitar la deriva que se venía produciendo en la sanidad pública.

En aquel momento el gasto privado en España era del 8% del gasto sanitario global y se repartía entre Aseguradoras (en Cataluña), Mutualidades de previsión social (poco desarrolladas) y el sistema MUFACE. Además, algunas otras empresas privadas constituidas por

centros hospitalarios y de atención primaria pero de montante poco relevante. Según datos del MSC de 2005 el gasto sanitario público era del 71,2% es decir, que el gasto sanitario privado alcanzaba ya el 28,8% del gasto sanitario total.



En la FADSP, la época de las plataformas nos trajo a SANA, una foquita con pelota y cruz azul que debía ser nuestra mascota y que nos causó ciertos dolores de cabeza.



En 1998 comienza SALUDOS MIL, es el nombre de columna que venimos escribiendo semanalmente desde entonces en el periódico El Adelanto. Al principio solo escribíamos cinco, luego fueron incorporándose algunos más. Así hemos ido confeccionando un conjunto de artículos que constituyen un interesante seguimiento para la historia de la sanidad salmantina.



Desde 1998 hemos escrito más de 600 artículos de prensa. Casi todos ellos son accesibles a través de nuestra página web:

<http://www.adpsalamanca.org>

DOCUMENTOS E INFORMES

BALANCE DE LA GESTIÓN SANITARIA EN SALAMANCA EN LA LEGISLATURA 1996-1999

ÍNDICE

- Los resultados electorales de 1996 y la formación del equipo directivo del Insalud
- Estilos de dirección y liderazgo. Dirección Provincial del Insalud
- Balance en Atención especializada- hospitales
 - La dirección gerencia del hospital universitario
 - Algunos problemas puntuales en la atención especializada:
 - La unificación de los servicios de ambos hospitales
 - El servicio de urgencias
 - La inversión
 - La informatización y unificación de historias clínicas
 - La necesaria CMA y CL
 - Humanización y comunicación. Confort
 - Planes de choque. "Peonadas"
 - El Plan Estratégico
 - La productividad variable
 - El concierto con la Universidad
 - La Docencia y la Investigación
 - La parasitación de la Sanidad Pública por los intereses privados
- Balance en Atención Primaria
 - Estilos de dirección y liderazgo.
 - El baile de los gerentes y la ausencia de directrices, estrategia y liderazgo
 - Problemas especiales de la Atención Primaria
 - Los mal llamados Consejos de Dirección
 - La no evaluación de la cartera de servicios
 - El Mapa Sanitario sin completar
 - La reestructuración de RRHH
 - El parón de la inversión en los Centros de Salud
 - Descoordinación de las urgencias
 - Reducida al mínimo la asignación para la Formación continua
 - La coordinación de niveles a través de la llamada Comisión Paritaria
 - La desmotivación
 - La implantación del TAIR

Desde nuestra asociación quisimos contribuir al debate público preelectoral con un extenso informe que intentaba ser objetivo y crítico. Fue el resultado de un esfuerzo colectivo y analítico, en ninguna forma de la improvisación.

ADSP SALAMANCA

Capítulo IV

Las transferencias sanitarias a Castilla-León

1999-2003

- El debate de las transferencias
- Transferencias sanitarias a Castilla y León (enero-2002)
- Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias y Estatuto Marco (2003)
- La crisis de la Atención Primaria. La plataforma 10 minutos

EL DEBATE DE LAS TRANSFERENCIAS

El Sistema Nacional de Salud (SNS) es un sistema sanitario público, definido en la Constitución y en la Ley General de Sanidad, basado en un diseño autonómico y en la puesta en funcionamiento de los distintos Servicios Regionales de Salud de las CCAA y para ello estas deben asumir competencias fundamentalmente en el ámbito asistencial de sus zonas geográficas.

Fue un proceso lento en el tiempo lo que hizo que durante varios años coincidieran comunidades transferidas con otras en las que persistía el INSALUD.

Una prioridad en todas las negociaciones establecidas era evitar las desigualdades, que incluso ya existían, entre las diversas comunidades. La ADSP se pronunció en ese sentido indicando que había ante todo que preservar el derecho de los ciudadanos a recibir en igualdad de condiciones las prestaciones en cualquier punto del estado español.

Lógicamente la situación estaba condicionada e influenciada negativamente con la política de privatización y reducción del gasto público a la que nos opusimos.

Los principales escollos estaban reflejados en los siguientes apartados:

1. Necesidad de suficiencia financiera.– Tener presupuestos sanitarios que se correspondan con el gasto necesario para atender los problemas de salud de la población.

También hicimos...

Jornadas sobre la atención sanitaria urgente (mayo 1999)

Mesa sobre "Fundaciones Sanitarias" en colegio de enfermería

Informe sobre la problemática sanitaria de la comarca de Ciudad Rodrigo

Informe sobre la puesta en marcha de un servicio de atención médica urgente (SAMUR) entre el Ayto de Salamanca y Cruz Roja.

Carta abierta a las autoridades sanitarias sobre los conciertos con entidades privadas para el transporte de enfermos urgentes



2. Reparto equitativo de la financiación.– La existencia de diferencias en la asignación del gasto por habitante en las distintas CCAA sin tener en cuenta las desigualdades en equipamiento ni las necesidades de salud específicas en cada región con sus variables.

La financiación sanitaria debe tener un marco propio y que sus criterios deben diferenciarse de la financiación general de las CCAA, pues esta no tiene en cuenta las particularidades en necesidades de salud de cada zona, además de que podría haber dificultades en cuanto a la cobertura de la atención sanitaria a las personas que se desplazan a zonas distintas, por último la diferencia de recursos económicos aumentarían las desigualdades ya existentes.

3. Búsqueda de la equidad.– debido a la desigualdad, existente en los equipamientos de base se deberían incluir fondos específicos de redistribución (preferible a las inyecciones puntuales de recursos, sin una planificación de las necesidades a largo plazo) para corregir gradualmente los desequilibrios en base a unos estándares sanitarios medios, que acompañaran a los recursos asignados al gasto ordinario con las variables de envejecimiento, dispersión, etc.



I Jornadas sobre transferencias sanitarias en Castilla y León organizadas por la ADSP. Noviembre de 2000

D. Antonio María Sáez Aguado
Director General de Salud Pública.
Junta de Castilla y León

D. Javier Rey del Castillo
Ex-Secretario del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud

D. Zenón Jiménez Ridruejo
Miembro de la Comisión Mixta de Transferencias de Castilla y León. PSOE

D. Ramón Medina González-Redondo
Ex-Director General de Salud Pública.
Consellería de Sanidade. Xunta de Galicia

El SNS debe asegurar la coordinación e integración de la asistencia sanitaria de todas las CCAA, asegurando su llegada a toda la población, para ello es fundamental la existencia de sistemas eficaces de coordinación como sería el desarrollo y potenciación del "Consejo Interterritorial de Salud".

11-11-99

Carta abierta a las Autoridades Sanitarias

Según medios informativos, en breve (mes de Abril) comenzará a funcionar en Salamanca el **Servicio de Atención Médica Urgente (SAMUR)**, de titularidad y financiación municipal, y coordinado por Cruz Roja que aporta sus ambulancias. También podrán participar las otras empresas privadas salmantinas de ambulancias. **SAMUR** nos obliga a muchas preguntas:

¿Se han enterado del mismo nuestras autoridades sanitarias de la Junta y de Insalud, responsables de la atención médica y por supuesto también de la urgente?

¿Se han enterado los concejales de la oposición (PSOE, IU), lo han valorado y le han pedido explicaciones a las autoridades sanitarias?

¿Es consciente el Ayuntamiento de que la financiación de ambulancias por este servicio supone un doble pago con dinero público al estar ya contratadas por Insalud las empresas privadas?

¿Qué presupuesto tiene previsto el Ayuntamiento para este servicio, de una magnitud difícilmente previsible?

¿Por qué Cruz Roja, una ONG sin obligaciones sanitarias estrictas, es la que ha propuesto la creación de SAMUR y su coordinación?

¿Podrá Cruz Roja salmantina, con su escaso y voluntarista personal facultativo, abordar las múltiples situaciones críticas que puedan plantearse en la actividad que pretende coordinar?

¿A qué viene esto SAMUR salmantino al margen del resto de los servicios sanitarios? ¿Quiere ser alternativa al necesario y esperado **061**, elemento integrador de las actividades encaminadas a dar respuesta al problema de las Urgencias?

Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública de Salamanca

TRANSFERENCIAS SANITARIAS A CASTILLA Y LEÓN. (ENERO 2002)

Tras muchos años de debate, de dudas sobre cómo sería, qué presupuesto acarrearía, qué beneficios o dificultades conllevaría, e incluso dudas sobre si la transferencia del INSALUD, de los servicios sanitarios, se llevasen a efecto. Finalmente, el 1 de enero de 2002, tiene efecto la transferencia de todo el personal, bienes y servicios que suponía la asistencia sanitaria.

Sobre los debates previos y las posturas de los distintos grupos políticos, de opinión o ciudadanos, ya se ha comentado en el tema anterior.

Aquí sólo reflejaremos los elementos más notables o más significativos de lo que fue, desde nuestro punto de vista, el proceso de transferencia sanitaria.

El asunto inicialmente más espinoso o que se suponía ofrecería mayores dificultades era, naturalmente, el importe económico en que se valoraban los servicios transferidos, y habiendo girado gran parte de las discusiones previas sobre la denominada deuda histórica en sanidad por déficit de inversión de gobiernos anteriores. A pesar de que días antes de firmarse el acuerdo de transferencias el Gobierno de CyL amenazó con no asumir las competencias si no se llegaba a la cifra de 320.000 millones de pesetas, las acabó asumiendo con una dotación económica de 267.000 millones más otros



II Jornadas sobre transferencias sanitarias en Castilla y León organizadas por la ADSP. Diciembre de 2001

D. Antonio María Sáez Aguado
Director del Servicio Regional de Salud de Castilla y León

D. Ricardo García Juan
Jefe del Servicio Territorial de Sanidad y Bienestar Social de ...

D. Zenón Jiménez Ridruejo
Miembro de la Comisión Mixta de Transferencias de Castilla y León. PSOE

D. Manuel Martín García
Secretario General de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública

2.500 millones por el convenio de ahorro en Incapacidad Temporal con el Ministerio de Trabajo. Cifra bastante superior a la ofrecida de partida (180.000).

El gasto per cápita que se alcanzaba, se situaba en 848 euros, en la media del gasto nacional (836 €), con siete CC.AA por encima con mayor dotación de gasto y nueve por debajo.

Hay que decir que la Administración central, en términos generales, tuvo una postura de generosidad financiera, no sólo con las CC.AA. de su mismo signo político sino con todas. Jugaba con una caja de recursos económicos adicionales, una baza que se guardó hasta el último momento y que le permitió incrementar razonablemente las cifras iniciales. Además, el gobierno central estaba ya deseando deshacerse definitivamente de la asistencia sanitaria.

El responsable del Insalud en aquel entonces era Núñez-Feijoo, que se acreditó como uno de los más eficaces gestores de la época.

En las negociaciones con la Comunidad Autónoma, se mantuvo razonablemente informado al principal partido de la oposición, el PSOE, no siendo el monto de la transferencia objeto de enfrentamiento político, ya que se tasó como razonable.



Pueden encontrarse más de 20 entradas referidas a las transferencias en la web adpsalamanca.org

OTRAS ACTIVIDADES

PUBLICACIÓN

Revista de estudios de la Diputación de Salamanca.
Informe sobre la evolución de la situación sanitaria
de la provincia de Salamanca en el siglo XX.



En el caso de Castilla y León, el importe económico transferido aumentó notablemente porque se sumaban todas las inversiones correspondientes – presupuestadas– a los centros de nueva construcción o en fase de remodelación drástica (planes directores). Se contemplaba lo que en aquellos momentos era el plan de remodelación o actualización del Clínico de Salamanca.

Estas cantidades transferidas, digamos con carácter finalista, fueron, una vez asumidas por la Junta de CyL, incluidas en un fondo común y no destinadas específicamente a los fines previstos. Esta es una de las principales críticas que pueden hacerse del proceso de transferencia: la pérdida de la finalidad específica de cada partida o capítulo de gasto.

Nada más hacerse cargo de las competencias sanitarias, la Junta de CyL en un intento de aquietar posibles incertidumbres, movimientos profesionales de contestación, y coherente con haber promocionado a cargos de gestión a numerosos facultativos del sindicato médico CESM, eliminó el concepto de “dedicación exclusiva” y procedió a pagar este complemento, incrementado notablemente, a todos los facultativos. Lograba así dos fines, cumplir lo reiteradamente exigido por la CESM de acabar con el criterio de “dedicación exclusiva” y realizar una notable subida salarial a todos los facultativos que aquietase los ánimos e hiciese recibir a la nueva administración sanitaria autonómica de forma tranquila.

Otra de las distorsiones que presentó el proceso de transferencias fue el ya apuntado: la política de nombramientos de altos cargos y responsables de la gestión. Si uno de los problemas anunciados y

INFORME

Balance de la gestión en atención primaria y hospitalaria,
en la provincia de Salamanca (informe de 1996 a 1999,
febrero 2000)

tratados en todo debate previo era el de haber aprendido los errores de otras CC.AA en estos procesos sobre la política de selección de cargos y altos cargos, tendiendo a un perfil lo más técnico posible para evitar daños iniciales al sistema, el gobierno de CyL optó por la designación casi generalizada de personas que estaban vinculadas a uno de estos tres grupos: al partido popular, al sindicato CESM o a la administración de la Sanidad.

Con ello se quebraba en origen toda posibilidad de estructurar un proyecto ambicioso y creativo en nuestra sanidad autonómica, se cedía a los intereses directos políticos o corporativos y se anulaba la posibilidad de planificar un sistema libre de servidumbres. Los técnicos que entraban en la gestión o bien venían de un ámbito sin experiencia asistencial o la que traían era obsoleta. Se crearon, incurriendo en un error anunciado, unas estructuras directivas altamente clientelares.

Una vez acogida esta transferencia, que significa el principal capítulo económico de cualquier CC.AA, no se diseñó ningún proyecto amplio de futuro del sistema sanitario regional, se continuaron los compromisos adquiridos, se siguió gestionando bajo los criterios y diseños establecidos por el INSALUD, pero no se aportó ningún elemento novedoso, original o que respondiera de forma particular a las teóricas necesidades peculiares del Castilla y León. No se evidenciaron en forma de planificación diferenciada de la anterior fase (INSALUD) ni las peculiaridades de nuestra comunidad ni las necesidades de la anunciada cercanía de los servicios sanitarios al ciudadano. No se aportó ningún proyecto creativo.

Otro aspecto que es procedente señalar fue la propia estructura de gestión creada, la Gerencia del SACYL. Si bien es cierto que es un pecado que han cometido casi todas las CC.AA. no por ello debe

dejar de criticarse. Se creó una estructura humana de unos 400 funcionarios –inicialmente, pues en la actualidad es superior– para gestionar la asistencia sanitaria de unos 2,5 millones de ciudadanos. Como referente baste citar que el INSALUD en el momento de ser transferido contaba con igual cifra de funcionarios para gestionar desde sus servicios centrales a unos 17 millones de ciudadanos.

OTRAS ACTIVIDADES

Declaración de la ADSP de Salamanca sobre las listas de espera (junio 2000).

MESA

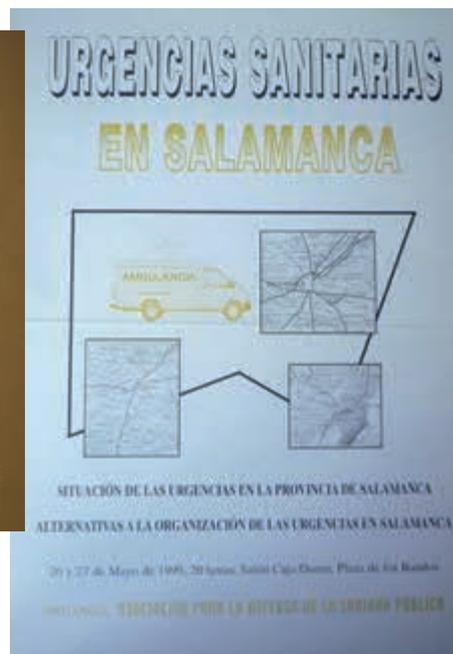
Participación en mesa redonda sobre comarcalización sanitaria (Benavente octubre 2000).

Una anécdota. Los Médicos Inspectores a raíz de estas trasferencias vieron como se les anulaba por la Junta de CyL y a instancias de organizaciones de trabajadores, el pago por la administración de la colegiación obligatoria. Curiosa paradoja dentro del movimiento mantenido por aquel entonces contra la colegiación obligatoria.

Así, en resumen, no hubo cambios drásticos. En lo económico se asumió la asistencia sanitaria en términos muy razonables, que no se aprovecharon adecuadamente al convertir el presupuesto en una especie de fondo común la Consejería de Sanidad y al no aportarse ninguna novedad sustancial ni en la planificación, ni en la gestión –convertida más bien en un proceso de administración– y bajo una dirección muy vinculada a intereses corporativos de facultativos y de grupos de interés, el proceso de transferencia fue tranquilo y pasó relativamente desapercibido para el usuario y el profesional medio sin enriquecer tampoco a nuestra comunidad con elementos creativos en el marco sanitario.



En 1999 la ADSP organizó esta mesa con participación de la dirección del HCU, profesionales de urgencias de primaria especializada y representantes de los consumidores

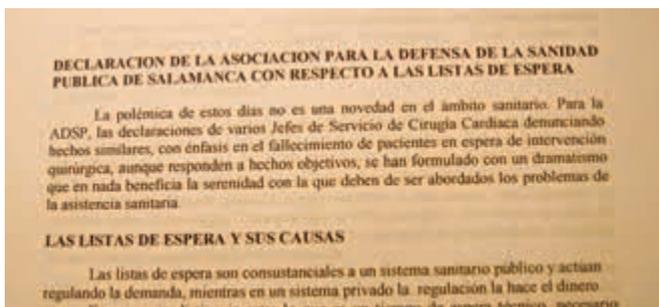




En el año 2000 declaraciones de jefes de servicios hospitalarios como el de cirugía cardíaca sobre fallecimiento de pacientes en lista de espera quirúrgica, generaron polémica y alarma.

La ADSP de Salamanca hizo pública una Declaración con respecto a las listas de espera. En el documento se ponía de manifiesto la falta de transparencia en su gestión y algunas propuestas de solución.

Este trabajo tuvo continuación con las aportaciones de Vicente Ortún en la conferencia que tuvo lugar en 2002.



En febrero de 2000 se presentó un completo informe elaborado por la ADSP sobre la gestión sanitaria en Salamanca durante el período 1996-1999 previo a las transferencias



LEY DE ORDENACIÓN DE LAS PROFESIONES SANITARIAS Y ESTATUTO MARCO

El BOE nº 280 de 22 de noviembre de 2003 publicó La Ley 44/2003 de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS) destinada a cohesionar el ejercicio de las distintas profesiones sanitarias dentro del Sistema Nacional de Salud y también en el marco de la actividad profesional privada, así como a garantizar a los pacientes la mejor calidad asistencial garantizando los derechos de los pacientes como ciudadanos del pleno derecho dentro del sistema sanitario.

La ley se estructuró en un título preliminar y en otros cinco títulos. El preliminar y el título I determinan los aspectos esenciales del ejercicio de las profesiones sanitarias. En el título II se regula la formación de los profesionales sanitarios, incluyendo tanto la formación pregraduada como la especializada. El título III trata del desarrollo profesional y su reconocimiento. El título IV trata del ejercicio privado de las profesiones sanitarias. El título V contempla la participación de los profesionales sanitarios en el desarrollo, planificación y ordenación de las profesiones sanitarias mediante la representación de todos los estamentos profesionales en la Comisión Consultiva Profesional.

OTRAS ACTIVIDADES

Participación en el informe y en la "plataforma por la mejora de los servicios socio-sanitarios de la provincia de Salamanca" (marzo 2001).

Participación y adhesión a la plataforma "diez minutos" por una mejor calidad asistencial en atención primaria.

Desde la perspectiva asistencial se trataba de promover las relaciones interprofesionales, el trabajo en equipo, la continuidad asistencial y la coordinación entre niveles y centros. Igualmente se diseñaba el marco de actuación de las funciones de dirección y gestión clínica, y también la integración de los dispositivos asistenciales con la docencia e investigación. Todo ello desde la perspectiva de garantizar que todos los profesionales sanitarios cumplieran con los niveles de competencia necesarios para salvaguardar el derecho a la protección de la salud de los ciudadanos.

Se definían como profesiones sanitarias las ya reconocidas previamente como titulaciones universitarias del ámbito de la salud y que, además, tenían una Organización Colegial reconocida por los poderes públicos. A partir de la propia normativa de titulación universitaria estructuraba las profesiones en dos niveles: Licenciado y Diplomado, ambos reconocidos como personal facultativo. La

Ley regulaba de forma diferenciada las distintas profesiones sanitarias, delimitando las funciones de cada una de ellas, aún cuando se reconocía su estrecha relación y se establecían los principios que deberían regir la relación existente entre los profesionales y los usuarios de los servicios sanitarios, tanto públicos como privados.

Para poder desarrollar el ejercicio profesional se exigía estar en posesión del título oficial correspondiente. La Ley además incluyó mejoras en los sistemas de formación de las profesiones sanitarias, tanto en el pregrado como en el postgrado y contempló, por primera vez de forma organizada la formación continuada. Se exigía a los profesionales sanitarios realizar una formación continuada, que debería acreditar regularmente (cada 3 años) su competencia profesional. Este sistema de evaluación les debía permitir a los profesionales demostrar la calidad de su trabajo y a los ciudadanos les ofrecía la garantía de que son atendidos por profesionales suficientemente competentes y capacitados. Entre las novedades que se recogían en la LOPS destaca el reconocimiento, por primera vez, de la formación continuada como un derecho y un deber de los profesionales sanitarios que tenía como fin último el beneficio de los ciudadanos y de la calidad asistencial que se presta en el Sistema Nacional de Salud y también en el ejercicio privado de la profesión. En la formación postgraduada, el texto ampliaba las competencias del Ministerio de Sanidad en asuntos relacionados con los títulos y especializaciones de las profesiones sanitarias, así como en la homologación y reconocimiento de títulos extranjeros.

