

PROPUESTAS AL SESPA ANTE UN NUEVO CICLO LEGISLATIVO 2023-2027

- Plataforma por la salud y la sanidad pública de Asturias (PSSPA)

- Asociación para la defensa de la sanidad pública Asturias (ADSPA)

Índice

Introducción:

La crisis de la Sanidad Pública

Propuestas:

1. Empezar por las listas de espera, la máxima prioridad
2. Salvar la Atención Primaria
3. Incrementar y redistribuir racionalmente los presupuestos sanitarios
4. Proteger la salud es la mejor receta para el bienestar y la prosperidad
5. El gobierno abierto y la reconstrucción del consenso son las bases para una gestión pública eficaz
6. Renovar la arquitectura institucional
7. Control social y palancas selectivas de la prestación tecnológica / farmacéutica
8. Stop a la medicalización
9. La función social de la Atención Hospitalaria
10. Una estrategia de Salud Mental Comunitaria
11. Cambiar el modelo Sociosanitario
12. Constituir una agencia de integridad pública, recuperar la dimensión ética y defender la independencia del sistema
13. Regular la actividad pública y privada
14. Liderazgo público en la formación y la investigación
15. Otras políticas para gestionar los recursos humanos
16. Recuperar derechos y avanzar en nuevas prestaciones

INTRODUCCIÓN

La crisis de la Sanidad Pública

El deterioro de la Sanidad Pública en Asturias es un serio motivo de preocupación, el SESPA está desbordado y los síntomas de disfunción del sistema son muy evidentes: inaceptables listas de espera, auge imparable de la medicina y los seguros privados, cansancio y desmotivación de los profesionales sanitarios... Estamos en un peligroso proceso de deslegitimación del sector público, ante una crisis que nos sitúa en el umbral de la dualización de la atención sanitaria.

La pandemia ha sido el detonante, pero los problemas vienen de atrás, son estructurales y derivan, en primer lugar, de las políticas neoliberales de austeridad de las últimas décadas con subfinanciación crónica y, en segundo lugar, de una gestión errática de la sanidad pública que no ha sido capaz de responder a las transformaciones que de diferente naturaleza que se han producido tanto en el seno de nuestra sociedad como en dentro del sector de la sanidad.

Cuestiones como el envejecimiento poblacional, el incremento de la cronicidad y las comorbilidades, el proceso de industrialización y la hegemonía comercial de las tecnologías sanitarias, el protagonismo de la medicalización o el consumismo sanitario... Una nueva realidad que no se ha acompañado de las necesarias reformas estratégicas y organizativas, con la consecuencia del paulatino deterioro de la sanidad pública.

No ha habido hasta ahora una voluntad reformista real, bien sea del gobierno del Estado o de la Comunidad Autónoma, para resolver los problemas del sistema sanitario, absorbidos en la inmediatez del día a día y en "la dependencia de la senda" y tendencias clientelistas, con una autoconfianza en el modelo sanitario, que, aún preservado grandes virtudes como la universalidad y la equidad, los hechos han puesto reiteradamente en entredicho.

Cierto es que las reformas no son fáciles en una sociedad compleja como la nuestra, por lo que el primer objetivo sería tratar de buscar el máximo consenso, social y profesional, puesto que políticamente no parece factible pactar con la derecha, máxime en el clima de beligerancia partidista que caracteriza desde hace años la vida política española. En todo caso el consenso y la implicación de la sociedad y los trabajadores sanitarios es una herramienta imprescindible para

recuperar la confianza de la sociedad en las instituciones y rescatar la lealtad y motivación de los profesionales.

Una iniciativa en esta dirección podría ser la elaboración de un libro blanco sobre la Sanidad Pública en Asturias, aunque nuestra experiencia no es precisamente positiva en lo que respecta a los libros blancos. Basta recordar el efectuado, siendo consejero de sanidad Francisco Sevilla en 2001, cuando se realizaron las transferencias sanitarias, o la más reciente referida a la participación ciudadana. En ambos casos su utilidad ha sido muy reducida o prácticamente nula. No obstante, con independencia del formato, es imprescindible que las políticas de reforma se traten de impulsar desde el mayor consenso social y profesional posible.

PROPUESTAS:

1. Empezar por las listas de espera, la prioridad máxima

1.1 El problema más urgente del sistema sanitario es reducir los tiempos de demora en atención primaria, consultas de especialistas, pruebas complementarias e intervenciones quirúrgicas. Dado que la causalidad de las listas de espera es multifactorial y comprende aspectos muy diversos del funcionamiento y la organización del SESPA, en este apartado abordaremos solamente las medidas referidas a la gestión de las listas de espera. La aplicación de estas medidas puede ayudar significativamente a mejorar la situación actual.

1.2 Un primer paso es implementar el decreto 59/2018 del "Garantías de tiempos máximos"¹, que hasta la fecha no se ha aplicado. Entre ellas la constitución de un Consejo de Participación Ciudadana para el seguimiento y control de las listas de espera (artículo 13).

1.3 En segundo lugar, transparencia. El SESPA, dará cuenta periódicamente -cada dos meses- a través de su página web y en comparecencia en sede parlamentaria, si así se considera, de todos los datos de las listas de espera (agregadas y desagregadas) incluidos los centros de Atención Primaria, cuantificando si se incumplen los tiempos máximos de espera que están establecidos y analizando

¹ https://noticias.juridicas.com/base_datos/CCAA/629425-d-59-2018-de-26-sep-ca-asturias-garantia-de-tiempo-maximo-de-acceso-a-las.html

las posibles causas a las que se puede atribuir la vulneración de la norma, bien sea por carencia de recursos humanos o materiales, por ineficiencia de la oferta o debido a cambios en la demanda. Así mismo se especificará cuáles son las medidas previstas para su corrección.

1.4 Las citas se obtendrán en el Centro de Salud de forma directa, ya sean para especialistas hospitalarios o pruebas diagnósticas -no podrá haber ninguna agenda cerrada-. Se ha de facilitar que los pacientes, a través del portal de Astur Salud y en el propio Centro de Salud, puedan conocer cuál es su situación en las listas de espera, los días de demora y la fecha prevista para ser atendidos. Cabe recordar que según el decreto vigente de tiempos máximos (decreto 59/2018) la demora no podrá exceder de dos meses para primeras consultas y procedimientos diagnósticos y de seis meses para la mayoría de las intervenciones quirúrgicas.

