

Sobre la Prescripción enfermera

La Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública ante la aprobación por el Consejo de Ministros del Real Decreto de Prescripción Enfermera, tiene que señalar:

1 Como es conocido el RD hasta ahora vigente sobre prescripción enfermera, aprobado en 2015 en la época del ministro Alonso establecía una serie de limitaciones inaceptables e irrazonables sobre las actividades de la enfermería relacionadas con los medicamentos que fueron mayoritariamente rechazadas por la mayoría de las organizaciones profesionales y que solo respondían a los intereses corporativos de los Colegios de Médicos.

2 Desde la FADSP rechazamos el RD de 2015 y venimos señalando reiteradamente el desarrollo de la prescripción enfermera en línea con lo establecido en países como el Reino Unido en los que existe una dilatada experiencia y una evaluación muy positiva de la misma, de manera que se fo-

mente la autonomía profesional y la mejora de su actuación profesional.

3 La nueva regulación aprobada por el Consejo de Ministros mejora de manera sustancial la situación previa al permitir la prescripción enfermera de manera autónoma en los casos en que no se precisa receta médica, en los que están vinculados a una actuación enfermera (vacunas, etc) y en aquellos casos en que se realice mediante protocolos previamente establecidos. Además se establece la acreditación por parte de la administración sanitaria en el caso de prescripción autónoma que será automática para quienes tengan mas de un año de ejercicio profesional.

4 Creemos que todavía queda por desarrollar mas la prescripción autónoma de enfermería pero que es evidente que se da un paso adelante y se acaba con una situación claramente insostenible y discriminatoria. ◆

CANARIAS

La ADSP contra la privatización del Servicio de Medicina Nuclear del Hospital Dr. Negrín

En 2005 se diseñó la privatización del Servicio de Medicina Nuclear en el Hospital Dr. Negrín. En medio de la boyante situación económica del momento, se argumentó que era más barato y rápido implementar el nuevo servicio "externalizándolo" y dejándolo en manos de una empresa privada. El resultado fue llamativo, desde entonces funciona en los sótanos del Dr. Negrín una unidad dirigida por Hospitales San Roque y pagada con dinero público.

En el año 2015 finalizó el contrato, y sus prórrogas, por lo que desde esa fecha el servicio de Medicina Nuclear ha seguido gestionado por San Roque en una situación de ilegalidad y con la connivencia del Gobierno de Canarias. En el año 2016, Jesús Morera, consejero de Sanidad en aquel momento, anunció la recuperación pública de la medicina nuclear del Dr. Negrín, cuestión que podía realizarse pues ya no había contrato vinculante, se contaba con los informes favorables sobre su viabilidad financiera y el apoyo de la dirección y del personal del propio Hospital. De ese momento data un informe que indicaba un ahorro de casi 785.000 euros anuales para el Servicio Canario de la Salud en caso de que la gestión pasara a manos del Hospital Dr. Negrín.

No duró mucho la iniciativa, pues en diciembre de ese mismo año, Jesús Morera fue destituido y en su lugar nombrado JM Baltar como Consejero de Sanidad del Gobier-

no de Canarias. Como es sabido, JM Baltar era, hasta ese momento, director de operaciones del Grupo San Roque, principal perjudicado de la recuperación para lo público del servicio de Medicina Nuclear.

Nos enteramos por la prensa ahora, de la existencia de un informe que justamente señala en la dirección contraria a los informes que realizó el propio Hospital Doctor Negrín. Al parecer, los nuevos informes, que no se han publicado, indican que la privatización del servicio es ventajosa. Anuncian además la publicación de un nuevo concurso de privatización que no ha sido consensuado ni en el Parlamento, ni en el llamado Compromiso por la Sanidad, tampoco con los profesionales sanitarios, ni con los colegios profesionales ni con los sindicatos.

Además, es sospechoso que en ese mismo Hospital se haya destapado un caso tan vergonzoso como el del Jefe de Oncología Radioterápica, que mantenía negocios millonarios precisamente con la Clínica San Roque.