El antiguo sistema de Comisiones Nacionales de Especialidad se modificó unificándose las relativas a la misma especialidad, al margen de las licenciaturas de acceso y se creó un único Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud, que permitía una armonización integradora de todas las especialidades de las distintas profesiones sanitarias.

El Proyecto supuso notables mejoras en el sistema MIR: el cambio en la prueba general de acceso, la evaluación anual y al finalizar la especialidad, y la participación de la Comisión de Recursos Humanos

OTRAS ACTIVIDADES

INFORMES Y PUBLICACIONES 2001

Documento "El futuro de la atención especializada"

Documento "Estrategia de la Unión Europea para el desarrollo sostenible"

Documento sobre Sanidad Penitenciaria

del SNS en la planificación de especialistas. Una vez finalizada la especialidad, se establecería un ciclo superior, con Diplomas de Áreas de Competencia Específica, a modo de especialista de segundo nivel o segundo grado.

Como desarrollo de la Ley, y con el objetivo de mejorar los sistemas de formación de las profesiones sanitarias, se constituyó la Comisión de Formación Continuada del SNS. También se creaban los Diplomas de Acreditación y los de Acreditación Avanzada. Como garante de todo el proceso se constituyó el sistema de acreditación SEAFORMEC con participación en el mismo de los profesionales e instituciones interesadas.

A efectos de evaluar la competencia sanitaria y reconocer el esfuerzo permanente de acreditación se planteaba en la Ley el desarrollo de la carrera profesional, que debería ser voluntaria y convertirse en el principal elemento de motivación profesional, reconociendo los esfuerzos realizados y el compromiso con la Institución en que se prestan los servicios, articulando dicha carrera en cuatro grados para los profesionales sanitarios de nivel facultativo y en tres para los de nivel diplomado.

Desde la perspectiva de organización del Sistema Nacional de Salud y para definir derechos y deberes de las diferentes profesiones se planteaba el desarrollo de un Estatuto Marco homogéneo en todas las autonomías.

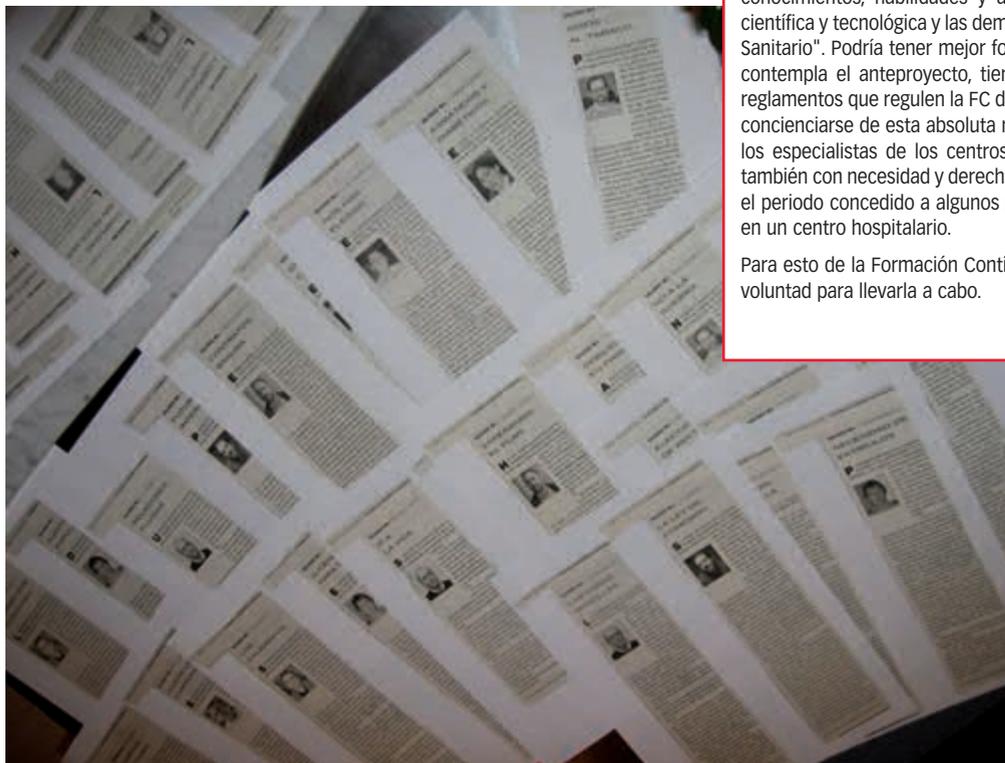
La Ley ofreció también un mayor protagonismo y respaldo a los Colegios Profesionales, y no solo en materia deontológica, sino también reforzando su papel en la regulación de la oferta formativa de postgrado y de los registros profesionales.

Con el fin de garantizar la máxima calidad de las prestaciones para todos los ciudadanos, el ejercicio profesional en el ámbito privado se reguló también en esta Ley, que estableció para los servicios sanitarios privados los mismos criterios que para los públicos.



Análisis y propuestas de grupos vecinales, sindicatos y asociaciones sobre Servicios Socio-sanitarios en la provincia de Salamanca. Por la ADSP participaron Concha Moreno y Antonio Julián

Cada sábado, Saludos Mil



SALUDOS MIL. Diez días al año

Ese es el periodo, 10 días al año, que la Gerencia de Atención Primaria (AP) ha destinado para el reciclaje de los profesionales de AP. Incluso para un solo profesional, 10 días al año, serían insuficientes, pero es que ese periodo de tiempo es para que se lo "repartan" entre todos los componentes del Equipo de AP.

En el anteproyecto de Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias se dedica un capítulo (Cap. IV del Título II) a la Formación Continua (Continuada, según el anteproyecto). Para nosotros es un capítulo importante, para ellos, no lo sé.

Como ya hemos dicho en otras ocasiones en estas páginas, la Formación Continua (FC) es un proceso que se inicia inmediatamente después de finalizar el periodo de formación, pregrado o especializada, y por definición no tiene fin. Solamente los necios se creen que lo saben todo y que no se equivocan nunca

El anteproyecto define el periodo de formación como "...destinado a actualizar y mejorar los conocimientos, habilidades y actitudes de los profesionales sanitarios ante la evolución científica y tecnológica y las demandas y necesidades, tanto sociales como del propio Sistema Sanitario". Podría tener mejor forma pero no mejor contenido. Ahora la Comisión de FC, que contempla el anteproyecto, tiene por delante una importante labor, la elaboración de los reglamentos que regulen la FC de las Profesiones Sanitarias. La Administración Sanitaria debe concienciarse de esta absoluta necesidad de todos los profesionales de la sanidad, incluidos los especialistas de los centros hospitalarios y de la AP (Pediatras y Médicos de Familia) también con necesidad y derecho a periodos de reciclaje. Me parece un parche impresentable el periodo concedido a algunos profesionales de la AP para que adecuen sus conocimientos en un centro hospitalario.

Para esto de la Formación Continua, tanto profesionales como Administración han de poner voluntad para llevarla a cabo.

Pablo de Unamuno. El Adelanto 23 agosto 2003

Logros y déficit de la LOPS siete años después

Al analizar, siete años después, los principales logros y sombras de la Ley es preciso señalar que, a la vez que se han conseguido algunos de los objetivos planteados, otros muchos no se han alcanzado y ofrecen numerosas posibilidades de mejora.

Desde la perspectiva del paciente se han producido algunos avances pero aún permanecen numerosos problemas por resolver. La opinión mayoritaria de los mismos respecto de la calidad de la atención sanitaria y el respeto a sus derechos es favorable, aunque identifican aspectos sin resolver, señalando como prioritario el tema de la lista de espera, y en menor medida otros aspectos como el derecho a la intimidad o a la confidencialidad, en los que no solo no se han alcanzado los mínimos exigibles sino que surgen nuevos retos derivados de la informatización de los historiales clínicos.

En el campo de las relaciones interprofesionales, el trabajo en equipo, la continuidad asistencial y la coordinación entre niveles y centros, continúa existiendo la secular falta de comunicación entre la atención primaria y la especializada, que no solo presenta un flujo limitado de información entre ambos niveles, sino que incluso genera fallos secuenciales en la información respecto del paciente y del proceso terapéutico que tiene aquí, en los procesos de transición entre ambos niveles, una especie de “agujero negro” que provoca numerosos problemas.

Por lo que hace referencia a las funciones de dirección y gestión clínica, estas áreas siguen alejadas del nivel asistencial y en numerosas ocasiones, la mayoría, son percibidas como superestructuras jerárquicas más preocupadas de seguir las directrices superiores que de analizar los problemas reales y compartir soluciones con los profesionales para después elevarlas a los centros con capacidad de decisión.

Cambios en el marco competencial

La regulación de las profesiones ha afectado al ejercicio de médicos, farmacéuticos y enfermería. Los dos primeros han tenido siempre áreas competenciales bien desarrolladas que la LOPS solo ha

venido a refrendar. El principal cambio ha sido el reconocimiento a los Diplomados Sanitarios en Enfermería de autonomía y responsabilidad propia en el ejercicio de sus funciones, lo que ha conllevado al establecimiento de una práctica diferenciada, autónoma e igualitaria con los titulados superiores, aunque aún sigue pendiente el decreto que desarrolle las especialidades en el área de enfermería. Los nuevos sistemas de trabajo autónomo suponen, de forma cada vez más acentuada, una segmentación de la asistencia, con poca comunicación interprofesional, lo que puede llegar a constituir un problema de difícil solución.

Otros profesionales que reclamaban su inclusión dentro del grupo de profesiones sanitarias como los psicólogos no han visto satisfecha su aspiración y aún tienen pendiente su reivindicación de reconocimiento por parte del Ministerio de Sanidad de la Psicología como una profesión sanitaria ya que la actividad que realizan los psicólogos básicamente se puede enmarcar dentro de lo que es el ámbito de la salud.

Cambios en el sistema de especialización

El sistema MIR se ha consolidado como la principal, y casi exclusiva, vía de especialización, mejorando numerosos aspectos del sistema. Sin embargo la Comisión de Recursos Humanos del SNS no ha servido para planificar las necesidades de especialistas, lo que está produciendo un déficit que los distintos sistemas autonómicos tratan de suplir mediante la importación de especialistas de otros países que, en numerosas ocasiones, presenta diferencias formativas respecto de los especialistas MIR españoles.

La nueva regulación de especialidades aún no se ha desarrollado y por lo tanto persiste un sistema obsoleto de especialidades que favorece la recirculación de profesionales en el sistema MIR, la excesiva parcelación de la asistencia sanitaria y la existencia de bolsas de paro de especialistas al lado de carencias significativas. La troncalidad, un aspecto que se está desarrollando en la actualidad, está planteando problemas en algunas especialidades.

Otra de las lagunas importantes es que varios años después de la entrada en vigor de la Ley no se ha avanzado en el diseño y reconocimiento de los ciclos superiores de especialización que debían ser reconocidos con Diplomas de Áreas de Competencia Específica, a modo de especialista de segundo nivel o segundo grado. Este aspecto no está limitando el desarrollo de este tipo de competencias ya que numerosas sociedades científicas se están estructurando en áreas específicas, pero sí está impidiendo el reconocimiento legal de estas titulaciones.

Cambios en la formación continua

Se ha desarrollado el sistema de acreditación SEAFORMEC o Sistema Español de Acreditación de la Formación Médica Continuada que utiliza los mismos procedimientos y baremos que el de la Comisión de Formación Continuada del Sistema Nacional de Salud. Aunque una parte importante de la acreditación docente de postgrado actual se acoge a este sistema, la LOPS no ha sido capaz de homogeneizar la oferta formativa de postgrado ni ha generado un sistema global que garantice que la formación de postgrado responde a los intereses del SNS más que a los de los propios profesionales. Por otra parte la acreditación SEFORMEC no da respuesta a otras profesiones sanitarias como farmacia o enfermería, cuyos sistemas de acreditación no han alcanzado el mismo desarrollo.

Cambios en el marco profesional

La LOPS llevaba implícitos el desarrollo del Estatuto Marco y de la carrera profesional.

El Estatuto Marco, publicado por Ley 55/2003 de 16 de diciembre, vino a actualizar y adaptar el régimen jurídico del personal estatutario de las instituciones sanitarias en todos los Servicios de Salud. Ha definido a nivel estatal el carácter funcional de la relación estatutaria, mientras que las funciones, competencias, aptitudes profesionales y los contenidos específicos de las distintas categorías o grupos profesionales han sido definidos por las CC.AA, posteriormente. La adaptación del estatuto marco por las diferentes CC.AA no ha permitido armonizar las condiciones de ejercicio entre los distintos sistemas autonómicos de salud, que presentan importantes diferencias que pueden producir desequilibrios interterritoriales.

El capítulo II del estatuto establece la clasificación del personal atendiendo a la “función desarrollada, al nivel del título exigido para el ingreso y al tipo de su nombramiento”. Además, divide al personal estatutario atendiendo al nivel académico del título exigido para el ingreso en personal de formación universitaria y personal de formación profesional. En el primer grupo se encuentran los licenciados con título de especialista en ciencias de la salud, los licenciados sanitarios, los diplomados con título de especialista en ciencias de la salud y los diplomados sanitarios. La Ley incluyó todos los aspectos relativos a la relación laboral de los trabajadores con las distintas administraciones y legisla en torno a la provisión de plazas, selección y promoción interna, la movilidad del personal, retribuciones, jornada de trabajo, permisos e incompatibilidades.

La carrera profesional, varios años después, está aún en desarrollo y existen importantes diferencias entre CC.AA., pero quizás el hecho más preocupante es que se haya convertido en un sistema de incentivación económica, en el que prima la antigüedad en detrimento de la formación, y en el que el reconocimiento de grados o niveles superiores no lleva aparejado ningún cambio en las responsabilidades profesionales y, lo que es aún peor, ningún cambio en el ejercicio profesional.

La dedicación exclusiva, fundamental para fomentar la identificación de los profesionales con el sistema público de salud, ha sido abandonada en la mayoría de las CCAA impidiendo el desarrollo de una ética y de un cuerpo profesional público.

Perspectivas de futuro

Existe una percepción generalizada por parte de los pacientes de que el sistema es bueno y en una inmensa mayoría están satisfechos de la asistencia que reciben, si bien manifiestan lagunas que deberían mejorarse. La lista de espera es su principal preocupación.

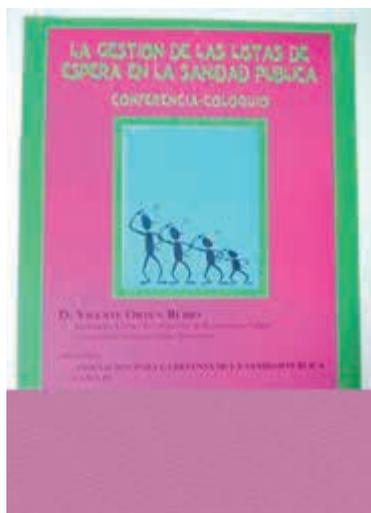
La participación ciudadana es inexistente y los Consejos de Salud han pasado a la historia. El reciente movimiento asociativo de pacientes tendrá en el futuro cada vez mayor peso en la toma de decisiones, lo que sin duda moldeará el ejercicio profesional y condicionará las decisiones del

área gerencial. Este movimiento puede ser fácilmente moldeado por intereses de tipo comercial, lo que debe constituir una preocupación de cara al futuro.

El Estatuto Marco, frecuentemente incumplido por las administraciones sanitarias, no ha resuelto la mayoría de los problemas existentes antes de su promulgación y ha sido fuente de conflicto en su interpretación. Las diferencias entre los estatutos de las diferentes CC.AA. han constituido un motivo de agravio entre profesionales.

La organización de los servicios sanitarios ha pasado de una cultura muy jerarquizada y burocrática a otra en la que se potencia la libre designación, sin valorar conocimientos, valía científica, capacidad organizativa ni capacidad de liderazgo. Se está produciendo un descenso del nivel de identificación de los profesionales con su empresa, condicionado en gran medida por la excesiva jerarquización vertical y burocratización de las decisiones fundamentales, la separación de las decisiones gerenciales y asistenciales, la carencia de estímulos diferenciadores entre los propios profesionales y la falta de perspectivas de desarrollo y reconocimiento profesional. Los intentos de “fidelización” de los propios profesionales formados en cada centro no solo no son una solución sino que pueden convertirse en un problema ya que terminan produciendo un sistema de endogamia que limita la intercomunicación científica que es básica para el funcionamiento del sistema.

Los intentos de privatización como la promoción del aseguramiento privado mediante desgravaciones fiscales de los seguros complementarios de empresa, la fragmentación de la red hospitalaria pública en múltiples empresas independientes entre sí gestionadas de acuerdo a modelos empresariales como las Fundaciones Sanitarias, Consorcios, Concesiones Administrativas o Sociedades Anónimas; la privatización de la financiación, construcción y gestión de los nuevos hospitales; la privatización de la Atención Primaria; la cesión de la asistencia integral de áreas sanitarias a empresas privadas; el incremento de los conciertos y las subcontratas de servicios con el sector privado (cocina, limpieza, seguridad, mantenimiento, administración, radiología, laboratorio, anatomía patológica, cuidados terminales, urgencias extrahospitalarias) afectarán en gran medida al propio modelo sanitario y por supuesto a la propia ordenación de las profesiones sanitarias. Esta ofensiva privatizadora busca el fomento de los intereses económicos privados en



detrimiento del derecho a la salud de los ciudadanos y choca , cada vez en mayor medida, con los intereses tanto de los pacientes como de los propios profesionales.

Por último, existe una falta de coordinación con el sistema de atención socio-sanitaria, que tiene además un escaso desarrollo, lo que hace recaer sobre los centros de agudos, enfermos y patologías que podrán ser atendidos a un menor coste. La Ley de dependencia no se ha aplicado en toda su extensión y por ello no está sirviendo para el fin propuesto.

Otro aspecto que condicionará el futuro inmediato será la adaptación de las titulaciones de las profesiones sanitarias al proceso denominado de Bolonia. La unificación de los planes de estudios europeos en torno a los criterios de Bolonia supondrá no solo un cambio en la formación de los profesionales sanitarios, que llevará pareja la modificación de la formación de postgrado y por tanto de la formación continuada, sino también del propio ejercicio profesional por el mayor flujo de intercambio de profesionales dentro de la Unión Europea.

OTRAS ACTIVIDADES

Conferencia-Coloquio sobre la gestión de las listas de espera en la Sanidad Pública

Ponente: Vicente Ortún Rubio (10 de diciembre de 2002. Casa de Japón)



El Defensor del Pueblo presentó ese año un informe sobre la situación inaceptable de las listas de espera. Este coloquio contribuyó a clarificar las causas y las soluciones que la administración ponía sobre la mesa: Maquillaje de agendas, autoconcertación (peonadas) y conciertos externos a partir de un tiempo de espera máxima.

Sobre la mesa se pusieron interesantes conceptos que conservan toda su actualidad:

- Lista de espera como reguladora de la demanda en un SNS universal
- Priorizar la lista con criterios clínicos y sociales
- Listas transparentes y participación del usuario en la gestión de las mismas
- Invertir en prevención y no medicalizar problemas sociales
- Afrontar el problema con criterios cualitativos

LA CRISIS DE LA ATENCIÓN PRIMARIA. LA PLATAFORMA 10 MINUTOS

En los últimos años de la década de los 70 (Alma Ata) y durante los 80 (decreto 1137/84) se definió en gran medida lo que debería ser en líneas generales el desarrollo de la “atención primaria de salud” como pieza básica en el funcionamiento del sistema sanitario público. Se buscaban niveles de equidad, gracias a la universalización de la asistencia y a la atención longitudinal a la persona, creando una red de centros de salud por todo el territorio nacional, pero al mismo tiempo con un alto contenido teórico que desembocó en los años 90 en un decaimiento progresivo en los valores de los que creemos en ella, ese impulso vital ha ido perdiendo fuerza hasta nuestros días con la paradoja que aún sin haberse desarrollado, se está destruyendo.

Políticas orientadas a abrir el mercado de los sectores públicos (informe Abril), la progresiva aparición de instrumentos de gestión como la cartera de servicios o el contrato programa orientados a buscar una rentabilidad económica olvidando su utilidad en otros campos del ámbito sanitario. Relegar las actividades comunitarias y preventivas a un nivel secundario en relación con las asistenciales más “vendibles” a pesar de la rentabilidad a largo plazo de las primeras son algunas de las causantes de esta crisis que posteriormente desarrollaremos.

El excesivo periodo de tiempo que ha empleado la atención primaria para desarrollarse, no ha ido en consonancia con la rapidez de los cambios sociales que nos atrapan hoy día. Las formas de vida con sus hábitos sociales, la exposición a riesgos ambientales y laborales nuevos, los cambios demográficos (llegada de población extranjera, envejecimiento poblacional...), las nuevas situaciones socio sanitarias exigen cambios rápidos, con medidas correctoras ágiles en tiempo y en practicidad, sin embargo la adaptación ha sido lenta por parte de las administraciones, para el ritmo de cambio existente.

Un factor de este retraso en las soluciones, probablemente sea el galimatías de nuestro mapa sanitario tanto a nivel regional como nacional, las dependencias tanto asistenciales como laborables no han sido definidas claramente y las políticas sanitarias obedecen más a orientaciones partidistas que a dictámenes técnicos, arropadas por determinados sindicatos con intereses particulares.

Sin embargo hay estudios que relacionan una mejor salud de la población con un buen sistema de atención primaria de salud. A pesar de todo el grado de satisfacción ciudadana por la asistencia recibida, hasta ahora, es alto y el bajo coste de los servicios sanitarios de atención primaria y del sistema sanitario público en general, en relación con otros países, hace difícil concebir otro sistema distinto de atención al ciudadano con las características básicas de equidad y accesibilidad.

