

ADSP GALICIA

Las listas de espera no mejoran

Ante la publicación de las Listas de Espera de la sanidad pública gallega la Asociación Galega para a Defensa da Sanidade Pública quiere comunicar que:

1 Continúa la política de ocultamiento de las mismas, ya que solo se publican las listas estructurales sin proporcionar ninguna información de las no estructurales que podrían suponer el doble de las conocidas. Ahora las listas se publican cada seis meses en lugar de cada tres, como se realizaba hasta ahora y solo de los últimos tres años, para evitar comparaciones que pongan en evidencia las consecuencias de los recortes de recursos.

2 Pese a este enorme esfuerzo de maquillaje, la espera quirúrgica de 68 días de media, superando ampliamente los 60 días establecidos como tope máximo por la Ley de Garantías y que da derecho a poder acudir a la sanidad privada costeada con dinero público.

3 Sigue aumentado el número de pacientes que esperan más de

seis meses para ser operados pasando de 1.491 en 2014, a 1.580 en 2015 y 1.827 en 2016. Esto supone que el esfuerzo económico realizado durante las elecciones para reducirlas se ha utilizado en derivar pacientes a la sanidad privada que se centra en intervenir las patologías menos importantes.

4 Los pacientes en espera de consulta con especialidades hospitalarias han crecido de 133.302 en 2014, a 163.272 a 170.461 en el pasado mes de diciembre.

5 También llama la atención el importante incremento en las pruebas de medicina nuclear necesarias para el diagnóstico y seguimiento del cáncer, que pasaron de 15,7 días en 2014, a 39,8 en 2015 y 41,6 días de espera en 2016, lo que supone que se han duplicado ampliamente (2,5 veces).

6 Merece especial atención los datos del Área de Vigo tras la apertura del Nuevo Hospital Álvaro Cunqueiro que teóricamente iba a solucionar

gran parte de este problema. En este centro las lista de esperas de Trauma (7.492 pacientes), C. General (2.848), Oftalmología (2.232), C. Vasculares (1.172), ORL (1.345), o Urología con 799, son intolerables. Para nuestra Asociación la ausencia de reducción de las listas de espera son debido a los recortes del proyecto inicial de hospital en un 40% al reducirse 9 quirófanos (8 de CMA + 1 de Fecundación in Vitro) sobre el proyecto inicial, lo que habría que añadir el cierre de quirófanos provistos en el Hospital Meixoeiro y la reducción de personal, que en muchos momentos impiden el funcionamiento del 100% de los quirófanos.

7 Por todo esto reiteramos nuestra exigencia de que la Xunta de Galicia ponga en práctica de manera inmediata una política de recuperar los recursos perdidos en los últimos años, como consecuencia de las políticas de reducción de gasto sanitario público para pagar a bancos y a acreedores.

Techo de Gasto de las Comunidades Autónomas

Ante la información de un acuerdo entre el Gobierno y el PSOE sobre el techo de gasto público de los Presupuestos del Estado para 2017 que recoge que las Comunidades Autónomas tendrán un objetivo de déficit del 0,6% del PIB, en lugar del 0,5% inicial (supone cientos de millones para partidas sociales) desde la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública queremos comunicar:

Que las CCAA son las que han soportado los mayores recortes presupuestarios impuestos por la Comisión Europea para controlar el endeudamiento del Estado Español. Estos recortes han alcanzado el 0,4% en sanidad y 0,9% en servicios sociales.

Como consecuencia el gasto en sanidad, educación y servicios sociales bajó del 62,8% en 2013 al 59,7% en 2014. Esto se ha traducido en severos recortes en personal (25.000 según el Ministerio o 55.000 según CCOO), recursos 6.000 camas hospitalarias, y atención a los enfermos, que soportan nuevos copagos y un incremento de las listas de espera del 47% entre el año 2009 y el 2015

(que pasaron 372.468 personas a 549.424 en este periodo)

Pese a estas medidas de austeridad, que afectan esencialmente a la parte del Estado que debe prestar los servicios sanitarios, la deuda pública de las CCAA se incrementó un 43,4% (18,9% del presupuesto autonómico) lo que supone la constatación del fracaso de esta política de recortes.

