



## BALANCE DE LA LEGISLATURA Y PROPUESTAS

### 1. INTRODUCCIÓN. El Derecho a la Salud Cuestionado

La Política sanitaria en Navarra en los últimos años se ha caracterizado por la implantación de medidas que, con la excusa de la crisis económica, generando una agresión continuada al Sistema Sanitario Público, eliminando su carácter universal y equitativo, reduciendo derechos y prestaciones, incorporando medidas de copago, y contribuyendo a aumentar la desigualdad social, procesos privatizadores al servicio de entidades bancarias, multinacionales sanitarias y fondos de inversión internacional.

Si bien estas políticas son más evidentes y radicales a nivel estatal y en algunas comunidades autónomas, Navarra no se ha mantenido ajena a estas medidas con reducciones presupuestarias, reajustes de personal y privatizaciones.

Con la aprobación en Abril de 2012 del Real Decreto Ley 16/2012, "*De medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones*", la asistencia sanitaria dejaba de ser un derecho de todas las personas y se convertía en una prestación vinculada a la condición administrativa de asegurado. Igualmente se restringían ciertas prestaciones y se rediseñaba el copago farmacéutico.

Con tres años de aplicación el balance no puede ser más negativo.

- Ha supuesto un gran retroceso cualitativo pues ha quebrado el principio de universalidad y ha dejado sin derecho a la asistencia ordinaria a inmigrantes irregulares. Las personas inmigrantes constituyen un colectivo especialmente vulnerable, que como el resto de la ciudadanía contribuyen a financiar la sanidad pública mediante los impuestos. Los jóvenes mayores de 26 años que hayan residido más de 3 meses en el extranjero a su vuelta al Estado pierden su derecho a la asistencia sanitaria.
- Sólo se reconoce el derecho de inmigrantes a determinada atención sanitaria: mujeres embarazadas (parto y postparto), menores y atención en urgencias. Trasladar la atención a la urgencia, trae resultados perniciosos: retraso en el diagnóstico y agravamiento de las patologías, también se ha llegado a facturar indebidamente por estos servicios, generando un efecto disuasorio y una ruptura de la continuidad asistencial que ponen en riesgo la salud personal y colectiva.
- En un contexto de crisis económica, el encarecimiento del acceso a algunos tratamientos como la exclusión de colectivos vulnerables, han generado un incremento relevante de las desigualdades en salud, contribuyendo, de igual manera, a aumentar los riesgos en salud. Desde el punto de vista de la Salud Pública los efectos de la Ley en supuestos infecto-contagiosos están por estudiar.
- Varios organismos de Naciones Unidas y del Consejo de Europa han señalado que esta reforma contraviene estándares internacionales de derechos humanos y han pedido al Gobierno Español que evalúe el impacto de la reforma sanitaria en términos de derechos humanos y también en términos económicos. Antes de implantar este RDL no se analizó ni comunicó el ahorro que iba a suponer y hasta la fecha tampoco se conoce la publicación de ninguna evaluación al respecto.

Cabe señalar que, en el caso de nuestra comunidad, ha habido una salvedad en cuanto al derecho al acceso a la asistencia sanitaria gratuita del sistema público sanitario. Esto es así porque a través de la Ley Foral 8/ 2013, aprobada por todos los grupos políticos a excepción de UPN y PP, se permite que toda persona residente en Navarra tenga ese derecho reconocido.

Esta medida, sin embargo, fue atacada y recurrida en su día, por inconstitucional, desde el Gobierno Central quedando suspendida hasta el Auto dictado el 15 de Abril de 2014 por el Tribunal Constitucional por el que se levantaba dicha suspensión. Hasta que no hubo este pronunciamiento se produjo cierto vacío legal y mucha incertidumbre y preocupación en aquellas personas que, por su situación administrativa, veían amenazado el derecho de acceso al sistema sanitario público.

Respecto al copago, Navarra no ha sido ninguna excepción y acató diligentemente lo establecido en el RDL.

## 2. LÍNEAS GENERALES DE LA LEGISLATURA. Sin orden y con conciertos

Las Políticas establecidas en La Comunidad Foral de Navarra no se apartaron de las medidas establecidas en el RDL 16/2012, y añadieron medidas restrictivas de la Hacienda Foral y del Departamento de Presidencia, limitando la autonomía del SNS\_O, reforzando y burocratizando su estructura y centralizando de forma extrema las decisiones, con una pérdida total de la autonomía de los centros.