Algunos problemas que afectan nuestra Atención Primaria , causantes de su deterioro y objeto de actuación si queremos corregir esta situación:

- Presupuestos asignados, deficientes y decrecientes, no acordes al crecimiento de asegurados ni a las necesidades de progresión en el ámbito científico y asistencial. Otra tara es la falta de transparencia del dinero público asignado a la actuación sanitaria, con derivaciones a otras actuaciones distintas al destino original.
- Masificación creciente de los servicios asistenciales, problemas estructurales, sanitización de problemas sociales (los servicios sociales son claramente deficitarios en recursos y actuaciones), carga administrativa exagerada en los profesionales que impide su desarrollo en otros campos como la formación.
- Distribución de cupos de trabajo de forma irregular y falta de adaptación a la zona y a la población de referencia.
- Falta de decisión política en su momento ante temas planteados que no se resolvieron, como por ejemplo la regulación de la dedicación exclusiva.
- Claro aumento de la asistencia urgente como vía alternativa a otras deficiencias del sistema.
- Abandono de la orientación hacia la prevención y educación de la salud, poniendo en entredicho la función de la enfermería familiar, pese al desarrollo que tuvo en tiempo pasado

- Desmotivación en el trabajo de equipo al no valorarse las actividades comunes, primando las individuales de carácter economicista. Conviven gran variedad de profesionales, de formación diversa, el esfuerzo personal ha llevado en gran medida al agotamiento emocional.
- Desprestigio y falta de reconocimiento social y profesional de los trabajadores sanitarios, todo ello pese al alto grado de confianza por parte de los ciudadanos sobre el personal sanitario.
- Orientación gerencial hacia lo económico.
- Privatización progresiva de actuaciones como ciertos exámenes de salud (prevención del cáncer de mama) o servicios administrativos (mantenimiento informático, citas tfno.) incluso actividades filantrópicas (donantes de sangre).
- Fidelización de plantillas. Además de la dependencia distinta de los profesionales efectuando el mismo trabajo (llevamos años esperando la unificación de funcionarios y estatutarios), los concursos complicados de resolución que se extienden exageradamente en su resolución, los múltiples procesos abiertos a la vez.
- Desarrollo lento e insuficiente de los apoyos informáticos a la actividad del profesional, aún hay profesionales que no lo tienen a su alcance.
- Falta de coordinación de la Atención Primaria con otros escalones asistenciales, a pesar de ser la puerta de entrada al sistema, problema detectado desde el principio, inveterado en el tiempo, pero sin resolver, la gestión por áreas de salud que prometían una mejor integración de los niveles asistenciales están todavía por demostrar su utilidad.

Quizás sea la falta de un programa claro y conciso a nivel político, el mayor peligro de los que padece la atención primaria de salud que se está apoyando en un modelo neoliberal, economicista, olvidando el enfoque social y salubrista existente.

Nuestra propuesta es que el profesional de primaria se convierta en el responsable y mediador del paciente dentro del sistema, siendo imprescindible para ello la estrecha relación de los distintos niveles asistenciales y sociales en aras a esa atención integral que propugnamos.

Los profesionales de la salud (médicos, enfermeros, etc.) se deben apoyar en valores que definen su compromiso profesional, en primer lugar con las personas pues el ciudadano es el protagonista de la atención; compromiso social como conocedores de los determinantes de salud, evitando de forma activa la discriminación en el acceso a los servicios sanitarios; compromiso con la calidad a través de una formación continua con actualización de conocimientos y como no, un compromiso ético, ser exigente con la administración reivindicando su buen funcionamiento en beneficio de los ciudadanos.

Desde nuestra asociación mantenemos, durante todo el tiempo de su existencia, la necesidad de la defensa y mejora del Sistema Sanitario Público, con financiación, gestión y provisión públicas, que garantice la calidad y la satisfacción de las necesidades de salud de la población y la equidad, así como el desarrollo de la participación comunitaria y de los instrumentos de control democrático en la toma de decisiones del sistema por parte de ciudadanos y profesionales.

Las soluciones pasan por resolver cuestiones que incrementen la calidad de la atención que se presta, así como la mejora de los resultados en salud:

- Recursos suficientes y apropiados en personal, equipamiento y medios con una adecuada financiación (las partidas se han congelado, pero el nº de beneficiarios aumenta).
- Flexibilidad organizativa. Cuando inició el camino la AP. en España se tuvieron en cuenta unas variables, que no se corresponden con la evolución social en estos años.
- Planes integrales de salud contemplado los recursos públicos, evaluando y ajustando los recursos para valorar las necesidades de salud.
- Mejorar el retorno de información al que la genera, evaluando los condicionantes de salud desarrollando la epidemiología clínica y la investigación, no quedando en resultados de cumplimiento terapéutico o carteras de servicios con dudosos criterios de medida.

- Ampliar la capacidad resolutive de la AP de salud, con acceso a determinadas técnicas que disminuirían derivaciones.
- Disminución de la carga burocrática actual, aprovechando los medios tecnológicos disponibles.
- Promoción profesional y estímulo a la investigación.
- Promover la participación comunitaria en salud, al final es la mejora de salud de la población el objetivo, hacerles coparticipes en la búsqueda de la mejor asistencia debería ser una prioridad.

Plataforma diez minutos

SALUDOS MIL. El Adelanto. 23 de noviembre, 2004. José L. Garavis

Diez minutos

Somos el país de Europa que menos tiempo dedica en consulta a sus pacientes: tres minutos. Esto es debido a la necesidad de atender a 50 o más pacientes diarios y como consecuencia se puede resentir la calidad asistencial: riesgo mayor de diagnósticos erróneos, más derivaciones a especialistas, incremento del gasto farmacéutico, deterioro de la relación médico-paciente, etc.

Las sociedades científicas más representativas de la Atención Primaria: SemFYC y SEMERGEN, demandan la necesidad de atender a cada paciente en la consulta un mínimo de diez minutos, lo que equivaldría a 25 pacientes diarios y para ello cada médico no debería tener asignados más de 1200 pacientes.

En Castilla y León la situación es especialmente grave. El actual mapa sanitario data de hace más de 30 años durante los cuales se han producido importantes cambios poblacionales. Esto trae como consecuencia que, mientras los médicos de las ciudades atienden a cupos de más de 2000 habitantes a los que apenas pueden dedicar esos tres minutos, en numerosos núcleos rurales, que se han despoblado en los últimos años, los médicos apenas verán a 4 ó 5 pacientes al día.

Si la prisa está reñida con la calidad, no lo está menos la falta de experiencia clínica a la que están condenados los médicos de estos pequeños municipios. De esta manera se está infrautilizando a numerosos médicos rurales mientras se somete a fuertes presiones en su trabajo a los de las ciudades. Es urgente que el Consejero de Sanidad lleve adelante sus promesas de reestructuración y, al menos en parte, pueda paliarse esta situación.

Los buenos profesionales tienen la necesidad de buscar la excelencia, pero también si es necesario, deben recordar a la administración sus incumplimientos y denunciar las deficiencias existentes. En este sentido, la reivindicación “10 minutos por paciente” tiene un destacado valor simbólico al resumir en un mensaje la necesidad de mejorar la calidad de la atención.

En diciembre del año 2000 nació un movimiento independiente a nivel nacional de médicos de atención primaria lanzando a la opinión pública y al propio colectivo sanitario la imperiosa necesidad de realizar cambios efectivos en la atención primaria de salud. La FADSP apoyó dicho movimiento al igual que numerosos colectivos profesionales, sociales y laborales.

La Plataforma diez minutos recogió el descontento de los profesionales con la forma en que se ven obligados a ejercer su trabajo, con una alta presión asistencial y una burocracia desbordante.

La frustración, pérdida de ilusiones y desmotivación de los profesionales con una sensación de ser meros expendedores de servicios sanitarios.

Las consecuencias negativas (prisas, agobios, estrés, riesgo de errores, escasa capacidad resolutive, etc.) que la presión del tiempo tiene sobre su actividad. Todas ellas se consideran causas del progresivo deterioro de la atención primaria.

Así pues, en busca de eficacia, las peticiones eran claras y concretas, y además medibles:

- Un tiempo digno por paciente (10 minutos, al menos).
- Limitación en el nº de pacientes por día.
- Limitación del tiempo asistencial total.
- Tiempo suficiente para tareas no asistenciales.

Todo en aras de la calidad asistencial y la dignidad profesional.

Hoy día sin embargo dicho movimiento está casi extinguido, pues el frente común poderoso del principio, que aglutinaba a todos los que creen en una atención primaria fuerte y eficaz como base del SNS, se debilitó, probablemente por la aparición de los intereses particulares del gran número de organizaciones componentes, que primaron más que el interés general.

01 | el Periódico el ADELANTO de Salamanca

SALUDOS MIL | J. L. GARAVIS (*)

CRISIS EN PRIMARIA

El creciente descontento de los médicos de atención primaria ha culminado esta semana con la convocatoria de una huelga simbólica (paro de diez minutos) que ha tenido un seguimiento mayoritario.



Hay un sentir general de que las cosas no van bien, de que existe un desfase entre los planteamientos del despacho de la Administración, cuando no una parálisis total de la misma, y los planteamientos de los profesionales que están al pie del cañón en los equipos.

Diversos factores sociales, económicos y demográficos han masificado las consultas de muchos médicos hasta extremos incompatibles con una asistencia de calidad.

Si a la frustración de sentirse cada vez menos resolutivos añadimos la falta de incentivos profesionales (no existe la carrera profesional, los concursos de traslado se eternizan, no se convocan oposiciones, etcétera), no puede extrañarnos que se extienda la demotivación y el desánimo.

Ante esta situación es urgente, necesario y factible incrementar la financiación que recibe el sistema sanitario público para frenar el deterioro, mejorar la calidad, además de afrontar nuevos retos.

Se necesitan más recursos humanos y una distribución racional de los actuales, hay que incentivar a los profesionales, fomentar su capacidad resolutiva, descargarlos de tareas burocráticas, y establecer, de una vez por todas, un sistema que posibilite una relación fluida con los especialistas.

Para empezar, pedimos poder dedicar más tiempo a nuestros pacientes en la sanidad pública, de forma que no tengan que pagar para poder ser atendidos con prisas.

¿Es mucho pedir?

(*)Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública

¡AYUDATE, AYUDANOS!

Estimados pacientes:

Desde hace unos años estamos asistiendo a un deterioro progresivo de la atención primaria de salud, el dinero destinado al primer nivel asistencial es proporcionalmente cada vez menor, cada vez tenemos más pacientes que atender, más papeles que rellenar y menos tiempo para dedicar al paciente, con lo que resolvemos peor sus problemas, cada vez estamos más abrumados y frustrados de cómo van las cosas.

¡Esto no puede ser! ¡así no podemos seguir!, **NECESITAMOS TIEMPO**, para escuchar al paciente, para hacer bien lo que hay que hacer.

Por favor ¡ayúdanos! Soles no podemos con vosotros si. **¡AYÚDANOS CON TU FIRMA! PARA QUE AL MENOS TENGAMOS 10 MINUTOS DE MEDIA PARA CADA VISITA.**

GRACIAS POR TU COLABORACIÓN

NOMBRE	FIRMA	D.N.I

01 | el Periódico el ADELANTO de Salamanca

SALUDOS MIL | E. FONSECA (*)

DIEZ MINUTOS DE TIEMPO

Es el tiempo mínimo para atender bien a un paciente en una consulta de atención primaria de salud. En el horario habitual se deben abordar tres tareas fundamentales: la consulta a demanda; atender a los pacientes que acuden a que se les ayude a resolver un problema.



La consulta citada y/o programada: atender a todos aquellos pacientes con afecciones más o menos crónicas, ya diagnosticadas y captadas, y con los que se hace un seguimiento periódico; y a aquellos otros a los que también se ha captado para hacer otras tareas preventivas: vacunaciones, citologías, etcétera.

La atención a domicilio. Para enfermos agudos, más o menos graves, que creen que no deben desplazarse al centro de salud. Y para enfermos crónicos e inmovilizados que deben de ser visitados con cierta periodicidad. Dedicar una hora al día a esta tarea mejorará la calidad humana de la atención; y también la calidad técnica.

Dedicar 10 minutos por paciente mejora mucho la calidad humana de la atención; y casi con seguridad mejorará también la calidad técnica, que hoy día está algo en entredicho.

Hay una cuarta tarea: registrar de manera adecuada las actividades; es útil para saber si se cumplen los objetivos.

Por último: para que el tiempo utilizado sea más rentable habeta que redefinir muchas de las tareas conocidas como burocráticas; que son percibidas por los profesionales como innecesarias. Y dotar de instrumentos informáticos de ayuda, más que de control. Esto no es una utopía. Esto se llama Plataforma 10 minutos, y está integrada por los médicos de atención primaria de las diferentes autonomías y de todas las asociaciones profesionales del sector. Comparte cobertura ideológica con la FADSP, que les presta espacio físico para reunirse.

(*)Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública



Los Centros de Salud han ido mejorando en construcción y dotaciones pero en los consultorios locales sigue habiendo muchas deficiencias.

La Atención Primaria, plantea diferentes problemas en el medio urbano y rural

En los Centros urbanos los problemas son:

- Masificación en las consultas**
- Horarios incompatibles con la jornada laboral de los pacientes**
- Lista de espera para consultas y pruebas**

En los Centros rurales los problemas son:

- Distancia a los servicios y malas comunicaciones**
- Falta de movilidad y de autonomía debido al envejecimiento**
- Problemas para el transporte urgente**
- Necesidades socio-sanitarias no cubiertas**

Capítulo V

La Globalización de la Salud

2003-2009

- La globalización de la salud
- La iniciativa de financiación privada
- Las nuevas tecnologías y el sistema sanitario
- La Ley de dependencia
- La Carrera Profesional
- El Plan Director del Hospital Universitario de Salamanca

LA GLOBALIZACIÓN DE LA SALUD

La globalización existe cuando un fenómeno tiene repercusiones simultáneas e inmediatas de carácter mundial. Desde hace tiempo el capital, el comercio, las migraciones, la distribución de imágenes, símbolos e ideologías han traspasado las fronteras entre países favoreciendo esa globalización y dando lugar a la llamada sociedad en red donde los gobiernos pierden parte de sus atribuciones.

Dicho fenómeno ha coincidido en el tiempo con el resurgir de la ideología neoliberal (Reagan y Thatcher). El neoliberalismo considera contraproducente el excesivo intervencionismo estatal en materia social y económica y defiende el libre mercado capitalista (mercados laborales y financieros desregulados) como el mejor garante del equilibrio institucional y el crecimiento económico como el principal motor para disminuir las desigualdades. En su expansión han tenido un papel relevante organismos internacionales como el Fondo Monetario Internacional (FMI), el Banco Mundial (BM) y la organización mundial del comercio (OMC) que han promovido la eliminación de las reglas que controlan la circulación de capitales, favoreciendo la especulación, la privatización de los servicios públicos y la reducción de gastos sociales.

El neoliberalismo es la ideología de las clases dominantes del Norte y del Sur, el desarrollo de este tipo de políticas ha incrementado enormemente las desigualdades, no solo entre distintos países, sino también dentro de un mismo país y la falta de regulación nos ha conducido a la actual crisis en la que los estados (al que los neoliberales han querido quitar protagonismo por considerarlo poco eficiente) han tenido que intervenir con cantidades enormes de dinero público para salvar a los bancos y evitar la quiebra del sistema financiero mundial.

Esta globalización, basada únicamente en criterios económicos, ha favorecido la deslocalización de las empresas hacia países donde la mano de obra es más barata y la explotación laboral más fácil porque los trabajadores carecen de derechos. El importe global de la deuda externa ha aumentado en este tiempo. La ayuda al desarrollo ha disminuido o está estancada. Los informes de la FAO denuncian un retroceso en la reducción del hambre en el mundo.

No habrá salud pública global mientras persistan las patentes de los medicamentos excluyendo a una parte importante de la población a tratamientos probadamente eficaces. La explotación sin control de los recursos del planeta está favoreciendo el cambio climático.

Los Servicios Sanitarios, están empezando a verse como una fuente de ingresos, por parte del sector privado que poco a poco intenta introducirse en ellos para obtener beneficios desmantelando los servicios públicos.

Esta globalización económica solo beneficia a aquellos que disponen de medios y tienen acceso a la educación y capacidad para aprovechar las oportunidades que genera y aunque el 20% de las fortunas más grandes del mundo se encuentran ya en los países denominados pobres, 2800 millones de personas, casi la mitad del planeta, siguen viviendo en la pobreza con menos de dos dólares diarios.

Ante este panorama pensamos que otra globalización es posible (Declaración de Toledo FADSP; International Association of Health Policy. Septiembre, 2009).

Ésta debe estar basada en los siguientes puntos:

- Evitar la violencia institucional (guerras) y de género.
- Potenciar los servicios públicos como promotores y garantes de la salud de la población y como motor de la economía (generando empleo y disminuyendo los niveles de pobreza y marginación).
- Regular las relaciones comerciales internacionales.
- Controlar las actividades de las empresas multinacionales, para evitar la depredación de los recursos de los países en desarrollo.

OTRAS ACTIVIDADES

Ponencia de A. Fuertes a las Jornadas de Debate de la FADSP sobre Sanidad Pública en Bilbao 2003:

“LOS HOSPITALES QUE NECESITAMOS. EL HOSPITAL EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD”.

Se analiza el cambio de la demanda paralelo al cambio social

Ligado a ello hay un cambio de tendencias en las “cifras hospitalarias”

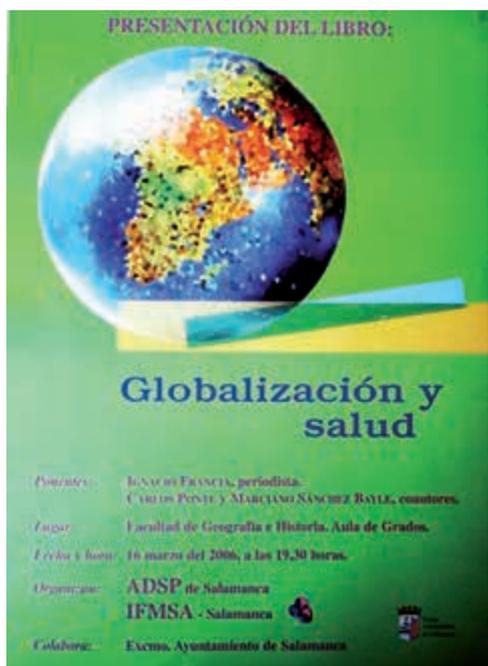
Estrategias internas para el cambio:

En la estructura, el personal, la tecnología, la cultura y organización hospitalaria, la práctica clínica, los nuevos paradigmas

“El hospital de la excelencia”

En 2003 , Atendiendo a la solicitud de la Junta Directiva del Colegio de Médicos, iniciamos colaboraciones con la recién estrenada revista “Salamanca Médica”

- Cambiar los sistemas de producción, para que no deterioren el medio ambiente y eviten la catástrofe del cambio climático.
- Políticas de producción y comercialización de alimentos sostenibles, que eviten la destrucción de las economías tradicionales, la extensión del hambre y la pobreza y la dependencia de la mayoría de los países del mundo de unas pocas corporaciones multinacionales.
- Potenciar el papel de los sistemas de salud pública, como promotores de salud barrera preventiva contra la difusión de epidemias en un mundo cada vez más interconectado y creadores de riqueza y empleo.



Para que la población empobrecida pueda participar en la generación de riqueza, hay que defender un mercado transparente y equitativo

que no olvide el papel del Estado y de la sociedad civil, el acceso al conocimiento y a los recursos de producción (agua, tierra, residuos, ordenadores, tecnología, medicamentos) que les garanticen los servicios sociales básicos y que contribuya a un reparto más equitativo de los mismos y por tanto a un mundo con menos desigualdades y más justo.

LA INICIATIVA DE FINANCIACIÓN PRIVADA

El incremento continuo de gastos en los servicios sanitarios ha sido la gran excusa del pensamiento neoliberal para reducir el

ACTIVIDADES

Presentación del libro Globalización y Salud.
Marzo de 2006

Estuvieron en la presentación dos de los autores y el periodista Ignacio Francia. Nos ayudaron a organizarla los jóvenes estudiantes de medicina de IMFSA

Un libro editado por la FADSP y escrito por 29 autores, dividido en cuatro bloques:

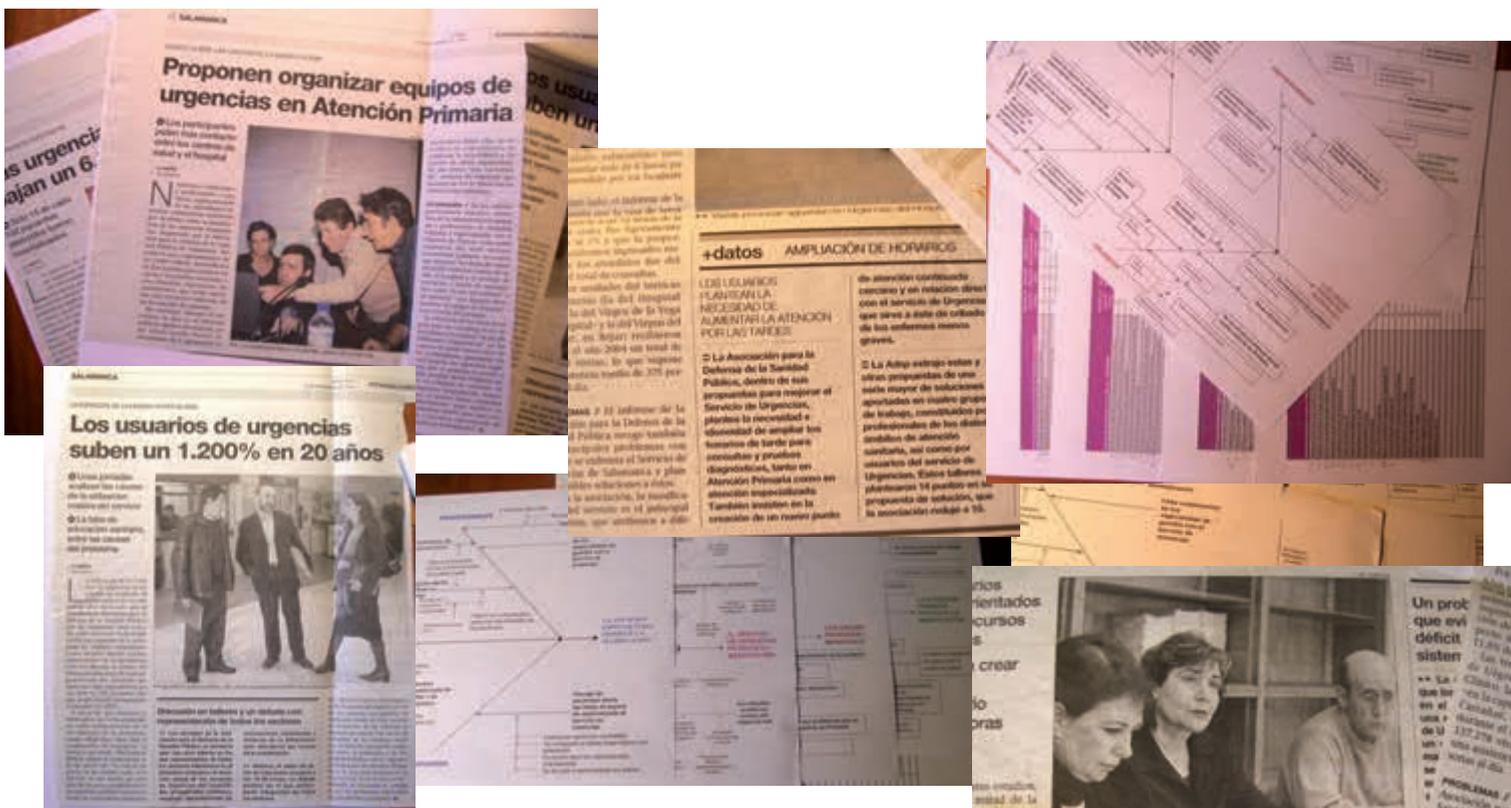
- Impacto de la globalización en la salud
- Consecuencias de la globalización en los sistemas sanitarios
- Experiencias de movilizaciones contra los efectos de la globalización en la salud
- Propuestas desde el sector sanitario. Otra globalización es posible. Declaración de Toledo.