1.5 La utilización de mecanismos extraordinarios como la derivación de pacientes a centros concertados o la atención en centros públicos, pero bajo la modalidad de prolongación de jornada ("peonadas"), deberán de ser explícitos y públicos, con información detallada a los Consejos de Salud y a la Comisión de Participación de las listas de espera.

2. Salvar la Atención Primaria

2.1 La Atención Primaria (en adelante APS) está sobrepasada, con listas de espera como nunca habíamos conocido, quejas continuas de los profesionales y usuarios, y crecientes dificultades para la continuidad y longitudinalidad. El problema no se puede reducir a que hay pocos médicos o a la situación de precariedad laboral del sector... Cuestiones que son muy influyentes, pero que no agotan la problemática de la APS. No se puede salvar la APS con medidas exclusivamente incrementalistas (más recursos, etc.) por importantes que estas sean, es imprescindible revisar el modelo y acometer en paralelo reformas que interesan a la práctica de los equipos profesionales y a las estrategias relacionales y comunitarias de este nivel asistencial.

2.2 Las reivindicaciones incrementalistas está claras y son, sin duda, fundamentales. Básicamente se trata de mejorar la financiación hasta alcanzar el 25% del presupuesto total de la sanidad y realizar una convocatoria pública de todas las vacantes para reducir la temporalidad al 8% como está comprometido

en el Marco Estratégico de la APS del Ministerio de Sanidad². De igual forma se han de mejorar las infraestructuras y los recursos materiales (ecógrafos, radiología simple urgente, bioquímica). La composición de las plantillas debería permitir que no haya necesidad de sustituciones por vacaciones y días libres, reservando estos contratos únicamente para la atención en consultorios y para cubrir las bajas laborales de larga duración.

2.3 Implantar la Enfermería Familiar y Comunitaria y desarrollar sus funciones, lo que puede permitir que se modifique el diseño de los equipos con mayor relevancia de la enfermería. Así mismo, hay que potenciar el rol de las auxiliares administrativas (¿reconvertidas en personal sanitario?) con la formación adecuada, y asegurar el trabajo social en todos los Centros de Salud

2.4 Permitir el acceso a consultas de medicina de familia, pediatría y enfermería en horario de tarde en todos los Centros, con medidas que lo faciliten como la opción de turnos deslizantes, la utilización de la dedicación exclusiva y la asignación de los recursos de personal que correspondan.

2.5 Desarrollar un modelo de atención relacional, individualizada, de complejidad y práctica reflexiva. La función de asistencia sanitaria de los centros de salud tiene que estar apoyada por la cooperación de consultores del hospital de referencia, en los términos que se especifique. La investigación y la docencia tanto de pregrado como de postgrado deberán de estar integradas con la actividad asistencial.

2.6 Orientar la actividad comunitaria desde la APS, en colaboración con las corporaciones locales y la participación ciudadana: Cada Centro de Salud elaborará a tal efecto un plan de salud comunitario³, evaluado anualmente, con la participación efectiva de la comunidad, el municipio y el apoyo estratégico de los servicios de salud pública.

2

Sanidad.https://www.sanidad.gob.es/profesionales/proyectosActividades/docs/Marco_Estrategico_APS_25Abril_2019.pdf

³ El rol del Plan de Salud como determinante de los procesos de gestión y de vinculación a los determinantes sociales de la salud . con una orientación epidemiológica para determinar que problemas de salud tienen mayor importancia en determinada población e identificar a los individuos en situación de riesgo Alan Denver. En la medida en que son generadores de cambios y transformaciones, y determinan prioridades

2.7 Asumir la coordinación de la atención sociosanitaria y el control asistencial relacionado con los servicios de ayuda domiciliaria, centros de día y residencias de mayores.

2.8 Establecer un reglamento de descentralización de la gestión de los centros de salud, con autonomía suficiente para organizar democráticamente entre sus profesionales el desempeño de todas las funciones que le son propias, no sólo las asistenciales.

3. Incrementar y redistribuir racionalmente los presupuestos sanitarios

3.1 Pese a que tenemos el mayor gasto sanitario per cápita de todo el Estado, nuestra situación no es para nada satisfactoria si nos comparamos con otros países de la Eurozona. El sistema sanitario público tiene un claro problema de subfinanciación.

3.2 Un objetivo razonable sería llegar a 3.000 euros per cápita a corto plazo. No obstante, hemos de tener muy presente que no tiene mucho sentido aumentar la financiación para seguir haciendo más de lo mismo. Es necesario acometer cambios estructurales, más allá de la financiación.

3.3 Distribuir racionalmente la inversión. El sistema vigente es asistencialista y hospitalocéntrico, y los recursos deben modificarse basculando los presupuestos del próximo ejercicio con el compromiso de alcanzar el 4% de los mismos a los servicios de Salud Pública y el 25% a la Atención Primaria, como estima la OMS, por su condición de ejes vertebradores del sistema.

3.4 Ahorrar en farmacia y productos tecnológicos, que suponen casi el 40% del total del gasto sanitario. Una fuente de ahorro que permitirá derivar recursos hacia otros capítulos. De especial importancia es el control de la farmacia hospitalaria que ha experimentado un impresionante incremento del 285% entre 2.003 y 2.019⁴.

⁴ <https://www.airef.es/wp-content/uploads/2020/10/SANIDAD/ANEXOS/Documento-Anexo-1.-Determinantes-y-proyecciones-gasto-farmac%C3%A9utico-hospitalario.pdf>

4. Proteger la salud es la mejor receta para el bienestar y la prosperidad

4.1 La pandemia ha puesto de manifiesto que no existía un plan de salud pública pese a que la amenaza estaba pronosticada desde diversos foros expertos, lo que ha ocurrido en la gran mayoría de los países y a nivel internacional. Una prueba más de que el foco de los sistemas sanitarios está en la asistencia sanitaria y no en la salud pública, que es la gran olvidada. Basta recordar que tenemos una buena ley de ámbito estatal (Ley 33/2011 de Salud Pública) que desde hace más de una década sigue pendiente de su implementación.

4.2 Reivindicar una inversión del 4% del total presupuestado en Salud Pública, actualmente es el 1,1%, para proporcionar los suficientes recursos humanos e intervenir en la toma de decisiones estratégicas, en la estructura del SESPA y en sus áreas sanitarias, en donde debe de haber estructuras de salud pública que cooperen con la Atención Primaria y las corporaciones locales.