Está claro que el equipo actual de la Consejería de Sanidad busca el consenso en cuestiones de tipo menor, pero que las cuestiones esenciales que afectan al presente e hipotecan el futuro no son motivo de discusión. La privatización plena del Servicio de Medicina Nuclear del Hospital Dr. Negrín supone un nuevo agravio a la sanidad pública canaria. ◆

Sobre la Prescripción enfermera

La Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública ante la aprobación por el Consejo de Ministros del Real Decreto de Prescripción Enfermera, tiene que señalar:

1 Como es conocido el RD hasta ahora vigente sobre prescripción enfermera, aprobado en 2015 en la época del ministro Alonso establecía una serie de limitaciones inaceptables e irrazonables sobre las actividades de la enfermería relacionadas con los medicamentos que fueron mayoritariamente rechazadas por la mayoría de las organizaciones profesionales y que solo respondían a los intereses corporativos de los Colegios de Médicos.

2 Desde la FADSP rechazamos el RD de 2015 y venimos señalando reiteradamente el desarrollo de la prescripción enfermera en línea con lo establecido en países como el Reino Unido en los que existe una dilatada experiencia y una evaluación muy positiva de la misma, de manera que se fo-

mente la autonomía profesional y la mejora de su actuación profesional.

3 La nueva regulación aprobada por el Consejo de Ministros mejora de manera sustancial la situación previa al permitir la prescripción enfermera de manera autónoma en los casos en que no se precisa receta médica, en los que están vinculados a una actuación enfermera (vacunas, etc) y en aquellos casos en que se realice mediante protocolos previamente establecidos. Además se establece la acreditación por parte de la administración sanitaria en el caso de prescripción autónoma que será automática para quienes tengan mas de un año de ejercicio profesional.

4 Creemos que todavía queda por desarrollar mas la prescripción autónoma de enfermería pero que es evidente que se da un paso adelante y se acaba con una situación claramente insostenible y discriminatoria. ◆

CANARIAS

La ADSP contra la privatización del Servicio de Medicina Nuclear del Hospital Dr. Negrín

En 2005 se diseñó la privatización del Servicio de Medicina Nuclear en el Hospital Dr. Negrín. En medio de la boyante situación económica del momento, se argumentó que era más barato y rápido implementar el nuevo servicio "externalizándolo" y dejándolo en manos de una empresa privada. El resultado fue llamativo, desde entonces funciona en los sótanos del Dr. Negrín una unidad dirigida por Hospitales San Roque y pagada con dinero público.

En el año 2015 finalizó el contrato, y sus prórrogas, por lo que desde esa fecha el servicio de Medicina Nuclear ha seguido gestionado por San Roque en una situación de ilegalidad y con la connivencia del Gobierno de Canarias. En el año 2016, Jesús Morera, consejero de Sanidad en aquel momento, anunció la recuperación pública de la medicina nuclear del Dr. Negrín, cuestión que podía realizarse pues ya no había contrato vinculante, se contaba con los informes favorables sobre su viabilidad financiera y el apoyo de la dirección y del personal del propio Hospital. De ese momento data un informe que indicaba un ahorro de casi 785.000 euros anuales para el Servicio Canario de la Salud en caso de que la gestión pasara a manos del Hospital Dr. Negrín.

No duró mucho la iniciativa, pues en diciembre de ese mismo año, Jesús Morera fue destituido y en su lugar nombrado JM Baltar como Consejero de Sanidad del Gobier-

no de Canarias. Como es sabido, JM Baltar era, hasta ese momento, director de operaciones del Grupo San Roque, principal perjudicado de la recuperación para lo público del servicio de Medicina Nuclear.

