RECOMENDACIONES PARA RECUPERAR Y GARANTIZAR UNA SANIDAD PÚBLICA, UNIVERSAL Y DE CALIDAD:

La crisis desatada por el COVID-19 ha puesto al descubierto las costuras de nuestro sistema sanitario. Si bien es cierto que la pandemia actual constituye un escenario sin precedentes ante el que ningún país del mundo ha demostrado estar preparado, la limitada capacidad de respuesta que ha tenido el Sistema Nacional de Salud español, llegando al colapso en determinadas comunidades autónomas, no es consecuencia únicamente de la excepcionalidad. Las políticas sanitarias de la última década, marcadas por una constante caída de la financiación pública de la sanidad y el avance de modelos privatizadores han debilitado notablemente la capacidad de resistencia de nuestro sistema sanitario. Así, España cuenta en la actualidad con uno de los gastos sanitarios más bajos por habitante de la zona euro, lo cual se ha traducido en una importante merma de recursos de la red sanitaria pública. Un claro ejemplo a este respecto lo constituye el déficit en camas hospitalarias que se calcula entre 50.000 y 70.000, y que en esta reciente crisis ha demostrado ser de importancia vital.

A ello hay que añadir la precarización del trabajo de nuestro personal sanitario, tan aplaudido estos días por su encomiable esfuerzo a pesar de no contar con medios ni protección suficientes para hacer frente al virus. No debemos olvidar que esta falta de recursos es una más de las manifestaciones que las políticas de recortes han tenido sobre las condiciones laborales del personal de medicina, enfermería, administrativo y trabajo social que llevan años denunciando sin ser atendidos.

La respuesta a la crisis sanitaria también ha desvelado serios problemas de coordinación al interior del sistema sanitario entre los diferentes actores y ámbitos de responsabilidad en su gestión; entre el sistema sanitario y el sistema de servicios sociales.

Resulta asimismo evidente que España necesita reforzar sus mecanismos de respuesta en materia de salud pública para prevenir rebrotes del COVID-19, así como eventuales pandemias futuras. Se echa en falta una adecuada coordinación y cooperación de todos los efectivos y recursos de Salud Pública, funcionando en red y con tareas asignadas según capacidad y experiencia. Es responsabilidad de las Comunidades Autónomas cooperar en ese objetivo, compartiendo información, recursos, capacidad investigadora, estrategias y buenas prácticas. La descentralización de la Sanidad, incluida la Salud Pública es sin duda positiva, pues permite una atención más próxima a las personas, pero no puede devenir en una dificultad a la hora abordar situaciones excepcionales ni a la hora de garantizar la equidad.

En cualquier caso, la prevención se construye día a día desde el refuerzo de una Atención Primaria infravalorada e infradotada, así como de un sistema social solidario e inclusivo. Una de las lecciones aprendidas que debemos extraer de esta traumática experiencia es que existe un vínculo ineludible entre la salud individual y la comunitaria. Por ello, resulta imprescindible que el sistema de protección integre a todas las personas que viven en el territorio, particularmente a las más vulnerables, sin discriminaciones y sin dejar a nadie atrás. Esto no solo exige contar con un sistema sanitario universal que reconozca el pleno derecho a la protección de la salud a todo el mundo, independientemente de su situación administrativa, sino también con una amplia red de servicios sociales que incidan sobre los determinantes sociales de la salud, garantizando a toda la población unas condiciones dignas de vida que constituyen en sí mismas la prevención más efectiva frente a la enfermedad.

Esta crisis ha puesto de manifiesto nuestras debilidades y vulnerabilidades, pero también nuestra fortaleza como sociedad que reivindica el valor y la importancia de nuestra sanidad pública. Por ello, las organizaciones firmantes instamos a los distintos partidos a que estén a la altura del reto que se les presenta y en este proceso de reconstrucción sean capaces de promover amplios consensos que fortalezcan y blinden nuestro Sistema Nacional de Salud. Para ello, y desde la experiencia que nos otorga nuestra dilatada trayectoria en diversos ámbitos de la salud, les trasladamos las siguientes recomendaciones:

1. Incrementar significativamente, y de forma equitativa y cohesionada, la financiación sanitaria, garantizando una financiación de la Sanidad Pública por habitante y año, como mínimo en el promedio de la UE

1.1 Incrementar significativamente, en un plazo de dos años, la financiación pública del sistema sanitario en términos de € por habitante y año, para acercarnos al promedio de gasto sanitario por persona/año de la Unión Europea[1].