4.3 La misma no-aplicación ocurre con el Plan de Salud de la Autonomía o con el Plan de Salud Medioambiental, pese a la necesidad de liderar acciones intersectoriales para mitigar/eliminar los riesgos evitables para la salud como el cambio climático (reformulado como un problema de salud); la contaminación ambiental de aire y suelo con emisiones de industrias contaminantes (siderurgia, térmicas, papeleras, cementeras, incineración de residuos, tráfico rodado...) y los químicos de la industria agro-alimentaria (organoclorados, metales pesados, plaguicidas, herbicidas y fertilizantes tóxicos).

4.4 Políticas de intervención sobre la epidemia industrial derivada de los alimentos procesados y azucarados ("comida chatarra") que incluyan la regulación del marketing y la publicidad, medidas fiscales, educación de población, estudios de pseudociencia y etiquetado de los productos. En su reverso, no hay políticas activas de alimentación saludable... Por otra parte, se promoverán iniciativas estratégicas contra las drogas legales (alcohol, tabaco), además de las drogas ilegales.

4.5 Estrategias específicas ante las desigualdades socioeconómicas que se traducen en problemas de salud, como el desempleo, la precariedad de salarios y pensiones, o la vivienda inadecuada. La pobreza es el mayor determinante de

enfermedad, porque se asocia además a injusticia ambiental -entornos más contaminados, vecindad con industrias peligrosas para la salud, hogares más insalubres- y hábitos menos saludables.

4.6 La alianza por la salud. Establecer líneas estratégicas de Promoción de la Salud e impulsar políticas públicas saludables en todos los sectores/consejerías, estableciendo una red de vigilancia de los determinantes de la salud y de evaluación de impacto en salud en todos los proyectos de las administraciones, ejecutando solo aquellos que no tengan efectos negativos para la salud humana. Evaluación de la efectividad de los actuales programas de cribado. Activar programas de intervención comunitaria como "Los cafés de la memoria" sobre el deterioro cognitivo o el "Envejecimiento Activo".

4.7 Impulsar programas de educación para la salud de la ciudadanía (iniciativas como la Escuela ciudadana de promoción de la salud...), campañas de concienciación ciudadana en salud para promover el empoderamiento y facilitar el autoconocimiento y autocuidado, y en sanidad para promover la utilización racional de los recursos públicos...

5. El gobierno abierto y la reconstrucción del consenso son las bases de una gestión pública eficaz

5.1 La organización sanitaria se ha caracterizado desde los años 90 por el "gerencialismo" (el modelo de gestión privada en el sector público, orientado hacia el cliente-usuario) y el sometimiento al "partidismo", que es una forma defectuosa de entender por parte de los partidos políticos el desempeño de su papel de mediación entre los ciudadanos y el ejercicio del poder, con la consecuencia de una apropiación grosera de las instituciones por parte de los partidos.

5.2 Una de las consecuencias es la calamitosa gestión de los recursos humanos: Se han maltratado las plantillas, con una eventualidad que ha rozado el 50%, se han degradado los incentivos (exclusividad, carrera profesional) sin motivar la profesionalidad y se ha desconsiderado el trabajo bien hecho, en un sistema organizativo presidido por la jerarquización y la autoridad burocrática. Otro tanto se puede decir de la gestión de las tecnologías y los medicamentos (como

analizaremos posteriormente), el otro gran capítulo de la sanidad, que junto con los recursos humanos suponen el 90% del presupuesto sanitario.

5.3 El buen gobierno de las instituciones requiere, en primer término, recuperar el consenso y promover el sentido de pertenencia de los trabajadores y usuarios, como actores de un gran proyecto colectivo como es la Sanidad Pública. En la actualidad, la participación en la toma de decisiones es prácticamente nula, en la escalera de Sherry Arnstein⁵, estamos en el nivel de no-participación, lo que es una fuente permanente de desmotivación y desafección.

5.4 Constituir órganos colegiados en el gobierno de toda la estructura del SESPA: Juntas de Gobierno, con participación tripartita (administración, trabajadores y usuarios), con funciones similares a los consejos de administración de las empresas, ante las que han de responder los gestores⁶. Mayor protagonismo de las direcciones profesionales con relación a los gerentes y restablecer el consenso y el mérito profesional como instrumentos básicos del funcionamiento institucional en la toma de decisiones (nombramientos, contrataciones, etc.), sin sucedáneos como las unidades actuales de gestión clínica.

5.5 Reformar los actuales Consejos de Salud de Zona Básica, Área y Comunidad Autónoma, de tal forma que en su composición se incluyan los Ayuntamientos (Consejos Municipales de Salud) y la Salud Pública, con redefinición de las competencias, otorgando valor participativo y capacidad de decisión en las acciones comunitarias, e incluyendo la condición de ser un objetivo evaluable por parte del Sistema Sanitario.

5.6 Activar otras modalidades de participación: consultas e iniciativas legislativas populares ante problemas concretos que interesen a la salud colectiva; jurados de ciudadanía, paneles o audiencias públicas, conferencias de consensos. Reivindicar el carácter referendario de estas iniciativas. Apoyar la iniciativa legislativa de proposición de Ley de los Ayuntamientos de Grado, Morcín y Mieres sobre Participación Ciudadana en Asturias 11/0140/009/29143. En este orden de cosas, es necesario mejorar el sistema de quejas y reclamaciones.

⁵ https://es.wikipedia.org/wiki/Escalera_de_la_participaci%C3%B3n

⁶ Una referencia de órganos colegiados de gobierno: Ley 11/2017 del Servicio Madrileño de Salud: <http://www.boe.es/buscar/pdf/2018/BOE-A-2018-1610-consolidado.pdf>

5.7 Promover la cooperación dentro del sistema y en relación con el conjunto de las políticas comunitarias, fundamentalmente al espacio sociosanitario, de atención social y dependencia. El sistema padece un triple gap: a). El que se da entre la atención primaria y la especializada b). El que ocurre en el hospital, por la multiplicidad de especialistas, sin un interlocutor único para los pacientes. c). La desconexión entre los servicios sanitarios y comunitarios y sociales, son los crónicos los que más sufren esta falta de coordinación

5.8 Gestionar la atención sanitaria desde el sector público: disolución de GISPASA; valorar la factibilidad de no derivar pacientes al sector privado con ánimo de lucro; restituir al sector público los servicios logísticos externalizados: Archivo de historias clínicas, receta electrónica, telecomunicaciones, servicios de mantenimiento y electromedicina, servicios generales de limpieza o seguridad. Así mismo, recuperar servicios y procedimientos de carácter clínico que están privatizados como el centro de hemoterapia y tejidos (Cruz Roja), el control poligráfico de la apnea del sueño, la ventilación mecánica domiciliaria, la alimentación artificial domiciliaria, la aerosol-terapia domiciliaria, o el tratamiento de los accidentes y su rehabilitación (en manos de las Mutuas).

