

CONSIDERACIONES SOBRE EL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO ANDALUZ EN TIEMPOS DE CRISIS, CON ESPECIAL REFERENCIA AL IMPACTO DE LOS RECORTES PRESUPUESTARIOS Y SU REPERCUSIÓN EN MÁLAGA

En abril de 2012, a la vista de los resultados de las elecciones celebradas en Andalucía en el anterior mes de marzo, la ASOCIACIÓN PARA LA DEFENSA DE LA SANIDAD PÚBLICA de Andalucía emitió un documento (“**Una política sanitaria de izquierdas para Andalucía**”) que aborda sintéticamente diversas cuestiones y propuestas que gozan en la actualidad de plena vigencia y pertinencia absoluta. Dicho documento se adjunta al presente escrito como referencia más amplia de las situaciones que, al entender de la ADSP de Andalucía, deben inspirar el marco jurídico, los objetivos de promoción de la salud y atención a los procesos de enfermedad, los mecanismos de gestión y las modalidades de participación ciudadana en el Sistema Público de Salud de Andalucía.

Sin perjuicio de una lectura completa del mencionado documento, procede traer a colación uno de los párrafos de su Introducción: *“Es necesario que el PSOE abandone la autocomplacencia. Es verdad que tenemos un sistema sanitario aceptablemente bueno porque resuelve muchos problemas a un coste razonable, pero aún tiene mucho que mejorar. En especial, la ausencia de participación ciudadana y una gestión demasiado basada en la grandilocuencia de grandes iniciativas que se suceden vertiginosamente sin evaluación de las previas y de las que, cuando menos, se desconoce su impacto para transformar la realidad. Igualmente, sería un error utilizar el sistema sanitario andaluz como arma partidista para hacer oposición al gobierno central porque ello llevaría a políticas efectistas, de grandes gestos, más pensadas para el impacto mediático que para la mejora de la salud de los ciudadanos.”*

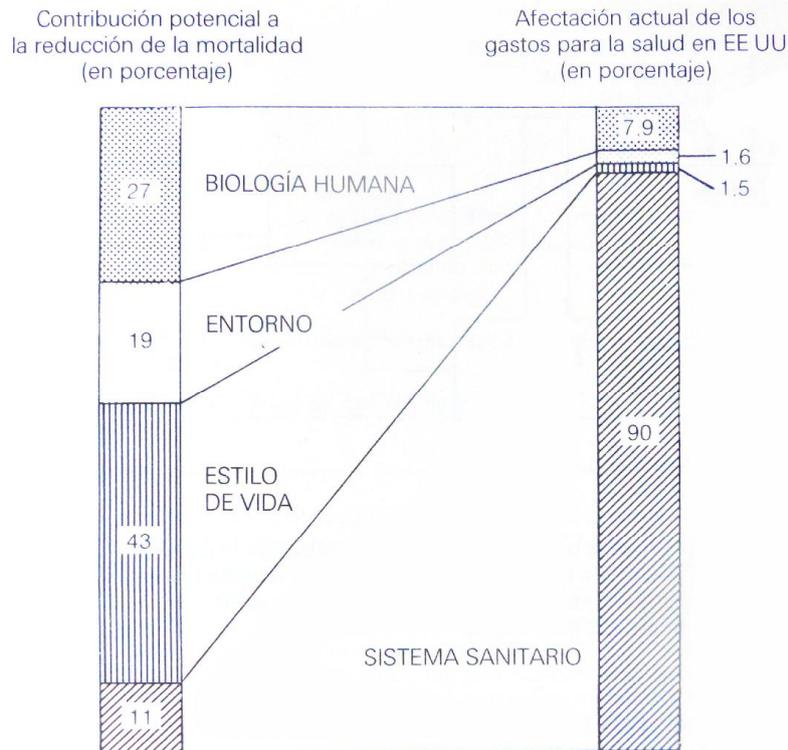
Ciertamente los indicadores genéricos de salud en Andalucía han mejorado sensiblemente desde el año 1975 hasta la actualidad, al menos en la medida en que disponemos de datos estadísticos concretos, si bien parece ser que en el último año ha empezado a deteriorarse alguno de los indicadores referidos, fundamentalmente incremento de la tasa de suicidios y de los problemas de salud mental, especialmente aquellos relacionados con situaciones dependientes de la crisis (paro, desahucios, exclusión social). Sin embargo, no cabe desconocer, que otros indicadores, especialmente algunos que hacen referencia a actividades hospitalarias, muestran estancamientos o incluso retrocesos en los últimos años, hecho que nos llevará a algún tipo de consideraciones posteriores.