1.2 Elaborar un Plan Integrado de Salud que determine las necesidades de salud de la población y cuantifique las exigencias presupuestarias para hacerles frente.

1.3 Creación de un fondo específico para rescatar la Sanidad Pública gestionado por el Ministerio de Sanidad, que complemente los presupuestos autonómicos y disminuya de forma significativa las diferencias en los presupuestos por habitante que existen actualmente entre las CCAA.

1.4 Promover un Pacto de Estado que garantice la cohesión, la equidad, accesibilidad, calidad y eficacia del Sistema Nacional de Salud

2. Reforzar la Atención Primaria de Salud y Comunitaria como pilar esencial de nuestro Sistema Nacional de Salud, considerándolo el eje de un sistema sanitario público de calidad y accesible[2]

2.1 Aumentar de forma progresiva la dotación presupuestaria destinada a Atención Primaria hasta alcanzar el 25% del gasto público sanitario en un plazo máximo de 4 años.

2.2 Incrementar el personal de medicina y enfermería. Mínimo un(a) médico/a de familia y un(a) enfermero/a de familiar y comunitaria MÁS por cada 10.000 habitantes en los próximos 2 años) y planificación a medio plazo sobre las necesidades de profesionales en Atención Primaria basadas en indicadores de la población (envejecimiento, ruralidad, vulnerabilidad social y económica, dispersión, etc.), garantizando en todo caso que las y los profesionales de APSC trabajen en condiciones de plena seguridad y sin precariedad.

2.3 Crear la figura del personal administrativo con formación sanitaria. Mientras se produce esta implantación, fomentar la formación continuada específica a las personas que accedan a esas plazas administrativas en los servicios de salud

2.4 Crear un organismo estable de coordinación y seguimiento de APSC dependiente del Ministerio, vinculado al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (pe. Secretaria de coordinación de APSC)

[1] Según los datos de Eurostat el gasto sanitario público por habitante en 2018 en España fue de 1.667 € frente a 2.660 € de promedio de la UE

[2] https://www.mscbs.gob.es/profesionales/proyectosActividades/docs/Marco_Estrategico_APS_25Abril_2019.pdf

2.5 Desarrollo de las Estrategias del Sistema Nacional de Salud con responsabilidad directa de la APSC

2.6 Mejorar la capacidad resolutiva de APSC, favoreciendo la existencia de una cartera de servicios adecuada y homogénea en todas las CCAA.

2.7 Implantar nuevos servicios y actividades que se puedan prestar de forma más eficiente desde la APSC.

2.8 Garantizar infraestructuras y equipamientos adecuados, que permitan que los centros dispongan de los espacios físicos para separar dos circuitos y suficientes consultas para no solaparse en caso de epidemias

2.9 Favorecer y promocionar la actividad relacionada con la salud comunitaria, incorporándola como parte de las políticas de salud y de la cartera de servicios.

2.10 Potenciar la atención domiciliaria, la promoción y la prevención para minimizar los riesgos de colapso del sistema, garantizando en todo caso que las y los profesionales de APSC trabajen en condiciones de plena seguridad.

2.11 Desarrollo de modelos organizativos con mayor autonomía y descentralización a los centros de salud

2.12 Promover la innovación en APSC y el uso de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) para facilitar la intercomunicación con otros ámbitos asistenciales, la población y el desarrollo de la mHealth (soportes móviles, asistentes digitales…)

2.13 Impulsar el prestigio de los profesionales de APSC ante la sociedad: a través de un adecuado programa de marketing interno y externo anual, memoria anual de actividad y servicios

2.14 Potenciar el prestigio científico-profesional en el nivel más próximo a los ciudadanos: la atención primaria de salud y comunitaria, mediante un Impulso de la actividad docente e investigadora

2.15 Garantizar la coordinación de APSC con Salud Pública, siendo APSC la fuente principal de información epidemiológica con una mayor implicación y retorno de la información a través de mapas epidemiológicos.

2.16 Promover programas preventivos y colaborativos con la sociedad.

3. Reforzar la red hospitalaria pública: aumento de infraestructuras hospitalarias, de los recursos humanos, y de las camas disponibles.

