

ACDESA ANTE LAS ELECCIONES AUTONOMICAS DEL 22 DE MAYO DE 2011

Sanidad y crisis económica

La sanidad como vienen siendo habitual en los últimos años es uno de los bienes sociales mejor valorados por los ciudadanos. Ni siquiera en una situación de crisis económica tan profunda, los ciudadanos españoles estarían dispuestos a un recorte en la asistencia sanitaria.

Sin embargo, desde antes de la crisis económica, pero totalmente agudizada por ella, estamos asistiendo a una ofensiva contra el sistema sanitario público como parte esencial del estado de bienestar, que se concreta en presiones para su privatización, el recorte de sus prestaciones o la incorporación del copago para determinados servicios, es decir transferir el gasto sanitario desde la administración pública a los ciudadanos. Se utilizan para ello argumentos como la insostenibilidad del sistema por el envejecimiento de la población y el uso de tecnologías no sustitutivas. No obstante resulta paradójico que estas presiones y este discurso de cuestionamiento de la sostenibilidad del sistema sanitario, coincidan con la desaparición de impuestos como el de sucesiones y patrimonio que aunque de manera modesta ayudaban a financiar servicios básicos del estado de Bienestar. Este doble discurso por una parte bajar o suprimir impuestos y por otra parte cuestionar la sostenibilidad del estado de bienestar, forma parte de la ofensiva del pensamiento económico hegemónico y de las grandes corporaciones financieras, que han visto que una amenaza tan importante como la crisis financiera que se ha producido, provocada por ellos, se puede convertir en una oportunidad para desmontar el estado de bienestar (objetivo hace tiempo anhelado) y beneficiarse de ello.

La reacción de los ciudadanos y profesionales a posibles recortes en el prestación sanitaria, con sus movilizaciones (véase en Cataluña) están suponiendo de momento una nueva trinchera con la que contener las políticas económicas más conservadoras y antisociales y deben servir de ejemplo para activar a la ciudadanía en beneficio del mantenimiento de la sanidad pública y el estado de bienestar. Las políticas de contención del gasto (añadiríamos superfluo o prescindible) no deben servir de excusa para recortar derechos. Se sabe que después de las elecciones autonómicas se van a producir recortes en el gasto público, que en el caso de las CC.AA. donde gobierne el PP, van a ser considerables, por mas que ahora estén criticando por motivos electorales las medidas impuestas a nivel estatal por el gobierno siguiendo las directrices europeas y del FMI. En sanidad queda un margen de eficiencia al que hay que tender, antes que aplicar la tijera a las prestaciones. Por eso se hace necesario apostar por una gestión transparente y honesta, basada en las mejores prácticas de

gobernanza y en la evidencia científica, con participación de los ciudadanos y de los profesionales, en la que se prime los intereses públicos sobre el negocio privado y que la colaboración con éste sea complementaria, eficiente y transparente.

La Sanidad Valenciana

Hemos asistido en esta última legislatura a la entronización propagandista del modelo sanitario valenciano. Políticos, empresarios, “expertos” han cantado en los medios de comunicación las excelencias del modelo valenciano, es decir el modelo de concesión administrativa que inauguro el hospital de Alzira. El 20 % de mayor eficiencia que como un “mantra” repiten todos estos actores, se ha convertido en titular periodístico, sin pasar por el contraste de la evaluación académica. De las pocas evaluaciones que conocemos, tenemos un informe de la OMS de 2006 en que se hace referencia a que este tipo de modelo de externalización de la gestión sanitaria pública (PFI ingleses y a concesiones administrativas tipo Alzira) no mejoran la eficiencia del sistema público, siendo mas caros a largo plazo y no controlando su gestión que puede devenir, como ya ha ocurrido en el caso de Inglaterra en la intervención de la administración para evitar la bancarrota de las empresas que en su momento asumieron el modelo. Esta misma opinión la ha expresado Julius Sen, profesor de la **London School of Economics**, quien en una lección magistral recientemente dictada en Valencia sobre la competitividad del sector público, contradijo las bondades que miembros de la Administración Valenciana hacían del modelo Alzira en el mismo acto.

Si en Valencia no ha ocurrido, ha sido entre otras cosas porque las empresas y la Administración se han puesto la venda antes de la herida y así en el caso de Alzira, al cabo de un año la empresa, de acuerdo con la Conselleria, renegoció la cápita e incorporo a la UTE la Atención Primaria de Alzira, para asegurarse un flujo adecuado de pacientes hospitalarios y domiciliarios que les garantizase una mas adecuada gestión y un mayor beneficio. La incorporación de la A.Primaria sirvió para justificar el aumento de la cápita en función del gasto + beneficio que ya habían calculado. Además de acordar que algunos conceptos del gasto como el gasto de prótesis, el transporte sanitario, la factura farmacéutica por receta, la oxigenoterapia y ventiloterapia a domicilio, correrían a cargo de la Conselleria. Otros gastos asumidos por la Conselleria que no se repercuten en el modelo son los relativos a la investigación, el almacenaje y custodia de los archivos de historias clínicas, algún tipo de pacientes crónicos que ya estaban en tratamiento anteriormente a la creación de las concesiones (diálisis) etc....