Existe un esquema clásico de correlación del estado de salud con una serie de factores, de los cuales el sistema de atención sanitaria juega un papel incuestionablemente importante, pero menor que otros determinantes y desde luego mucho más exigente en el volumen de gastos finalistas de salud.

Sin embargo la importancia del sistema de salud no radica únicamente en su virtualidad para mejorar la calidad y duración de la vida, conservar la salud y prevenir y tratar la enfermedad. Existen otros factores que deben tenerse muy en cuenta desde una consideración integral de su importancia como instrumento de mejora de la equidad y la justicia, distribución de la renta, creación de empleo de calidad, generación de conocimiento y tecnologías, elevación del nivel técnico y profesional y fuente inestimable de cohesión social y adherencia de los ciudadanos al modelo de sociedad y convivencia, además de otros efectos indirectos de estímulo de la economía mediante la reducción de horas de trabajo perdidas, invalidez y dependencia.

Este escrito se sitúa en la perspectiva esbozada, con referencia explícita a algunas de las consecuencias de la crisis actual en la provincia de Málaga

El objeto de la planificación



Como queda indicadores salud han ido sustancialmente 1975 y tales

Fuente: extraído de Dever, G. E. A.: "An Epidemiological Model For Health Policy Analysis", Soc. Ind. Res. 1976, vol. 2, p. 465.

esbozado, los genéricos de mejorando desde el año indicadores

señalan que Andalucía es una de las comunidades autónomas con mejores estadísticas vitales. No cabe duda que a ello ha contribuido el Sistema Público de Salud y no sólo él, sino otros factores fuertemente ligados a la actividad institucional (empleo público, PER, atención a la dependencia, mejora de la salubridad de infraestructuras urbanísticas, etc). Con todo, no cabe duda de que asistimos a una importante ofensiva que trata de cuestionar los mismos fundamentos del sistema de atención sanitaria pública. A embates privatizadores que se están manifestando de una manera especialmente virulenta en los conflictos sanitarios que se viven en la Comunidad de Madrid, donde se ha orquestado una batería de ataques ideológicos y un cuestionamiento espúreo de la sostenibilidad económica de los sistemas públicos que fundamentan el Estado del Bienestar. Procede recordar que empresas beneficiarias de privatizaciones anteriores de Centros Sanitarios (Capio) dependen de corporaciones transnacionales que aseguran el vínculo entre la ofensiva privatizadora en España y la ideología y los intereses conservadores que, en el paroxismo de su delirio antisocial han llegado a aconsejar a los viejos que se den prisa en morir para no depender de subvenciones o transferencias institucionales pública. («Dios no quiera que uno esté obligado a seguir viviendo cuando lo que quiere es morir. Me despertaría sintiéndome cada vez peor sabiendo que todo [el tratamiento] está siendo pagado por el Gobierno»«No resolveremos el problema hasta que dejemos que se den prisa y mueran»Taro Aso, ministro japonés de finanzas. Rueda de Prensa del 15-I-2013)

El Sistema Sanitario Público se ve abocado no sólo al examen de sus resultados frente a la lucha contra la enfermedad y la promoción de la salud, sino que se encuentra escrutado acerca de su coste, su modalidad de financiación y sus objetivos (cartera de servicios). En parte se trata de un falso debate propiciado por el descarnado deseo de asaltar los últimos reductos del Estado del Bienestar y fragmentar sus despojos en lucrativos negocios a repartir entre los corifeos del mal llamado Neoliberalismo.

Sin embargo esta primera aproximación, esencial para situar políticamente el debate, no debe llevarnos a desconocer que, como cualquier otra manifestación de la vida, las sociedades, los países y las instituciones son entes dinámicos que interaccionan entre sí, de modo que se crean nuevas situaciones sobre las cuales los modos antiguos de funcionamiento y la propia definición de sus objetivos se muestran ineficaces o contraproducentes.

Con este referente previo, no cabe ninguna actitud piadosa a la hora de juzgar algunas trayectorias y elementos que se concilian mal con una o más de las exigencias que pueden hacerse al Sistema Público de Salud, ya sea por lo que respecta a su estructura, a sus procesos internos y sus resultados sanitarios, sociales, financieros o políticos.