OTRAS ACTIVIDADES

En febrero de 2005 publicamos el Informe sobre *Masificación en el servicio de urgencias hospitalario de Salamanca. Análisis de sus causas y propuestas de soluciones.*

Este informe se elaboró en base al material conseguido en cuatro talleres cebrados en Noviembre de 2004 en los que participaron 60 personas del ámbito de la sanidad en sus cuatro vertientes: hospital, atención primaria, usuarios y el propio servicio de urgencias.

El 11 de Noviembre organizamos un encuentro entre pacientes, profesionales y gestores de la sanidad donde hicimos la presentación pública y el debate de las causas y las propuestas para la mejora elaboradas en los talleres



Masificación en el Servicio de urgencias hospitalario de Salamanca
Análisis de sus causas y propuestas de soluciones
Informe de la Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública de Salamanca. Salamanca Febrero 2005

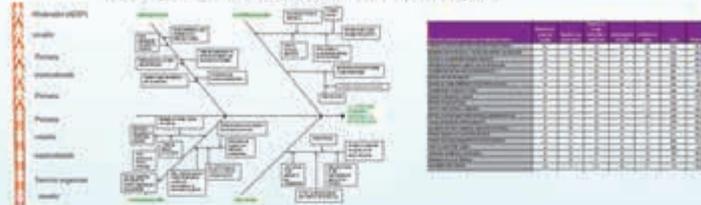
COORDINADOR: ESTEBAN KURTZO DE JURET, JULIANA RIVERO, SALVADOR MORENO CARRILLO, C. BARRIGA M. CHARRÓN P. FUERTES A. UNAMADO

Justificación: El año 2003 se atendieron en urgencias del hospital de Salamanca 137.330 pacientes (376,25 pacientes/día) con un incremento sobre el año 1999 del 23,2%. Se parte de la hipótesis de que la masificación en el servicio de urgencias es reflejo de un conjunto de deficiencias del sistema.

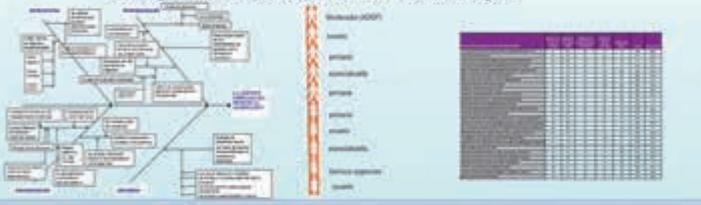
Objetivo: Identificar problemas de calidad y oportunidades de mejora en el sistema sanitario a través del estudio de las urgencias.

Definición del problema: "La atención hospitalaria urgente está masificada"
 Integrado por cuatro paradigmas:
 1) la atención primaria produce masificación en urgencias
 2) la atención especializada produce masificación
 3) el servicio de urgencias produce masificación
 4) los ciudadanos producen masificación.

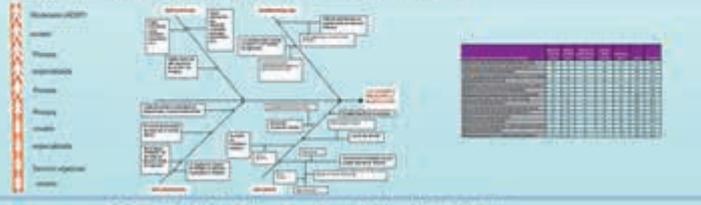
Taller Paradigma 1: La Atención Primaria produce masificación en el Servicio de Urgencias



Taller Paradigma 2: La Atención Especializada produce masificación en el Servicio de Urgencias



Taller Paradigma 3: Los Usuarios producen masificación en el Servicio de Urgencias



Taller Paradigma 4: El Servicio de Urgencias produce masificación en el Servicio de Urgencias



Resultados: Se identificaron 46 causas raíz y 77 causas secundarias y terciarias. Se identificaron 91 oportunidades de mejora

Conclusiones: Las herramientas de gestión de calidad resultaron óptimas para el estudio de un problema complejo y multifactorial como la masificación en el servicio de urgencias

papel del Estado como garante de la salud de los ciudadanos e introducir el mercado en la asistencia sanitaria. La Organización Mundial del Comercio, el Fondo Monetario Internacional y de forma especial el Banco Mundial, han sido potentes instrumentos para introducir estos conceptos de forma global (en nuestro país las iniciativas del Banco Mundial fueron ya recogidas en el Informe Abril). El motivo real que les mueve, es sin embargo otro, las empresas multinacionales del sector servicios, el capital financiero y grandes constructoras, pretenden incrementar su rentabilidad económica accediendo a fondos públicos, destinados en Europa a educación y salud (alrededor de un 20% del PIB). La asistencia sanitaria puede ser rentable para estos grupos, que ejercen presión sobre los gobiernos nacionales y que saben que los sistemas nacionales de salud europeos, uno de los pilares del Estado de Bienestar, son el principal obstáculo para este desarrollo.

En la UE una de las primeras medidas que favorece esta deriva, está en el Tratado de Maastricht (1992) que estableció que el gasto público no debe superar en ningún país el 3% del PIB, ni su endeudamiento puede ser superior al 60% del mismo; pero para su contabilidad no contemplaba, como endeudamiento público el contraído por empresas públicas con gestión privada o los servicios contratados por el sistema público con empresas privadas.

Con estos presupuestos y como una forma de disminuir el gasto, los gobiernos europeos han desarrollado una serie de medidas que debilitan el sistema público y potencian el sector privado: separando la financiación y la provisión de servicios sanitarios (creando un mercado interno); introduciendo sistemas de copago o subcontratando servicios con empresas privadas (externalización). En una segunda etapa se pretendería la provisión de servicios sanitarios por empresas privadas, quedando el sistema público como mera entidad financiadora, vendiendo centros públicos al sector privado e introduciendo un mercado externo.

Entre una y otra etapa están las medidas que ejercen de puente y en ellas se enmarcan las denominadas Nuevas Formas de Gestión, refrendada por la Ley 15/97 en nuestro país. Se han ensayado varias opciones: Fundaciones en Alorcón, Asturias o Galicia; Empresas Públicas en Andalucía (Hospitales Costa del Sol y Costa del Poniente) y Madrid (Hospital de Fuenlabrada);

Consortios en Cataluña o Concesiones Administrativas de Gestión Privada en Valencia (Alzira, Torrevieja y Denia) y Madrid (Hospital de Valdemoro).

La forma más novedosa es la financiación privada de la construcción y gestión de infraestructuras públicas, la Iniciativa de Financiación Privada (Private Funding Initiative –PFI– de la literatura inglesa).

La PFI se introdujo en el Reino Unido en 1992 para construir y renovar hospitales. Empresas privadas, multinacionales de servicios, banca o grandes constructoras, promueven y financian, con fondos propios o más veces con endeudamiento externo, la construcción de hospitales para el sistema público. Se encargan de construir infraestructuras y edificios y suministrar el equipamiento. Además de la construcción y mantenimiento, las empresas se encargarán de aspectos como la limpieza, seguridad, hostelería o documentación, mediante subcontratas. Además de los terrenos cedidos para la construcción del hospital, reciben terrenos de titularidad pública colindantes para aparcamientos o centros comerciales. La Administración gestiona los servicios sanitarios y paga un canon anual a las empresas por la utilización de los hospitales, durante un tiempo acordado, que suele ser 30 años.

La experiencia británica ha demostrado que esta fórmula es mucho más cara (entre otras cosas porque los créditos son más caros para la empresa privada que para el sector público), condiciona la capacidad de inversión y los presupuestos sanitarios por muchos años, limita la capacidad de adaptación a los cambios tecnológicos, es menos transparentes y en conclusión, empeora la calidad asistencial.

En nuestro país se han construido hospitales por esta fórmula en Baleares (Son Dureta), Madrid (siete nuevos hospitales) y en nuestra Comunidad Autónoma (Hospital de Burgos).

El Hospital de Burgos se adjudicó a un grupo de empresas de la construcción, entre ellas Martinisa, y a grupos bancarios (Santander y varias Cajas de Ahorro). En los acuerdos figuraba la cesión de hasta 14 servicios hospitalarios no asistenciales.

La Junta de Castilla y León justificó la construcción del nuevo Hospital de Burgos como una PFI de la misma manera que antes lo habían hecho los gobiernos británicos o la Comunidad de Madrid: de esta forma se reduce el tiempo de construcción, se garantiza la entrega de la obra en el tiempo estipulado y se evitan desviaciones en el presupuesto, se transfieren riesgos a las empresas constructoras y hay una mayor oportunidad de innovación por tratarse del sector privado. Además se cumplía el objetivo de Maastricht de no pasarse en el endeudamiento público. Para nada se habló de la hipoteca del sector público (presupuestos de inversión y de gasto corriente) durante 30 años a unas empresas con un interés prioritario, el lucrativo, y de cómo de esta manera se está trasladando a futuras generaciones el pago de los actuales centros.

La FADSP se puso desde un principio enfrente de estas iniciativas y ha hecho numerosos textos y actos divulgativos sobre los peligros que encierran, siempre con una buena documentación, suministrada en parte por compañeros de asociaciones similares del Reino Unido, que han vivido antes la experiencia y el fracaso de esta fórmula. La ADSP de Burgos se sumó a la Plataforma Pro Nuevo Hospital de Burgos, que se había creado para exigir la construcción de un nuevo centro hospitalario y que denunció el modelo de construcción del mismo. La ADSP de Salamanca colaboró en esta denuncia, en la medida de sus posibilidades.

Cuando la idea del Plan Director de nuestro hospital parecía tener visos de realidad y ya se habían iniciado las obras en Burgos, dimos la señal de alarma sobre la posibilidad, que es seguro estuvo en la mesa del despacho del Consejero de Sanidad, de construir este hospital mediante una nueva PFI. Las protestas de Burgos, nuestra actitud y la de otros colectivos, hicieron que se desechase esa posibilidad para Salamanca.

El Hospital de Burgos debería estar ya funcionando, lleva ya un retraso acumulado de 8 meses y la Plataforma nuevamente se ha puesto en situación de alerta, denunciando de forma especial una falta de transparencia absoluta.

Saludos mil

Privatizar en sanidad

Después de tanto tiempo de marear la perdiz con el famoso Plan Director del Hospital y cuando todavía solamente unos privilegiados saben de que puede ir la cosa, lo que si parece claro es quien financiará las obras.

El modelo elegido por el Sacyl parece ser el del nuevo hospital de Burgos, modelo nada original pues es una puesta al día de lo que ya han hecho en otras CCAA los dirigentes del PP. La financiación de las obras correrá a cargo de una empresa privada. Así dicho parece un chollo, pero nada es lo que parece. A cambio, la citada empresa gestionará diferentes parcelas del Hospital, en un principio la lavandería, la cocina, la limpieza, etc., y posiblemente después otros servicios ya sanitarios, primero los más rentables y los de menor riesgo económico: radiología, laboratorios... Es una manera de privatizar lo público y de romper la estructura hospitalaria, con el consiguiente deterioro de la misma. Lo que no han explicado las autoridades es el motivo de este cambio de estrategia. Sea cual sea, los ciudadanos deben ser conscientes de los riesgos que se corren al privatizar algo que es de todos y que funciona.

En la misma línea, se publicó la oferta de una empresa sanitaria para la provisión privada de la cirugía ambulatoria en el Centro de Especialidades de Ciudad Rodrigo. No se puede poner como disculpa que no existen recursos en la sanidad pública. El Hospital Universitario cuenta con suficientes recursos materiales y humanos para desarrollar estas actividades, sus profesionales son los mejor preparados, y además están apoyados por la estructura hospitalaria, que garantiza los resultados. Conviene saber que si se toman estas decisiones, como otras recientes que afectaron a las incompatibilidades de los médicos o a la contratación privada de determinadas pruebas radiológicas, no es para mejorar la atención sanitaria, sino que forma parte de una estrategia privatizadora diseñada desde el PP para todo el Estado.

Aurelio Fuertes. 6 Agosto 2005

Otras muchas columnas de Saludos mil hicieron referencia a este tema y pueden consultarse

www.adpsalamanca.org

Estos son algunos títulos: **Manifestaciones** (Maximiliano Diego 25 de Junio de 2005); **El enano saltarín** (Concha Ledesma 09 de Julio de 2005); **Nuestros hospitales** (Aurelio Fuertes 28 abril 2007) **Echemos unas cuentas** (Concha Ledesma 14 de julio 2007)

LAS TIC Y EL SISTEMA SANITARIO

Uno de los fenómenos que más ha influido en los cambios sufridos por la sociedad de los últimos años, ha sido sin duda la aparición de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación (TIC). Como no podía ser de otra manera, en uno de los campos donde más se ha sentido, ha sido en la medicina, por sus propias características, pues en la provisión de los cuidados médicos intervienen multitud de agentes que necesitan comunicarse de una forma rápida y fluida para ser más eficaces.

Las aplicaciones que tienen las TIC en el campo de la salud son muchas, en primer lugar el médico tiene acceso a gran cantidad de información a través de Internet (guías sobre práctica médica y uso de medicamentos, protocolos, revistas científicas, etc.) de una forma rápida. Esta información llega al núcleo más aislado permitiéndole tomar la decisión más adecuada en cada momento.

En cuanto a la práctica diaria la identificación fiable de usuarios (tarjeta sanitaria). La información de los registros individuales de cada paciente (historia clínica digital). El sistema que relaciona entre sí todos los procesos de la prescripción farmacéutica (receta electrónica). Procedimientos para agilizar la citación de usuarios con su médico (telecita). Los dispositivos de diagnóstico y tratamiento a distancia evitando desplazamientos y duplicidad de pruebas (telemedicina) pueden contribuir a hacer el acto médico más eficaz y con un menor coste.

Una de las estrategias para el desarrollo de este área es el proyecto Sanidad en línea, dentro de la iniciativa del MITYC (Ministerio de Industria, turismo y comercio) del plan AVANZA, que persigue generalizar el uso de las nuevas tecnologías en la sociedad española en colaboración con las CCAA que son las que tienen las competencias en materia de sanidad desde el año 2002.

Entre los logros publicitados por el MITYC y las CCAA, están:

- Plan de Interconexión de los Sistemas de Salud de las CCAA: más de 57.800 PCs en 5.845 centros sanitarios, beneficiando a 33,4 millones de personas y 233.000 profesionales.

- Desarrollo de servicios: tarjeta sanitaria interoperable, receta electrónica, historia clínica digital, cita por Internet...

En el último informe sobre implantación de TIC en el territorio español por parte del ministerio (Las TIC en el SNS, programa sanidad en línea 2008) podemos ver que los avances conseguidos por las distintas CCAA es bastante dispar.

En Castilla y León es la Dirección General de Desarrollo Sanitario de SACYL a través de la Dirección Técnica de Sistemas de Información la encargada de llevar a cabo esta tarea. Desde 2004, la Junta ha dedicado el 0.8 % de su presupuesto sanitario para actuaciones relacionadas con las TIC.

Sin embargo, queda mucho por hacer: la tarjeta sanitaria de identificación de pacientes no permite integrar por el momento información clínica y de salud. Tiene solo datos administrativos. No existe una tarjeta única o interoperable para las distintas comunidades autónomas del Estado.

El programa informático elegido por la Junta en Atención Primaria, ha sido Medora que tiene una implantación del 90% en los centros de salud pero escasa implantación en los consultorios locales y que aún presenta deficiencias en su expansión, los ordenadores y la conexión disponibles no permiten trabajar de una forma ágil. La historia clínica electrónica tiene sin desarrollar campos como el de los protocolos, visado electrónico, procesos terapéuticos, etc. Más largo recorrido nos queda para la dispensación electrónica en las farmacias. La receta electrónica, empieza a probarse ahora en plan piloto en algún centro de la región.

Otra cosa es la prescripción informatizada, que al menos ha mejorado la comprensión de lo prescrito, evitando errores de lectura por farmacéuticos y usuarios y también de escritura por el médico.

Una de las grandes ventajas de las TIC en sanidad y en concreto de la historia clínica electrónica es facilitar la relación entre ambos niveles asistenciales y evitar la duplicación de pruebas. Sin embargo, los programas utilizados en atención especializada (Jimena, Gacela) no son compatibles con el utilizado en atención primaria (Medora) y por tanto, son mundos aparte y la posible ventaja desaparece.

No existe una historia clínica digital hospitalaria. Se está intentando integrar los distintos sistemas y subsistemas de información de tipo asistencial que existen en los hospitales. Este intento de unificación y centralización de datos se está haciendo en análisis clínicos, gestión de pruebas de diagnóstico por imagen, gestión de pacientes, banco de sangre y gestión de dietas.

Entre esta integración de datos en hospitales y la extensión de Medora en Atención Primaria, se piensa llegar a la historia digital, única por paciente, la cual lleva años funcionando en otras comunidades como Andalucía o el País Vasco

Por otro lado con cada fenómeno nuevo que surge aparecen también inconvenientes y las TIC no escapan a ello:

- La clase médica en general ha visto las TIC con reticencias pensando que podía ser solamente una nueva fuente de datos para las gerencias pero sin mucha rentabilidad en su práctica clínica diaria.
- Las bases de datos creadas tienen gran acumulación de información sensible y representan un riesgo importante de que se vulnere la confidencialidad de los datos en ellas guardados y de que se pueda usar con fines mercantiles.
- Las TIC tienen que estar al servicio de la medicina para facilitar el trabajo y hacerlo más eficaz y no al revés, creando necesidades ficticias para que las empresas que desarrollan esta tecnología saquen su rentabilidad económica.
- Por último, tener en cuenta el principio del que habla Tudor Hart “la ley de los cuidados inversos”. Con frecuencia se invierte donde menos se necesita, tendremos que empezar implantando los recursos en las zonas que estén más aisladas y por tanto donde mejor se pueden rentabilizar en términos de salud y accesibilidad las TIC.

Es indudable que las TIC suponen una revolución en el campo de la medicina, dependerá de todos que su desarrollo siga el camino correcto.

ACTIVIDADES

Mesa Redonda “Nuevas tecnologías de información y comunicación y sistema público de salud”

Coordinadora: Concha Ledesma

Taller “INFORMACIÓN EN MEDICINA”

Contenido: “Buscando información en las bases de datos: Medline, Cochrane...”

Profesores: Ángel Maderuelo y Luis García Ortiz

Contenido: “Conversatorio de lectura crítica de artículos



Intervinieron

D. Jesús García Marcos, subdirector general de Tecnologías de la información del Ministerio de Sanidad y Consumo.

Situación a nivel del estado. Experiencia de poner en marcha un sistema de información sanitaria y su relación con la informatización del área clínica.

D. Julio Lorca Gómez, director de análisis tecnológico del Observatorio de Innovación de la Junta de Andalucía

Historia de salud electrónica única por paciente como base del trabajo coordinado entre la atención primaria y la especializada y de todo ello, como sustrato de la gestión por procesos.

D. Javier Carnicero Giménez-Azcárate, asesor del ministerio de sanidad en materia de protección de datos, ha sido gerente de AP en Navarra. Es miembro destacado de la Sociedad Española de Informática de la Salud (SEIS) y coordinador del Informe anual que elabora dicha sociedad.

Protección de datos.

D. José Antonio Arranz Velasco, director técnico de Sistemas de Información de la Gerencia Regional de salud de Castilla y León

Situación en Castilla y León, experiencias en telemedicina, Medora

LA LEY DE DEPENDENCIA

El pleno del Congreso de los diputados en su sesión del día 30 de Noviembre de 2006 aprobó el proyecto de Ley de Promoción de la Autonomía personal y atención a las personas en situación de Dependencia. Con ella se acomete uno de los principales retos de la política social en los países desarrollados como es la atención a las personas que necesitan ayuda para desarrollar las actividades esenciales de la vida diaria.

La atención a la dependencia pasa a ser considerada el cuarto pilar del Estado de bienestar después de la sanidad, la educación y las pensiones.

La llamada Ley de Dependencia que cumple ahora tres años, fue acogida pública y mayoritariamente como necesaria. Su rango normativo y alcance la convierten en un nuevo derecho subjetivo, por la que todo ciudadano tendría cubiertas sus necesidades de asistencia en el caso de encontrarse en alguno de los grados de dependencia que esta establece. Por otro lado los beneficiarios de las prestaciones participan en la financiación según su capacidad económica personal.

La puesta en marcha efectiva de la ley arranca en abril de 2007 con la aprobación del Baremo de Valoración de la situación de Dependencia (BVD) que da paso a la irregular pero progresiva implantación del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) aunque el pleno desarrollo de su contenido está previsto para el año 2015.

Es el momento de hacer valoraciones, y el propio Congreso de los Diputados encargó la elaboración de un informe de expertos el pasado año, cuyo borrador de propuestas habría enviado el Ministerio de Sanidad y Política Social a las Autonomías. Se espera la aprobación de propuestas en las próximas reuniones del Consejo Territorial del Sistema este año.