5.9 Comprometer la evaluación y seguimiento de los conciertos y convenios singulares con los centros privados (con o sin ánimo de lucro), en el ámbito de la asistencia y sociosanitaria, de la facturación y los aspectos económicos, así como los resultados en morbilidad, infecciones nosocomiales, complicaciones quirúrgicas, problemas no resueltos que han sido redirigidos al sector público.

6. Renovar la arquitectura institucional

6.1 Una de las razones de ineficiencia del sector público, reside en la fragmentación e incapacidad relacional entre las distintas instancias gubernamentales. En sentido contrario, las estrategias de salud demandan coordinación e integralidad, que han de promoverse a través de los determinantes sociales de la salud, como nexo conductor de las políticas de salud. Identificar el determinante, conocer su "impacto en la salud" y requerir a las Consejerías y administraciones públicas que estén implicadas, para intervenir colectivamente en su mitigación o resolución ("la salud en todas las políticas"). La iniciativa estratégica le corresponde a Salud Pública que promoverá la

convergencia de todos los actores implicados, incluida -necesariamente- la sociedad civil.

6.2 Profesionalizar la mesogestión, con concursos públicos transparentes para la dotación de los equipos directivos. Los centros sanitarios son organizaciones complejas y dinámicas que demandan autonomía y gestión profesionalizada.

6.3 Reestructurar el SESPA, como una organización funcional en red, basada en la Atención Primaria. Se ha de adaptar el Mapa Sanitario, que a fecha de hoy se ha quedado obsoleto, bajo el criterio de que el sistema es una unidad funcional operativa que trabaja en red. Por otra parte, la condición diferenciada y autónoma del SESPA será determinante en las políticas de personal y contrataciones, en relación con Hacienda y la Función Pública.

6.4 Desarrollar de los sistemas de información y la transformación digital son otras de las prioridades, entre ellas el que la historia clínica pueda ser compartida e interoperable en el conjunto del sistema público. Junto a la historia clínica ha de constar la historia social, conformado el "expediente de ciudadanía". Por otra parte, no existe un conjunto de indicadores a nivel nacional, especialmente de resultados, que permita comparar centros y territorios. Necesitamos indicadores específicos y uniformes, de recursos, de actividad y de resultados, para la comparación y la emulación.

7. Control social y palancas selectivas para mejorar la prestación tecnológica y farmacéutica

7.1 La explosión de las tecnologías sanitarias han revolucionado la medicina en las últimas décadas. La irrupción de oligopolios, las patentes, la innovación comercial "en cerrado", los beneficios a corto plazo, los "precios políticos", el marketing y la legislación "pro-bussines", son las características más destacadas de esta nueva realidad, que ha cambiado la actividad sanitaria. Desde el ámbito autonómico, pese a sus evidentes limitaciones, hay muchas iniciativas que son posibles, y estrictamente necesarias, en la defensa del interés general, es decir, de la dimensión humana y social que debe ser consustancial con la Sanidad Pública.

7.2 Transparencia: Promover la "publicidad activa" de oficio de todos aquellos aspectos relativos a los medicamentos y tecnologías (en especial los fármacos

hospitalarios): el coste de cada medicamento, su correspondiente gasto anual y número de tratamientos, presentados de manera agregada y desagregada.

7.3 Dotar a la Comisión Uso Racional de Medicamentos y Productos Sanitarios (CURMP) y a la Comisión de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, de autonomía funcional y medios suficientes, con transparencia en su deliberación y decisiones, que serán públicas, perceptivas y vinculantes, libres de conflictos de intereses, asegurando su difusión a todos los profesionales a través de un boletín fármaco-terapéutico, a fin de asegurar la correcta selección de las tecnologías sanitarias y los medicamentos, de manera que sólo se utilice el dinero público en aquello que tenga una ventaja terapéutica añadida.

7.4 Optimizar la calidad de la prescripción. Promover una cultura de evaluación vinculada a la "práctica clínica" apoyada en la información y formación de los profesionales y la población. En cada Área Sanitaria se constituirá un grupo de trabajo con la farmacéutica de Área y profesionales involucrados para evaluar la idoneidad de la prescripción (perfil del prescriptor), de acuerdo con las recomendaciones y guías de eficiencia y coste oportunidad, la promoción de los genéricos (todavía en números muy bajos), la equivalencia terapéutica, los indicadores de calidad, los programas de interacciones y efectos adversos, y el seguimiento detallado del gasto farmacéutico en hospitales y recetas

7.5 Reforzar la Farmacovigilancia: métodos activos y participativos, con información de retorno a centros y prescriptores. Introducir programas de control de seguridad de los nuevos fármacos durante los 5 primeros años de comercialización.

7.6 Asegurar la centralización de todas las compras de los medicamentos. Atender al beneficio de las economías de escala, con el objetivo de llegar al 100% de las compras, depurando las irregularidades señaladas por la Sindicatura de Cuentas, con transparencia y rendición de cuentas.

7.7 Impulsar los medicamentos genéricos. El último dato disponible del año 2020 es del 35% de envases genéricos (en el pelotón de cola del Estado). Un objetivo razonable es llegar al 50% en un año.

7.8 Aplicar sistemas de subastas en la Autonomía para las compras de medicamentos, que han demostrado su efectividad en la experiencia previa de Andalucía.

7.9 Racionalizar la dispensación de medicamentos a través de un Sistema Personalizado de Dosificación (SPD) el dispositivo multidosis (tipo blister con alvéolos) o multicompartimento (pastilleros semanales o bandejas de medicación compartimentadas) u otros similares, donde el farmacéutico reacondiciona los medicamentos que toma el paciente, una vez dispensados, para un periodo determinado, y con la finalidad de garantizar su correcta utilización⁷.