Nos enteramos por la prensa ahora, de la existencia de un informe que justamente señala en la dirección contraria a los informes que realizó el propio Hospital Doctor Negrín. Al parecer, los nuevos informes, que no se han publicado, indican que la privatización del servicio es ventajosa. Anuncian además la publicación de un nuevo concurso de privatización que no ha sido consensuado ni en el Parlamento, ni en el llamado Compromiso por la Sanidad, tampoco con los profesionales sanitarios, ni con los colegios profesionales ni con los sindicatos.

Además, es sospechoso que en ese mismo Hospital se haya destapado un caso tan vergonzoso como el del Jefe de Oncología Radioterápica, que mantenía negocios millonarios precisamente con la Clínica San Roque.

Está claro que el equipo actual de la Consejería de Sanidad busca el consenso en cuestiones de tipo menor, pero que las cuestiones esenciales que afectan al presente e hipotecan el futuro no son motivo de discusión. La privatización plena del Servicio de Medicina Nuclear del Hospital Dr. Negrín supone un nuevo agravio a la sanidad pública canaria. ◆

La ADSPN ante la elaboración de los Presupuestos de Navarra para 2019

Recientemente se ha presentado al Parlamento el anteproyecto de Presupuestos del Gobierno de Navarra para 2019, los últimos de esta legislatura y que en los próximos meses se debatirán en el Parlamento

La Asociación para la Defensa de la Salud Pública de Navarra/Nafarroako Osasun Publikoaren Aldeko Elkarte (ADSPN/NOPAE) quiere difundir algunos criterios básicos que esperamos sean tenidos en consideración.

En primer lugar, y como hemos manifestado en diversas ocasiones, no consideramos que lo prioritario sea defender un crecimiento significativo del gasto sanitario total si no va acompañado de políticas coherentes orientadas a un uso más eficiente de los recursos actualmente asignados y una mejor definición de las prioridades, así como una mayor inversión en gasto social de otros Departamentos y una gestión comprometida y eficiente del Presupuesto de Salud.

En cualquier caso, el gasto público actual se puede considerar bajo, algo superior al 5% del PIB de Navarra, máxime si tenemos en cuenta que el gasto público en Salud de todo el Estado para 2017 ha sido del 6,5%; en ambos casos cifras muy alejadas de países de nuestro entorno con niveles de desarrollo económico y sistemas sanitarios similares (Francia y Dinamarca: 8,7%; Reino Unido: 7,9%; Suecia: 9,2%; Canadá: 7,2%). Aunque en Navarra el gasto público en Salud per cápita sea de los más altos de las CCAA, hay un amplio margen de mejora si se quiere apostar por políticas públicas.

Una de las áreas de mejora de la eficiencia y de reconfiguración de las prioridades es contener y revertir el gasto farmacéutico. Sin embargo, esta partida sigue incrementándose –este año en un 2,6%– suponiendo el 24% del gasto total. El control del gasto farmacéutico se debería basar, entre otras medidas, en un exhaustivo control de tratamientos que no han demostrado una evidencia en la mejora de la salud tanto en calidad de vida como de supervivencia.

Como referencia al excesivo gasto en medicamentos, mencionar que sólo el gasto público en medicamentos supone el 1,2% del PIB en Navarra, mientras que países como Suecia presentan un gasto total (público y privado) del 1,1% de su PIB; el Reino Unido el 1,2% o Dinamarca el 0,7%.

Otra acción prioritaria, es el control del gasto hospitalario, que en la actualidad supone casi el 56% del gasto total, habiéndose incrementado en un 3,2%, exactamente el doble de incremento de lo destinado a Atención Primaria. Es fundamental el tomar medidas orientadas a disminuir los ingresos hospitalarios, a incrementar las intervenciones y procedimientos ambulatorios, a aumentar la hospitalización domiciliaria para disminuir la necesidad de camas en hospitalización convencional y a un trabajo más integrado y 2 coordinado con la AP. Los ahorros en estos costes, tanto de personal como de dispositivos, deberían revertir en incremento de personal y servicios a prestar desde AP.