El SISAAD, Sistema de información que sirve de registro oficial, a través de los datos remitidos por las comunidades autónomas, ofrece todavía datos demasiado parciales, pero como primera consideración a la progresiva envergadura del sistema de Dependencia, cabe señalar que a fecha

1 de Octubre de 2009 el conjunto del sistema ha registrado más de un millón de solicitudes, de las que ya tienen dictamen 891.527 personas en situación de dependencia. Aproximadamente la mitad son grandes dependientes, por lo que puede decirse que hasta el momento parece haberse hecho un uso responsable del nuevo derecho.

El perfil medio del solicitante es mayoritariamente mujer y por encima del 75% mayor de 65 años.

Más de la mitad de los solicitantes tienen una edad superior a los 80 años

Con la plena implantación de todas sus coberturas, para el año 2015, serían más de 1.5 millones de personas a las que se prestaría atención de forma efectiva, muy por encima del millón de beneficiarios de las estimaciones iniciales. El pleno desarrollo de los términos establecidos por la ley 39/2006 supone, además de asegurar un derecho de calidad para los ciudadanos, garantizar la dinamización de un sector productivo creador de nuevos empleos y de crecimiento económico.

En nuestra comunidad, según datos oficiales a 1 de enero de 2010 tendrían reconocida su situación de dependencia 54.772 personas de las 60.934 solicitudes presentadas, y de las situaciones de dependencia reconocidas, grandes y severos dependientes, según el desarrollo gradual previsto hasta el pasado año les corresponden prestaciones o servicios a 35.885, que en un alto porcentaje, 40.27%, son prestaciones económicas de cuidados en el entorno familiar, previstos en la ley cómo excepcionales, y el 59,73% son servicios, donde predominan las personas atendidas en centros residenciales, los porcentajes referidos en la provincia de Salamanca son bastante cercanos a los datos generales en la comunidad, con una relativamente alta relación entre prestaciones reconocidas frente a solicitudes, alta proporción de ayudas económicas por cuidados en el entorno familiar, y también predominio de la atención residencial entre las prestaciones de servicios.

Consideraciones generales: Más allá de la financiación económica que parece centrar hoy en día el debate, sin lugar a dudas fundamental para la sostenibilidad del SAAD, hay otros aspectos muy importantes a considerar en el balance de esta ley y que se perciben como las principales dificultades:

- Lenta implantación de las coberturas. Aunque con diferencias entre ellas, ha ocurrido en la gran mayoría de CCAA.
- Se están generalizando las prestaciones económicas de cuidados en el entorno familiar, que la norma preveía como excepcionales, frente a la atención a través de servicios. La carencia de planificación e infraestructuras adecuadas y el hecho de que los servicios sean hasta tres veces más caros que las prestaciones económicas parecen estar contribuyendo a este desequilibrio.
- Diferencias importantes de criterio en torno a materias de desarrollo autonómico con transcendencia en el acceso al sistema de protección y en el ejercicio real del derecho.
- Fomentar la prestación preferente de servicios mediante oferta pública de la red de servicios sociales y que se garantice la calidad de las prestaciones con el cumplimiento de criterios para la acreditación, la formación y el desarrollo de dichos servicios.
- Los beneficiarios de esta ley que parte del ámbito de los servicios sociales, tienen importantes necesidades sanitarias, Desde la prevención (cuya promoción consta en el título de la misma) al reconocimiento del derecho (acuerdos en materia de valoración) pasando por el plan individual de atención (PIA), el compromiso del sistema sanitario debe ser inquestionable para dar una respuesta óptima a los objetivos de la ley.
- La complejidad en la tramitación del proceso y la necesidad de generalizar un sistema de información para el seguimiento y la correcta evaluación de la implantación del SAAD.

Aún conscientes de las dificultades que debe superar el desarrollo del sistema de protección de la Dependencia, el objeto de la ley : regular las condiciones básicas que garanticen el ejercicio de este nuevo derecho, necesita mantener el esfuerzo y la cooperación que lleva implícita, entre las Administraciones y en la propia sociedad para responder a las esperanzas depositadas en esta norma. Las actuaciones en los próximos años serán decisivas.

Inscripciones:

Enviar la "FICHA DE INSCRIPCIÓN" correspondiente por correo interno (valija) o por FAX: 923-290948 a la Unidad de Docencia e Investigación de la Gerencia de Atención Primaria de Salamanca.

Información:

Unidad de Docencia e Investigación de la Gerencia de Atención Primaria de Salamanca.
Aragales nº 25-33. 37007 Salamanca.
Teléfono: 923-290945 (Agrupas)

Nº de Plazas:

25 plazas para profesionales médicos
25 plazas para profesionales de enfermería
25 plazas para profesionales no sanitarios
En caso de no cubrirse las plazas reservadas a uno de estos grupos se distribuirán entre los otros

Accreditación:

Solicitar la acreditación para profesionales sanitarios a la Comisión de Formación continuada de las profesiones sanitarias de Castilla y León.



Organizan

Unidad de Docencia e Investigación de la Gerencia de Atención Primaria de Salamanca.
Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública de Salamanca

Colaboran



CURSO-TALLER

“ATENCIÓN INTEGRAL AL INMIGRANTE EN A.P.”

Salón de Actos del Colegio Oficial de Enfermería de Salamanca

C. Dímas Madruga nº 14

El fenómeno de la inmigración en un país con historia todavía muy reciente de ser emigrante.

Un nuevo reto para el sistema sanitario en España:

Enfermedades poco conocidas, entornos de convivencia diferentes,

La comunicación en otras lenguas y culturas.

La ADSP junto a otras instituciones organizó este taller en 2007 con excelentes resultados para ayudar al profesional en los problemas que la nueva realidad plantea en el día a día.



ASOCIACIÓN PARA LA DEFENSA DE LA SANIDAD PÚBLICA SALAMANCA

Reflexiones sobre la atención sanitaria al final de la vida

Conferencia de D.
Javier Júdez Magister en bioética. Murcia
"La muerte médicamente asistida"

Lunes 16 de marzo 2009 a las 15,30
Colegio de Médicos

En la atención humanizada al final de la vida, igual que en el juego de las torres de Hanoi, para progresar hay que seguir un orden en los movimientos

Talleres con casos clínicos para grupos expertos

Mesa Redonda y conclusiones de talleres

Martes 31 marzo 2009 a las 18,30
Colegio de Médicos

Gracia Álvarez
Enfermera. Comisión Bioética Sacyl

Luis Montes
Médico anestesista. Ex jefe de urgencias
Hospital de Leganés.

Fernando Marín
Médico. Asociación Derecho a Morir Dignamente

Colabora Caja Duero



ASOCIACIÓN PARA LA DEFENSA DE LA SANIDAD PÚBLICA SALAMANCA

Reflexiones sobre la atención sanitaria al final de la vida

Talleres con casos clínicos para grupos expertos

Martes 24 de marzo
17,00 h
Escuela de Enfermería

"La atención humanitaria al final de la vida. Una mirada ética."

Dirigen el taller:

Amala Saenz de Ormijana
Enfermera. Servicio de neurocirugía
Hospital de Basurto

Aurkene García Albeniz
Enfermera de Atención Primaria

Maite Gómez Merino
Médico de atención Primaria

Colabora Caja Duero

Invitación a los talleres con expertos

La Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública (ADSP) de Salamanca quiere aportar una reflexión sosegada sobre el proceso de morir.

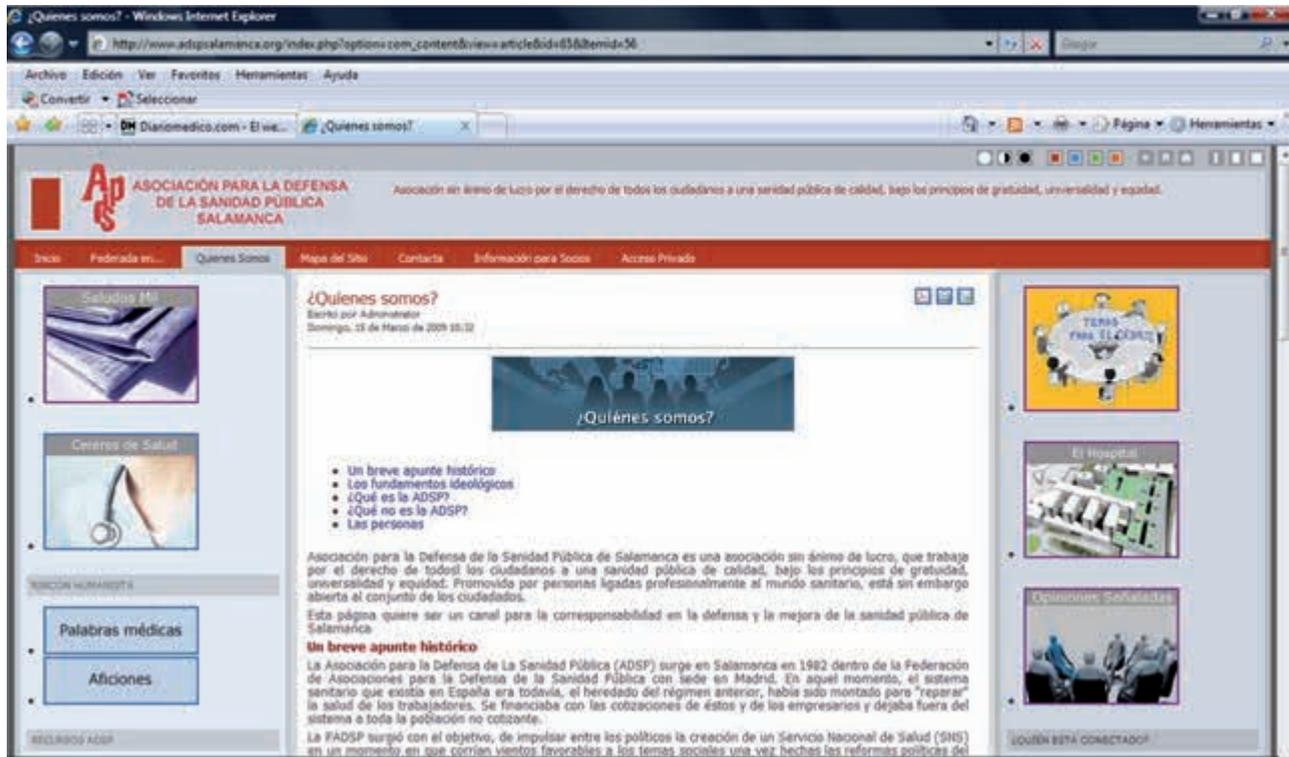
¿Sedación Terminal? ¿Sedación paliativa? ¿Eutanasia? ¿Cuidados paliativos? ¿Instrucciones previas? ¿Testamento vital? La confusión de términos no contribuye a mejorar el debate

La ADSP pone en tus manos un programa con profesionales expertos en el tema y te anima a participar activamente. La autogestión de la propia vida y de la propia muerte en el marco de una sociedad plural está en juego.

La Bioética como disciplina ha supuesto una ayuda a la hora de tomar decisiones prudentes. Para resolver los conflictos se han constituido los Comités de Ética Asistencial, su labor es fundamental para asesorar o proponer protocolos de actuación en situaciones difíciles. Este es precisamente el perfil de las personas que dirigen los talleres. "La atención humanizada al final de la vida. Una mirada ética."

Amaia Saenz es docente en el grupo de Formación de Cuidados Paliativos de Atención Primaria y Master en Ciencias por la Universidad de Montréal con formación especializada en metodología cualitativa.

Aurkene García es docente en el grupo de Formación de Cuidados Paliativos de Atención Primaria, forma parte, junto con **Maite Gómez** del Comité de Ética Asistencial de Atención Primaria de Alava.



En plan un poco casero y con buen esfuerzo habíamos hecho una primera intentona de ponernos en la red. Pero es en marzo de 2009 cuando lanzamos la página actual llena de contenidos, con un potente buscador que nos permite a la vez tener allí nuestro propio archivo accesible y ser nuestro escaparate al exterior. Muchas horas de trabajo

LA CARRERA PROFESIONAL. OTRA OPORTUNIDAD PERDIDA

La Carrera Profesional (CP) ha sido una vieja y constante aspiración de los profesionales sanitarios, en concreto de los médicos, en nuestro país. Hasta ahora la única forma de progreso para un médico era el ascenso jerárquico, como jefe de sección, de servicio o coordinador, pero este tipo de plazas solo están al alcance de unos pocos y a muchos profesionales no les interesa este tipo de promoción.

Actividades

La ADSP de Salamanca organizó dos Mesas Redondas sobre el tema de Carrera Profesional. La primera se realizó en 2003, llevaba por título: " Motivación/Desmotivación de los profesionales sanitarios. Carrera Profesional. Un tema que empezaba a vislumbrarse con la normativa recientemente aprobada. Ya se constató que las cosas no iban por buen camino en las CCAA donde se había iniciado su desarrollo.

En 2006 organizamos otra Mesa Redonda, que se tituló "Carrera profesional en Sacyl. Se expusieron los principios básicos de lo que debería ser la CP y el inicio de su desarrollo en Castilla y León, sobre la base de lo trabajado por los grupos de expertos. El desarrollo posterior solamente ha tenido en cuenta alguna de aquellas propuestas, dejando en el tintero las más innovadoras y a nuestro juicio las más interesantes.

Actividades



Estructura física, tecnología y personal son la base del sistema sanitario. La motivación del personal es un elemento de primera importancia que se fundamenta en: salario adecuado, seguridad en el trabajo, reconocimiento social, participación en las decisiones y promoción profesional.

En este punto hay un fallo en el sistema, la desmotivación era y es muy alta, quisimos aproximarnos al problema en estas jornadas en 2003, mediante el análisis de la LOPS, la experiencia en otras CCAA y las perspectivas que se vislumbraban en Castilla y León sobre Carrera Profesional

SABADO
13 DE DICIEMBRE DEL 2006
el Periódico el ADELANTO

Los participantes en la mesa redonda.

UNA MESA REDONDA PROPONE LA CARRERA PROFESIONAL COMO ESTÍMULO

Analizan la desmotivación de los médicos y los enfermeros

Los expertos debatirán sobre la nueva Ley de Ordenación

La Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública celebrará el día 14 una mesa redonda sobre la Motivación / desmotivación de los profesionales sanitarios y el papel de la carrera profesional en este sentido. Asistirá Fernando, Miguel González y María Victoria Salva

Los miembros de esta asociación, explicaron ayer que son conscientes de la importancia del problema de la desmotivación profesional y la necesidad de un cambio. El debate tratará de analizar las posibles vías de educación y estudiará la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias. La experiencia de las comunidades autónomas en las que se ha pasado en marcha la carrera profesional y las perspectivas en Castilla y León. Miguel González afirmó que en Navarra

ya se ha puesto en marcha sistema, que también tiene en algunos hospitales de Madrid y Cataluña, y que supone un estímulo para los trabajadores. Asimismo, anunció que "todo de culpa de uno" y que de monitor conflictos. Asimismo, anunció que la carrera profesional "no se resuelve en la jurisdicción. Hay que esperar a la ley de "profesiones" y el reconocimiento "de los méritos y la condición de los sanitarios"

VÍA PARA SOLUCIONAR LA DESMOTIVACIÓN

Los sanitarios exigen la carrera profesional

Debate de la Asociación en Defensa de la Sanidad Pública

La Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública organizó ayer en el salón de actos de Ca

ja Duero una mesa redonda sobre la carrera profesional, una demanda constante de los profesionales sanitarios y que se considera una de las vías posibles para solucionar la creciente desmotivación en este colectivo. En la jornada de debate participaron Jesús Balbás, representante de la Dirección Ge-

Un debate aborda los problemas de la carrera profesional médica

La Carmen Fernández Alonso, técnico del servicio de Formación de Salud, Verónica Casado, especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, responsable de san-

MESA REDONDA
"CARRERA PROFESIONAL EN EL SACYL"

PONENTES:

- Doña Carmen Fernández Alonso
Técnico del Servicio de Formación
Dirección General de Recursos Humanos del Sacyl
- Doña Verónica Casado
Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria
- Doña Carmen Amezcua Revuelta
Responsable Sanidad UGT León

Día 14 de Diciembre de 2006, jueves
19,30 horas
Salón de Actos de Caja Duero
(entrada por Plaza de los Bandos)

ORGANIZA:
Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública
Salamanca

COLABORAN:
Excmo. Ayuntamiento de Salamanca
Caja Duero

La situación por tanto ha sido muy desmotivadora para estos profesionales, que veían como comenzaban y terminaban su carrera profesional con una misma graduación.

La CP se define como el derecho de los profesionales a progresar, de forma individualizada, como reconocimiento a su desarrollo profesional en cuanto a conocimientos, experiencia en las tareas asistenciales, investigación y cumplimiento de los objetivos de la organización a la cual presta sus servicios. Responde a una necesidad del profesional a progresar para adaptarse a los avances científicos, manteniendo un aprendizaje a lo largo de toda la carrera para mejorar los niveles de competencia. Así pues, los objetivos básicos de la CP deberían ser mejorar la competencia de los profesionales y promover la excelencia en el desempeño de su tarea profesional. La CP debe tener capacidad de discriminación, premiando a los mejores, motivando de esta forma al profesional.

Aunque existían experiencias particulares en algunos hospitales de nuestro país, el desarrollo de la Carrera Profesional se inicia con los principios establecidos en la Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del SNS, Ley 44/2003 (LOPS) y la Ley 55/2003 del Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud. El desarrollo normativo se completa en Castilla y León con la Ley 2/2007 del Estatuto Jurídico del Personal Estatutario del Sacyl. La Ley 7/2005 de la Función Pública de Castilla y León expresamente permite la aplicación de dicha normativa al personal sanitario funcionario y al personal sanitario laboral, si lo prevé el correspondiente convenio colectivo.

Tal como se define en las bases de la propuesta en nuestra Comunidad, la CP debe ser voluntaria, progresiva, objetiva, con capacidad de discriminación, abierta, flexible y evaluadora de la competencia profesional y del desempeño del puesto de trabajo.

La Ley 2/2007 define carrera profesional (art.81), los principios rectores y la previsión de su desarrollo (art. 82 y 83). Dispone, con carácter general, cuatro grados y un tiempo mínimo de permanencia en cada uno de 5 años y regula 2 modalidades de carrera para el personal estatutario sanitario y para el de gestión y servicios (art.85). Como novedad, en principio positiva, en nuestra Comunidad Autónoma, la CP se establece para todas las categorías de trabajadores del Sacyl, sanitarios y no sanitarios.

Los 4 grados (I-IV) de CP se establecen según años y créditos, que pueden ser asistenciales, curriculares y opcionales. Para la puesta en marcha de la CP se han adoptado unas medidas de acceso extraordinario en las cuales solamente es preciso demostrar antigüedad y con las cuales han podido acceder hasta el Grado III aquellos profesionales que tuvieran 20 años de trabajo en el sistema sanitario público.

La CP en el Sacyl tiene un largo recorrido, que se inicia con el trabajo de unas comisiones de expertos que establecen las bases de cómo debe ser la CP. En nuestra opinión (alguno de nosotros participamos en estas comisiones) las bases establecidas eran francamente interesantes. La CP debería: motivar al profesional; potenciar el crecimiento y el avance profesional; mejorar la competencia profesional; promover la excelencia en el desempeño; diferenciar los distintos esfuerzos (capacidad de discriminación); mejorar la satisfacción profesional; mejorar la asistencia a través de la mejora de la competencia y la motivación; promover la innovación y el avance en la organización; potenciar el crecimiento y mejora de la organización y mejorar la satisfacción del paciente

Sin embargo lo aprobado difiere sustancialmente de las propuestas bases y lo hace en aspectos muy importantes. Uno de ellos es que anula la reversibilidad del grado alcanzado si no se mantienen las competencias requeridas, con lo cual si uno alcanza un grado razonable de CP puede mantener su grado a pesar de que no se ocupe en absoluto de su desarrollo profesional, constituyendo esta situación un fraude a los ciudadanos y una causa de desmotivación para el resto de compañeros. Otro aspecto a tener en cuenta es la ponderación de los créditos en el grado IV: se proponía un sistema en el que docencia, investigación y gestión en el alcanzaban el 30% en lugar del 13,5% actuales. Además, si bien era lógico para el inicio de la andadura facilitar el ascenso solamente por antigüedad para los primeros grados (I-II) no parece justificado seguir facilitando estos ascensos hasta al menos el grado III, sin otra justificación que los años de trabajo previos.

En general la CP en todas las CCAA ha tenido un desarrollo desmotivador, ya que en la práctica se ha tratado de una subida salarial (tan necesaria) encubierta, premiando casi en exclusividad la

antigüedad, de aquí lo acertado del sobrenombre que se le ha dado: "trienios ilustrados". La CP además no debiera ser solo un método de retribución económica, sino también laboral, acompañándose la ascensión de grados, de la asunción de nuevas actividades o responsabilidades profesionales y de la reducción o abandono de otras, por parte de ese personal más cualificado, dedicando más tiempo a docencia, gestión, e investigación.

Sería, sin embargo deseable hacer la valoración de la CP en base al Desarrollo Profesional Continuo (DPC) de cada profesional añadiendo otros valores, como el cumplimiento de objetivos de la organización o la propia antigüedad. El DPC sería el proceso mediante el cual un profesional mantiene y mejora su grado de competencia y el nivel de calidad exigible en cada momento. Conlleva la necesidad de una evaluación formativa y sumativa, con el objetivo de recertificar al profesional, ya existente en EEUU o Canadá y hasta en 13 países de la Unión Europea. Cada Comunidad Autónoma tiene su CP y al no ser homogéneas se produce un problema no menor con los traslados de los profesionales dentro del propio país. En alguna de ellas, pensamos que de modo acertado, es preciso justificar la incompatibilidad para el acceso a la CP. En otras ha existido falta de transparencia en las evaluaciones y esto ha motivado denuncias judiciales. La medida de las competencias asistenciales no es una tarea fácil, aunque es posible hacerlo de forma justa y razonable, pero en algunas comunidades no se sabe cual será el método y otras han optado por lo fácil, pedir una memoria de actividades a los profesionales, para juzgar solo con ello sus competencias.