Esta subida, aunque positiva, es absolutamente insuficiente para compensar las pérdidas de recursos que han soportado los Servicios de Salud Autonómicos y los condenan a la mantener la precariedad y las limitaciones en la atención sanitaria.



Declaraciones de la Ministra de Sanidad sobre “hacer más justo” el copago de los pensionistas

El 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, supuso, entre otras nefastas consecuencias

- ✓ La ruptura del principio de universalidad del sistema sanitario, derecho recogido en la Ley General de Sanidad
- ✓ El copago de medicamentos por los pensionistas, la eliminación de 400 fármacos de gran uso y un importante incremento de la aportación económica de todos los usuarios
- ✓ La fragmentación de la Cartera de Servicios ofertada por los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas, para incluir copagos por algunas prestaciones que son actualmente gratuitas (pendiente de desarrollo normativo)

Este RD ha tenido serias repercusiones sobre la asistencia sanitaria de los grupos más desfavorecidos como inmigrantes sin papeles, pensionistas, jóvenes emigrantes españoles y parados de larga duración:

Entre el 15 y el 25% de los pensionistas, trabajadores precarios y parados de larga duración, no pueden retirar los medicamentos prescritos por sus médicos por motivos económicos.

- ✓ Se ha imposibilitado el acceso a los servicios sanitarios a miles de personas que viven y trabajan en nuestro país en condiciones de gran precariedad y ha provocado la interrupción del tratamiento y seguimiento de enfermedades graves de muchos de ellos (que en algunos casos han llegado a la muerte)
- ✓ Los parches puestos en marcha en algunas Comunidades Autónomas, para contrarrestar los terribles efectos de este Decreto, han tenido efectos diversos y en algún caso han fracasado por falta de información y por responder a un modelo carente de integralidad. Por otro lado los

ahorros de estas medidas son un enorme fracaso (el ahorro real fue de menos de 400 millones de euros frente a los casi 2.000 millones previstos, que se han reducido a nada con los últimos incrementos del gasto farmacéutico).

Ante las últimas declaraciones de la Ministra de Sanidad de introducir progresividad en el copago de los pensionistas, para hacerlo más justo y equitativo, desde la FADSP queremos comunicar:

1 Que el fracaso de la introducción del copago farmacéutico de pensionistas debería obligar a su retirada inmediata, para no hacer más daño a los colectivos afectados.

2 La progresividad de la financiación de los servicios sanitarios no pasa por hacer más o menos tramos de copago a los pensionistas, sino por hacer que quienes tienen más riqueza, patrimonio e ingresos contribuyan más a la financiación del sistema con sus impuestos de manera justa y progresiva, acabando con las exenciones fiscales a las grandes fortunas y empresas multinacionales; las reducciones del impuesto de patrimonio o transmisiones; o las sucesivas amnistías a los defraudadores (el fraude fiscal alcanza el 25% del PIB español) .

Es escandaloso que el 86% de los impuestos corren a cargo de los asalariados a través del IRPF (44%) y consumidores independientemente de su nivel de renta como el IVA (23%) y los impuestos especiales (que gravan el consumo de electricidad, productos energéticos y bebidas) (13%). Las empresas y sociedades apenas pagan el 14% de los ingresos fiscales totales.

3 Finalmente reiterar que los copagos son un impuesto a la enfermedad porque recaen sobre quienes tienen mas problemas de salud y no sobre quienes tienen mas dinero

Desde la FADSP exigimos que se derogue el Real Decreto 16/2012 para suprimir los copagos de los pensionistas y se restituya el derecho a una atención de salud universal y equitativa.

ADSP

CCAA: presupuestos sanitarios para 2017

Los presupuestos que las CCAA dedican a la Sanidad son un exponente de su preocupación por el sistema sanitario público. El actual modelo de financiación autonómico, al hacer transferencias globales a cada comunidad autónoma permite a éstas trasladar a los presupuestos su inte-

rés por la Sanidad y a la vez abre un amplio abanico de financiación por habitante y año entre todas ellas.