BREVE REFERENCIA A ALGUNO DE LOS MODELOS BÁSICOS DE GESTIÓN DE ORGANIZACIONES Y EMPRESAS

Existen claramente una serie de componentes estructurables de acuerdo con MODELOS DE GESTIÓN TRADICIONALES UNITARIOS basados en la jerarquía y la centralización, con estratificación de los sucesivos niveles jerárquicos, apropiados para las economías de escala de acuerdo con los principios de división del trabajo y especialización y conformados mediante formalización de las tareas y comportamientos de los trabajadores del sistema.

En el caso del Sistema Sanitario, este modelo sería en principio aplicable a una parte de la estructura de funcionamiento (manutención, lencería, restauración, limpieza), caracterizada fundamentalmente por tareas repetitivas y normalizadas, susceptibles de supervisión directa, con división del trabajo y especialización horizontales mínimas y elevada especialización vertical, es decir, un esquema donde el mecanismo de coordinación básico reside en la supervisión directa por el equipo directivo, la absoluta definición de las tareas a realizar por cada trabajador y el escaso nivel de formación y de autonomía de los subordinados. Esta estructura, en principio adecuada para organizaciones pequeñas (por ejemplo, un Hospital o Centro de Salud), es susceptible de experimentar importantes carencias estratégicas y operativas al aumentar el volumen de la organización. En otras palabras, podría plantear serios problemas cuando se traslada mecánicamente a una organización de la escala del SAS.

Pero, al menos eso declara gran parte de la literatura moderna de gestión, el modelo está absoluta y rápidamente abocado al fracaso cuando trata de aplicarse a una BUROCRACIA PROFESIONAL, cual es el caso típico de las profesiones sanitarias, cuyos miembros son los reales dispensadores de los servicios de salud. A diferencia del modelo anterior, el funcionamiento de una Burocracia Profesional está altamente descentralizado tanto horizontal como verticalmente. Gran parte del poder sobre el trabajo operativo reside en la base de la estructuras, es decir en los profesionales. De hecho, el esquema de funcionamiento, desde el punto de vista de la gestión, se define a veces como “pirámide invertida”, puesto que la función principal de los directivos consiste en facilitar el trabajo de los profesionales, lo cual es casi decir que se encuentran a su servicio.

Este modelo requiere, ciertamente, un importante trabajo de normalización, pero este trabajo consiste fundamentalmente en la formación por habilidades, que se produce con carácter previo a la propia incorporación de los profesionales individuales a la Organización. Las cualidades básicas exigibles son la formación, la experiencia y los conocimientos especializados. Los parámetros de diseño consisten en la formalización de las habilidades requeridas, la especialización horizontal y la descentralización (tanto horizontal como vertical). Sin embargo, se precisa una elevada especialización horizontal (reducido número de tareas muy cualificadas a realizar por cada miembro del núcleo operativo-los profesionales-), mientras que la especialización vertical está poco diversificada ya que dada la elevada complejidad de las tareas muy especializadas y la cualificación y elevado grado de formación del núcleo operativo, únicamente puede ser controlado por los mismos que las realizan (el grupo de profesionales cualificados para esa tarea). Puesto que la cualificación de los profesionales debe demostrarse antes de ser adscritos a determinado trabajo operativo, se desprende que una de las funciones fundamentales de la dirección de la Organización consiste en el diseño de procedimientos idóneos para la selección del personal más preparado y, por lo que respecta al desempeño y calidad de las tareas realizadas por los profesionales, a una labor de evaluación de los resultados pero no a la interferencia con el desarrollo de dichas tareas.

LA CULTURA CORPORATIVA DEL SAS

Si un defecto (desde luego sentido como tal y clamorosamente denunciado por los profesionales sanitarios) debe señalarse en primer lugar es el **DIRIGISMO**. Se manifiesta fundamentalmente en la selección opaca de los cuadros gestores, que frecuentemente carecen del mínimo currículum gestor y del conocimiento adecuado de la especificidad del manejo de los recursos humanos en el ámbito de las profesiones sanitarias y de los procesos y necesidades de la atención sanitaria. En no pocas ocasiones es evidente la cooptación para los puestos directivos de personas adscritas a grupos de presión cristalizados y escasamente renovados. El propio proceso de selección abusa de la consideración de los cuadros gestores, incluso en sus niveles más bajos, como personas de

confianza. A ello se une recientemente la dudosa existencia de respaldo legal del sistema de nombramiento de los responsables de las Unidades Clínicas de Gestión.