La participación en las Concesiones Administrativas de empresas de aseguramiento y prestación de la sanidad privada (Adeslas, Sanitas, DKV...) que tienen asegurados privadamente a muchos de los ciudadanos del departamento de salud por los que ya cobran la cápita pública, abre incógnitas difíciles de despejar en cuanto a la utilización espuria de la sanidad pública por sus propios clientes, ahorrándose completamente el coste de la prima privada, incluso en el caso de que estos clientes privados sean ciudadanos de otros departamentos, repercutiendo el coste de sus tratamientos a la sanidad pública.

Es posible que en esos ahorros y en los ingresos extras, este el 20 % de eficiencia. En eso y para ser objetivos en una mayor productividad, ya que con menos personal, mas horas de trabajo y en buena parte de los colectivos con menos sueldo, hacen más. Las nuevas empresas (Hospital de Manises; Denia, Elx) están viendo como crecen las dificultades de sostener este modelo y están apretando a la Conselleria para que haga nuevas concesiones que les aseguren el beneficio (incorporación del hospital Militar al Hospital de Manises, renegociación de la cápita, derivando parte del gasto al hospital público mas cercano, etc...) mientras exprimen a sus profesionales. Ha comenzado además por parte de las Concesiones la búsqueda de nuevos socios financiadores, en empresas de capital riesgo del capital hasta ahora participado por las Cajas de Ahorro, que debido a sus dificultades financieras han planificado el abandono de este modelo de negocio que de momento no les produce mas que pérdidas. La presencia de estas empresas de capital riesgo, aumenta de manera considerable la incertidumbre sobre su futuro y debe alertar sobre la calidad y el alineamiento de sus intereses con los intereses de la sanidad pública. De todos es sabido que este tipo de empresas esperan sacar beneficios a corto sin importar mucho los objetivos de salud marcados por la Administración Publica.

Esta falta de límites entre lo público y lo privado, consentida y alentada por los sucesivos Gobiernos Valencianos del PP, para que el modelo por el que ha apostado no fracase, tiene un ejemplo claro en el nombramiento como gerentes de las Concesiones, de antiguos responsables de la Conselleria, en labores gerenciales o de comisionado, que podrá ser legal pero que dice muy poco de la necesaria separación público privado, que evite la parasitación de la sanidad pública. Mención especial es el tratamiento hacia la Fundación IVO que tiene adjudicados dos departamentos de salud como referencia en oncología, mas los pacientes que el resto de departamentos quieran enviar, sin que jamás se haya hecho una auditoria económica y de indicadores asistenciales de la prestación que ofrece.

La gestión de la Conselleria de Sanidad al margen del modelo Alzira, ha dejado bastante que desear. Somos la C.Autónoma la más endeudada globalmente, con un gasto sanitario de los

mas bajo por habitante,(1.078,95 para 2011) Estamos en la parte alta de la tabla en gasto farmacéutico por habitante (315,63 en 2009); en las zonas mas bajas de la tabla de CC.AA. por numero de médicos en A.P.(1,67 por 1000 hb.) y camas por mil habitantes (2,69). Junto con Canarias y Madrid, somos la Comunidad Autónoma que menos y peor ha aplicado la ley de la Dependencia, otro de los pilares del estado de Bienestar.

Últimamente se ha creado una plataforma de empresas de suministro sanitario que ante la morosidad de la Administración se han unido para defender sus intereses y los puestos de trabajo que aportan a la economía valenciana, amenazando con dejar de suministrar material imprescindible para el desarrollo normal de la asistencia sanitaria, sin que por parte de la Conselleria haya habido ninguna respuesta mas allá de vanas promesas de pago. Tal es la paralización de la gestión por la falta de liquidez y la enorme deuda que la Generalitat ha adquirido en todos los años de gobierno del PP

Con un nivel de satisfacción de los ciudadanos dentro la alta consideración de todos los ciudadanos del estado español, de las mas bajas.(6.45) (Baremo Sanitario)

Esta situación de bancarrota de la sanidad valenciana es la real y no la que predicen nuestros dirigentes una y otra vez hasta hacer de la propaganda gestión y que se supone que va sufrir un recorte aun más espectacular después del 22 de mayo.

Propuestas de ACDESA

Ante todo ACDESA quiere manifestar que en estas elecciones nuestro compromiso es con la Sanidad Pública, como derecho y lo que ella representa para todos los ciudadanos del País Valenciano. Por tanto será beligerante con aquellas propuestas que supongan recorte de derechos o de prestaciones que no estén basadas en la evidencia. Abogamos por no extender el modelo Alzira a ningún nuevo departamento y la evaluación independiente del actual para saber su grado de eficiencia. Exigimos una gestión eficiente y transparente con participación de los profesionales y supervisión de la ciudadanía mediante el impulso de los consejos de salud. Consideramos imprescindible dotar a la sanidad de una financiación suficiente a cargo de los presupuestos del estado. A continuación proponemos los puntos que consideramos necesarios en las nuevas políticas sanitarias.