La elaboración de Planes Estratégicos, nuevo Plan de Salud, cambio del modelo de atención, se han quedado en meros papeles mojados, alejados de la realidad diaria, que no han contado con participación real en su redacción ni en su implantación, ni han sido evaluados.

La incapacidad del Gobierno de UPN para llegar a acuerdos con el resto de grupos parlamentarios ha provocado que prácticamente toda la legislatura se haya funcionado con presupuestos prorrogados que no ha impedido que los responsables políticos sanitarios practicasen una política de recortes indiscriminados y ajustes de personal que van abocando al colapso del Sistema Sanitario Público.

La evolución del gasto real del SNS/O muestra que entre 2011 y 2013 este disminuyó un 11% (Se desconocen los datos de Gasto real de 2014).

Resulta especialmente llamativa la disminución en un 6% de los gastos del personal y de un 78% el de las inversiones. Bien es cierto que anteriores legislaturas de UPN/PSN se caracterizaron por el negocio del cemento sanitario con grandes obras de incierto futuro (Centro de investigación, Urgencias del Complejo...). Destaca el impacto de las políticas de copago aplicadas en las prestaciones farmacéuticas. Así si el gasto del SNS/O ha descendido del 2011 al 2013 un 19%, las aportaciones de los usuarios crecieron el 73%, pasando a suponer el 13% del gasto farmacéutico (en 2011 era el 7%). La pérdida de adherencia al tratamiento farmacológico a los pocos meses de aplicación de la Ley en las personas jubiladas ha sido estimada en torno el 17% de la prescripción a personas jubiladas

En la última legislatura la Consejería de Salud ha promovido cambios organizativos y de política de personal que han incrementado los procesos privatizadores del Servicio Navarro de Salud/Osasunbidea.

Los cambios más importantes han sido: la externalización de la gestión de las cocinas del Complejo Hospitalario de Navarra (empresa Mediterránea de Catering), la unificación de los Laboratorios Clínicos (empresa Abbot Diagnostics) y la disminución del Servicio público de limpieza hospitalaria (contratos rescindidos y aumento de las concesiones a la empresa MAJU).

Estos cambios, con diferente complejidad, tienen en común que se basan en análisis previos deficientes, nulos procesos participativos de profesionales y precipitación en el momento del cambio. El resultado ha sido la disminución de la calidad de los servicios dados y la movilización profesional y ciudadana.

El discurso oficial de medidas tomadas para mejorar la contrata con informes de las Comisiones de Salud del Parlamento, los profesionales sanitarios, las quejas de la ciudadanía y la Cámara de Comptos, que relatan efectos bien diferentes.

Según la Cámara de Comptos (junio 2014) externalizarla gestión de las cocinas del Complejo Hospitalario de Navarra supuso rescindir 128 contratos temporales, la aplicación de tres expedientes sancionadores a la empresa (84 anomalías), la presentación de 2322 quejas (2013 a mayo de 2014). "Si la gestión del servicio de cocinas hospitalarias no hubiera pasado a manos privadas y se hubieran adaptado, se habrían ahorrado 670.000 Euros en 2013" dijo la Cámara de Comptos.

Arbitrarias han sido igualmente las derivaciones a centros privados. Aumentaron notablemente las derivaciones para Resonancias y colonoscopias (16.000 y 1.500 respectivamente). También han aumentado de forma importante la derivación por ingresos hospitalarios y la rehabilitación.

En toda la legislatura se ha mantenido el Convenio con la Universidad de Navarra, abonando a esa entidad más de 5 millones anuales, para la asistencia del personal que trabaja en la universidad, sin que esta partida haya sufrido recortes similares a los del presupuesto sanitario público.

### **3. RECURSOS HUMANOS. Menos con menos**

En 2011, 10.160 personas trabajaban a jornada completa en el SNS/O. En 2013 este número bajó a 9.513 con una reducción del 6%.