3.1 Son necesarias entre 50.000 y 70.000 camas hospitalarias de gestión y titularidad públicas más en todo el país, la mayoría de ellas de larga y media estancia

3.2 Realizar a medio plazo un plan estratégico de atención del segundo nivel asistencial para adaptarla a los nuevos retos de salud

3.3 Fomentar la continuidad asistencial entre niveles estableciendo protocolos diagnósticos y terapéuticos entre otros

4. Potenciar la Salud Pública mejorando su capacidad de respuesta ante futuras pandemias, pero también reforzando su papel preventivo desde una perspectiva de determinantes sociales de la salud

4.1 Incrementar el presupuesto en Salud Pública hasta el 2,5% del gasto público sanitario

4.2 Desarrollar la Ley de Salud Pública de 2011 con participación de las organizaciones sociales y poblaciones más vulnerables desde una perspectiva de determinantes sociales de la salud

4.3 Creación de una Agencia Estatal de Salud Pública[3] de carácter eminentemente técnico que incorpore entre sus principios rectores la orientación hacia colectivos vulnerables y determinantes sociales de la salud, y cuente con las capacidades y recursos de la actual red y dotándola de suficientes medios para vigilar y coordinar las actuaciones frente a la actual o futuras pandemias, entre otros cometidos.

4.4 Implementar actividades y conceptos de Salud Pública en todos los niveles del sistema educativo, dentro de la formación reglada.

5. Potenciar una mejor coordinación entre los servicios sanitarios y sociales

5.1 Establecer una alianza firme entre la APSC y los centros residenciales para garantizar una mejor atención y calidad de vida de los mayores más vulnerables. Todo ello con una asignación presupuestaria adecuada y finalista y con auditorias de calidad externas

5.2 Revisar y adaptar a la realidad actual la Ley de Dependencia y garantizar su implementación

5.3 Reforzar los mecanismos de coordinación entre atención hospitalaria, dispositivos de urgencia, Salud Pública, APSC y las organizaciones e instituciones comunitarias y sociosanitarias que logren la mayor racionalización de los recursos disponibles y su eficaz articulación para garantizar la continuidad efectiva de cuidados y de la atención sanitaria

5.4 Invertir en la comunidad y los servicios sociales. Es necesario aumentar el número de profesionales de ayuda a domicilio y asegurar su acceso a todas las personas que lo precisen para evitar institucionalizaciones y facilitar que permanezcan en la comunidad

5.5 En la planificación de dicha atención se ha de tener en cuenta la tipología de las personas que requieren atención sociosanitaria, el modelo de atención, el catálogo de prestaciones, los recursos y los aspectos organizativos y líneas generales y específicas de actuación, con la participación de la personas mayores y dependientes, cuidadores y su entorno.

6. Asegurar el acceso universal a todos los recursos y servicios socio-sanitarios de todas las personas que viven de forma permanente en nuestro país, independientemente de su situación administrativa.

6.1 Modificar con carácter inmediato el RDL 7/2018 para eliminar los requisitos administrativos exigidos en el mismo, y garantizar la tramitación de tarjetas sanitarias a todas las personas que viven de forma permanente en España, independientemente de su situación administrativa (sin exigir un tiempo mínimo de estancia).

6.2 Modificar el RDL 7/2018 para asegurar que las personas con permiso de residencia de familiar de comunitario, que viven de forma permanente en España con sus familias, tengan acceso a la asistencia a través de la tarjeta sanitaria.

[3] El Centro Estatal de Salud Pública enunciado en la Ley de Salud Pública no se ha llegado a crear y, a la vista de la pandemia actual, sus funciones de asesoría y evaluación son claramente insuficientes.

6.3 Modificar los Reglamentos contenidos en el Real Decreto 240/2007 y el Real Decreto 557/2011 eliminando la exigencia de aportar seguro médico para la autorización de los procesos de reagrupación familiar.

6.4 Garantizar el acceso a las medidas de ayuda social contenidas en el Real Decreto-Ley 11/2020 a todas las personas en situación de vulnerabilidad que se encuentran en España. En este sentido llamamos la atención sobre la especial vulnerabilidad de las personas migrantes en situación irregular y la imposibilidad que pueda suponer para estas el acceso a dichas ayudas.

7. Asegurar la coordinación, articulación y cooperación de todos los efectivos y recursos: funcionando en red y asignando tareas a los distintos centros según capacidad y experiencia acumulada

7.1 Diseñar e implementar Protocolos de coordinación y planes de contingencia de rápida puesta en marcha durante las próximas etapas de esta pandemia y ante futuras epidemias y otros riesgos de salud emergentes: coordinación con y entre CCAA; criterios de toma de decisiones (ej. confinamientos poblacionales concretos) a partir de criterios epidemiológicos y de Salud Pública.

