

MODELO PRIMARISTA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

por una ATENCIÓN PRIMARIA, eje del Sistema Sanitario

29 ENERO, 2019

10,30 a 14 H

Sala Clara Campoamor

(entrada por Carrera San Jerónimo, 36)

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

PROGRAMA

10,00-10,30 h. *Acreditaciones*

PRIMERA MESA

MIEMBROS COORDINADORA ESTATAL

MODERA

MARIBEL RAMOS

10,30-11,30 h.

Presentación

Documento 38 Medidas

Modelo Primarista

Atención Primaria y Salud

AP Rural y Pediatría en AP

Legislación y Cambios

CARMEN ESBRÍ y TONI BARBARÁ

FRANCESCA ZAPATER

JOAQUÍN VILLENA

ELENA BURÓN

MIGUEL ÁNGEL JIMÉNEZ

SEGUNDA MESA

PORTAVOCES INVITADOS GRUPOS PARLAMENTARIOS

MODERA

MARIBEL GIRALDEZ

11,30-12,30 h.

Grupo Popular

Grupo Socialista

Unidos - Podemos

Ciudadanos

ERC

Compromís

(*)

(*)

(*)

(*)

(*)

(*)

ISABEL CABEZAS

JESÚS MARÍA FERNÁNDEZ

AMPARO BOTEJARA

FRANCISCO IGEA

JOAN OLORÍZ

MARTA SORLI

(*) CONFIRMADOS

DEBATE

MODERA TONI BARBARÁ

12,30 - 13,30 h.

Fila Cero y Público

13,30 - 14,00 h.

CONCLUSIONES

Organiza:

COORDINADORA ESTATAL
MAREAS BLANCAS

SANIDAD
100%
PÚBLICA
¡ YA !



TEXTOS COMPLETOS DE INTERVENCIONES - PRIMERA MESA COORDINADORA ESTATAL DE MAREAS BLANCAS

Este documento reúne todas las intervenciones, por el orden en que fueron expuestas, de representantes de *Mareas Blancas* de diversas partes del *Estado*; así como las imágenes que se proyectaron .

Presentación

MARIBEL RAMOS

Documento 38 Medidas

CARMEN ESBRÍ y TONI BARBARÁ

Modelo Primarista

FRANCESCA ZAPATER

Atención Primaria y Salud

JOAQUÍN VILLENA

AP Rural y Pediatría en AP

ELENA BURÓN

Legislación y Cambios

MIGUEL ÁNGEL JIMÉNEZ

MODELO PRIMARISTA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

por una ATENCIÓN PRIMARIA, eje del Sistema Sanitario

**29 ENERO, 2019 Sala Clara Campoamor
CONGRESO DE LOS DIPUTADOS**

¡ *salUD* **es** **TODO!**



Sanidad **100 %** *Pública*

MODELO PRIMARISTA PARA EL SNS

PRESENTACIÓN Y PRIMERA MESA

Maribel Ramos

Médica de Atención Primaria
Plataforma CS Madrid

Buenos días. Muchas gracias por la asistencia y por la participación, y también gracias a las personas que han colaborado en la organización de este evento.

Damos comienzo a esta Jornada en la que la Coordinadora Estatal de Mareas Blancas presenta un MODELO PRIMARISTA para el SNS como propuesta para reflotar NUESTRO, repito NUESTRO Sistema Sanitario Público, actualmente en situación CRÍTICA y LÍMITE.

Consta de 3 partes: una 1ª mesa en la que intervendrán miembros de la Coordinadora para exponer sus propuestas, una 2ª en la que participarán portavoces de grupos parlamentarios del Congreso de los Diputados, y un 3º espacio de debate.

Soy Maribel Ramos, médica de AP y miembro de la Plataforma de Centros de Salud de Madrid.

Presento a los primeros participantes de esta mesa, Carmen Esbrí, Licenciada en Filosofía y Letras, portavoz de Medsap-Marea Blanca de Madrid, y Toni Barbará, médico internista, portavoz de Marea Blanca de Cataluña. Ambos van a realizar la introducción.

A continuación, Francesca Zapater, médica de AP y miembro de la Marea Blanca de Cataluña, va a exponer el modelo primarista.