Además se han reducido los contratos eventuales añadiendo a la reducción de un 6% de personal fijo, una reducción del 12% de la contratación eventual. Estas medidas políticas de destrucción de empleos agravan las ya de por sí elevadas cifras de desempleo.

En 2013 en el SNS trabajaban 9.513 personas (un 63% eran fijos). El 31% de personal fijo estaba en el tramo de edad de 56 a 65 años. Si se mantiene la falta de reposición de plantillas en 9 años sin cubrir las jubilaciones tendremos un 43% de personal fijo, lo que es insostenible para un buen funcionamiento del SNS/O. La última OPE se realizó en 2012 para enfermería. Un reciente anuncio inespecífico de una OPE es valorado por la mayoría de sindicatos como una promesa electoralista ligada a la convocatoria de las próximas elecciones.

### **4. LA SALUD PÚBLICA. Más allá de los programas estrella**

La ausencia de Políticas de Salud Pública que vayan más allá de la organización de la asistencia sanitaria es una de las carencias más claras de las últimas legislaturas de UPN.

La crisis económica plantea especiales retos a la Salud Pública ya que los factores determinantes de la salud como desigualdades sociales, económicas, de género, la inequidad, agudizan su impacto y plantean retos que es preciso abordar para garantizar la salud en todas las políticas y las correcciones de los impactos que la catástrofe social ha ocasionado. Así trabajar sobre la inmigración, trabajo, vivienda, políticas sociales o alimentación son políticas necesarias para paliar el impacto de la crisis sobre la salud, definiendo objetivos y estrategias de protección y promoción de la salud. Estos aspectos han sido abandonados al priorizarse únicamente la gestión asistencial.

La elaboración del Plan de Salud 2014-2020 habría sido el momento adecuado para reconducir y adecuar las estrategias pero nos encontramos que al plan elaborado le falta profundidad y concreción en el Diagnóstico de Situación, y sobre todo en todo aquello que tiene que ver con la desigualdad social, económica y la equidad en el acceso a los servicios públicos. El desarrollo tan exhaustivo de objetivos y líneas de acción, sin priorización, lleva a que sea un Plan poco operativo. Falta de concreción sobre los profundos cambios estructurales que requiere la transformación de modelo de atención y el desarrollo de instrumentos estratégicos, con carencias importantes en la acción política del Plan, débiles compromisos con la intersectorialidad, la Políticas de Salud Pública y la participación.

Como gran acción de salud pública destaca el inicio del programa de detección precoz de cáncer colorrectal, de forma forzada, por razones de imagen, ya que en su fase previa se habían puesto en evidencia muchas carencias comunes al funcionamiento del Departamento: limitada fundamentación técnica, nula participación de profesionales, escasa dotación presupuestaria completada con financiación privada (La Caixa), o privatización de pruebas complementarias programadas para hacer viable el programa.

En el periodo 2011-2015 las subvenciones del Departamento de salud a entidades sociales y ayuntamientos (VIH sida, drogodependencias, minorías étnicas, promoción de salud, asociaciones de enfermos etc.), han sufrido una disminución media de aproximadamente un 30%. En los años 2013 y 2014 la obra social de La Caixa, con la mediación del Departamento de Salud, ha financiado a asociaciones navarras que desarrollan programas en relación al VIH sida y a minorías étnicas. Esta privatización del apoyo a la acción social en salud, además de dejarla en manos privadas, la elimina como derecho, y se rige por criterios de opacidad ya que no existen mecanismos de transparencia en la adjudicación privada de fondos. Abre además la puerta a la privatización de aspectos nucleares para el sistema de salud como la participación, social, la investigación, o el funcionamiento de asociaciones de pacientes.

Otro hecho destacado ha sido el muy publicitado Plan de atención al Paciente Crónico. Al final de la legislatura solo se había iniciado y como piloto en 5 Zonas Básicas. Este plan se ha iniciado con excesivas sombras: documentos farragosos y poco trabajados para facilitar la participación y adhesión de profesionales, incorporación a agendas cargadas de plantillas recortadas, limitación a zonas piloto de las que una se descolgó, e insuficientes compromisos con el plan en las áreas de gestión, indefinición del papel de los distintos niveles y profesionales y su coordinación etc.