En resumen, desde la ADSP pensamos que la CP desarrollada hasta ahora supone otra oportunidad de mejora profesional perdida para motivar e incentivar a aquellos profesionales que buscan la excelencia, y de dinamizar el desarrollo profesional continuado (DPC) para la necesaria renovación de la política de personal del SNS.

Día 20 septiembre

18,30 h. Trabajar en equipo. Otros profesionales de la salud

Concepción Moreno Macarro (Trabajadora Social. SACYL). Clara Argüello (Supervisora Enfermería. HUS)

19.30 h. El hospital en un servicio integrado de salud
Miguel Barrueco (S. de Neumología. HUS)

Día 21 de septiembre

16,30 h. Participación e intervención comunitaria
Antonio Julián (Médico de Familia. Salamanca)

17.30 h. Sistemas de salud y análisis comparado
Miguel González Hierro (Inspector Médico. Salamanca)

18,30 h. ¿Cómo funciona el sistema sanitario en España?
Jesús Bartol (Subdirector Médico. HUS)

Otras actividades

Curso de verano de la Universidad de Salamanca 2006

Aprender a ser médico en el siglo XXI.
Programa



Día 26 de septiembre

16,30 h. La cooperación internacional

Javier Padilla Bernáldez (Universidad Autónoma. Madrid. IFMSA)

17.30 h. El negocio de la salud. La medicalización de la vida

Diego Reverte (Jefe de Servicio de Med. Interna. Segovia)

19 h. Globalización y salud

Carlos Ponte (Jefe de Servicio. UCI. Hospital General Asturias)

Día 27 de septiembre

16,30 h. La investigación como parte del ejercicio profesional

Rogelio González Sarmiento (Jefe Departamento de Medicina. U. Salamanca)

17,30 h. Formación continuada en Ciencias de la Salud

Verónica Casado (Médica de Familia. Univ. Valladolid)

19 h. Una experiencia práctica de cooperación en Perú

Manuel Martín Fernández (Médico de Familia. León)

Día 28 de septiembre

16,30 h. Bioética: principios y aplicaciones

Carmen Santos de Unamuno (Médica de Familia. Palma de Mallorca)

18 h. Caso práctico final: un problema de salud y estrategias para afrontarlo

José Manuel Iglesias (Médico de Familia. Salamanca) (2,30 horas)

EL PLAN DIRECTOR DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA (HUS)

El punto de partida del Plan Director del HUS se sitúa en el año 2000, cuando el INSALUD pide que todos los Gerentes de los hospitales de la red elaboren un Plan Funcional con expectativas de futuro. "...El objetivo de un Plan Funcional Hospitalario consiste en establecer las bases e identificar los determinantes que configuran y concretan las necesidades y demandas previsibles de los ciudadanos, garantizando unos niveles adecuados de servicios y de calidad. El Plan Funcional permite por tanto establecer la cartera de servicios y el dimensionamiento de las estructuras precisas para llevar adelante la actividad sanitaria previamente planificada..." (Así lo recogía en su Artículo 68.2 de la Ley 8/2000 del 30-11 el SESCAM, Servicio de Salud de Castilla la Mancha.)

En ese momento, Salamanca no presenta su Plan Funcional, lo que ocasiona el descontento, manifestado en la prensa local, de algún sindicato.

En el año 2001 la Gerencia del Hospital Universitario de Salamanca ya elabora un Plan Director que se da a conocer por parte de dicha gerencia a todos los estamentos sanitarios. Este Plan Director propone la reforma de los Hospitales existentes en ese momento.

El 1 de enero de 2002, tienen efecto las transferencias de las competencias de Sanidad desde el INSALUD a la JCYL, que afectaban a todo el personal y a todos los bienes y servicios que suponía la asistencia sanitaria siendo el SACYL el encargado de seguir adelante con el Plan Director.

Sin embargo, hasta el año 2006 no se vuelven a tener noticias oficiales provenientes del SACYL, por lo que se carece de información sobre los proyectos que pudieran estar elaborándose para impulsar el Plan Director del Complejo Hospitalario. Es el día 4 de Noviembre de 2006 cuando el Consejero de Sanidad hace la presentación a los profesionales en nuestra ciudad de lo que denomina como la "futura Ciudad de la Salud de Salamanca", anunciando, del mismo modo, que el plazo de ejecución de las obras, según la estimación técnica del equipo redactor del proyecto se estimaba en 4 ó 5 años. El día 16 de Noviembre de dicho año el Consejo de Gobierno del JCYL autoriza la licitación de las obras del Plan Director. En esta autorización se especificaba que:

" ...El plan director del Hospital Clínico Universitario de Salamanca y del "Virgen de la Vega" se dividirá en cuatro fases para interferir lo menos posible en la actividad diaria, de forma que las dos primeras se concentrarán en los edificios de nueva construcción y las dos últimas, en el derribo y reforma de los ya existentes". Se desprende de esta manifestación que se introduce un cambio sustancial, pasando de un Plan de reforma a un Plan que propone un nuevo Hospital ubicado en la misma zona en la que se encuentran los ya existentes.

En Enero de 2007 se expone en el hall del Clínico una maqueta copia a escala de los nuevos Hospitales acompañada de grandes carteles. Los grupos políticos en la oposición manifiestan su desacuerdo y apuntan a la necesidad de buscar otra ubicación para el nuevo Hospital. La ADSP piensa que tal vez esta no sea la mejor ubicación pero han pasado 6 años sin mover una sola piedra y buscar nuevos terrenos para el emplazamiento del nuevo hospital retrasaría aun más el funcionamiento de dicho Plan.

Con fecha 30-10-2007 el BOE hace pública una Resolución de la JCYL de fecha 23-10-2007 por la que informa de la adjudicación del expediente, redacción de los proyectos de ejecución, estudios de Seguridad y Salud, proyecto de actividad y ejecución de las obras del Plan Director del Complejo Hospitalario de Salamanca, por un importe de 165.923.362 Euros, con una baja de más de 19 millones de Euros sobre el presupuesto base de licitación y sin que se especifiquen plazos de ejecución.

Una nueva publicación del BOE de fecha 24-4-2008 da cuenta de la Resolución de la JCYL del 31-10-2007 para adjudicar el expediente de la dirección facultativa (de obra, de ejecución y de coordinación de seguridad y de salud en la fase de ejecución) de las obras del Plan Director del Complejo Hospitalario de Salamanca.

En el año 2008 se inician las obras del nuevo edificio de área industrial. El periódico "Tribuna" de Salamanca recoge la noticia el día 8 de Mayo: "El cierre de la lavandería marca el inicio del Plan Director del Hospital". "El Ayuntamiento aprueba el primer trámite para el inicio del Plan Director" "El Ayuntamiento de la capital a través de la Comisión de Fomento dio ayer luz verde al inicio del

Plan, la culminación está prevista para el año 2014". "Nuevo vial: La construcción de la nueva Ciudad de la Salud conllevará también algunas modificaciones en lo que al urbanismo de la zona se refiere. Cumpliendo con lo acordado con la Junta de Castilla y León, el Ayuntamiento de Salamanca construirá un vial que permitirá el acceso al nuevo complejo hospitalario. Concretamente, la actuación municipal servirá para ejecutar una avenida que comunicará el paseo de San Vicente con el puente de la Universidad".

En Febrero del 2010, los periódicos locales informan de la negación de la Confederación Hidrográfica del Duero para los permisos del nuevo vial

También se está edificando el nuevo parking que explotará una empresa privada. Estas obras siguen avanzando o a punto de terminar.

El interés y la preocupación de la Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública en relación con los posibles planes de reforma o sustitución de los centros hospitalarios ha sido constantemente puesta de manifiesto con voz crítica y constructiva. Siempre se ha reconocido desde la Asociación la necesidad de cambios en profundidad en función de los incrementos de las prestaciones, imparables a lo largo del tiempo. Del mismo modo y en aras de la consecución de una sistemática de funcionamiento con el mayor grado de eficacia y eficiencia se han señalado continuamente aquellos aspectos que nos han parecido manifiestamente mejorables, siempre con criterios estrictamente profesionales, buscando la mayor objetividad.

Se acogió con satisfacción el estudio integral que en el año 2001 se realizó desde la Gerencia del Hospital.

Los cambios sobrevenidos en la estructura orgánica de la Sanidad española en 2002, originaron una comprensible ralentización en los planes y proyectos responsabilidad de la Administración central y del Ministerio de Sanidad. Nos pareció razonable aceptar unos intervalos de tiempo necesarios para que la administración autonómica asumiera aquéllos que le correspondían y con-

feccionara sus propios proyectos para culminarlos. No obstante, siempre se ha trasladado a la opinión pública nuestra perplejidad y asombro ante una incomprensible demora de más de 8 años en la puesta en marcha del Plan, y la falta de información por parte de los responsables del mismo. Siendo dicho proyecto fundamental para el desarrollo y modernización de la Atención Sanitaria en nuestra provincia.

Fruto de este afán de vigilancia, de lo que creíamos debía ser un inexcusable seguimiento a lo que se hacía o no se hacía dada la importancia del proyecto, e, igualmente, convencidos de la necesidad de escuchar a todas las voces representativas de todos los numerosos sectores a los que el Plan compromete, se complementó todo lo dicho y escrito en tantas ocasiones, con la celebración de la mesa redonda el 15 de Diciembre de 2007. Lamentablemente, a pesar de haber cursado la invitación a personal cualificado de la Administración tanto del ámbito de gestión sanitaria como implicado en decisiones urbanísticas o municipales, sólo acudimos los convocantes a la mesa redonda. Hubo representación del sindicato UGT, de la Federación de Vecinos de Salamanca y, lógicamente, de nuestra Asociación, además de los ciudadanos que quisieron escuchar lo que allí se dijo. Se pretendió que esta reunión no tuviera carácter político pero si se querían despejar muchos interrogantes que los participantes de los distintos frentes llevaban tiempo formulándose. Así, se quería saber, entre otras cuestiones, las siguientes:

¿Será el nuevo Hospital un verdadero centro de referencia regional?

¿Ayudará a resolver los importantes problemas sociosanitarios y logísticos de listas de espera, urgencias, tráfico, multifrecuentación, coordinación con Atención Primaria, etc. etc.?

¿Se van a privatizar servicios médicos, prestaciones, hostelería, lavandería.....?

¿Se reconvertirá la plantilla?

¿Tiene la Junta y la Gerencia realmente un Plan o sólo un presupuesto y un diseño arquitectónico?

¿Cuál puede ser el motivo por el que ningún alto cargo de la Sanidad Pública salmantina haya acudido a esta mesa redonda? ¿No lo habrán considerado de interés o es que no pueden dar las respuestas que se les iban a demandar?

¿A quién o a quiénes se ha escuchado para la elaboración del proyecto?

¿Por qué no se informa con claridad de los plazos de ejecución, al menos de forma aproximada?

¿Por qué la rebaja de 20 M. de euros en relación con el tipo de licitación inicial?

¿Hay un planning de obra con valoración económica temporal para los distintos periodos de dicho planning?

¿Cómo se van a realizar los pagos? ¿Están bien coordinados los tiempos de ejecución con las dotaciones presupuestarias que han de asignarse como pago de dichas ejecuciones parciales o se va a satisfacer antes, durante o después de efectuadas el importe de las obras,? Con otras palabras ¿Se adaptarán las obras al dinero o el dinero a las obras?

¿Se han abordado, para darlas resolución, las posibles colisiones con otras administraciones, en cuanto a asignación de titularidades, responsabilidad de ejecución, permisos necesarios, colaboraciones inexcusables, etc. etc.?

En cuanto a la actividad sanitaria propiamente dicha ¿ Se han fijado "a priori" las disfunciones que se sabe positivamente van a surgir? Y, de ser así ¿Se tienen previstos los programas o la planificación de los movimientos que habrá que llevar a cabo para que no se resientan las prestaciones a los usuarios ni el trabajo de los profesionales?

¿Qué plantilla y estructura funcional va a tener el nuevo hospital?

¿Qué especialidades? ¿Cuál va ser el peso de cada una?

¿Se tiene previsto algún diseño para trasplantes que tenga en cuenta las necesidades estructurales de unos u otros (flujo laminar, asepsia, aislamiento, circulación de pacientes, sanitarios y acompañantes....)

En su momento ¿Cuáles van a ser los criterios a aplicar para que las interdependencias presentes e inevitables entre las distintas Unidades no supongan frenos o fricciones para la atención? En ese mismo sentido ¿Existen previsiones para integrar o desintegrar Servicios o Departamentos?

¿Los equipamientos tecnológicos, complemento íntimamente relacionado con el éxito de la empresa, estarán a la altura de las circunstancias, haciéndolos comparables a aquellos con los que cuentan los mejores Hospitales nacionales o extranjeros?

¿Estamos legitimados para, a través de nuestras preguntas, solicitar respetuosa y firmemente, se satisfaga nuestro deseo de conocer los planes funcionales y el desarrollo del proyecto?

Aunque en la mesa redonda brillaran por su ausencia las contestaciones a estas y a otras muchas preguntas, quedó evidenciada la necesidad de que para un Plan de estas características deben ser escuchadas todas las aportaciones que puedan venir desde todos los ángulos, sin que sea beneficioso para nadie el acaparamiento unilateral de su realización y puesta en marcha, ya sea por querer sacar rentabilidad política, por querer actuar sin enojosos plazos de cumplimiento, sin obstáculos ni críticas ni, mucho menos, por minusvaloración de las ideas que no sean las propias.

En el año 2001 se actuó con más espíritu de colaboración y se abrieron las puertas y ventanas para configurar un proyecto en el que todos nos sentimos interpelados y al que parecía obligado prestar colaboración sin reservas.

Desde la ADSP de Salamanca, no entendemos la escasísima información que se nos ha ido proporcionando sobre la situación en que se encontraba el Plan, ni, del mismo modo, el porqué de no habernos dado la oportunidad de ir conociendo sus contenidos y de escuchar nuestras opiniones sobre lo que se estaba proyectando. En estos momentos, sólo nos queda ir descubriendo

o detectando qué es lo que se hace puntualmente, qué es lo que se incorpora o se cambia en relación con el estado actual de los elementos afectados de cualquier orden o naturaleza y, sin poder abdicar de ello, nos queda seguir haciendo nuestra valoración más o menos positiva o más o menos negativa de los pasos que se vayan dando, intentando hacerlo, como siempre, desde la postura que cree buena la potenciación y la consolidación de la Sanidad Pública.

SALUDOS MIL. POR FIN UN PLAN

Desde esta columna nuestra asociación ha sido habitualmente muy crítica con muchas de las actuaciones que se realizan en el ámbito sanitario de la provincia de Salamanca.

Esta vez no debemos serlo. Por fin un Gerente del Hospital Universitario ha realizado un análisis integral, para nosotros bastante acertado, sobre las deficiencias Hospitalarias de Salamanca, sus problemas y las soluciones posibles; marcándose objetivos que podrían convertirlo realmente en el centro hospitalario de referencia para el oeste de Castilla y León.

Recientemente ha presentado un plan de reconversión de todos los centros hospitalarios del Insalud de Salamanca, muy complejo, costoso y a largo plazo; pero asumible y que podría llevarse a cabo en unos pocos años. Asumimos sus planteamientos por lógicos y porque conducen a la meta de conseguir una Ciudad Sanitaria de calidad para pacientes y profesionales.

Ahora sólo falta apoyarle, que lo hagan los responsables centrales en Madrid y los de la Junta de Castilla y León y para ello, que TODOS los políticos de Salamanca lo adopten y presionen para alcanzarlo olvidando intereses partidistas.

Nosotros pondremos nuestra colaboración e intentaremos facilitarle que otros profesionales acepten las disfunciones que transitoriamente puedan sufrir para poder simultanear las obras con el trabajo diario.

No obstante una advertencia, los cambios deben planificarse adecuadamente y con la colaboración de los implicados para que dichas disfunciones no conduzcan a situaciones tan desorganizadas como las que está sufriendo el Servicio de Obstetricia y Ginecología en su reciente fusión.

Maximiliano Diego 21 de Abril de 2001

Otras actividades

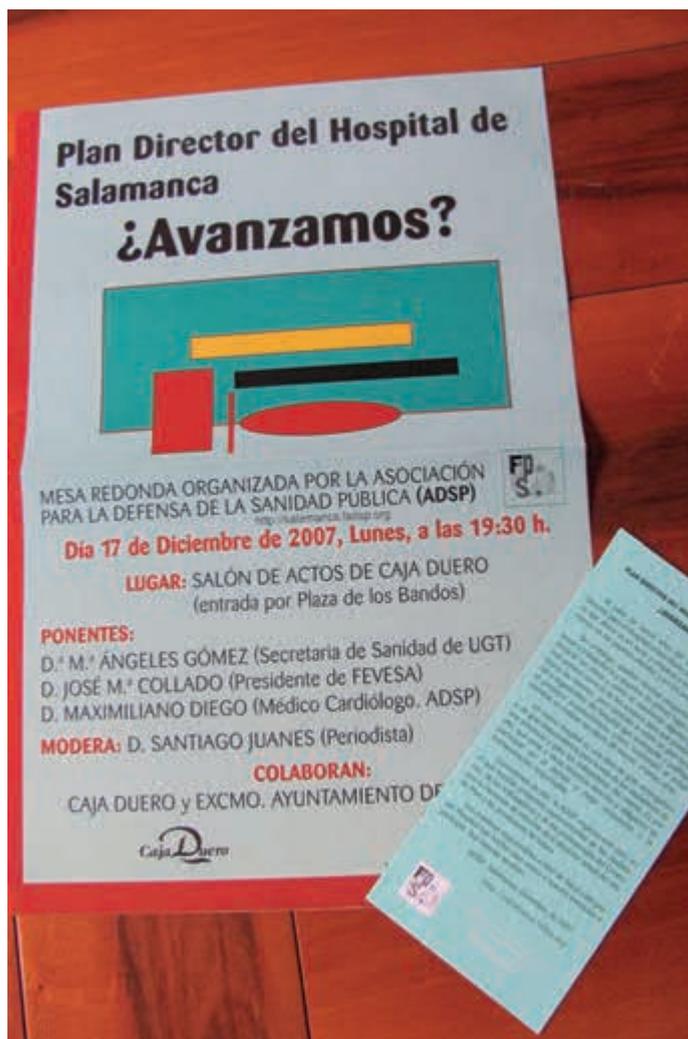
Desde que se presentó por primera vez el Plan Director de Reforma del Hospital de Salamanca en el año 2001 hasta el día de hoy, la ADSP ha escrito ríos de tinta sobre este tema

En el buscador de nuestra página web, buscando "plan director" aparecen 50 entradas de artículos en SALUDOS MIL que hacen referencia a este tema desde 1998 hasta 2010

<http://www.adspsalamanca.org>

Es una historia de ilusión, impotencia, impaciencia y desesperanza. Merece la pena pasearse por ella.

En 2007 organizamos una mesa redonda con participación de agentes sociales, ciudadanos y medios de comunicación



SALUDOS MIL. LA CHD, LANZAROTE Y LA CIUDAD DE LA SALUD

Ahora que la primera fase de la construcción del nuevo Hospital está a punto de concluirse, resulta que la Confederación Hidrográfica del Duero (CHD) no da los permisos para hacer un vial imprescindible para el acceso al mismo, el que uniría el Pº de S. Vicente con el puente de la Universidad. Entre los motivos aducidos el más demoledor es de seguridad, parte de los terrenos en los que iría la vía son inundables. Es inaudito que una obra planteada hace 10 años como Plan Director, que se transformó en proyecto de un Hospital nuevo y que ya ha adquirido el pretencioso nombre de Ciudad de la Salud, no se haya iniciado con todas las bendiciones. Alguien no ha hecho los deberes y el primer sospechoso es el Ayuntamiento de Salamanca, a no ser que haya habido un retraso injustificado de la CHD en emitir su informe. Pero hay más, El Adelanto del 19 de enero informaba que la CHD "dio trámite de urgencia" a la Consejería de Salud antes de dictar la resolución, pero ésta "no acudió". Es increíble que la que va a ser una de las obras públicas más importantes de este siglo en la ciudad, importe tan poco a nuestros políticos; quizás piensan que las cosas siempre tendrán arreglo (de aquella manera, claro), así para el Delegado Territorial de la Junta esto es "un pequeño detalle a solventar", dentro de una obra que pasará "por distintas vicisitudes" y no se va acondicionar todo a una porción de vial más o menos inundable. A estas alturas de la película nosotros también pensamos que la ubicación del futuro Hospital (perdón, Ciudad de la Salud) no es la ideal. Nos hemos visto arrastrados por este "proyecto-bola" que se inició como una Reforma, que creímos era urgente y necesaria, y que ha acabado en un proyecto mucho más ambicioso. Si desde el principio se hubiera así planteado, quizás el buscar otra ubicación hubiera sido lo justo; pero exigir ahora el traslado a otro lugar, obligaría a cambiar el proyecto y casi seguro a que esta fuera la obra de nunca acabar. Pienso en ello la oposición en el Ayuntamiento.

Aurelio Fuertes. El Adelanto 13 Febrero de 2010

Un punto y aparte

- Temas sociales a los que no hemos estado ajenos
- Un recuerdo para algunas pequeñas grandes cosas que han sido importantes en la ADSP de Salamanca

TEMAS SOCIALES A LOS QUE NO HEMOS SIDO AJENOS

Treinta años son muchos años y en ellos se han producido numerosos acontecimientos y cambios sociales que han afectado de un modo u otro a la salud de la población y a los propios sistemas sanitarios. La ADSP ha estado siempre presente y se ha manifestado ante ellos: apoyamos el No a la Guerra cuando la invasión de Irak y hemos denunciado las situaciones de conflicto bélico y las circunstancias favorecedoras; las situaciones de pobreza y desigualdad social aquí y en el tercer mundo; la marginación de los emigrantes; la violencia doméstica y la situación de desigualdad de la mujer que conduce a la misma. Han sido también los años de la epidemia del sida, con la discriminación que arrastró y las desigualdades aún presentes y los años de los grandes avances de la medicina, con lo que supone de beneficio para la humanidad pero con los riesgos evidentes que conllevan. Nada de ello nos fue ajeno y fue motivo de nuestro análisis y denuncia.

La salud pública es uno de los objetivos declarados de la ADSP. Durante estos años hemos apoyado medidas de control del tabaquismo y del alcoholismo, por su impacto sobre la salud de las personas adictas y de su entorno, y hemos denunciado los intereses que se oponían a dicho control. El control de la alimentación es otro pilar fundamental de la salud pública, sobre el que también nos hemos pronunciado.