Dentro de las políticas redistributivas se debe priorizar el compromiso de gasto en Atención Primaria (AP), haciendo realidad el discurso público de nuestros responsables sanitarios sobre la importancia de la AP para garantizar la sostenibilidad del Sistema Sanitario Público (SSP), mediante una atención integral e integrada, con una AP empoderada y con mayor capacidad de resolución. La Promoción de la salud y la Salud Comunitaria cobran en este campo una importancia relevante. Por ello observamos con gran preocupación que el presupuesto destinado a Centros de Salud de Navarra de Atención Primaria ha disminuido en un 3,5%, siendo el Área de Salud de Estella la más castigada con una disminución de 5,8%. El total de gasto en Atención Primaria se ha incrementado solamente en un 1,6%, cifra muy escasa, teniendo en cuenta que se incluye en la misma las emergencias y Servicios especiales de Urgencia, que han aumentado en un 32,9%. El total de gasto en Atención Primaria supone un 14,4% del total del gasto, porcentaje inferior al del Presupuesto del año pasado.

Es particularmente criticable el escaso aumento de la partida presupuestaria para Salud Mental, en solo un 3,4%, habida cuenta de la preocupante situación en este campo.

En general, la política actual de Conciertos es una línea que se debe revisar. Hay que volver a insistir en la necesidad de análisis y evaluaciones rigurosas de las alternativas para prestar la Asistencia sanitaria con medios propios, bien adquiriéndolos o reorganizando los existentes a fin de optimizarlos, tal como hemos insistido desde la ADSPN/NOPAE y recomendaba la Cámara de Comptos en el año 2011.

En relación a los gastos de personal, hay que señalar que es alarmante el que el Presupuesto destinado a personal no fijo represente nada menos que el 47% del total de gasto en personal previsto. Por otra parte, el posible incremento presupuestario debe orientarse a redimensionar recursos hospitalarios y estabilizar e incrementar plantillas prioritariamente en AP, a garantizar que las y los profesionales tengan tiempo para formarse, investigar, discutir y ser críticos, pues eso mejoraría claramente la calidad de la atención.

Resulta llamativa la importante disminución que se produce en todos los ámbitos (tanto en AP como en Atención Especializada) en las partidas destinadas a inversiones. Si bien no se debería caer en un desarrollismo tecnológico, si creemos que debería desarrollarse un Plan de inversiones sostenible, que vaya renovando infraestructuras que se van quedando obsoletas y presenten dificultades para atender e implantar los servicios existentes.

Hay Centros de Salud que no se han renovado desde que se construyeron; Centros de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva que se mantienen como hace 30 años, Hospitales que no han sido renovados etc. Se precisa un Plan de inversión que mire al futuro y aproveche las mejoras económicas de este período. Si no, el deterioro de los Servicios Públicos en el futuro puede ser muy evidente. ◆

AGDSP GALICIA

Puertas Giratorias en la crisis de POVISA

Ante la información de la existencia de negociaciones entre POVISA-SERGAS para evitar la quiebra anunciada por este hospital privado con Concierto Singular, desde la Asociación Galega para a Defensa da Sanidade Pública queremos comunicar:

1. Consideramos que la crisis de este hospital privado, que atiende a pacientes de la sanidad pública, esta determinada por cuentas poco claras, conflictos de intereses y puertas giratorias.
2. La auditora de Povisa es Deloitte, que participó en la fusión de las cajas gallegas y en la salida a bolsa de Bankia, y que no encontró los agujeros millonarios de esta entidades financieras.
3. Maria Luisa Brandt, ex directiva, fue auditora de Caixa Nova durante la crisis y es la actual Gerente de POVISA
4. Tras llegar Feijóo, Rocio Mosquera, directiva de Povisa fue nombrada Directora General del Sergas y posteriormente Conselleira de Sanidade mientras que María Luisa Brandt fue nombrada Gerente de Galaria SA, empresa pública de la Conselleria de Sanidade. El Consello de Contas advierte de los graves problemas de su gestión y de las cuentas poco claras de Galaria, lo que genera dudas sobre las cuentas que actualmente aporta Povisa para justificar el Pre-Concurso de Acreedores. .
5. Rocío Mosquera tras ser cesada en la Consellería, sustituyó a María Luisa Brandt en GALARIA, que a su vez fue nombrada gerente de Povisa (intercambio de cromos). Esta última paso de gestionar una empresa dependiente de la Consellería de Sanidade (con acceso a información sanitaria pública especialmente sensible de los pacientes del área de Vigo y o Morrazo), a gestionar el hospital privado con Concierto Singular con el SERGAS.