## **SALUD LABORAL Y MUTUAS. El zorro cuidando las gallinas**

Las políticas gubernamentales de salida a la crisis económica han degradado las condiciones de empleo y trabajo limitando los derechos de las y los trabajadores y determinando el incremento del número de personas expuestas a todo tipo de riesgos laborales especialmente los riesgos psicosociales en las empresas. El empeoramiento de las condiciones de trabajo, junto al desempleo, condiciona que a medio plazo se refleje en un incremento de las desigualdades en salud de la población.

Está en estudio el análisis el descenso de los índices de accidentalidad de los últimos años, y este descenso es posible que se deba al fraude generalizado en la declaración de accidentes de trabajo, llevado a cabo por mutuas y empresas ante la pasividad de las administraciones.

En estos últimos años también cambios legislativos han incrementado la desregulación y mercantilización del sistema preventivo privado, dependiente de la patronal, que existe en el Estado español.

El sistema asistencial de las contingencias comunes debido al RD 625/2014 ha hecho que disminuyan los derechos de las/los trabajadores, al posibilitar de control de las mutuas desde el primer día de baja (antes era desde el día 16), y al permitir el acceso a la historia clínica por los médicos del INSS, como un primer paso al acceso de los médicos de las mutuas a la misma. Este RD burocratiza la atención primaria al obligar a sus profesionales a elaborar informes complementarios y de control periódicos para sustentar el mantenimiento de la baja.

La Ley 35/2014 llamada de Mutuas refuerza la capacidad de derivación de pacientes desde el sistema público a las mutuas para la realización de pruebas diagnósticas y tratamientos en procesos de contingencia común. Parte de estas pruebas e intervenciones son realizadas en centros privados ajenos a las mutuas y son financiadas con el dinero de la Seguridad Social. Esta Ley abre también una nueva vía de descapitalización del Sistema sanitario público al establecer la posibilidad de firmar convenios entre las mutuas y el sistema [ ] público para la realización de pruebas y tratamientos con objeto de reducir listas de espera de éste último. Se establece así un doble sistema sanitario, uno el destinado a reparar cuanto antes a las/os trabajadores con medios suficientes para rentabilizar al máximo la mano de obra en las empresas y otro el sistema público, descapitalizado, dedicado a atender el resto de la población.

## **5. PLAN SOCIOSANITARIO. Del que siempre se habla y nunca llega**

El plan Foral de Atención Socio sanitaria de Navarra ha tenido, desde su origen en el 2000, dos importantes deficiencias: su limitada visión en la definición del espacio sociosanitario (centrado en la enfermedad crónica y la dependencia) y la falta de presupuesto. A lo largo de esta legislatura, no solo no se han corregido estas deficiencias, si no que la situación de crisis social ha supuesto mayores problemas de dependencia, de desigualdad y se ha dado una reducción de las oportunidades para mejorar la salud a sectores cada vez mayores de la población. En este contexto políticas de vivienda han dado beneplácito a los desahucios, los bancos de alimentos han desarrollado formas caritativas de hacer frente a los derechos sociales, la renta mínima de subsistencia ha sido más complicada de conseguir, las personas inmigrantes han tenido más dificultades para acceder a servicios de salud, las familias han tenido que asumir el cuidado de dependientes: niñ@s, crónicos, personas con enfermedad mental y las posibilidades de iniciativas sociocomunitarias han sido claramente menores etc. De esta manera se ha construido una sociedad con menores derechos sociales, con menores respuestas públicas, con menor coordinación entre Salud y Políticas Sociales.

## **6. ATENCIÓN PRIMARIA. El centro del sistema marginado**

A pesar de que todas las declaraciones públicas insisten en la importancia de contar con una Atención Primaria fuerte y resolutive, que además debe de abordar la prevención, la promoción y la investigación, la realidad es bien distinta.

El presupuesto que el SNS/O destina a Atención Primaria en Navarra oscila entre el 14 y el 15%, lejos del 25% que se plantean como adecuado, si queremos tener un sistema eficaz y accesible.

En Atención Primaria se ha dado una reducción drástica de las sustituciones, tanto por vacaciones como por enfermedad, todo ello en un marco de una enorme presión asistencial, llegando a reducir plazas de medicina y de enfermería con el argumento de que se quería "redistribuir" a los profesionales según necesidades.