7.10 Estudiar la posibilidad de la producción propia de medicamentos y otros productos sanitarios no sometidos al sistema de patentes, una necesidad que ha sido muy evidente durante la pandemia.

8. Stop a la medicalización

8.1 El problema: Hace no muchos años, a medida que avanzaba la medicina, retrocedía la enfermedad. En nuestros días, a medida que proliferan los avances médicos, aumenta la enfermedad, de manera que 'lo normal' es tener al menos una etiqueta diagnóstica y consumir varios medicamentos. Sobrediagnósticos y sobretratamientos.

8.2 Una segunda evidencia: Todavía está en la memoria el acopio de Tamiflu saturando las estanterías de nuestras farmacias hospitalarias, en la epidemia de gripe A, por ser un ejemplo próximo de las bolsas de ineficiencia y de los costes innecesarios asociados a la salud, se estima que el 20% del gasto sanitario se despilfarra. La medicina basada en la evidencia (MBE) ha demostrado, además, que más del 70% de los tratamientos propuestos por la medicina convencional, aunque no tienen una base científica suficiente que los avale, se realizan bien por rutina, bien por intereses mercantiles.

8.3 Constituir un observatorio de "medicalización", que promueva estrategias de desprescripción, de revisión y activación del catálogo de recomendaciones de No-Hacer y programas de desmedicalización activa de la población (por ejemplo: "pastillaslasjustas", "i-botika")

⁷ ORDEN FORAL 622E/2017, DE 9 DE OCTUBRE, DEL CONSEJERO DE SALUD, POR LA QUE SE ESTABLECEN LOS REQUISITOS TÉCNICO-SANITARIOS APLICABLES A LA PREPARACIÓN Y ENTREGA DE LOS SISTEMAS PERSONALIZADOS DE DOSIFICACIÓN DE MEDICAMENTOS EN LAS OFICINAS DE FARMACIA DE LA COMUNIDAD FORAL DE NAVARRA.

8. 4 promover una estrategia para corregir la polifarmacia. Un problema de salud pública: el consumo excesivo y/o innecesario de medicamentos, a lo que habría que sumar el uso de medicamentos potencialmente inapropiados. Muy prevalente en la población anciana, con efectos múltiples adversos para la salud.

9. La dimensión social de la atención hospitalaria

9.1 El hospital es el centro tecnológico por excelencia y durante años se ha gestionado como si fuera una organización empresarial. Sin embargo, no es, no puede ser concebido sólo como una empresa, porque responde a necesidades sociales fundamentales que no son mercantiles. Su objetivo primario no es la rentabilidad como se plantea desde una óptica neoliberal.

9.2 En todo caso, existen amplias posibilidades para optimizar sus prestaciones, como puede y debe hacerse mediante la ampliación horaria de quirófanos, consultas, servicios básicos, la "utilización" de la dedicación exclusiva, los turnos deslizantes y los ajustes de plantilla que correspondan.

9.3 Aunque la respuesta de los servicios hospitalarios a la pandemia demostró una gran capacidad de adaptación que superó todas las expectativas previas, los hospitales también necesitan reformas en profundidad en la perspectiva de que, gracias a la innovación tecnológica, muchos de los cuidados que requerían hospitalización, se puedan hacer ahora de forma ambulatoria o en el domicilio, del paciente. Fuera del hospital, se evitan efectos adversos como las infecciones nosocomiales, se humaniza la atención sanitaria y en muchos casos se reducen los costes.

9.4 Una cuestión mal resuelta es la transición entre el hospital y el domicilio, lo que genera estancias "inapropiadas" en los hospitales de agudos: 1,4 millones de estancias inadecuadas/ año (884,8 millones €). Es necesario aumentar las unidades de hospitalización a domicilio. Es indudable que el modelo vigente está pensado para agudos de base hospitalaria y tecnológica, y no para proporcionar cuidados.

9.5 La tasa de "hospitalización evitable" es un indicador muy relevante y debe ser incorporado en la evaluación de los resultados de la actividad sanitaria.

9.6 Los hospitales demandan desde hace muchos años, una reforma democrática de su organización. Proponemos la constitución de órganos colegiados tripartitos

de gobierno (administración, trabajadores del centro y representantes de la población), con una gestión con mayor autonomía, presupuestos asignados, rendición de cuentas y un sistema unificado de información y control de gastos e inversiones. Se debe profesionalizar la gestión, desvinculada de los mandatos políticos.

9.7 Otorgar mayor protagonismo a las direcciones asistenciales que serán elegidas por los trabajadores, de acuerdo con un perfil de competencia que ha de ser público y transparente. Recuperar la naturaleza democrática y deliberante de la Junta Asistencial. Instituir el consenso como instrumento básico para la toma de decisiones.

9.8 Sustituir las Fundaciones de investigación por Fondos Públicos gestionados por el hospital. Las "Fundaciones de investigación" creadas en los hospitales al amparo de la Ley 30/1994, son entidades privadas, sobre las que el gobierno del hospital no tiene control. La mayoría de sus actividades son ensayos clínicos realizados por acuerdo directo entre los laboratorios farmacéuticos y las propias Fundaciones, caracterizados por su opacidad. Un sistema que está al servicio de Farmaindustria que necesita realizar ensayos clínicos para la autorización de la comercialización de sus medicamentos. España es el país de Europa donde se hacen más ensayos, la inmensa mayoría en los hospitales públicos.

9.9 Los centros sanitarios privados estarán sometidos a la misma acreditación periódica que los centros públicos, con control por la autoridad sanitaria de los intercambios accionariales y el mercado de valores que se puedan producir en los centros privados, con mecanismos de intervención y rescate.

10. Salud Mental Comunitaria

10.1 Asistimos a una gran epidemia de trastornos mentales, su prevalencia es anterior a la pandemia, aunque esta ha contribuido poderosamente a su expansión. Es muy evidente que existe una fuerte asociación entre estos trastornos y la realidad social, los determinantes sociales de la salud. Sin embargo, persiste la errónea tendencia de orientar la salud mental hacia la institucionalización y estrategias tipo TEC (terapia electroconvulsiva). El cierre del paradigmático centro de "La Casita" es muy indicativo al respecto.