La consecuencia inevitable de estas prácticas es la consolidación de un **MODELO DE GESTIÓN DÉBIL**, caracterizado por la esclerosis burocrática y la rigidez de la cadena de mando (“estilo de cliché” fosilizado en torno a la “jerga de gestión” [“excelencia”, “CMBD”, “cuadro de mando”, etc]), que implanta un talante autoritario y un decisionismo rígido que prescinde de la interlocución fructífera con los profesionales en tanto técnicos cualificados y con la representación laboral de los mismos. Un correlato inmediato de la debilidad del modelo de gestión consiste en el vaciamiento de contenido de los órganos de participación, ya sean técnicos (Comisiones Clínicas, Juntas Facultativas), ya sean vehículo de participación ciudadana.

En relación con lo anterior cabe señalar que se ha configurado un sistema de estímulos exclusivamente centrado en la retribución económica (“productividad variable”) con absoluto desconocimiento de la importancia del “salario cultural”, especialmente relevante en el caso de los profesionales titulados. Tanto es así que en periodos de estrechez económica es difícil justificar la exigencia de mantenimiento de los niveles de actividad de aquellas personas a las que se ha privado de la cultura organizativa motivadora propia de las profesiones sanitarias (altruismo, servicio, dedicación, progreso intelectual, investigación, docencia, carrera profesional, reconocimiento y proyección externa). Algo parecido cabría afirmar acerca del modelo burocratizado de carrera profesional que sumerge a los profesionales en un maremágnum de papeleos devoradores del tiempo necesario para la asistencia, la docencia y la investigación como auténticos fundamentos de la actividad de prestación de servicios a los pacientes. (¿A quién se le ocurrió la brillante idea de que se deben “acreditar” hasta las sesiones clínicas de los Servicios?). La sensación de los profesionales en muchas ocasiones es que algún burócrata desocupado, deseoso de justificar su sueldo, inventa trabajos inútiles para los demás, incluidos los pacientes.

Todo ello ha llevado (en el sentir de la mayoría de los profesionales de base) a la proliferación hipertrófica de estructuras que lastran la actividad y encarecen el coste del Sistema Público de Salud (“muchos caciques y pocos indios”), puesto que en no pocas ocasiones estas tareas burocráticas son realizadas por personas que en otros tiempos tenían atribuido fundamentalmente trabajo asistencial.

Algún progreso ha tenido lugar en los últimos tiempos cuando se ha procedido a aligerar la estructura de cuadros gestores en la totalidad de las provincias andaluzas y singularmente en el organigrama del SAS de Málaga. Con todo, no es transparente el objetivo de funcionalidad perseguido.

¿Por qué ocurre todo esto? Una respuesta verosímil es que en lugar de colocar los recursos económicos al servicio del cumplimiento de los fines de la Organización Sanitaria, se ha supeditado fuertemente la actividad de ésta al cumplimiento de los condicionantes presupuestarios. Como todo el mundo sabe, las políticas economicistas son autoritarias.

Una de las clarísimas líneas conductoras de los equipos directivos transcurre en la dirección de evitar problemas, especialmente polémicas públicas. Se ignora el papel vivificador de la crítica, sobre todo cuando se conduce ésta por caminos de racionalidad y con propósitos de mejora organizativa. Al contrario, en absoluta contradicción con las directrices que debieran extraerse del modelo de gestión aplicable a una burocracia profesional, ha fallado estrepitosamente la primera y fundamental misión de los equipos directivos: establecer el sistema de selección profesional que estimule la captación de los elementos más capaces y preparados para integrarse en el núcleo operativo del Sistema de Salud. Frente a un sistema que estimule la emulación competitiva de los profesionales por alcanzar la cualificación más elevada, se ha desarrollado un sistema que implica la cooptación pura y simple de los profesionales desde que finalizan su periodo de formación (Residencia en el caso de los facultativos) o desincentiva la adquisición de habilidades específicas, a través de un sistema de contratación (fundamentalmente en el caso de la enfermería, pero también en parte importante del personal administrativo) que prima la polivalencia del profesional a costa de la capacidad para el desempeño cualificado de tareas. En muchos casos esto redundará en la asunción de tareas poco especializadas por el personal más cualificado (subempleo intelectual).