El Plan de Mejora para AP, instaurado en 2010, que podía ser considerado como un elemento positivo, se ha quedado sin ninguna clase de seguimiento y los cambios organizativos que se plantearon no han sido evaluados ni modificados ni dotados de recursos para ello, bien al contrario sino que se ha reducido personal en épocas de vacaciones etc..

Las tareas a realizar en Atención Primaria, son cada vez más amplias y sofisticadas, como corresponde al nivel de importancia que tiene dicho nivel de atención. Sin embargo no se han visto acompañadas de la facilitación del necesario nivel de formación a los profesionales, con lo que estos se van desincentivando y la calidad del sistema se ha dañado. La Atención Primaria tiene un papel imprescindible en el desarrollo de la promoción y prevención de la salud de la comunidad, aspectos muy poco impulsados y potenciados a lo largo de esta legislatura.

Por otra parte en cuanto a la Atención continuada y urgente, el llamado “acuerdo” del 31 de enero de 2014, no partió del necesario posicionamiento por parte de la Administración a favor de un sistema en el que esta asistencia, fuese asumida por cada Centro de Salud y supusiese igualdad de derechos de toda la ciudadanía Navarra con independencia del lugar donde vive, lo que supone ajustes por zonas.

Ello ha conllevado una hipertrofia de los servicios de atención continuada y de urgencias generando un aumento indiscriminado de demandas no urgentes que pasaban a ser atendidas por estos servicios, con el riesgo de un intervencionismo innecesario, la ineficiencia global del sistema, los corporativismos crecientes derivados de la creación de nuevas categorías profesionales, y la fragmentación del sistema, que pone en bandeja las iniciativas privatizadoras.

El procedimiento tuvo escaso valor participativo y deficiente estudio de necesidades (solo de personas atendidas y sin considerar el tipo de demandas que se habían dado en los diferentes puntos). Y lo que es más grave este acuerdo se produce tras la desconsideración de la mayoría del parlamento (UPN, PSN, PP) a la Iniciativa Legislativa Municipal, ejemplo de participación social, aprobada por 172 ayuntamientos en favor de la equidad de acceso al sistema sanitario.

## **7. ASISTENCIA ESPECIALIZADA. La fusión forzada**

Si hay un hecho que ha marcado las actuaciones de esta legislatura ha sido la culminación del proceso de unificación del Complejo Hospitalario de Navarra (CHN) de los Hospitales de Navarra, Ubarmin y Virgen del Camino, proceso que aunque fue iniciado en la anterior legislatura de UPN, ha sido en estos últimos cuatro años cuando se han realizado la unificación de la mayoría de los Servicios asistenciales y no asistenciales.

Y tal como se inició se ha continuado, sin proyecto de futuro, con una falta de planificación de los recursos tanto físicos como de personal, sin definir qué modelo de hospital necesitamos para cubrir las necesidades de salud en los próximos años de forma eficiente.

Aunque a mitad de legislatura se cambió todo el equipo directivo del CHN, la falta de un modelo ha persistido, continuos cambios de directrices, unificaciones sin estudio de necesidades, nombramientos arbitrarios, buscando más lealtades incuestionables que una gestión coherente, todo ello rodeado de un discurso grandilocuente que ha chocado con una realidad de recortes indiscriminados, privatizaciones injustificables y desmotivación del personal.

Gestión Clínica, participación de los profesionales, fomento de la investigación, etc., son conceptos que más allá de la declaración de intenciones se han ido quedando por el camino, y han contribuido a no hacer creíble el desarrollo de un Sistema de Salud Público eficiente.

Esta incapacidad gestora, además de la mala coordinación entre Atención Primaria y Atención Especializada ha llevado a una caída continuada de la Actividad tanto de Consultas Ambulatorias, Pruebas Complementarias y de intervenciones Quirúrgicas, provocando un aumento generalizado en las Listas de Espera. Al finalizar 2014 el número de personas que estaban esperando una primera consulta fue 55.732 y otras 9.482 una intervención quirúrgica.

Ante la falta de planificación y gestión de las Listas de Espera, se ha optado por incrementar de forma indiscriminada la derivación de pacientes a centros privados para consultas y sobre todo para pruebas complementarias sin valorar previamente cómo abordar el problema con la utilización de recursos propios.