7.2 Es responsabilidad de las Comunidades Autónomas cooperar en ese objetivo, compartiendo información, recursos, capacidad investigadora, estrategias y buenas prácticas. La descentralización de la Sanidad permite una atención más próxima a las personas, capaz de adaptar a las características concretas de las poblaciones medidas más generales y no puede ser un obstáculo en el abordaje de esta pandemia y futuros riesgos de salud. Al contrario, puede ser una fortaleza si se trabaja en red y de forma coordinada entre todas las administraciones públicas generando sistemas de información, vigilancia, herramientas y plataformas de apoyo comunes con las suficientes garantías de seguridad y privacidad

7.3 Mientras se constituye la Agencia Estatal de Salud Pública anteriormente propuesta, fortalecer la coordinación entre la actual Comisión de Salud Pública y el Centro Coordinador de Emergencias.

7.4 Asegurar la cooperación científica y tecnológica entre países y organizaciones de todo tipo, compartiendo conocimiento y buenas prácticas de organización y gestión.

8. Fortalecer una I+D pública e independiente en salud, asegurando el interés general e impulsar una política farmacéutica sostenible para garantizar el acceso universal a medicamentos y tecnologías sanitarias asequibles, eficaces, seguras y de calidad.

8.1 Fomentar y apoyar la investigación pública independiente e incrementar su financiación hasta dotarla de los recursos materiales y humanos necesarios para asegurar la continuidad, la calidad y el fortalecimiento de toda la red pública de centros y equipos de investigación incluidos los centros de atención primaria. Así mismo, Impulsar la investigación-acción participativa que permita la participación activa y real de la comunidad en las investigaciones.

8.2 Asegurar una mayor transparencia y rendición de cuentas en el seguimiento de las inversiones públicas a programas de I+D y otras ayudas y subvenciones a centros públicos y privados y a las empresas farmacéuticas.

8.3 Introducir condiciones y salvaguardas en los contratos públicos de financiación de I+D que aseguren un acceso completo al conocimiento y a los datos generados en las investigaciones y que los productos que de ellas se deriven no se licencien en

exclusiva, sino que puedan ser fabricadas y comercializadas por diversos laboratorios para que estén disponibles y sean accesibles a precios justos.

8.4 Reducir el gasto farmacéutico público para garantizar la sostenibilidad y la eficiencia presupuestaria del SNS a través de medidas que aseguren que la fijación de precios de los medicamentos y productos sanitarios es transparente y responde a los costes reales de I+D, producción y distribución; que se promueva el uso de medicamentos genéricos y biosimilares y que se apueste por la utilización de centrales de compras para todo el SNS.

8.5 Impulsar alternativas de producción pública de medicamentos y productos sanitarios y hacer uso de los instrumentos legales disponibles, como las licencias obligatorias, en respuesta a determinados casos de emergencias sanitarias, desabastecimientos o situaciones de precios abusivos.

9. Creación de un fondo de reservas estratégicas de material sanitario

9.1 Implementar centros de producción y distribución de material sanitario en territorio nacional

9.2 Invertir en investigación de EPIs esterilizables y reciclables y tener al menos una disponible por persona trabajadora.

9.3 Crear un fondo de reserva de material sanitario que garantice el suministro de los centros sanitarios al menos durante tres meses

10. Medidas laborales para garantizar la adecuada dotación de personal tanto de categorías sanitarias como de gestión y servicios, así como una mejora de sus condiciones laborales

10.1 Reforzar la formación de las y los profesionales, aumentar las plazas de formación de postgrado (MIR, EIR, etc.) y proporcionar formación continuada a los mismos independiente de los intereses comerciales, garantizando su incorporación en puestos específicos de la especialidad en la que se han formado.

10.2 Fomentar la dedicación exclusiva

10.3 Recuperar el recorte de salario del año 2010 (5% de media) y la pérdida de poder adquisitivo, por congelación de salarios, desde ese año

10.4 Mejora en la dotación de recursos humanos, es preciso un aumento del tamaño de la plantilla orgánica, de forma que tenga más elasticidad para responder a los problemas sobrevenidos, de manera que se reduzca la tasa actual de temporalidad que está entorno al 35% de media entre las distintas CCAA. Una dotación de personal donde el 35% son contratos temporales refleja un error en la dimensión de las plantillas orgánicas.

10.5 Procesos continuos de estabilización de plazas Ofertas de empleo público ágiles, con una periodicidad máxima de dos años para todas las categorías

10.6 Periodicidad de los concursos de traslado y movilidad interna de no más de dos años para todas las categorías, y con carácter previo a las Ofertas Públicas de Empleo, hasta conseguir el concurso de traslados y movilidad interna abierto y permanente

10.7 Reducir la tasa de temporalidad hasta alcanzar el 8%

10.8 Suprimir la tasa de reposición, para poder redimensionar las plantillas de acuerdo a las necesidades de la población, recuperando los recursos perdidos durante la crisis debido a los límites a la tasa de reposición, que lo que ha hecho es crear una

bolsa de trabajadores temporales a disposición de las diferentes consejerías de salud, manteniendo unas plantillas con un tercio de trabajadores y trabajadoras temporales.