En relación con lo anterior cabe señalar que se ha configurado un sistema de estímulos exclusivamente centrado en la retribución económica (“complemento de productividad variable”) con absoluto desconocimiento de la importancia del “salario cultural”, especialmente importante en el caso de los profesionales titulados. Tanto es así que en periodos de estrechez económica es difícil justificar la exigencia de mantenimiento de los niveles de actividad de aquellas personas a las que se ha privado de la cultura organizativa motivadora propia de

las profesiones sanitarias (altruismo, servicio, dedicación, progreso intelectual, investigación, docencia, carrera profesional, reconocimiento y proyección externa). Algo parecido cabría afirmar acerca del modelo burocratizado de carrera profesional que sumerge a los profesionales en un maremágnum de papeleos devoradores del tiempo necesario para la asistencia, la docencia y la investigación como auténticos fundamentos de la actividad de prestación de servicios a los pacientes. (¿A quién se le ocurrió la brillante idea de que se deben “acreditar” hasta las sesiones clínicas de los Servicios?). La sensación de los profesionales en muchas ocasiones es que algún burócrata desocupado, deseoso de justificar su sueldo, inventa trabajos inútiles para los demás, incluidos los pacientes.

Todo ello ha llevado (en el sentir de la mayoría de los profesionales de base) a la proliferación hipertrófica de estructuras que lastran la actividad y encarecen el coste del Sistema Público de Salud (“muchos caciques y pocos indios”), puesto que en no pocas ocasiones estas tareas burocráticas son realizadas por personas que en otros tiempos tenían atribuido fundamentalmente trabajo asistencial. Adicionalmente, sería conveniente evaluar y publicar los costes de gestión (que no deberían exceder del 3%) en relación con la totalidad de recursos destinados al Sistema Sanitario.

Algún progreso ha tenido lugar en los últimos tiempos cuando se ha procedido a aligerar la estructura de cuadros gestores en la totalidad de las provincias andaluzas y singularmente en el organigrama del SAS de Málaga. Con todo, no es transparente el objetivo de funcionalidad perseguido, ni se ha conseguido una estimable reducción de costes.

Pero, más allá de planteamientos puntuales, entendemos que la debilidad del modelo de gestión depende de un incorrecto entendimiento de la mezcla de sistemas que concurren en el funcionamiento de Hospitales y Centros de Salud y de una más que errónea política de manejo de los recursos humanos.

En consonancia con la debilidad global del modelo de gestión cabe finalizar aludiendo al surrealista modelo de participación ciudadana que atribuye a las excelsas virtudes democráticas de un sorteo la designación de representantes de la ciudadanía en el control del funcionamiento del sistema. El hecho sería simplemente anecdótico si no discurriera en paralelo con la exclusión de la participación de otros entes representativos de colectivos ciudadanos que con más conocimiento, mérito y responsabilidad podrían contribuir a establecer controles democráticos y a elevar la estima ciudadana hacia el Sistema Público de Salud de Andalucía .

Pese a los esfuerzos realizados por el Gobierno andaluz, existe una sensible falta de recursos dedicados a la atención en Salud Mental, incluidas las drogodependencias. Sobre ello y la atención a otros procesos crónicos se extiende el documento de la ADSP emitido en abril y adjunto a este escrito.

Sin embargo no queremos dejar de mencionar que recursos ya existentes en el Sistema Público de Salud de Andalucía son insuficientemente publicitados, hecho que disminuye la accesibilidad de la población diana a tales servicios. El artículo 22.2, apartado *k* del Estatuto de Andalucía afirma que: “*Los pacientes y usuarios del sistema andaluz de salud tendrán derecho a... Recibir asistencia geriátrica especializada*”. En oposición al mandato Estatutario, en muchos centros del SAS se niega información a los pacientes sobre los recursos disponibles por el ¿capricho? institucional de la falta de reconocimiento de la especialidad, dependiente de los Servicios o UCG de Medicina Interna

PECULIARIDADES LOCALES DE MÁLAGA

Posiblemente debido a factores culturales y desarrollos históricos específicos, los males de la endogamia y el clientelismo han alcanzado en la estructura sanitaria pública de Málaga cotas especialmente altas.