SALUDOS MIL. 1 de Diciembre de 1998

VIH/SIDA. Dos mundos

Aurelio Fuertes

La generalización de los tratamientos combinados en los países occidentales ha puesto de manifiesto la existencia de dos mundos en la Infección por VIH/sida, un mundo desarrollado (al cual felizmente pertenecemos) que ha reducido la tasa de enfermedad y muerte en un 25 % en el último año, y un mundo no desarrollado, donde la situación es cada día más dramática. De los 30 millones de afectados que se calculan hay en el mundo, más de 20 están en Africa, con países como Zimbabue donde más del 25 % de la población está infectada. La situación es de tal gravedad que la ONU ha rebajado las previsiones de crecimiento en el mundo para el año 2050, en 500 millones de personas.

Pero aquí, en nuestro propio país, también pueden coexistir dos mundos. Para evitarlo es preciso que toda la población conozca cuales son las prácticas de riesgo que pueden llevarnos a la infección, poner los medios para evitar el contagio y mantener el acceso igualitario y gratuito al sistema sanitario. Todo ello frente a las proclamas de algunos fundamentalistas que siguen opinando que usar el preservativo es pecado y que la única salida a la drogadicción es el abandono radical de la misma. Propuestas como estas, felizmente en vías de superación, nos han llevado a ser el país de Europa con una mayor incidencia de casos sida.

SALUDOS MIL. 8 de Julio de 2000

**Genoma Humano
Concha Ledesma**

Es la biología en general y la genética en particular mi afición frustrada y asisto con una mezcla de incredulidad y asombro al anuncio del estado de la investigación sobre el genoma humano.

Me maravilla que me haya tocado ver cómo nos aproximamos, desde la pequeñez que somos, a desentrañar nuestras propias reglas básicas y las del resto de los seres vivos que habitamos en esta pequeña bolita que es la tierra.

Un puro azar va cambiando las combinaciones de las cuatro "letras" de las que todo se compone; pequeños cambios de posición que desencadenan grandes diferencias aparentes y también reales. Sólo a la especie humana el azar le proporcionó capacidad de abstracción y aprendizaje, individual y colectivo, capacidad de acumular tenazmente el saber de muchos, de transmitirlo generosamente, de modificarlo y ampliarlo y le dio una curiosidad sin límites, un deseo de saber gracias a todo lo cual el hombre consigue el conocimiento, la ciencia, la cultura. La especie en su conjunto nos salva de la miseria de los individuos. Unos a otros tenemos que vigilarnos para que estas nuevas posibilidades que se abren en torno a la medicina, la salud, la enfermedad sirvan a todos y no sean un nuevo motivo de desigualdad y distancia pero bastantes veces miramos el lado oscuro, hoy no, hoy tenemos que felicitarnos porque avanzamos en el conocimiento y esto siempre nos hará más libres.

SALUDOS MIL. 29 de Julio de 2006

**La salud de la mujer y el maltrato
María Teresa Muñoz**

Recientemente se han publicado algunos estudios sobre el Maltrato y la pérdida de salud de la Mujer. Son varias las cosas que llaman la atención de los datos aportados en este tipo de documentación pero quizá la más llamativa sea que a pesar de que el 90% de las mujeres maltratadas han acudido a las consultas de Atención Primaria el mismo año en que se produjeron las agresiones apenas se identificó como maltrato el 10%. El resto queda enmascarado en una variada gama de síntomas inespecíficos como: dolor de cabeza, ansiedad, tristeza o insomnio, por citar los más significativos.

Los médicos de Atención Primaria son en muchas ocasiones la primera y única persona fuera del entorno familiar a la que la mujer maltratada pide ayuda antes de verse en una espiral de violencia de la que le resulta muy difícil escapar. De ahí la posición privilegiada de estos profesionales para prevenir y tratar una violencia que no cesa a pesar de la bienvenida Ley Integral contra la Violencia de Género y la recientemente aprobada Ley de Igualdad.

Para los profesionales de la salud el manejo de estas situaciones no resulta nada fácil. La propia mujer es reacia a denunciar la situación de maltrato, los médicos carecen de la formación necesaria para identificar estos cuadros y las posibles soluciones tampoco están coordinadas. No obstante la AMA ha elaborado una Guía para el diagnóstico y tratamiento de la violencia doméstica que puede ser de mucha utilidad. Además las Asociaciones de Asistencia a Víctimas de agresiones sexuales que existen en casi todas las provincias cumplen un papel fundamental para ayudar a dar salida a situaciones muy conflictivas.

Comenzar a detectar la violencia de género como problema de salud debe ser una prioridad, al igual que lo hacemos con muchos otros factores de riesgo y enfermedades.

SALUDOS MIL. 24 de Junio de 2006

Alcohol y diversión

Antonio Julián Martín

Con este título se va a celebrar el próximo domingo día 25 en Ciudad Rodrigo, una reunión más de las asociaciones de alcohólicos rehabilitados de Castilla y León.

Dos puntualizaciones ante esta celebración por una parte es el debut en estos menesteres organizativos de ARCIU (alcohólicos rehabilitados de la comarca de Ciudad Rodrigo) que alcanzan con ello plena mayoría de edad, la otra reflexión es que, al ser la reunión número 78, significa que todavía tienen que demostrar que el mal que padecen es una enfermedad, debate que ya debería estar cerrado, pues así se ha proclamado desde todas las instancias científicas, incluida la máxima autoridad en temas sanitarios como es la Organización Mundial de la Salud.

Pero, ¿nos lo creemos?: a los profesionales nos cuesta tratar a estos enfermos en principio tan poco agradecidos a los resultados inmediatos. La sociedad en general sigue en la creencia de “antes vicio que enfermedad”, no tratamos de igual forma a una persona en estado de embriaguez (solemos llamar a la policía) que a otra con otro tipo de enfermedades (se avisa a los servicios médicos). Incluso hasta hace poco tiempo las actuaciones preventivas en el tema del alcoholismo dependían del Ministerio de Interior en vez del de Sanidad.

Otra anotación importante es que la intoxicación etílica aparece en edades cada vez más tempranas y además está demostrado que es puerta de entrada para el consumo de otras drogas, pero ¿tenemos autoridad moral con nuestros hijos cuando el alcohol convive con nuestras actividades tan estrechamente?. Es evidente que no valen tibiézas, hay que abordar el problema desde la educación, la legislación y por supuesto desde la atención primaria.

Por ello es gratificante que haya personas que desde organizaciones como ARCIU, sigan adelante optando no sólo por el apoyo a estos enfermos y sus familias, sino también por la prevención que ellos seguro que en este congreso plantearán como “Diversión sin Alcohol”.

SALUDOS MIL. 14 de Agosto de 2009

¿Una Ley nueva?: ¡Sin duda!

Miguel Barrueco Ferrero

La Ministra de Sanidad acaba de anunciar que, después de evaluar el cumplimiento de la Ley de Medidas Sanitarias frente al Tabaquismo del año 2005 y comprobar que su impacto en términos de salud pública está agotado, el gobierno se plantea prohibir fumar en todos los espacios públicos cerrados.

Durante estos años los profesionales sanitarios hemos reivindicado una nueva Ley que, sin dejar margen para la ambigüedad o la interpretación, prohibiese completamente fumar en todos los espacios públicos cerrados.

Poco a poco se han ido añadiendo a esta reivindicación otros sectores profesionales (merecen especial reconocimiento algunos medios de comunicación) y sociales que han producido un clamor popular que no podía dejar de escucharse por mucho tiempo: el 74% de todos los españoles y el 62% de los fumadores, se manifiestan a favor de prohibir fumar en espacios públicos cerrados.

En Junio, el Congreso instó al gobierno a analizar el cumplimiento de la Ley del 2005 y proponer las medidas necesarias para garantizar la salud de los no fumadores. La respuesta solo puede ser una y la acaba de dar la Ministra. Sin embargo, para no repetir errores de bulto como los cometidos durante el trámite parlamentario de la Ley vigente, es preciso que la sociedad exija a todos los partidos políticos un consenso completo para que todos se sientan protagonistas de la misma y garantes de su cumplimiento (especialmente los dos partidos mayoritarios PSOE y PP) y que ninguna administración pública vuelva a echar arena sobre los engranajes de la Ley.

Además de prohibir fumar en espacios públicos cerrados, se deberían incluir otras dos medidas fundamentales: el aumento de los precios del tabaco hasta la media europea, y el apoyo a los fumadores que deseen dejar de fumar, para lo que es necesario crear una red de atención especializada al fumador e integrar los tratamientos para la dependencia del tabaco en las prestaciones farmacéuticas del Sistema Nacional de Salud, medidas ambas que se pueden financiar con la subida de los impuestos del tabaco.

SALUDOS MIL. 29 de Marzo de 2003

Sí a la vida

Antonio Julián Martín

Se me hace duro pensar que con lo difícil que es conservar la vida, se esté destruyendo por intereses más que dudosos.

Desde esta columna se pretende preservar y defender el derecho a la salud de forma igualitaria para todos los ciudadanos, independientemente de sus circunstancias.

Los que trabajamos en el mundo sanitario sabemos lo complicado que es a veces la lucha contra las enfermedades, es un pulso que se pierde frecuentemente, admites la muerte como una derrota contra los males patológicos o accidentales que actúan sobre el hombre, incluso acompañas esos momentos intentando que sean los más dignos posibles. Pero resulta difícil concebir que se programe como ocurre en los conflictos; es en definitiva aplicar a gran escala la pena capital.

En cierta ocasión leí que en los éxodos masivos de refugiados a consecuencia de la guerra, entre el hambre, el polvo y las bombas seguían naciendo niños y se les ponían nombres tales como: Luz, Camino, Estrella, etc. ¿Quién ha juzgado a esta gente, para condenarlos de esta forma?

Los que decimos sí a la vida, gritamos ¡NO A LA GUERRA!

SALUDOS MIL. 9 de Diciembre de 2000

Paradojas de la salud

Miguel González Hierro

La crisis que vivimos por las llamadas vacas locas ha puesto crudamente en evidencia algunas contradicciones de la sociedad en materia de salud.

La primera: que hasta el momento los intereses económicos priman sobre los de la salud.

Otra: los inquietantes procesos industriales de cría y alimentación animal para consumo humano. Sin entrar a reflexionar sobre lo que podríamos llamar "derechos de los animales" y donde intuimos procedimientos espeluznantes, la cría, alimentación y engorde se realizan de forma intensiva y apurando al límite, buscando siempre la máxima rentabilidad económica. Estos esquemas de producción -y de pensamiento-, llevan a prácticas que ahora empezamos a conocer, como convertir en caníbales y carnívoras a las vacas.

Así mientras nos preocupamos hasta la obsesión por aspectos de salud más visibles o más consumistas, quedan olvidados elementos básicos y -a medio plazo- de mayor incidencia sobre ésta.

Lo que ahora ocurre con las vacas ya sucedió con los pollos (uso de aceites industriales para su alimentación) y seguramente volverá a ocurrir, bien con otros animales, con otras cadenas alimentarias o con los transgénicos. Detrás siempre está una forma de producción de alimentos humanos de carácter industrial, la búsqueda de un máximo rendimiento económico y el uso de nutrientes básicos cuanto más baratos mejor.

Los hábitos de vida y el entorno ambiental tienen mucha más influencia sobre la salud que el sistema asistencial. Deberíamos pues fiscalizar y exigir mucho más en estos aspectos (donde por cierto se invierte muy poco) y asegurar que se introduzca una cierta lógica ecológica en los modos de producción.

Otro hecho a resaltar: la desconfianza de la población hacia las explicaciones oficiales. ¿Por qué será?

UN RECUERDO PARA ALGUNAS PEQUEÑAS GRANDES COSAS

Las travesías son más llevaderas si se realizan en condiciones favorables, como la camaradería, el buen ambiente, la ilusión.

En sus inicios, más oficiales, la ADSP de Salamanca se reunía en espacios “nobles” tales como salones de actos de Sanidad, Diputación, La Salle, Hogar Cuna (“sería por el comienzo”)... donde había gran afluencia de compañeros que veían una oportunidad de cambio en nuestra sanidad. Asambleas con gran apoyo administrativo, se levantaban actas dando fe de los acuerdos e incluso se formaban comisiones, para determinados asuntos. ¡Qué tiempos!

Después -pasó la ebullición y quedó el caldo- o lo que es lo mismo una dinámica con más sabor a lo autentico, se “desacralizaron” las reuniones y se hicieron más oficiosas, pero con un compromiso más cercano, que no se diluía al abrigo de los grandes grupos. Había mayor capacidad de maniobra y más soltura a la hora de dar opiniones, con espíritu crítico hacia las instituciones y sus directrices. El caso es que sin olvidar el motivo para lo que estábamos (bueno, algunas veces si), fuimos cambiando sin querer o queriendo de ambiente y convertimos las reuniones en una tertulia más familiar, con aroma semiclandestino, más relajadas y a la vez también más prácticas donde a la vez que de los temas sanitarios y sociales que tengamos entre manos, se comentan otros temas mundanos y se hace alguna risa.

Lógicamente había que aderezar ese clima de productividad y las personas somos esclavas de nuestras debilidades, la comida y la bebida, con moderación, hacían que el trabajo comunicativo fuese más llevadero y la predisposición a futuros proyectos se convertía en un acuerdo más que probable, en comparación con el simple y duro discurso de un mandato seco que crea fugas y reticencias por los cuatro costados.

Los lugares de reunión se modificaron pues en aras de crear ese ambiente favorable y visitamos muchos templos del tapeo y la merienda (ayudados por un tal Manolo, el de historias, que se conocía los garitos para su elección): “La Trucha”, “El Rocco”, “La Cueva”...y el actual “El Ro-

que”, lugar de parada desde hace años y donde se gestan y gestionan las actividades de nuestra asociación.

Nos hemos obligado a cuidar de nuestra salud y necesitábamos salir a disfrutar de la naturaleza, con los famosos paseos sobre todo a la sierra salmantina, caminar, charlar un rato, conocer nuevos rincones y como no, degustar los productos de la zona, sobre todo en tiempo de setas.

Dicen los más veteranos que al principio llevaban a los niños de la mano para que no se cayeran y ahora hay que agarrar la cayada para no tropezarse. Una curiosidad es que los paseos los acabamos casi siempre, visitando el castillo cementerio de San Martín, donde nuestros pequeños aprendieron sus primeras lecciones de epidemiología mientras observaban las fechas de nacimiento y muerte de los “habitantes” de tan especial lugar de descanso.

Lo reflejado es parte de la historia y sus circunstancias pero la historia sigue y queda mucho por hacer y también amistad, compañerismo, complicidad y alguna que otra merienda.

Mirando al futuro

- La sanidad en un mundo globalizado y en crisis
- La situación en España. La creciente privatización sanitaria
- La situación en Castilla y León y Salamanca. Un paso por detrás
- Propuestas de actuación de la ADSP de Salamanca

LA SANIDAD EN UN MUNDO GLOBALIZADO Y EN CRISIS

El siglo XXI se ha iniciado con el auge del fenómeno de la globalización y la ideología neoliberal. Podría ser como causa o como consecuencia, lo cierto es que se ha producido una transferencia del poder de los Estados a instancias supraestatales, no institucionalizadas, pero capaces de imponer sus condiciones a aquellos. La crisis financiera que se inició en el año 2008 produjo la ilusión del fin de la supremacía de estas fuerzas y de la necesidad de imponer un orden en los mercados. Sin embargo, la respuesta de los gobiernos fue apoyar al sector financiero y ello ha tenido una repercusión muy importante sobre las arcas estatales. Al final, el capital especulador ha resultado ser el ganador en la crisis y ha logrado doblegar a los Estados, con el consiguiente retroceso de la democracia y el estado de bienestar en los países desarrollados, el aumento de las desigualdades sociales entre estos países y los más pobres, pero también dentro de los países ricos, y por fin el auge de los países llamados emergentes, fundamentalmente China e India, pero también Brasil o Rusia. Los llamados mercados dictan su ley y obligan a los Gobiernos a imponer medidas antisociales para compensar el déficit privado o público, que ellos han generado.

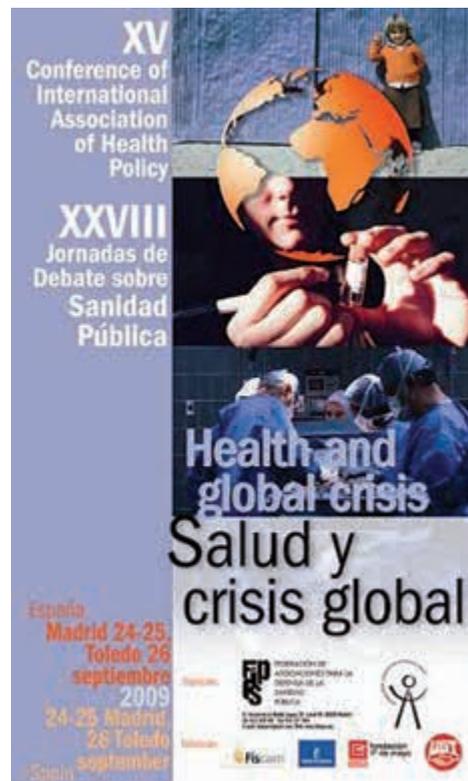
Europa, como punta de lanza del desarrollo social y el estado de bienestar, que tuvo su inicio después de la segunda guerra mundial, se ha visto atrapada en la crisis y ha sido incapaz de tener una iniciativa común. Los estados miembros, arrollados por el poder de los todopoderosos mercados han puesto en marcha políticas antisociales y de recortes del sector público. La consecuencia ha sido una importante crisis social, más manifiesta en los países del Sur (Grecia, Portugal, España), y una crisis política que se está llevando por delante todos los gobiernos socialdemócratas del continente. Por otra parte, la izquierda europea no ha tenido un discurso coherente sobre las medidas a adoptar en este momento y solo de forma deslavazada se ha dejado oír la voz de los sindicatos, algunos intelectuales aislados y sobre todo de los manifestantes espontáneos que iniciaron su andadura el 15-M en España y han logrado extender su protesta por toda Europa y el resto del mundo.

Esta situación económica, social y política, repercute de forma notable en la sanidad. La sanidad pública está en retroceso en toda Europa. Desde principio de los años 80 del siglo pasado se nos

abruma con el excesivo y progresivo aumento del gasto sanitario, en gran medida justificado por el envejecimiento evidente de la población y sobre todo por el gran desarrollo tecnológico en el área sanitaria, y con la supuesta ineficiencia de la gestión pública, ineficiencia que según estos planteamientos no tendría la gestión privada. La conclusión extraída es la no sostenibilidad del sistema sanitario público, situación a la que aún no se ha llegado, si bien se puede aceptar como una amenaza de futuro.

Pero actualmente hay otro factor a añadir de vital importancia y es la crisis económica y las salidas propuestas por todos los gobiernos europeos, que van en un único sentido, el del ahorro en el gasto público. Las líneas estratégicas de la privatización del sector sanitario europeo se han marcado desde el Banco Mundial (Plan de Reforma de los Servicios Sanitarios de 1987), la Organización Mundial del Comercio y el Fondo Monetario Internacional. De gran interés es la denominada Directiva Bolkestein que permite a los prestadores de servicios sanitarios instalarse en cualquier país miembro y que lleva implícita la renuncia de las Administraciones Públicas a regular las condiciones de prestación de servicios en sanidad, educación o comunicaciones y tiene importantes consecuencias para los trabajadores sanitarios que ven reducidos sus salarios y sus condiciones y derechos laborales, al equiparlos a los de los países que los tengan más bajos. Las propuestas privatizadoras están en todas las agendas políticas y si hay algo que las retiene es el prestigio de la sanidad pública y el compromiso con la misma de los ciudadanos.

El gran soplo de aire fresco que supuso la elección de Obama en EEUU también ha tenido su repercusión en el área de la sanidad, con una iniciativa que aunque muy lejos de nues-



tro deseo y también lejos de la propuesta inicial, camina en el sentido de una sanidad más pública y accesible en EEUU, aunque las compañías de seguros sean en gran medida las que resulten ganadoras de esta supuesta revolución. Hay otros motivos de esperanza, la apuesta de los jóvenes por las organizaciones no gubernamentales y lo que ello supone de solidaridad con los que peor viven y la globalización y democratización de la información a través de Internet y las redes sociales, con aspectos tan importantes para la transparencia como Wikileaks. Por fin las movilizaciones en los países árabes (Túnez, Egipto, Libia...) contra las dictaduras opresoras y las que se iniciaron en España el 15 de mayo y han dado después la vuelta al mundo, nos devuelven la ilusión de que no todo está perdido.

LA SITUACIÓN EN ESPAÑA. EL PELIGRO DE UNA CRECIENTE PRIVATIZACIÓN SANITARIA

La crisis económica está teniendo una mayor repercusión en nuestro país, derivada en gran medida de la crisis simultánea del sector inmobiliario y en general de la obsoleta estructura productiva del país. La consecuencia más importante ha sido el aumento de la tasa de parados a un nivel cercano al 20% de la población activa. El déficit privado y la apuesta contra el euro de los mercados, ha puesto en la picota a nuestro país y el gobierno socialista ha propuesto una salida a la crisis no concordante con sus teóricos planteamientos, recortando los derechos de los trabajadores, deteriorando las pensiones, alargando la edad de jubilación y reduciendo el salario de los funcionarios. La gran pregunta es hasta donde va a respetar el espacio público.

Nuestro país accedió tarde a las políticas del estado de bienestar europeo, debido a la larga duración de la dictadura franquista, y su desarrollo ha sido timorato durante toda la democracia, con momentos de evidente marcha atrás durante la segunda legislatura de Aznar. La situación pues de la que partimos es de un gran retraso sobre la de los países de nuestro entorno. Así la financiación sanitaria es aún 1 punto menor en el PIB que la de la UE-15. Otro aspecto a destacar es el mínimo desarrollo de la atención sociosanitaria. La Ley de Dependencia que sacó adelante el Gobierno Zapatero en su primera legislatura supuso un paso adelante, que se ha visto lastrado

por algunas de sus propuestas y sobre todo por la oposición de algunas de las autonomías que gobierna el PP, como la de Madrid, y ahora también por la crisis.