Las indiscriminadas inversiones de los anteriores gobiernos de UPN (fundamentalmente de ladrillo sanitario) unido a la política de recortes aplicada, han provocado que las inversiones cayeran a lo largo de la legislatura a niveles mínimos y como consecuencia ni tan siquiera se pudieron renovar equipos, teniendo que esperar hasta el final de la legislatura para poder abrir centros básicos como las Urgencias Unificadas, el pabellón C con su hospital de día, etc., quedando para una mejor ocasión los bloques quirúrgicos del antiguo HVC, las UCIS o el Centro de Investigación Biomédica.

En Ley de salud Mental se configuró una estructura directiva hiperdimensionada que se ha seguido mantenido durante toda la legislatura, a pesar de la política de recortes aplicados. La ley de garantías de espera, se ha centrado en garantizar plazos de espera para primera consulta, mientras que las revisiones se demoran cada vez más. Es muy difícil procurar tratamientos intensivos a quienes lo necesitan.



El tratamiento en los CSM, está excesivamente escorado hacia lo farmacológico (mayoría significativa de psiquiatras) en detrimento de técnicas propias de la psicología clínica, con evidencia científica contrastada y menos iatrogénicas a largo plazo.

En esta situación no se han podido establecer nuevos programas destinados a tratar los problemas derivados de la crisis como el desempleo y sus consecuencias en la salud mental. Igualmente queda pendiente el correcto abordaje de algunos trastornos como los Trastornos Límites de Personalidad, que encaja difícilmente en los actuales recursos intermedios, centros de rehabilitación, etc.

La promoción y prevención han desaparecido de hecho de la cartera de servicios de Salud Mental, y con una escasa coordinación con los encargados de la misma (Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra).

## **8. PLANIFICACIÓN FAMILIAR, SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA. Solo un efímero pasado**

La salud sexual y reproductiva es un ámbito de protección por parte de los poderes públicos para garantizar el disfrute de una vida sexual libre, satisfactoria y segura. Para ello es necesario una educación sexual y afectiva que abarque las diferentes etapas del desarrollo de las personas y los diferentes ámbitos de intervención: Centros de Atención a la Mujer, Centros Educativos, Centros de Salud y ámbitos juveniles. A lo largo de esta legislatura se ha dado un retroceso en las intervenciones públicas de educación sexual y afectiva, no habiéndose desarrollado las políticas educativas de la Ley Orgánica 2/2010 de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo.

La protección de la salud sexual y reproductiva tiene una singular significación para las mujeres, para quienes el desarrollo de su sexualidad y las decisiones relacionadas con la procreación pueden afectar sus vidas en diferentes órdenes. Las relaciones igualitarias, basadas en el respeto y el consentimiento mutuo y la responsabilidad compartida de la conducta sexual y sus consecuencias, son aspectos esenciales para una buena salud sexual y reproductiva.

En Navarra, no existe un protocolo para la Atención al Parto Normal, donde se respeten los derechos de las mujeres a una atención al parto normal basada en la evidencia científica. La Estrategia del Parto Normal del SNS, aprobada también por Navarra no se ha puesto en marcha en nuestra Comunidad.

En el año 2004, el Parlamento Navarro instó al Gobierno de Navarra, que pusiera los medios para que nuestros Centros Sanitarios, caminaran dirección IHAN (Iniciativa para la Humanización del Nacimiento y la Lactancia), no obstante, a día de hoy, solo uno de dichos centros se ha inscrito para poder optar a la acreditación IHAN.

La Atención domiciliaria al puerperio es una necesidad real en Navarra.

El Anteproyecto de Ley de Gallardón tenía como objetivo eliminar la actual ley de salud sexual y reproductiva y del aborto, que es una ley de plazos similar a la que existe en el resto de Europa. Gracias a la presión popular fue finalmente retirado, tras las distintas movilizaciones y pronunciamientos de colectivos feministas y de profesionales que se dieron en todo el Estado.

Los derechos sexuales y reproductivos y, entre ellos, la interrupción voluntaria del embarazo, son derechos humanos internacionalmente reconocidos por las conferencias de El Cairo y Beijing. El Consejo de Europa en 2008 insta a los Estados miembros a que garanticen la interrupción del embarazo como una práctica accesible y segura y la OMS enfatiza que debe ser una prestación dentro de la sanidad Pública.