10.2 En sentido contrario se debe de activar una estrategia comunitaria de salud mental. El cuidado de la salud mental no tiene un exclusivo carácter sanitario, porque necesita la incorporación de un proyecto de vida y futuro, con oportunidades laborales, condiciones de trabajo dignas, políticas de vivienda y leyes de dependencia que protejan a los pacientes y promuevan el bienestar de los/as cuidadores/as.

10.3 Los servicios tienen que estar incluidos en la comunidad, centrados en las personas, orientados a la recuperación y basados en los derechos humanos. Uno de los objetivos es mantener al paciente en su medio, lo que requiere recursos y el refuerzo de los equipos de tratamiento asertivo comunitario (ETAC), con una cobertura de 24 horas.

10.4 La peor expresión de la medicalización es la que ocurre con los sobrediagnósticos y sobretratamientos en salud mental. La patologización de los problemas de la vida cotidiana y los estados de ánimo, inmediatamente diagnosticados como enfermedades psiquiátricas. Y lo mismo con los sobretratamientos: Somos el país del mundo que consume más benzodiazepinas. El enfoque exclusivamente biológico y reduccionista está en la base de estas desviaciones, aunque no se puede menospreciar el beneficio económico, porque ampliar el campo jurisdiccional de la medicina, en este caso de la psiquiatría, amplía el negocio.

10.5 Corregir las Insuficiencias de recursos de agudos: el área IV tiene las mismas camas que el área III, con más del doble de población, mientras que las camas del área V pertenecen a un centro privado (Jove). Una de las consecuencias indeseables es que los traslados son constantes, incluyendo medidas punitivas como protocolos de sujeción mecánica.

10.6 Comprometer un incremento de la dotación de profesionales en psicología clínica y el trabajo social en la Atención Primaria y Hospitalaria.

11. Cambiar el modelo Sociosanitario

11.1 La atención a la población anciana y su relación con los servicios sanitarios ha entrado en crisis después de la elevada mortalidad en las residencias (que acogen a un porcentaje significativo de la población de mayor edad) durante la pandemia. Aunque es necesario revisar el sistema de cuidados en su conjunto, en

este documento nos limitaremos a revisar algunos aspectos del modelo asistencial y del grado de responsabilidad de las residencias y del propio sistema sanitario a lo largo de este período, unas responsabilidades que no pueden ser eximidas.

11.2 Los índices de mortalidad tan elevados observados en las residencias de mayores durante la primera ola de la pandemia, están asociados al propio modelo residencial y a la precariedad de recursos del sector. Según datos de Eurostat, el gasto en personas mayores en España es el 6,82% del PIB, 4,5 puntos menos que Suecia y 3 menos que UE-27. En Asturias según IDIS, existiría un déficit de unas 1.000 plazas de larga convalecencia.

11.3 El modelo de atención residencial a las personas de mayor edad es común a muchas sociedades occidentales, lo que no puede servir como justificación. Si bien hay algunas peculiaridades en nuestro país. Primero, las responsabilidades de financiación y competencias de regulación corresponden a administraciones de los servicios sociales, esto es, de distinto ámbito del sanitario. En España son los servicios sociales los responsables de estos establecimientos. Segundo, en muchos países existe un modelo de cuidados mixto (servicios sociales y sanitarios) como ocurre con las llamadas "nursing homes", en muchos casos bajo la responsabilidad preferente de personal de enfermería. Tercero, el modelo residencial de la tercera edad en España se ha desarrollado sobre todo a expensas del sector privado, habitualmente con ánimo de lucro, a través de conciertos financiados desde los servicios sociales que también son los encargados de velar por su cumplimiento.

11.4 Las propuestas de mejora, como una mal definida "medicalización" de las residencias, son de difícil o imposible desarrollo si no ponen en cuestión el modelo vigente y se modifica el enfoque preferentemente institucional, y no comunitario, la relación con el sector privado y con el sistema sanitario, en especial con la Atención Primaria.

11.5 Con carácter general, es preciso priorizar el enfoque preventivo mediante programas de promoción de la salud, adecuar los recursos a las necesidades, situar a la Atención Primaria como referencia de la asistencia sanitaria y reconstruir un modelo de integración sociosanitaria como establece la ley de Dependencia 39/2006, entre Servicios Sociales y el SNS

11.6 No es necesario inventar una alternativa, sino recoger experiencias de otros países (Canadá, Reino Unido...). Por ejemplo: reducir la tasa de institucionalización mediante la sustitución de servicios residenciales por servicios prestados en la comunidad, aplicar un modelo distinto de integración sociosanitaria, promover la participación efectiva de usuarios y cuidadores en la toma de decisiones, establecer la figura del administrador de casos en conexión con la atención primaria.

11.7 Los cambios tienen que incluir mejoras salariales, profesionales, de seguridad laboral y reconocimiento social de las trabajadoras de cuidados. Y modificaciones arquitectónicas en las residencias: espacios disponibles y adaptaciones específicas en la estructura de los edificios, lo que en realidad supone cambiar el carácter esencialmente residencial de estos establecimientos.

11.8 Constituir Consejos de participación ciudadana en asuntos sociales a nivel de concejo que abarquen a todas las actividades como la asistencia domiciliaria, residencias, asistencia telemática. También consejos a nivel de centro residencial con participación de familiares, personal asistencial, sindicatos etc.

11.9 Reconocimiento y apoyo por parte de los servicios sociales oficiales de la asistencia social "informal" que genera múltiples actividades integradoras y cooperativas sin ánimo de lucro.

11.10 Establecer un nuevo modelo de acreditación de las residencias y un sistema efectivo de evaluación periódica y pública de la calidad de la atención prestada en las mismas.

12. Constituir una agencia de integridad pública, recuperar la dimensión ética y defender la independencia

12.1 La necesidad de un "Compliance Officer" reside en la susceptibilidad de los sistemas de salud a las malas prácticas, la corrupción y las relaciones indebidas, debido a que disponen de una gran cantidad de recursos, incertidumbre en las decisiones, asimetría de la información, múltiples actores (reguladores, pagadores, proveedores, consumidores...), complejidad y fragmentación. "Compliance" es un término anglosajón que se puede traducir como "cumplimiento normativo": Una función independiente que identifica, asesora, monitoriza y reporta los riesgos de incumplimiento en las organizaciones, con la

opción de sancionar, por no atenerse a las leyes, las regulaciones, los códigos de conducta o los estándares de buenas prácticas⁸.