Uno de los factores que sin duda han contribuido muy especialmente a esta situación es la tolerancia culpable de los sucesivos responsables de las direcciones de los Centros Sanitarios ante corruptelas flagrantes, principalmente en dos órdenes de acontecimientos. La laxitud en la aplicación de las normas sobre INCOMPATIBILIDADES ha alcanzado cotas escandalosas. Por ejemplo, la inhibición de sucesivas GERENCIAS ante el hecho de que cuadros intermedios obligados taxativamente por la ley a incompatibilidad absoluta (incluso a veces por los términos de la convocatoria para la provisión de las plazas que ocupan en el SAS, por lo cual no podría alegarse ignorancia en ningún caso), han aparecido a bombo y platillo en medios de comunicación promocionando las virtudes de los Servicios que pasaban a dirigir en instituciones privadas, por supuesto sin abandonar la plaza que desempeñaban en el Servicio Andaluz de Salud. Hasta cinco responsables de Jefaturas de Servicio o Directores de Unidades Clínicas de Gestión han protagonizado apariciones públicas

de este cariz, sin que sus respectivos Directores Médicos o Gerentes se hayan tomado la molestia de reconvenirles y, mucho menos, de exigirles el cumplimiento estricto de la ley.

La laxitud en el cumplimiento de las normas ha llegado hasta extremos anecdóticos: un personaje acogido al régimen de DEDICACIÓN EXCLUSIVA fue sorprendido, mientras se encontraba en situación de baja laboral, trabajando para una institución privada. Ni siquiera figura una nota desfavorable en su expediente. Ni que decir tiene que no causó baja en el régimen de dedicación exclusiva ni se le instó a devolver los emolumentos indebidamente percibidos.

Tampoco es infrecuente el caso de incompatibilidad horaria en el desempeño de las actividades privadas, aunque el infractor no se acoja al régimen de dedicación exclusiva en el puesto de trabajo público, circunstancia igualmente invisible para los servicios de Inspección.

En relación bastante estrecha con la situación anterior se detectan numerosos casos de PARASITACIÓN DEL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD por desaprensivos que utilizan su puesto en el SAS para captar pacientes en sus respectivos desempeños privados o, complementando lo anterior, en prescribir pruebas o adelantar intervenciones quirúrgicas sin el pequeño inconveniente de someterse a aguardar turno en las crecientes listas de espera.

CASUALMENTE un buen número de cuadros intermedios se ubican en ese limbo nebuloso donde se mezclan incompatibilidad y conflicto de intereses. Ha habido denuncias concretas, tanto en la Prensa como en Órganos Colegiados tales como la Junta Facultativa, que hasta ahora no se han traducido por parte de los máximos responsables de la Gestión de los Centros atañidos en actitudes respetuosas ni con la Ley, ni con el interés del Sistema Sanitario Público, ni con el prestigio del Gobierno de la Junta de Andalucía que, consecuentemente, pasa eventualmente por encubridor o cómplice de estas dejaciones.

Queda apuntado el arbitrario sistema de selección de profesionales que, independientemente de su nivel de conocimiento, que puede ser alto, alcanzan un puesto en el Sistema de Salud no por el grado en que demuestran sus capacidades, sino por la gracia que alcanzan de un superior (habitualmente Jefe de Servicio o UCG). Incluso se ha dado el caso de que concursos oficialmente convocados han sido aplazados *sine die*, mientras que se contrataba laboralmente a uno de los solicitantes, desafortunadamente el que menos méritos y posibilidades tenía de alcanzar la plaza mediante el procedimiento regular.

Aunque el SAS es uno de los pocos entes sanitarios autonómicos que mantiene una política de estímulo de la investigación biomédica y, aún con la inevitables comisión de algunos errores, consigue situar a Andalucía en un puesto de vanguardia en este campo, el enfoque actual carece de algunos elementos generalizadores y depende mucho de las características propias de cada Centro. Así, en Málaga, pese al vínculo (más virtual que efectivo en muchos órdenes) con la Facultad de Medicina, el principal complejo hospitalario (Hospital Regional Universitario) adolece, en gran medida en virtud de los defectos y corruptelas mencionados, de falta grave de definición de un modelo de hospital dinámico, compartido y asumido por la Dirección y los Profesionales (recuérdese lo dicho a propósito del “salario cultural”). En definitiva, de 40 UCG, únicamente 5 tienen programas de investigación claros y consolidados, mientras que el resto muestra comportamientos erráticos, caóticos o inexistentes en ese ámbito.