Ahora, Joaquín Villena, enfermero de AP y miembro de la Plataforma de centros de salud de Madrid, explicará qué medidas necesita la AP para llevar a cabo el modelo primarista.

Continúa Elena Burón, pediatra y miembro de la Plataforma en defensa de la Sanidad Pública de León, que hablará sobre la olvidada sanidad rural y de la pediatría en AP.

Por último, Miguel Ángel Jiménez, abogado, miembro de la Marea Blanca de Galicia, comentará los aspectos legislativos necesarios para llevar a cabo el modelo con la premisa de Sanidad 100% Pública.

Gracias a los ponentes. Presento también a Rosa Gómez Honorato, enfermera de AP y miembro de la Plataforma de CENTROS DE Salud de Madrid, que se ha encargado de ilustrar esta mesa.

Añadimos que sin unas condiciones laborales dignas para TODOS los trabajadores del Sistema Sanitario Público no se puede realizar la atención de calidad que necesitamos.

No menos importante es la implicación de la CIUDADANÍA en hacer un uso adecuado y responsable de los servicios públicos.

Y por supuesto, resulta imprescindible la voluntad POLÍTICA en resolver esta gravísima situación. Por lo que emplazamos a considerar la Sanidad Pública tema relevante en los programas y compromisos electorales y que no quede en papel mojado. Así mismo, consideramos necesario que cada medida legislativa lleve asociada el IMPACTO EN SALUD (al igual que el impacto económico, medioambiental...), ya que “SALUD ES TODO”.

Damos paso a la 2ª mesa en la que intervendrán portavoces de diferentes grupos parlamentarios y será moderada por Maribel Giráldez, médica de AP y miembro de la Plataforma de C de S de Madrid

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

Madrid, 29 Enero, 2019

CONSTITUCIÓN

TÍTULO PRELIMINAR

Artículo 1.

1. España se constituye en un Estado social y democrático de Derecho, que propugna como valores superiores de su ordenamiento jurídico la libertad, la justicia, la igualdad y el pluralismo político.

2. La soberanía nacional reside en el pueblo español, del que emanan los poderes del Estado.

**La soberanía
reside en el
pueblo**

LA SALUD

51ª Asamblea Mundial de La Salud

“ Política de Salud para Todos en el siglo XXI ”

«La salud es un **asunto social, económico y político**, y es, sobre todo, un **derecho humano fundamental**. La desigualdad, la pobreza, la explotación, la violencia y la injusticia están en la raíz de la mala salud y de las muertes de los pobres y los marginados. La **salud para todas las personas** significa que deben **desafiar los intereses de los poderosos**, que hay que hacer frente a la globalización y que las **prioridades** políticas y económicas deben **cambiar de forma drástica**».

Conferencia de Bangladesh, OMS Y UNICEF, 2000



Buenos días:

Gracias a cuántos están aquí, especialmente a quienes nos han abierto la puerta porque habíamos olvidado la llave. Era necesario estar con Vds. **para** compartir inquietudes de forma cercana; **agradecemos que hayan sido sensibles a ello.**

Éstamos en nuestra casa; **venimos con sencillez a coincidir con nuestros delegados que** con carácter de inquilinato deben mantenerla en pleno funcionamiento y sin descabros **porque creemos que tenemos que aclararles muchas cosas** desde nuestra posición.

Me ha tocado abrir esta jornada y vengo a hacerlo **con los pies en el suelo**, vengo **como una referente de la ciudadanía**; una referente **del pueblo español** que tiene en si mismo, la soberanía conforme dice el artículo 1.2 de la **Constitución Española**, una soberanía de la que emanan todos los poderes del Estado.

La **Constitución Española**, ley fundamental de un **Estado**, con rango superior al resto de normas jurídicas, el mes pasado celebró su 40 aniversario, es **un punto de partida inevitable** que no puede dejar de **marcar su camino**. Días después, se **conmemoró el 70 aniversario** de la **Declaración Universal de los Derechos Humanos**; **DOS fechas muy significativas** que tienen relación directa con lo que vamos a trasladarles hoy. Hay otras fechas de relevancia, quiero hacer mención especialmente también a la de septiembre en el que la “ **Convención Internacional de Alma Ata**” cumplía también **40 años**.