12.2 Entre las funciones de una Agencia de Integridad Pública se incluyen la gestión de los conflictos de intereses con la finalidad de identificar situaciones directas o indirectas, económicas o no económicas de incompatibilidades, a través de la elaboración de un formulario de declaración obligatoria en miembros comisiones, grupos de expertos, guías clínicas y comités regionales de ética de investigación y evaluación tecnológica. Con el resultado de inhibición en las decisiones cuando las incompatibilidades se producen.

12.3 Defender el interés público frente a la hegemonía comercial de la industria farmacéutica, una cuestión primaria de independencia: Deslindar de forma nítida la salud del mercado: la salud no es una mercancía, no se compra ni se vende, es un derecho de la persona que implica al conjunto de la sociedad.

12.4 Garantizar la imparcialidad e independencia de las personas que deciden y de los técnicos que asesoran: identificar los conflictos directos, indirectos, económicos y no económicos; elaborar un formulario de declaración que será obligatorio para responsables de unidades, directivos, comisiones y guías clínicas, grupos de expertos, y comités de ética de investigación y evaluación de medicamentos y tecnologías; determinar las situaciones en donde emergen los conflictos y establecer las inhibición e incompatibilidades que correspondan.

12.5 Extender la declaración pública de conflicto de intereses a los profesionales, las sociedades científicas y las asociaciones de pacientes en relación con las transferencias de valor percibidas (reuniones científicas, cursos, formación, prestación de servicios o investigación).

12.6 Sanear las relaciones del sector público con la industria: Prohibir la actividad comercial en los centros sanitarios públicos, los contactos comerciales ("la visita médica") en horario laboral, la publicidad corporativa y las sesiones clínicas patrocinadas por la industria. No se podrán aceptar regalos o prebendas de índole comercial. No se admitirá como mérito profesional el "currículo oculto" derivado de la financiación de la Industria.

⁸ Qué es un compliance officer. <https://universidadeuropea.com/blog/que-es-compliance-officer/>

12.7 Recuperar la independencia en la formación profesional con un Fondo de Formación Continuada que cumpla con las necesidades formativas, dependiente de la Consejería de Salud, con un reglamento de transparencia sometido a auditoría, al que la industria puede contribuir con aportaciones no finalistas.

13. Regular la actividad pública y privada

13.1 No hay que olvidar que lo privado vive dentro de lo público, una forma de “privatización oculta” de las instituciones públicas. El 29,5% de los médicos empleados en el sector público en el Estado trabajan simultáneamente en la medicina pública y privada⁹ y hay evidencias de que en algunos casos se remiten activamente pacientes de la pública a la privada, de forma bidireccional, trasladándose los costes de la privada a la pública. Modalidades frecuentes: Uso del tiempo y recursos públicos para actividades privadas; captura de pacientes de la pública a la privada; utilización preferente de medios diagnósticos públicos para pacientes privados.

13.2 Afirmer la necesidad de la dedicación exclusiva. Incluir la jornada de tarde en la actividad ordinaria mediante la reformulación de la dedicación exclusiva, de tal forma que con el incentivo económico que se considere adecuado, se traduzca no sólo en un compromiso de dedicación sino en una jornada extendida a las tardes con actividades programadas. Con ello se amplían los horarios de actividad y se concreta el vínculo de compromiso y lealtad al sistema público.

14. Liderazgo público en la formación y la investigación

14.1 Planes de formación (en pregrado, sistema MIR y formación continuada) para todos los profesionales del sistema, desde el compromiso de garantizar su calidad, lejos de la influencia interesada de la industria farmacéutica y tecnológica.

14.2 Medidas de racionalización de los congresos, cursos y actividades formativas, libres de la financiación y los intereses comerciales. Promoción de nuevos formatos telemáticos. Planes de formación también para los gestores del sistema sanitario.

14.3 Crear un Fondo de Investigación y Formación Sanitaria para garantizar una formación profesional independiente, de manera que se evite la prescripción

⁹ <https://www.epdata.es/datos/sanitarios-espana-estadistica-datos-graficos/535>

inadecuada e innecesaria. Este Fondo también podrá financiar a las Asociaciones de Pacientes, para evitar que puedan convertirse en agentes comerciales de la industria. El Fondo, así mismo, financiara la red de investigación no comercial.

14.4 Los servicios sanitarios, ya sean del hospital como de la APS, tendrán el compromiso de proponer y desarrollar un proyecto de investigación asociado a su actividad asistencial.

14.5 El sistema sanitario puede contribuir al desarrollo social con actividades de alto valor añadido que reviertan en el interés general de la Comunidad Autónoma. Los requisitos necesarios son los siguientes: Condicionalidades que asocien la prioridad de la investigación con los problemas básicos de la salud de la población; incentivar la investigación Open Access y Open Data; incrementar el gasto en investigación (de los más bajos del estado); recuperar el FIMBA para el sector público; asegurar el retorno de la financiación pública, (incluidos los spin-off); y estimular la colaboración en investigación biomédica entre la universidad de Oviedo y el SESPA.

15. Nuevas políticas en la gestión de los recursos humanos

15.1 Terminar con la eventualidad, y las insuficiencias de la plantilla, especialmente de enfermería. Elaborar un catálogo laboral que defina la contratación indefinida y evite las situaciones de precariedad. Convocatorias periódicas anuales de vacantes y sustitución de todas las jubilaciones y bajas prolongadas, con reglas de contratación basadas en los conocimientos y habilidades necesarias para el desempeño de los puestos, y no sólo la exigencia de una determinada titulación. Incentivar “las plazas de difícil cobertura”..

15.2 Una segunda línea de trabajo es el reconocimiento del trabajo bien hecho (profesionalidad) que impulse la autonomía y la valoración individual y colectiva de los profesionales, incluyendo distintas fórmulas contractuales y de servicio en función de las necesidades del sistema. El régimen de personal debe estar basado en la gestión por competencias, en los incentivos por el desempeño, en la formación continuada, en la participación en la gestión bajo el marco de la gestión clínica, y en una carrera profesional no ligada exclusivamente ni a la antigüedad ni a la promoción jerárquica.

15.3 Acreditar periódicamente la capacidad profesional, con revisiones quinquenales y como requisito previo para optar a una plaza o un puesto de responsabilidad.

15.4 Revisar las carreras profesionales, priorizando los criterios de mérito y responsabilidad pública.

15.5 Democratizar la estructura sanitaria: Vinculación temporal de los cargos de responsabilidad al mérito, la capacidad y la experiencia acreditada, con métodos de consenso y eliminando las "plazas en propiedad".