6. A pesar de la escasa información disponible sobre las negociaciones entre SERGAS y POVISA para evitar la quiebra de este hospital privado, parece que la administración ofreció hacerse cargo del gasto en medicamentos generado en el centro para pacientes ambulatorios. Esto supondría que POVISA prescribiría una medicación (cada vez más costosa) que sería pagada por el SERGAS, algo muy peligroso para el gasto público a medio y largo plazo, teniendo en cuenta además la ausencia de delimitación de la atención de los pacientes públicos y privados denunciada por el Consello de Contas). POVISA parece que también pretende una subida en el concierto como ha venido haciendo a lo largo de los años (pese a ser el mas elevado del Estado).
7. Ante todo esto, instamos a la Consellería de Sanidad a que haga pública su intención de no permitir el chantaje empresarial y anunciar que, por el interés general, pasará a gestionar directamente el hospital POVISA, en caso de que la empresa no garantice la asistencia sanitaria de la población asignada y los puestos de trabajo.
8. También reclamamos una auditoría real y creíble de la gestión del dinero público entregado a la empresa que gestiona POVISA, y exigimos el compromiso de no entregar un euro más hasta no tener hecha esa auditoría.
9. Y finalmente hacemos un llamamiento a las fuerzas sociales, políticas y sindicales para que se establezca un plan a medio plazo, para ir sustituyendo el concierto singular por recursos sanitarios públicos, que permita finalizar con la situación de chantaje permanente que vivimos en el área sanitario de Vigo. ◆

Visita nuestra página web:

www.fadsp.org



- **PRENSA**
- **NOTICIAS**
- **ENLACES**
- **COMUNICADOS**
- **PUBLICACIONES**
- **...Y MUCHO MÁS**

FACEBOOK: La red social por antonomasia cuenta con nuestro perfil de @FADSPU, al que te invitamos a unirse y sumarte a los más de 10000 seguidores que ostentamos en la actualidad. No dudes en interactuar con nuestra organización así como, difundir todo aquello que creas oportuno.

TELEGRAM: Puedes unirse al canal de de FADSP en esta plataforma: <http://t.me/FADSPU>

WEB

TWITTER: Nuestro perfil (@FADSPU) en la red de la inmediatez y la información supera los 3000 seguidores. Movilizaciones, directos y mucho más, no dudes en seguimos.

28 nº 154 • Diciembre 2018

ADSP ILLES BALEARS

Baleares: Listas de Espera

Comunicado de l'Associació per a la Defensa de la Sanitat Pública de les IB: ADSPIB

Desde la ADSP-IB queremos manifestar nuestra sorpresa, al tiempo que nuestra más firme oposición, a la anunciada aprobación del decreto de demora como solución a las injustificables listas de esperas que los usuarios de la sanidad pública inexplicablemente deben soportar. Desde nuestra asociación siempre hemos defendido que cualquier medida que no fuese estructural, es decir, encaminada a la mejora de los recursos propios para atender la actividad, es una pérdida de tiempo y un despilfarro de los recursos públicos, que los políticos y gestores deben gestionar para resolver con eficiencia los problemas de la ciudadanía.