Los presupuestos para 2017 deben ser vistos con prudencia, porque Castilla y León, Madrid y País Vasco, no los han presentado todavía y otras no los han aprobado definitivamente, por lo que las cifras finales pueden diferir de las que se presentan en el cuadro que recoge el presupuesto destinado a Sanidad por habitante y año.

Conclusiones:

Es escandaloso que tres CCAA no hayan presentado los presupuestos, lo que supone, que se aprobarán al filo del verano y serán de aplicación en el segundo semestre del año. De las catorce que los han presentado, en todos los casos, se producen incrementos respecto a los del 2016, solo en cinco de ellas se superan los del 2010, momento de mayores presupuestos per capita destinados a la Sanidad Pública.

La comunidad autónoma con menor presupuesto per capita es Andalucía y la de mayor, Navarra (faltan los presupuestos del País Vasco que tradicionalmente está a la cabeza). La diferencia entre el máximo y el mínimo sigue siendo exagerada (527,01 €/ habitante y año) lo que obviamente hace casi imposible que se den las mismas prestaciones con igual nivel de calidad.

Hay aumento de los presupuestos sanitarios de las CCAA, aún insuficiente para alcanzar los niveles de 2010. Aunque la distribución del aumento ha sido variable entre ellas, de manera que cinco han superado los valores de 2010, lo que evidencia que se mantiene una gran diferencia entre los presupuestos por habitante y año de las CCAA, diferencia que estimamos excesiva, no justificada y lesiva para la cohesión y la equidad.

Ahora que se va a negociar la financiación de las CCAA es un buen momento para incrementar la financiación sanitaria y hacerla finalista para paliar estas excesivas desigualdades.

| | 2010 | 2016 | 2017 |
|----------------------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| Andalucía | 1180,09 | 1048,57 | 1.106,14 |
| Aragón | 1419,37 | 1271,36 | 1.402 |
| Asturias | 1507,15 | 1587,77 | 1.578,64 |
| Baleares | 1066,37 | 1230,94 | 1.307,23 |
| Canarias | 1295,36 | 1240,30 | 1.264,74 |
| Cantabria | 1347,47 | 1379,97 | 1418,30 |
| C y León | 1360,62 | 1343,15 | ¿? |
| CLM | 1346,52 | 1265,21 | 1.271,43 |
| Cataluña | 1298,84 | 1133,18 | 1.180,55 |
| C Valenciana | 1122,79 | 1170,65 | 1.233,09 |
| Extremadura | 1509,72 | 1395,12 | 1.422,37 |
| Galicia | 1333,39 | 1258,19 | 1.331,57 |
| Madrid | 1108,14 | 1210,19 | ¿? |
| Murcia | 1334,25 | 1197,18 | 1.209,17 |
| Navarra | 1543,12 | 1551,50 | 1.633,15 |
| País Vasco | 1623,08 | 1581,09 | ¿? |
| La Rioja | 1443,94 | 1317,87 | 1.362,58 |
| Media CCAA | 1.343,95 | 1.304,83 | 1.337,02 |
| Ratio Máximo/Mínimo | 1,52 | 1,51 | 1,47 |

Caso Mónica Lalanda: evidencia el corporativismo del Colegio de Médicos de Segovia

Carta de protesta

► En relación al expediente disciplinario abierto a la Dra Mónica Lalanda, me gustaría hacerle llegar las siguientes observaciones:

La Dra Lalanda desde hace años pone su empeño en mejorar la situación indigna que sufrimos los médicos y utiliza todas las herramientas de comunicación a su alcance. En su blog "Medicoacuadros" anuncia su renuncia es un canto a la dignidad profesional y al bienestar de los pacientes y así lo entendimos sus lectores.