En Málaga se detecta, tanto en la red de Centros de Salud como en el Hospital Regional Universitario, el menor o uno de los menores porcentajes de recetas de genéricos de toda Andalucía, con la consiguiente repercusión sobre el gasto en medicamentos. Sin embargo puede aducirse que el bajo nivel cultural de una parte importante de la población anciana (los mayores consumidores de medicamentos) compromete la eficacia de la prescripción de genéricos del modo que se explica a continuación y, por ello, muchos facultativos prefieren evitar confusiones y garantizar la adherencia correcta a la pauta de fármacos prescritos. La cuestión es la siguiente. Los distintos fármacos genéricos se dispersan sin atenerse a un modelo normalizado de presentación farmacéutica (forma, tamaño y color de cápsulas, jarabes, ampollas y/o comprimidos), hecho que confunde a muchas de estas personas que no logran identificar por el nombre del producto farmacéutico el producto ni el momento en que deben tomar la medicación. A este propósito sería útil recomendar a la Consejería de Salud que emprendiese o bien una campaña de unificación por los respectivos fabricantes de las diversas presentaciones medicamentosas, o bien que determinase el genérico más económico a dispensar en cada caso para evitar este tipo de problemas.

Andalucía es igualmente una de las Comunidades Autónomas donde más se ha primado el desarrollo y mayor peso tiene la red de Atención Primaria de Salud. Aun así, en los últimos tiempos se ha detectado una reducción de la capacidad asistencial de los correspondientes Centros, debido a la reducción de algunas consultas de especialistas (por ejemplo, Ginecología, que ahora es atendida por los Médicos de Familia). Igualmente se ha reducido en los últimos tiempos el horario de apertura de algunos Centros de Salud, con el consiguiente impacto en la accesibilidad de los Servicios de Salud.

La aplicación del nuevo cómputo horario impuesto por el Gobierno de España, se ha realizado de forma irregular y descaradamente arbitraria en cada Centro y Distrito Sanitario. No desconoce la Consejería de Salud que la implantación se ha realizado sin acuerdo con las Organizaciones Sindicales, al menos por lo que respecta a la homogeneidad y equidad de la nueva distribución horaria. Es importante señalar que, en el caso de muchos Facultativos, la aplicación de la nueva jornada se ha hecho sobre un horario que los últimos convenios firmados con los Sindicatos más representativos no consideraban de ningún modo horario normal. Al contrario, la implantación se realiza sobre el horario no ordinario (horario de Continuidad Asistencial), descontando la correspondiente retribución no al precio de horas ordinarias sino al precio de horas extraordinarias.

Tal y como se aplica la medida, lejos de acreditar a sus diseñadores como campeones de la racionalización salarial, ha motivado el rechazo sin paliativos de la mayoría de los Facultativos (obviamente los más perjudicados), pero tampoco resiste una crítica rigurosa desde el punto de vista de los intereses generales del Sistema Público de Salud ni desde el punto de vista de una perspectiva de izquierda a medio plazo.

En primer lugar porque recae principalmente sobre aquel grupo de profesionales más comprometidos con el Sistema Sanitario Público: aquellos que no tienen actividad privada y que realizan jornadas de Guardia y de Continuidad Asistencial. Quienes (fundamentalmente por mantener consultas privadas por la tarde) no realizaban jornadas de Continuidad Asistencial pierden únicamente la rebaja genérica del sueldo y los complementos (en torno a un 10% de sus ingresos brutos). Aquellos profesionales más comprometidos con el Sistema Sanitario Público pueden llegar a perder un 25%-30% de sus ingresos.

Como consecuencia cabe esperar (y se está produciendo) la desafección a pasos agigantados de estos profesionales, en no pocos casos personas progresistas, defensores del Sistema Público de Salud (para referencia, repárese en las grandes movilizaciones sanitarias en Madrid) y votantes de los partidos de izquierda en Andalucía (PSOE e IU), quienes responsabilizan de favorecer con este tipo de medidas el desmantelamiento del Sistema Público de Salud. (*“El PP destruye el Sistema Público de Salud conscientemente, por coherencia ideológica. El PSOE destruye el Sistema Público de Salud por incapacidad”*). Sin pretender elevar a categoría política la opinión más o menos fundamentada de un sector de los profesionales del SAS acerca de la equidad del reparto de los recortes salariales, si cabe señalar que, al menos en parte, la deriva electoral de las fuerzas de izquierda hacia una implantación fundamentalmente rural, alejada de los grupos urbanos creadores de opinión (¡un 14% de voto del PSOE en Barcelona capital! en la última elección celebrada en España) debe motivar una seria reflexión sobre los mensajes, la capacidad de interlocución con las clases medias progresistas, sin cuya conformidad ideológica y adhesión política a las formaciones que defienden el Estado del Bienestar, el futuro de éste es muy problemático. Justo es hacer recaer el mayor esfuerzo económico en aquellos que más tienen, especialmente en momentos de crisis, pero posiblemente se debería aquilatar el reparto de las cargas de manera que contribuyan más quienes menos aportan a la buena marcha global del Sistema y más recompensas económicas directas e indirectas reciben de él.