Hace 2 años comenzó un plan de choque contra la lista de espera que se dijo que iba a costar 14 millones de euros y cuyo objetivo principal era reducir a cero el número de personas que esperan más de seis meses para una intervención quirúrgica o más de dos meses para una consulta (nota de prensa del Servei de Salut 20/10/16). Han pasado 2 años y hay el mismo número de personas esperando una intervención quirúrgica (13.587 pacientes con una demora media de 84,2 días) y casi 900 personas esperando más de 6 meses. Es cierto que se ha conseguido disminuir la demora media, ya que entonces había 2800 pacientes esperando más de 6 meses; sin embargo, no se ha conseguido disminuir el número total de personas en la lista de espera. La ADSP-IB hizo un comunicado hace un año anticipando que las listas no disminuían y que estaba volviendo a subir la demora (<http://adspillesbalears.org/2017/07/comunicado-de-la-adsp-ib-sobre-la-gestion-de-las-listas-de-espera/>)

Siempre hemos manifestado que las mal llamadas peonadas de profesionales para solventar las listas de espera es una medida llena de perversiones y sin ninguna garantía de éxito, como ha quedado otra vez demostrado después de estos tres años de aplicación, en los que a pesar de la inversión de una gran cantidad de recursos y presupuesto, esta medida ha resultado nuevamente infructuosa. Para empeorar las cosas, y llegados al final de la legislatura, se decide relanzar el famoso decreto de demora. Esta medida no supone otra cosa que transferir la actividad que debería realizarse en la sanidad pública a la sanidad privada, lo que conduce a un continuo de conflicto de intereses, tanto por parte de los gestores que alternan la gestión pública con la privada, como de los profesionales que trabajan en la sanidad pública al tiempo que mantienen grandes intereses en la sanidad privada.

La solución no es seguir gastando en nuevos planes de choque ni aplicar un decreto de garantía de demora para derivar a

los pacientes a hospitales privados, porque eso ya se ha probado y, previsiblemente, dentro de 2 años la situación será igual o peor.

Entendemos que la provisión pública de los servicios sanitarios debe realizarse en los centros sanitarios públicos, y que los presupuestos públicos deben ser invertidos y gastados en servicios públicos. El decreto de garantía de demora hace todo lo contrario. En lugar de contratar más personal y ampliar el uso de los recursos públicos, se opta por subcontratar a empresas privadas para que hagan un trabajo que la sanidad pública no puede, no sabe o no quiere solucionar. La aplicación de estas políticas no hará sino seguir aumentando los conciertos público-privados y la derivación de la provisión de servicios públicos a manos privadas, cuyo presupuesto en servicios asistenciales de atención especializada prestados por terceros aumentó en un 22 % el año pasado.

Las listas de espera se merecen un verdadero plan de transformación de la actividad, porque mientras los planes estratégicos no introduzcan mejoras estructurales y organizativas, estas solo están siendo maquilladas en base a la continua actividad extraordinaria de los propios profesionales. En esta legislatura no se ha presentado, hasta el momento, un proyecto de adecuación de recursos para una gestión a largo plazo de las listas de espera, imprescindible para generar las condiciones necesarias para que la población sea atendida por el sistema sanitario público.

Creemos que para conseguir una gestión más eficaz de las listas de espera, debe promulgarse una normativa sobre incompatibilidades que imposibilite la actividad de gestión en un hospital público con la actividad en un hospital privado. Hay que evitar que los profesionales de la sanidad pública concurren en conflictos de intereses gestionando un servicio que genera listas de espera, que van a ser resueltas por otros servicios de los que también reciben emolumentos por la misma actividad.

Además, deberían darse a conocer los datos sobre la distribución por especialidades, servicios y hospitales de los pacientes en la lista de espera. Ésta sería una forma de conocer la eficacia de la gestión clínica de los servicios implicados y ayudaría a decidir las medidas correctoras a tomar.

La solución al problema de las listas de espera debe venir de la mano de la innovación en la gestión, de un detallado análisis de la situación y del compromiso de los profesionales con la empresa pública para la que trabajan, con los usuarios a los que atienden y con la mejora de la calidad del servicio público. ◆