- 1) Financiación: Incremento de la financiación sanitaria a nivel estatal como porcentaje del PIB hasta la media de la OCDE (0,5 diferencial en 2003)

- 2) Establecer una moratoria indefinida sobre el proceso de privatización de la gestión, el llamado modelo Alzira de concesiones administrativas, y evaluación en igualdad de condiciones que con el resto de departamentos de su eficiencia, sostenibilidad y calidad de atención. Para ello habrá que desplegar sistemas de información transparentes, que permitan la evaluación comparativa entre los departamentos sanitarios. Auditoria de las cuentas de las concesiones, sin descartar su reversión al final del periodo de la concesión.
- 3) Gestión transparente, pública y accesible del gasto sanitario. Delimitación de las relaciones público privado. Evaluación de políticas públicas. Profesionalización de la gestión sanitaria en base a la capacidad y el mérito y no a la afinidad ideológica. Transparencia y control entre los profesionales y la industria farmacéutica. La gestión transparente debe conllevar mecanismos efectivos y reales de participación de profesionales y ciudadanos en el funcionamiento y la gestión de los servicios sanitarios.
- 4) Potenciar la Atención Primaria de Salud con el desarrollo de la estrategia de AP-21, asegurándole una dotación económica y el desarrollo de las funciones de promoción y prevención, mayor autonomía y capacidad de resolución. Desarrollo de nuevos cometidos profesionales de mayor responsabilidad para el colectivo de enfermería, incrementando su papel en la atención del paciente en general y del crónico en particular. Así mismo ACDESA apoyaría el desarrollo, como experiencias piloto, de iniciativas de autogestión de la A.P. evaluables que puedan servir para mejorar su resolución, los resultados en salud, la satisfacción de profesionales y pacientes y la calidad y la eficiencia de la experiencia.
- 5) Hacer de los hospitales centros de eficiencia sanitaria, mediante la reorganización de la estructura, reorientándola al paciente y sus necesidades y a los procesos, lo que requiere un reordenación de los recursos, una concentración y uso adecuado de la tecnología y un mayor apoyo a la actividad en A.P. para evitar ingresos y estancia innecesarias.
- 6) Desarrollar y poner en marcha un modelo de atención a la cronicidad y socio sanitaria que reorganice los servicios, aumente la calidad y reduzca costes. Para ello hay que considerar el departamento de salud como la unidad territorial donde planificar la asistencia socio sanitaria. Coordinando o integrando recursos y procedimientos.
- 7) Disminuir las desigualdades entre departamentos. Hay que realizar una evaluación de las desigualdades en salud, tanto en el conjunto de la Comunidad Valenciana como dentro de los departamentos de salud, analizando los diferentes aspectos que pueden

influir en las mismas (nivel socioeconómico, género, política sanitaria y financiera aplicada, etc.) para poder desarrollar estrategias adecuadas para su reducción.

- 8) Garantizar la sostenibilidad del sistema sanitario a través de medidas de eficiencia y racionalidad: control y racionalización del gasto farmacéutico y tecnológico; disminución de la variabilidad asistencial, basándose en la evidencia científica; la no financiación de las terapias no resolutivas; aplicación de las TIC para favorecer la información entre los profesionales y la repetición innecesaria de pruebas;
- 9) Desarrollo de una política de personal que oriente la actividad asistencial por objetivos, con medición de resultados en salud y con parte de la retribución ligada al desempeño y consecución de objetivos. Para ello debe haber un sistema de definición y evaluación de metas basado en las necesidades de la población y de los pacientes, consensuado con los profesionales, ecuánime y transparente.
- 10) Desplegar políticas intersectoriales de salud, siguiendo la recomendación de la SESPAS “salud en todas las políticas” lo que supone alianzas estratégicas con ayuntamientos para el desarrollo de programas de ejercicio y promoción de la salud, contaminación atmosférica, accesibilidad urbana. Y con empresas para el desarrollo de alimentación y consumo saludable.
- 11) Hacer efectiva la participación ciudadana en las políticas de salud a través del impulso de los consejos de salud y las alianzas con las organizaciones ciudadanas vecinales, de consumidores, de pacientes y sociales
- 12) Potenciar la autonomía de los pacientes y su participación en las decisiones clínicas. Mediante la potenciación del consentimiento informado y del documentos de voluntades anticipadas, garantizando la confidencialidad de la información de salud de los ciudadanos depositada en las bases de datos públicas, a través de mecanismos de control democrático, excluyendo en todo caso el acceso, gestión o cesión de esos datos a entidades privadas o semiprivadas y persiguiendo de oficio cualquier violación de ello.

ACDESA

Valencia abril de 2011