10.9 Poner en funcionamiento medidas para potenciar el desarrollo profesional

10.10 En el ámbito de la Atención Primaria de Salud y Comunitaria:

10.10.1 Los centros de APSC se han de rediseñar con equipos multiprofesionales de trabajo basados en los autocuidados, la promoción, prevención y atención a problemas de salud específicos como la cronicidad. Es importante la visión de equipo, basada en un modelo de autocuidado y autorresponsabilidad y no en la medicalización y el asistencialismo

10.10.2 La APSC es un nivel que requiere una formación especializada. Por ello las enfermeras que trabajan en ella deberían tener prioritariamente la especialidad que tiene esas competencias: Enfermería Familiar y Comunitaria

10.10.3 Establecimiento de ratios para todos los y las profesionales que trabajan en el nivel asistencial de APSC

10.10.4 Ratios poblacionales por unidades básicas de cada uno de los grupos profesionales de APSC

10.10.5 Definición e Incentivación de puestos de difícil cobertura

10.11 Si bien se debe priorizar con carácter general la gestión pública, en el caso de que se produzca alguna externalización de determinados servicios, esta deberá hacerse garantizando la calidad de las prestaciones y unas condiciones laborales dignas para las personas trabajadoras.

10.12 Incentivar la Investigación Pública con reconocimiento curricular y desarrollo de Carrera Profesional.

10.13 Transformar la relación laboral de las personas investigadoras en el terreno de la biomedicina de las distintas agencias, institutos y centros sanitarios públicos en personal estatutario de los servicios de salud de las CCAA, que integran el Sistema Nacional de Salud

11. Adopción de medidas legislativas de protección del SNS frente a la privatización y recuperación de la sanidad privatizada

11.1 Derogación de la Ley 15/97 y aprobación de una legislación que blinde el sistema sanitario de gestión y titularidad pública.

11.2 Desarrollo de artículo 76 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud para que la Alta Inspección del SNS desarrolle las siguientes actividades:

11.2.1 Comprobar si las Administraciones Públicas Sanitarias que establecen conciertos para prestar servicios sanitarios con medios ajenos a ellas analizan, con carácter previo, la utilización óptima de sus propios recursos, y que dichos conciertos no contradicen los objetivos sanitarios, sociales y económicos previstos en los correspondientes planes de salud, en los términos dispuestos en el art. 90 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

11.2.2 Evaluar, en colaboración con la Oficina Independiente de Regulación y Supervisión de la Contratación y otros órganos competentes, el cumplimiento de las exigencias de necesidad, idoneidad y eficiencia en la contratación pública relativa a las fórmulas de gestión sanitaria.

11.2.3 Verificar la inexistencia de discriminación por razones socioeconómicas o de otro tipo, de carácter directo o indirecto, en los regímenes de gestión privada de los servicios sanitarios.

11.2.4 Impedir y perseguir todas las modalidades específicas de fraude, corrupción o distorsión de las prestaciones o servicios sanitarios asociadas a todas las fórmulas organizativas distintas de la gestión directa.

11.2.5 Advertir a las autoridades sanitarias de las Comunidades Autónomas de los incumplimientos que se detecten y las conclusiones que se alcancen en relación con la equidad y la solidaridad del Sistema Nacional de Salud.

11.3 Eliminar la desgravación fiscal de los seguros sanitarios privados, tanto individuales como colectivos.

12. Promover las reformas legales necesarias para universalizar la sanidad y blindar el Sistema Nacional de Salud como pilar básico del Estado Social con clara vocación redistributiva

12.1 Promover una modificación constitucional que eleve a la categoría de derecho fundamental el derecho a la protección de la salud, reconocido como derecho subjetivo de todas las personas que viven en España.

12.2 Blindar el modelo de Sistema Nacional de Salud financiado a través de impuestos. Establecer por Ley la obligación de garantizar una asignación presupuestaria al SNS de al menos un 78% del gasto sanitario total, que nos acerque a la media Europa, reduciendo en consecuencia el gasto directo de bolsillo de la ciudadanía[4].

[4] Según los datos de Eurostat el gasto sanitario público medio de la UE27 es de 89,4%