En Navarra a lo largo de los años ha sido constante las políticas regresivas y represoras desarrolladas por los sucesivos gobiernos, empezando por la imposibilidad de IVE dentro de la sanidad pública y continuando la imposibilidad de desarrollar programas educativos sobre sexualidad tanto en los centros sanitarios como en los educativos.

En Navarra, no existe la posibilidad de realizar abortos dentro de la Sanidad Pública, lo cual demanda a todas luces una reforma urgente. Según los datos de 2013, de las 1051 interrupciones realizadas, 790 (75%) se realizaron en la clínica privada mientras que otras 261 mujeres hubieron de recurrir a otras comunidades autónomas.

## **9. FORMACIÓN e INVESTIGACION. Depender de lo privado.**

La docencia y la investigación son otro de los apartados largamente olvidados en las prioridades sanitarias. La docencia es necesaria para mantener a los profesionales sanitarios actualizados, y esta depende aquí y ahora en su mayor parte de la industria farmacéutica con lo que ello conlleva de servilismo, pues ya es conocido el dicho de “quien regala bien vende”. En los últimos años los cursos organizados por el Departamento de Salud requieren que el profesional pague la cuota de inscripción y muchas veces han de ser realizados fuera de la jornada laboral. Resulta llamativo que la

existencia de una Facultad de Medicina en Navarra no aporte ningún valor formativo al Sistema Sanitario Público, y si por el contrario se aprovechan de éste para la formación y prácticas de sus estudiantes de medicina y enfermería.

Algo similar sucede con la investigación, la que se realiza se basa en el voluntarismo y tiempo libre de algunos profesionales y con escasos apoyos institucionales.

La puntilla a esta precariedad investigadora la ha dado el planteamiento impuesto por el Departamento de Salud para la creación del Instituto de Investigación Sanitaria de Navarra, que no defiende su función de instrumento de apoyo a la investigación pública, sino que se somete a las directrices e intereses de la Universidad Privada de Navarra. Se prima a una entidad privada a la que se le entrega la dirección de las líneas de investigación futuras y se le otorga derecho a veto. Esto deja abierta la puerta para poner a su servicio la totalidad de recursos del sistema público, cuando sus intereses buscan áreas de negocio y lucro privado.

---

## 12 PUNTOS BÁSICOS PARA UN ACUERDO EN DEFENSA DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO

Es imprescindible articular una gran consenso social y sanitario en defensa del Sistema Sanitario Público (SSP) que cuente con el apoyo de los grupos parlamentarios, partidos políticos, sindicatos, Ayuntamientos, etc., que acuerde las iniciativas básicas que se han de llevar a cabo para garantizar la sostenibilidad y potenciación de la Salud Pública (SP).

Este consenso incluiría:

1. Garantizar la **Universalidad de la asistencia sanitaria**, instar al Gobierno estatal a derogar el RD 16/2012, y desarrollar la normativa necesaria para garantizar una Universalización real, integrando todos los sistemas de paralelos existentes, (MUFACE, MUJEJU, ISFAS, mutuas laborales, etc.), asegurando la equidad y el acceso a la asistencia sanitaria según necesidades.
2. Acordar una **financiación suficiente del Sistema Sanitario Público**, facilitando un escenario presupuestario estable para toda la legislatura, que tienda a equiparar nuestro gasto sanitario al de los países de la UE de similar renta. Se basaría en Políticas fiscales redistributivas y justas e incluiría un buen control y racionalización de gastos, especialmente del gasto farmacéutico tanto el de Atención Primaria como el hospitalario.

Comprometer las líneas de subvención del Departamento de Salud del Gobierno de Navarra, asumiendo la responsabilidad pública en el desarrollo de los programas de prevención, promoción y autoayuda, en colaboración con las entidades sociales y ayuntamientos.