► El colegio de médicos que usted preside demuestra tener más interés en defender el sentimiento subjetivo de un pequeño grupo de colegiados que se sienten heridos, frente a una situación de precariedad generalizada y deshonor que viven una enorme proporción de médicos en España, y por lo tanto en su propia ciudad.

► El colegio de médicos que usted preside parece tener más voluntad en defender el sentimiento subjetivo de un pequeño grupo de colegiados que se sienten ofendidos, que en la situación de inseguridad que viven los pacientes en las urgencias, lo cual, sin conocer el

caso, es común al resto de los servicios de urgencias del país.

► Sentimos que, pudiendo su colegio hacer uso de la fuerza del Código Deontológico en otros ámbitos tan necesitados, lo haga exclusivamente para atacar a una doctora que es referente en el mundo de la ética médica y que lucha por una Medicina mejor. El colegio debería animar a denunciar carencias en el sistema en vez de intentar acallarlas.

► Los artículos del Código Deontológico (37 y 38) por los que pretenden dejarle fuera de su actividad asistencial reflejan un corporativismo del que los médicos del siglo XXI intentamos huir, y en cualquier caso, se aplican de forma torticera e interesada.

La libertad de expresión es un derecho constitucional y el propio CD dice que no se puede juzgar deontológicamente cuando el médico está amparado por las leyes del Estado.

► Por ello, le pido que se retracten públicamente y además de cerrar de manera inmediata ese expediente, ofrezcan a la Dra Lalanda sus disculpas por mancillar su honor y por el daño emocional que esto le estará causando

ADSP CANARIAS

Marea Blanca Preventiva

El 20 de enero contactaron colectivos de la sociedad civil, profesionales sanitarios y sectores de la ciudadanía. Objetivo: analizar la deriva de la sanidad canaria que el Presidente del Gobierno de Canarias, Fernando Clavijo está desarrollando. De la entrega de la gestión sanitaria pública a la sanidad privada, a través del señor Baltar.

Debemos adelantarnos a lo que evidentemente va a ocurrir y movilizamos de inmediato. Ya que Baltar, mediante lo que denomina "colaboración público-privada", vacíe buena parte de la dotación presupuestaria de la sanidad pública hacia la concertación con la privada ofreciendo como "resultado" la disminución de tramos de la lista de espera quirúrgica. Transgrediendo la normativa legal que exige "que antes de cualquier concierto el sector público esté al 100% de su rendimiento" y a costa de hundir la atención sanitaria con medios públicos, es decir, a la que debe garantizar la equidad en salud para toda la población. Es a esa consecuencia última a la que apunta el proceso privatizador que sufrimos desde hace años. El desmantelamiento de la sanidad pública quedaría como "beneficencia" para personas sin recursos y una boyante sanidad lucrativa privada como opción "obligada".

Por ello, la Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública de Canarias (ADSPC) hace un llamamiento a la preparación de una gran Marea Blanca en nuestras islas, con la presencia de colectivos de trabajadores, de profesionales, de pacientes, de familiares, de pensionistas, de sindicatos del sector sanitario, de asociaciones de vecinos, de plataformas, así como de las personas en general a título particular, como única forma efectiva de plantar cara a la situación.

Por eso pedimos ideas, propuestas y participación en las reuniones que queremos celebrar.

REINO UNIDO: colapso sanitario

El sistema sanitario británico es un modelo en crisis, debido al envejecimiento de la población, al crecimiento demográfico y a las políticas de austeridad. Ante la mínima alerta, como la epidemia gripal de este año, se bloquea. El tiempo de espera en el servicio de urgencias se alarga: el 23% de los pacientes esperaron más de cuatro horas, el 13 % de los atendidos son dados de alta sin necesidad de trata-

miento, y un 35 % lo hace recibiendo solo un consejo o recomendación. Según redaccionmedica.com "La situación de Reino Unido puede resultar familiar en España. Tiempos de espera que aumentan hasta llegar a un mes para ser atendido en una consulta de Atención Primaria que fomenta que los pacientes acudan al servicio de Urgencias ante cuestiones que no son realmente urgentes.