15.6 Establecer una regulación específica de la colegiación en cada una de las profesiones sanitarias. La obligatoriedad de la colegiación deberá producirse únicamente para aquellos colectivos sobre los cuales los colegios profesionales tengan capacidad administrativa, jurídica y técnica para ejercer tareas de evaluación y control.

15.7 Establecer un sistema de incompatibilidades de los profesionales, y especialmente de los cargos de responsabilidad. El sistema precisa no sólo la contratación de los mejores profesionales por méritos y por valoración de resultados, sino también la dedicación exclusiva y el compromiso con el sector público. Excluir a las sociedades científicas de la participación directa en los organismos y entidades que toman decisiones en el ámbito público.

16. Recuperar derechos y avanzar en otras prestaciones básicas

16.1 Derechos: Recuperación integral de la cobertura universal para todas las personas que viven en la Comunidad Autónoma, incluidos los procesos de reagrupación familiar, y la eliminación de posibles barreras como la exigencia de empadronamiento. Eliminar los copagos, inicialmente en situaciones contrastadas de precariedad.

16.2 Políticas de Igualdad. Mejorar la atención a la salud de las mujeres con el foco en la formación de los profesionales. Garantizar la implementación del IVE en el sector público. Vigilar en el interior del sistema sanitario el cumplimiento de la ley de Igualdad. Promocionar el uso de preservativos -ante el incremento de enfermedades de transmisión sexual y del número de embarazos no deseados- y vindicar su gratuidad. Retomar la atención sobre la violencia machista y revisar los protocolos de acoso y discriminación. Reorientación de los actuales Centros

de Planificación Familiar, en Unidades municipales de salud sexual para que la población, asuma la atención sociosanitaria y las acciones municipales de educación sexual. Mejorar la atención a la endometriosis y promover la creación de una unidad especializada de referencia.

16.3 Incrementar los recursos en Cuidados Paliativos y evaluar el Plan vigente de Paliativos de 2.009, su accesibilidad y calidad, con equipos interdisciplinarios desde Atención Primaria (más del 50% de los fallecimientos son por enfermedad en situación avanzada o terminal y la cobertura apenas llega a la quinta parte de las necesidades). Evaluar y publicar los resultados del desarrollo de la Ley del derecho a una muerte digna

16.4 Reforzar la rehabilitación y la fisioterapia, una de las grandes asignaturas pendientes. Por ejemplo, sólo hay 1,54 fisioterapeutas por 1.000 habitantes (incluyendo el sector privado) por debajo de las recomendaciones de la OMS.

16.5 Incorporar la salud bucodental que es la tercera peor de Europa después de Rumanía y Turquía. Subvencionar los audífonos y las lentes y lentillas, incorporar a los ópticos-optometristas a la Sanidad Pública.

16.6 Reevaluar la Siniestralidad Laboral para una mayor eficacia de las acciones preventivas en los centros de trabajo en Asturias: enfermedades profesionales y accidentes. Somos una de las autonomías con peores estadísticas: 1.000 accidentes laborales al mes.

Algunas medidas concretas para avanzar en la buena dirección

*Cobertura sanitaria universal para todas las personas que viven en la Comunidad
Listas de Espera: Evaluar y publicitar los servicios/centros que incumplen los
tiempos máximos de espera, determinar causas y propuestas de solución.*

Corregir la temporalidad laboral hasta el 8%, en un plazo máximo de un año

*Cada Centro de Salud elaborará un plan anual de salud comunitaria con
participación comunitaria y del municipio y el apoyo de Salud Pública.*

*Asumir desde la APS la coordinación de la atención sociosanitaria y el control
asistencial de las residencias de mayores*

*Presupuestos: En el próximo ejercicio el 4% se destinará a Salud Mental y el 25%
a La APS.*

*Implementar una estrategia de ahorro para reducir en 5 puntos en 1 año el gasto
en farmacia (genéricos, centralización compras, sistema de subastas, etc.)*

Prescripción: promover una cultura de evaluación vinculada a la práctica clínica

Polimedicados: Definir y aplicar una estrategia para combatir la polifarmacia

Promover la “publicidad activa” de oficio de todos aquellos aspectos relativos a los medicamentos y tecnologías

Constituir un observatorio de “medicalización”, que promueva estrategias de desprescripción y active recomendaciones de no-hacer

Proteger la salud: Desarrollar un plan de salud operativo que lidere las acciones intersectoriales que permitan mitigar/eliminar los riesgos evitables para la salud

Imponer un impuesto sobre las bebidas azucaradas y edulcoradas

Constituir órganos colegiados en el gobierno de toda la estructura del SESPA

Profesionalizar la mesogestión, con concursos públicos transparentes para la dotación de los equipos directivos

Retomar de la dedicación exclusiva con el compromiso de extensión de jornada

Gestionar la atención sanitaria desde el sector público: disolución de GISPASA

Promover alternativas que mejoren la transición del hospital al domicilio y que optimicen los recursos tecnológicos del hospital

Incrementar los recursos en Cuidados Paliativos y evaluar y publicitar los resultados de la Ley de derecho a una muerte digna

Contratar profesionales de fisioterapia en el sector público de acuerdo con las recomendaciones de la OMS

Sustituir las fundaciones de investigación por fondos públicos gestionados por el hospital

Ampliar la cobertura en salud bucodental

Financiación pública de la formación de los profesionales, libre de intereses comerciales

Residencias de ancianos: apostar por un modelo público de integración sociosanitaria entre los servicios sociales y la APS, con un enfoque comunitario

Constituir una agencia de integridad y responsabilidad pública

Gestionar los conflictos de intereses, de declaración obligatoria, y las incompatibilidades que se derivan

Retomar la atención sobre la violencia machista y revisar los protocolos de acoso y discriminación.

Garantizar el IVE en el sector público

Recuperar el FIMBA para el sector público y establecer condicionalidades que garanticen el interés público en la investigación biomédica

Acreditar periódicamente la capacidad profesional, con revisiones quinquenales y revisar las carreras profesionales, prioridad al mérito y responsabilidad pública

Asturias, 28/08/2023

Plataforma de la salud y la sanidad pública de Asturias (PSSPA)

Asociación para la defensa de la sanidad pública de Asturias (ADSPA)