3. Definir una **política de personal** que acabe con los recortes, la inestabilidad de las plantillas, la precariedad de contratos temporales. Planificar con transparencia las necesidades futuras de profesionales, reposición de jubilaciones y definir OPEs periódicas en Navarra.
4. Reelaborar el **Plan de Salud** para que a partir de un análisis a fondo de los determinantes de salud incorpore objetivos de salud, especialmente contra las desigualdades, con una cartera de servicios de salud pública, prestaciones de **protección y promoción de la salud**, prevención de la enfermedad que oriente y racionalice las actuaciones del sistema, frente a la actual estrategia de medicalización de las relaciones sanitarias y de utilización intensiva de los recursos tecnológicos.
5. En Salud Laboral es necesario el cambio de modelo apostando por la integración de las competencias y recursos financieros de los servicios de prevención y las mutuas en el Sistema Sanitario Público. .
6. **Actualizar y desarrollar plenamente el Plan Sociosanitario** de Navarra dotándolo de presupuesto y recursos para coordinar las intervenciones sanitarias con las intervenciones sociales.
7. **Potenciar la Atención Primaria** ya que es la clave de un SSP eficiente, priorizar su financiación hasta alcanzar el 20% del presupuesto, fomentar su mayor capacidad de resolución y una coordinación real y eficaz con el resto de niveles asistenciales y sociosanitarios, impulsar el trabajo de prevención y promoción de salud y la capacitación de los pacientes para su mayor autonomía de cuidado y control de su salud y su enfermedad.
8. **Readecuar la Atención especializada** definiendo un nuevo modelo hospitalario, más coordinado entre servicios y con atención primaria, adaptándose a los nuevos patrones de enfermedad, cronicidad, ambulatorización de procesos, etc. Establecer de forma precisa las **indicaciones en el uso de las tecnologías diagnósticas y terapéuticas** para cada proceso y evaluarlas, para así conseguir disminuir los tiempos de demora y ser más eficientes. Acordar protocolos entre las diferentes especialidades y niveles asistenciales. Utilización intensiva de los recursos propios del sistema sanitario público, acabando con las derivaciones sistemáticas. Definición de recursos de hospitalización para personas con problemas crónicos e incorporación a la dotación pública de esos recursos (media estancia, hospitalización a domicilio, geriatría, cuidados paliativos...)
9. **Implantación de programas de educación afectivo sexual y fomento de la salud sexual y reproductiva**, garantizando la cobertura del 100% de la población. Cobertura de los IVE en la red sanitaria pública navarra. Que se aplique en Navarra la “Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal” de la Estrategia del Parto Normal del SNS. Que se pongan los medios para conseguir que los Centros Sanitarios, tanto Hospitalarios como Centros de Atención a la Mujer y Centros de Salud de Navarra puedan optar a ser centros acreditados IHAN (Iniciativa para la Humanización del Nacimiento y la Lactancia).Que se ejecuten las acciones necesarias para que la atención domiciliaria en Navarra del puerperio se pueda llevar a cabo según recoge el decreto foral al respecto.
10. **Formación e investigación**. Hay que asegurar la formación continuada de los profesionales de la salud, de manera independiente de la industria farmacéutica, definir planes formativos que sirvan para capacitar al personal en nuevos roles y tareas. De la misma forma la Sanidad Pública debe de invertir en Investigación, el Instituto de



Investigación Sanitaria de Navarra debe constituirse en el referente investigador de la Sanidad Pública, modificando su composición actual, incorporando a la Universidad Pública de Navarra y siendo el control de su gestión plenamente públicos. Habilitación de estudios de grado de medicina en la UPNA.

11. Establecer la **participación de los profesionales y de la población** en la planificación, control y evaluación de las actividades del sistema, de sus niveles de gestión y de sus centros sanitarios. Garantizar mecanismos eficaces de Participación de profesionales y ciudadanos
  12. Todas estas propuestas y cualquier acción que se desarrollen en el SSP deberán ser **evaluadas permanentemente, basarse en la evidencia, ser sostenibles y que aseguren la calidad** de los centros sanitarios, permitiendo el acceso público y transparente a los datos actualizados de la Sanidad Pública.
- 

Navarra/Nafarroa. Abril de 2015

Contacto: [adsp.open@gmail.com](mailto:adsp.open@gmail.com)

Síguenos en:

- Twitter: <https://twitter.com/OPENNavarra>
- Facebook: <https://www.facebook.com/adspn.nopae>