Fenómenos como el envejecimiento de la población, aunque aquí sean muy acusados, son similares a los del resto de Europa, como lo son la llegada de inmigrantes y el desarrollo tecnológico; pero hay algunas características peculiares en nuestro sistema sanitario. Una importante es el excesivo gasto farmacéutico que en relación al gasto total llega a ser del 20 %, y sobre todo la existencia de 17 sistemas de salud, uno por cada autonomía, con evidentes diferencias de planteamientos que afectan a toda la estructura del sistema. El Consejo Interterritorial que debiera ser el coordinador de todas las políticas sanitarias tiene sin embargo, una eficacia muy reducida.

La capacidad de decisión que tienen las CCAA hace que algunas de ellas, las gobernadas por el PP y de forma más elocuente las de Valencia y Madrid, hayan dado pasos muy importantes en el camino de la privatización del sistema, con diferentes propuestas, que han ido planteando a modo de ensayo. Esta apuesta del PP por la privatización paulatina de la sanidad, hace temer que, en un hipotético pero probable triunfo en las elecciones legislativas del 20 de noviembre de 2011, se plantee como estrategia general a nivel estatal.

Pero el fenómeno de la privatización progresiva del sector sanitario afecta a todo el país. Las multinacionales del sector están entrando con fuerte impulso, así CAPIO con su buque insignia en la Fundación Jiménez Díaz de Madrid y más de 25 Hospitales en España (la mayoría en Madrid), USP o Hospiten (interesada en el sector del turismo sanitario). Con un agravante, desde enero de 2011 se está produciendo la compra de CAPIO por una multinacional de capital riesgo CVC Capital Partners; en el caso de los centros que tienen un acuerdo o una concesión con la administración pública se produce la entrada de una empresa distinta de la que realizó el acuerdo con lo que ello supone en cuanto a dilución de responsabilidades, sin olvidar que este tipo de empresas de capital riesgo tienen una gran volatilidad y frecuentemente abandonan segmentos de actividad cuando no son rentables, con los riesgos que conllevaría para la prestación de servicios sanitarios.

Las modalidades de privatización en la provisión y gestión son múltiples y van desde las Concesiones Administrativas (Alcira en Valencia) a las Iniciativas de Financiación Privada (PFI), modalidad más utilizada en la Comunidad Madrileña, o la gestión privada con titularidad pública (Fundaciones o Empresas Públicas), las últimas también utilizadas por gobiernos dependientes del PSOE.

El penúltimo debate en el persistente empuje por la privatización es el del copago, que a modo de Guadiana aparece y desaparece de los medios de comunicación. Su eficacia no ha sido demostrada como mecanismo recaudador, ni siquiera como mecanismo disuasorio para reducir la frecuentación a los servicios sanitarios, y sin embargo lleva implícito un riesgo importante y es que aquellos que más necesitan del sistema y menos tienen, no acudan cuando lo precisen por el gasto que les puede suponer. En su Informe sobre Salud en el Mundo de 2010, la Organización Mundial de la Salud desaconseja explícitamente el copago.

La situación de ataque frontal a los servicios públicos, sanidad y educación, se ha hecho más patente después de las victorias electorales de CiU en Cataluña y el PP en las elecciones municipales y autonómicas. Cada día se plantean nuevos recortes en servicios básicos para los ciudadanos con la finalidad declarada de reducir el déficit y con la no declarada de hacer una transferencia a la privada difícilmente reversible cuando amaine el temporal; sin que a nadie se le ocurra que los recortes pueden hacerse en otras áreas y que queda un espacio para mejorar el déficit con la subida selectiva de impuestos.

A pesar de todo, el sistema público tiene un gran potencial de resistencia y ésta se basa sobre todo en el gran prestigio de que goza en la ciudadanía, puesto de manifiesto en todas las encuestas de satisfacción, y en la apuesta mayoritaria de los profesionales sanitarios por la pública. Entre los puntos fuertes hay que citar también la excelente preparación de éstos, evidente entre los médicos y que en gran medida es consecuencia del éxito de la formación vía MIR.

Hay, sin embargo, alguna niebla en el horizonte, como el incumplimiento de la Ley de Incompatibilidades, que perjudica al sistema público al verse parasitado por profesionales que ejercen en ambos sistemas. Otro problema añadido es el reciente déficit de profesionales en algunas especialidades y

comunidades autónomas y sobre todo el fenómeno de la desmotivación de muchos profesionales, en general mal pagados, no bien reconocidos y excesivamente tutelados. Este es otro de los problemas, el excesivo poder de los gestores y áreas administrativas, que ha crecido de forma desorbitada en los últimos años, quitando autonomía a los profesionales, desde unos planteamientos a menudo no basados en evidencias científicas. La dependencia política de los gerentes de área, atención primaria o especializada, y su escasa formación gerencial, son problemas añadidos.

Las medidas adoptadas para hacer frente a estos problemas no han ido en la dirección adecuada: en lo referente a la Ley de Incompatibilidades han dado alas a los que incumplían, retirando el incentivo de que gozaban los profesionales con dedicación exclusiva (Complemento Específico); la Carrera Profesional, demandada desde hace años por el sector médico, se ha convertido en una especie de “trienios ilustrados”, al alcance de todos según se va generando antigüedad, con lo que otra vez se ha desperdiciado la ocasión de motivar al sector. En lo que respecta al poder de las unidades administrativas de planificación, gestión y control, cada día es más evidente y es mayor su número y no hay ninguna esperanza de que los Gerentes se profesionalicen y hagan su MIR específico, tal y como repetidamente ha pedido la FADSP.

LA SITUACIÓN EN CASTILLA Y LEÓN Y SALAMANCA. UN PASO POR DETRÁS

Castilla y León es la Comunidad Autónoma más envejecida de España y la que tiene un mayor índice de dispersión de la población. Hay un crecimiento negativo de ésta en la mayor parte de las provincias y la situación económica y de sus infraestructuras, la sitúa dentro de lo que podíamos denominar la España pobre. Quizás estas características, junto a su tradición rural y la falta de desarrollo industrial, ha hecho que históricamente sea una región conservadora y en la que repetidamente la derecha arrasa en todos los procesos electorales. Salamanca, a pesar de su tradición cultural y del influjo positivo que ejerce la Universidad, no es ni mucho menos una excepción.

La gran dispersión de la población, Salamanca es con Burgos la provincia con mayor número de pueblos, ha obligado a las Autoridades Sanitarias a tener una dotación de profesionales sanita-

rios, especialmente médicos, superior a la media nacional, de forma más notable en atención primaria. De aquí deriva que muchos de ellos tengan una escasa población a su cargo y esta circunstancia explica en gran medida que dicha población esté realmente satisfecha con la atención que recibe.

Si nos detenemos un poco, el análisis de satisfacción quizás no lo sea tanto. En primer lugar por la ausencia de una distribución racional de los recursos humanos. Existe un mapa sanitario, que se ha quedado obsoleto, en gran medida por la extraordinaria despoblación ocurrida en la mayor parte de las zonas rurales. Hay demarcaciones asistenciales (antiguos cupos médicos) que atienden a menos de 400 habitantes, lo cual supone una falta de aprovechamiento evidente de los recursos humanos, frente a zonas urbanas donde un médico tiene que atender a más de 1500 habitantes. La relación de puestos de trabajo desde que se plantean hasta que se llevan a cabo tardan años, con lo que no son útiles cuando se ponen en práctica. Es necesario y urgente reajustar el mapa sanitario, de forma especial en nuestra provincia, para adaptarlo a los cambios demográficos, aunque ello suponga conflictos con poderes fácticos rurales y quizás la pérdida de poder en estructuras obsoletas como las Diputaciones, por parte del partido de gobierno que se atreva a realizar la medida.

Existen otros problemas graves en Atención Primaria, así aunque existe una Cartera de Servicios común para todos los Centros de Salud, esto no garantiza una atención y cobertura homogénea de los ciudadanos. Además la Cartera de Servicios ha perdido su esencia como herramienta de trabajo, debería pretender la equidad de servicios a los ciudadanos independientemente de donde residan y se ha transformado en un instrumento de propaganda por parte de la administración. Existe, por otra parte, un exceso de evaluación de la actividad, más formal que real y alejado tanto en sus planteamientos teóricos como prácticos, de un sistema riguroso y veraz de valoración e incentivación del rendimiento profesional.

Otros problemas importantes en Atención Primaria son la masificación existente en los centros urbanos y semiurbanos y la falta de acceso de los profesionales médicos a determinadas pruebas diagnósticas que acelerarían la resolución de problemas y mejorarían la lista de espera en especializada.

El incentivo a los médicos para el ahorro en farmacia, que en principio podría ser interesante por el problema que supone el gasto farmacéutico y el escaso uso de genéricos, en ocasiones ha resultado un incentivo perverso, dándose el caso de que recibe más aquel que proporciona menos cuidados a los pacientes.

Tampoco los Hospitales se acercan a la excelencia, gran parte de ellos están envejecidos en cuanto a su estructura y al personal y con un déficit de nuevas tecnologías, mayor que en otras zonas de España. Es cierto, que se están haciendo hospitales nuevos y otros se van a remozar con Planes Directores, pero a nivel de estructuras especializadas sigue existiendo un déficit de camas para larga estancia y para enfermos psiquiátricos y una inadecuada estructura de Cuidados Paliativos, hasta ahora no dependiente de Sacyl. Existe además una deficiente red de Centros de Especialidades, imprescindibles en una comunidad con la población tan dispersa.

En lo que se refiere a su funcionamiento, nuestros hospitales no se han desarrollado a la par que la sociedad, su sistema jerarquizado y la falta de respuesta a situaciones concretas como la atención de los enfermos crónicos y pluripatológicos es evidente. Se ha avanzado, bien que despacio, en nuevas formas organizativas, que tratan de evitar ingresos, especialmente Cirugía Mayor Ambulatoria, Hospitales de Día y Unidades de Alta Resolución o de Atención Inmediata.

Las transferencias del INSALUD a la Junta de Castilla y León y la creación del Sacyl nos hizo concebir esperanzas en la mejora de las estructuras y el funcionamiento sanitario, esperanzas que en gran medida se han desvanecido: la asistencia sanitaria no ha dado un salto cualitativo y en cambio si se ha multiplicado de forma inconcebible el sector administrativo y burocrático.

Las relaciones entre niveles (atención primaria – atención especializada) es una de las asignaturas pendientes. Aunque caben excepciones, las gerencias de área no funcionan salvo a nivel protocolario y las relaciones entre las gerencias de primaria y especializada son pocas y más de competencia que de colaboración. No existe una historia clínica compartida para ambos niveles y las relaciones se limitan prácticamente a situaciones puntuales.

Las listas de espera para intervenciones quirúrgicas y sobre todo para primeras consultas en atención especializada y diagnóstico, sigue siendo un problema no solucionado. Existen deficiencias organizativas en los servicios hospitalarios, exceso de burocracia en la relación entre niveles y sobre todo ausencia de protocolos compartidos, situaciones que explican la existencia de dichas listas de espera, que aunque consustanciales con los servicios públicos, no son asumibles en determinadas situaciones.



En la era de la tecnología de la comunicación seguimos sin tener una historia clínica común para ambos niveles, en algunos hospitales como el de Salamanca sigue sin haber un modelo de historia clínica informatizada y el programa utilizado en atención primaria, el Medora, tiene indudables defectos para la asistencia diaria y como aparece en su propio subtítulo es más un programa diseñado para incrementar el control y la información de los gestores que para mejorar la atención a nuestros pacientes.

El Hospital de Salamanca carece de una página web propia como tienen otros de igual o menor nivel pero con mayor transparencia. La información que se proporciona está centralizada y controlada por el poder político en su totalidad



Como en otras comunidades gobernadas por el PP, las medidas privatizadoras en nuestra sanidad han ido avanzando, eso si de forma lenta y sin el descaro con el que se ha hecho en Madrid o en Valencia. Pero no existe transparencia en el tema de los conciertos con clínicas privadas, se han realizado progresivamente externalizaciones de servicios no sanitarios (lavandería, archivo de historias clínicas...) y en el caso del nuevo Hospital de Burgos se ha construido por la fórmula ya criticada de Iniciativa de Financiación Privada; la disculpa era la urgencia en su apertura, que de forma incomprensible sigue demorándose.

El modelo de atención sociosanitaria está concebida como dos redes autónomas, de una parte la red sanitaria más organizada y compacta y de otra la red social más dispersa y heterogénea. Aunque existen "en teoría" estructuras de coordinación, en la práctica funcionan como un matrimonio "mal avenido". Los ejemplos los tenemos en los ECB (Equipos de Coordinación Básicos) formados por profesionales de las dos redes y según sus propias conclusiones están poco potenciados por la administración, los profesionales sanitarios se hallan desmotivados y no coinciden geográficamente las zonas de salud con los CEAS correspondientes.

El II Plan Sociosanitario vigente hasta el 2007 expresa objetivos generales que no se han plasmado en ninguna actuación concreta.

El Plan de Atención Sanitaria geriátrica en Castilla León 2005-2007, a pesar de ser una prioridad para la Consejería de Sanidad no se ha desarrollado. Las dos figuras contempladas: el Coordinador de la Atención Geriátrica del EAP y el EVCG (Equipo de valoración y cuidados geriátricos) para mejorar la atención integral y la continuidad de los cuidados de los ancianos en el ámbito de la atención especializada ha quedado en el olvido. Se puede decir que lo único que se ha implantado de dicho plan ha sido la Atención Farmacéutica en Residencias de Mayores de titularidad pública.

El espacio sociosanitario a día de hoy cuenta con pocas realidades y podemos decir con tristeza que no ha pasado del debate político y profesional.

PROPUESTAS DE ACTUACIÓN DE LA ADSP

La protección de la salud es un derecho fundamental. En el programa de la FADSP se expone que "la protección y defensa de la salud es responsabilidad de todos los miembros de la comunidad" y aboga por "el fortalecimiento de la acción estatal para garantizar el derecho a la salud individual y colectiva". El derecho a la salud exige la defensa de los derechos humanos y la necesidad de paz y desarme entre los pueblos; pero también la no contaminación del aire, aguas y tierra y el

esfuerzo por un equilibrio ecológico. Exige también la posibilidad de acceso a una alimentación adecuada y el derecho a un puesto de trabajo digno, así como a unas condiciones de higiene y seguridad en el mismo. Nuestra asociación está comprometida en la defensa de estos principios.

La denuncia de la pobreza y de las desigualdades es una de nuestras tareas prioritarias, porque la pobreza y la desigualdad son causa de enfermedad. Nuestro grupo tiene entre sus perspectivas diseñar un estudio para analizar las desigualdades económicas, sociales y educativas en nuestra ciudad y provincia y su repercusión en la salud de sus ciudadanos.

La promoción de la salud y la protección de la misma deben integrarse totalmente en el modelo asistencial y ser una tarea prioritaria de éste. Debido a la gran presión asistencial se ha relegado a los profesionales sanitarios a un ámbito de consulta, sin actuaciones comunitarias y participativas, abriendo una brecha sobre el conocimiento de la realidad social circundante. La existencia de otras instituciones al margen del Sacyl que se ocupan de parte de estas tareas, crea ineficiencia y relega, de manera suicida, las tareas preventivas.

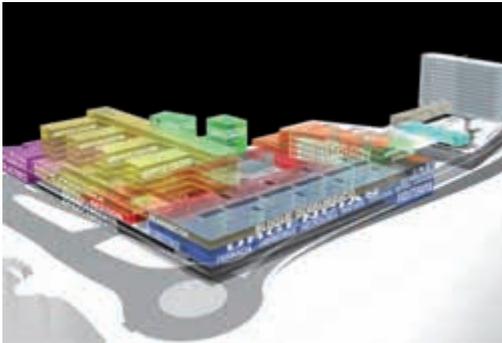
Aunque la salud no dependa sólo, ni siquiera preferentemente, del correcto funcionamiento de los servicios sanitarios, la importancia de éstos es notoria. De aquí el esfuerzo de nuestra Asociación por el mantenimiento de unos servicios sanitarios públicos de calidad costeados a partir de los presupuestos estatales y gratuitos en el momento del uso. Solamente con servicios públicos de calidad se puede garantizar la equidad de acceso a los mismos de todos los ciudadanos. Servicios sanitarios que deben tener su base en una atención primaria fuerte como puerta de entrada al sistema, en estrecha relación con la atención especializada.

Las deficiencias que hemos ido anotando al analizar la situación de los servicios sanitarios en nuestra provincia y comunidad autónoma son múltiples y muchas de ellas determinantes en el estado de salud de la población. Casi todas vienen de lejos y muchas han empeorado con el paso del tiempo y después de las transferencias sanitarias a nuestra Comunidad Autónoma. Nuestras propuestas son casi todas ellas válidas para Castilla y León aunque hagan referencia especial a la provincia de Salamanca, que es nuestro ámbito de estudio y actuación.

Relación de propuestas de mejora los servicios sanitarios y sociosanitarios:

- Es preciso elaborar un nuevo mapa sanitario acorde con la situación actual de la población y la dispersión de la misma y redistribuir los recursos sanitarios conforme al nuevo diseño. El objetivo es ahorrar recursos allí donde no son necesarios y evitar la masificación de los centros de salud urbanos.
- Mejorar la calidad de la atención primaria, facilitando el que exista más tiempo por consulta médica y posibilitando el acceso a técnicas diagnósticas.
- Establecer una evaluación objetiva, no solo de cobertura de los servicios de Cartera sino de procesos completos, con objetivos de mejora real y sustentada en hechos y no una simple burocracia, para justificar incentivos sobre todo de los gestores.
- Relanzar las actividades comunitarias y de actividades preventivas desde el ámbito de la Atención Primaria.
- Extender la informatización de la historia clínica a todos los consultorios rurales y rediseñar el programa informático de atención primaria para adaptarlo a las necesidades asistenciales.
- Progresar, con las medidas oportunas, en el diseño de la receta electrónica.
- En atención especializada el hecho clave que va a determinar el futuro inmediato es la construcción de un nuevo hospital, a partir del Plan Director en curso. Esta situación se repite en varias de las provincias de la Comunidad. Exigimos en principio que se cumplan los plazos de ejecución de las obras y el gasto presupuestado. Un nuevo hospital





No sabemos si queda algo de este proyecto inicial de reforma del hospital. Las obras avanzan lentamente

debe contar con estructuras válidas para el futuro y en él debe primar la funcionalidad, pero también el confort de los pacientes.

- Es necesario proceder a un nuevo diseño funcional del hospital, aprovechando el citado Plan Director, en el que prime la colaboración con atención primaria y otros hospitales públicos; el fortalecimiento de aquellas unidades con mayor carga asistencial; las nuevas modalidades de atención para evitar ingresos innecesarios y la creación de unidades multidisciplinarias y menos jerarquizadas, así como potenciar los aspectos de seguridad y confort del paciente.
- Desarrollar Centros de Especialidades en la Comunidad y establecerlos en lugares donde existen estructuras hospitalarias obsoletas como en el caso de Béjar. Aumentar las camas hospitalarias para crónicos y enfermos psiquiátricos.
- Mejorar los cauces de participación de los ciudadanos en la problemática sanitaria y de los profesionales en sus centros, frente al poder omnímodo de los gestores no sanitarios.
- Establecer mecanismos de relación fluida y permanente entre los dos niveles asistenciales y entre estos y la atención sociosanitaria.
- Potenciar de forma decidida el uso de fármacos genéricos, aunque la extensión de éstos lleva aparejado un etiquetado muy confuso para los pacientes, que sería muy fácil de resolver con envasado y etiquetado personalizado por parte de los farmacéuticos comunitarios. Controlar la influencia de la industria farmacéutica, actualmente favorecida incluso a nivel institucional para la organización de eventos científicos o pseudocientíficos.
- Planificar adecuadamente la docencia de los nuevos estudiantes de ciencias de la salud, potenciando sus conocimientos en asistencia comunitaria, aprovechando todos los recur-

sos humanos disponibles en ambos niveles de atención y dotando de espacio para la docencia las nuevas estructuras hospitalarias. Adaptar el concierto Universidad-Sacyl y hacerlo verdaderamente funcional para el actual contexto.

- Potenciar la formación y la investigación de calidad en ambos niveles, controlando el poder de la industria farmacéutica y facilitando que la investigación que se realice vaya dirigida a identificar y resolver los problemas de salud de los ciudadanos.
- Desarrollar la Carrera Profesional tal y como se planteó en el grupo profesional de estudios organizado para su diseño, como mecanismo motivador de los profesionales de la Comunidad.
- Exigir transparencia en todo tipo de conciertos con la sanidad privada, recurriendo a ellos solo en calidad de complemento y cuando la actividad requerida no puede realizarse en la sanidad pública. No más externalizaciones injustificadas, ni nuevas estructuras sanitarias con gestión privada, cuando no se ha demostrado fehacientemente su mayor eficiencia.
- Desarrollar la Ley de Dependencia y las estructuras dedicadas a la atención sociosanitaria, así como incrementar los recursos humanos destinados a estas tareas. La Ley de Dependencia ha sufrido la separación de la red sanitaria y social. Los grandes dependientes ancianos o discapacitados tienen asociados problemas de salud. Las diferentes Autonomías han elaborado baremos distintos y esto ha creado desigualdades. La compleja tramitación del proceso hace que la supuesta ayuda llegue tarde o no llegue y por último los recortes en la prestación económica propician que los cuidados se mantengan en el ámbito familiar porque la cuantía de los servicios externos resulta más cara.

La actividad de la ADSP como grupo de estudios, pero también como grupo de opinión y de presión ante la Administración, se va a centrar de forma preferente en conseguir que estas propuestas se lleven a efecto. Si lo conseguimos, pensamos que ello fortalecerá el sistema sanitario público y mejorará la salud de los ciudadanos castellano leoneses.



El futuro que temíamos es ya el presente. Inquieta y asusta pero a la vez, está generando la fuerza de una marea incontenible.



1ª Edición
Salamanca, noviembre de 2011

Edita
Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública
(ADSP) de Salamanca

Impresión y encuadernación
Gráficas Varona, S.A.
varona@graficasvarona.es

ISBN: 978-84-615-5278-8

Depósito legal: S.1588-2011

Impreso en España-Printed in Spain

ISBN: 978-84-615-5278-8



**GRUPO DE ESTUDIOS DE LA ASOCIACIÓN PARA LA DEFENSA
DE LA SANIDAD PÚBLICA (ADSP) DE SALAMANCA**