Por lo que respecta al impacto sobre el empleo sanitario en nuestra provincia, las Organizaciones Sindicales (fundamentalmente UGT y CC.OO) estimaban a finales de año en 500 contratos los que habían llegado a perderse en Málaga desde la implantación de las medidas de ajuste del Gobierno de España y de la Junta.

Por otro lado, permanecen cerradas varias plantas hospitalarias (cuatro plantas en el Hospital Regional Universitario y tres plantas en el Hospital Clínico), además de la reducción de horarios en algunos Centros de Salud, como se ha señalado anteriormente. Se están desmantelando consultas en el CARE.

Un comentario final parece pertinente. Existe y se ha acentuado con la crisis y los recortes efectuados un tiempo de demora inaceptable desde todos los puntos de vista. Es cierto que a los sistemas privados les es inherente la exclusión de la demanda insolvente y a los públicos la existencia de espera. Pero las demoras existentes en la actualidad denotan no sólo el fracaso de los gestores para cumplimentar las directrices de la Consejería sancionadas por la normativa legal, sino el fraude de ley continuado en base al maquillaje de las

listas de espera, la puesta en práctica de maniobras tramposas para los pacientes e incluso actuaciones que podrían bordear lo delictivo

CONCLUSIONES RÁPIDAS

Para terminar, unas palabras en consideración de la importancia de asignar correctamente los recursos públicos a un Sistema en riesgo. Es responsabilidad de la Junta actuar sobre las posibles fuentes de recaudación además de racionalizar los capítulos del gasto. A este último particular específico, queremos aportar los siguientes comentarios:

Negativa absoluta a propiciar modalidades de gestión privada como la prevista en el caso de la Ciudad de la Salud de Granada. Debemos recalcar que no parece una necesidad imperiosa la apertura precipitada de unas camas hospitalarias que comportarían posiblemente el cierre de otras funcionantes en la actualidad (Hospital de San Cecilio) a expensas de una hipoteca no sólo económica (ya muy gravosa en estos términos). Estimamos mucho más grave el impacto político que supondría una medida de tales características en un momento en que el PP teoriza sobre la conveniencia de abaratar los costes sanitarios mediante privatizaciones que arrastran un largo historial de entidades con prácticas irregulares, ocultaciones, corruptelas y connivencia entre los gestores públicos y privados. Desde una Antigüedad ya algo manida *“la mujer del César no solamente debe ser honesta, debe parecerlo”*. También es del dominio público que ha existido una “puerta giratoria” entre la Consejería de Salud y el SAS por un lado y las empresas privadas más o menos vinculadas al negocio sanitario. El daño político y moral que causaría al actual gobierno andaluz de izquierdas una operación de este cariz es difícilmente cuantificable, pero en todo caso elevado y especialmente inoportuno.

En el capítulo de ahorro, además de otras medidas propuestas en el documento adjunto, se señala el interés de disminuir determinado tipo de contrataciones con empresas privadas. El caso paradigmático es el del software libre, no solamente por cuanto los sistemas informáticos actuales del SAS dejan en numerosas ocasiones mucho que desear en cuanto a su funcionalidad sino en la medida en que los diversos contratos de funcionamiento comportan elevados gastos que no solucionan problemas de compatibilidad, homologación, conectividad y eficacia en aquellos campos en que se necesita su aplicación. Hay que insistir también en la capacidad de generación de empleo que supone el desarrollo de programas de software libre y la menor vulnerabilidad y mayor robustez de estos desarrollos.

La aplicación implacable de las incompatibilidades en el sector sanitario podría suponer la liberación de ingentes recursos en el Capítulo I, además de otros ahorros vinculados a las corruptelas que conllevan estas situaciones (en algún servicio del Hospital Regional Universitario todas las operaciones realizadas antes de las 11 de la mañana corresponden prácticamente en su totalidad a pacientes procedentes de las consultas privadas).

Otras medidas como las desinversiones controladas, la concentración de recursos de baja utilización etc., son abordadas en el documento de la ADSP, al que nos remitimos.

En Málaga, 23 de enero de 2013