Señoras y Sres. Políticos **no pueden dejarse llevar de la improvisación**, la **HISTORIA** aporta muchísima información y sobre todo **enormes recursos para que Vds. se inspiren en el cometido**, que tienen entre manos, no dejándose llevar de las malas compañías. Hablo a todos por igual y allá el sentido de culpa y reflexión por su parte sobre lo que planteo, que dejo a su propia conciencia.

El **título de esta jornada está relacionado con la situación caótica a la que hemos llegado** en nuestro **Sistema Sanitario Público**; hay una evidencia más que clara de que el modelo público de gestión directa del que somos titulares se ha puesto en venta como botín; efectivamente, las competencias cabalgan sobre las autonomías pero la **Ley General de Sanidad de 1986**, nunca pretendió tan grave asimetría entre unas y otras.

Tampoco que haya habido un peligroso modo de gestionar que está en **línea directa con la ideología neoliberal**, como si no hubiera otra cosa en el mundo de hoy que **la especulación y el Mercado**; **esa ideología tan contagiosa** nos ha venido maltratando durante los **tiempos oscuros que vivimos**; llegando ya a los **tiempos del cólera**.

Con estos apuntes previos y el encargo de abrir esta jornada, lo voy a hacer presentando primero a la **Coordinadora Estatal de Mareas Blancas**, a la que pertenecemos todas y todos los ponentes de esta Mesa, algunos llegados de otros lugares del Estado. La **Coordinadora** surgió en **2016** para actuar con **trabajo sincronizado en todo el territorio español**; nació como **extensión del activismo social por la Sanidad Pública que había surgido en Madrid** de forma explosiva en 2012, en un acto dignificante de ciudadanía responsable. Importante que sepan también que formamos parte de la **Red Europea contra la Privatización Sanitaria y los Servicios Sociales**.

En **2012** nació el movimiento social **Marea Blanca** que vino a romper una lanza en defensa de un pilar fundamental y un patrimonio colectivo golpeado con violencia con la imposición del **Real Decreto 16/2012**; un decreto que derivaba del también impuesto **cambio constitucional del artículo 135** priorizador del pago de una deuda financiera, gestada por un tipo de economía de casino.

Las finanzas se habían convertido desde hacía tiempo en elemento puramente **especulativo**, sin sentimiento, humanidad, ni otro objetivo de deseo, que el carismático y secuestrador juego del **enriquecimiento individual a toque del ratón** de un ordenador.

Añado que las **Mareas Blancas** son un **movimiento social apartidista, evidentemente político**, como nos obliga el mismo artículo **1.2 de la CE**

Desde este aspecto manifestamos nuestra total disconformidad a lo que vemos que pasa: **nos da la sensación que la política que se está practicando tiene unas patas muy cortas y unos pensamientos muy ligeros y efímeros con los que no llegaremos a ninguna parte**. Cuando la sociedad está en el estado lamentable en la que nos encontramos a pesar de los índices económicos que dicen mejorar, sólo queda una cosa: remangarse todo el mundo y trabajar por un objetivo. En el caso que nos ocupa el objetivo es: **Salud para todos y la Salud como foco nuclear de todas las políticas**.

Disculpen esta crónica, fundamental para recordarles que **así empezó el verdadero malestar generalizado**, porque *“el juegucito explotó con violencia de toda índole”*; no sigo con detalles de hechos ni de fechas porque Vds. las tienen recogidas en sus agendas; sí **he de remarcar que, socialmente, llevamos ya 10 años de una crisis sangrante** en la que **se empeñan Vds. en paliar sólo las consecuencias para sus elegidos**, a costa del recorte ingente de los recursos necesarios que forman parte del bien colectivo de la ciudadanía, del que ella misma se hace responsable económica; específicamente, con el paquete de nuestros **Servicios Públicos**.

En concreto ese **RD16/2012** afectó directamente a nuestra **Sanidad Pública** universal, referente internacional; por cierto y sobre todo, por su menor coste y su mayor éxito sanitario.

El colectivo al que pertenezco desde su origen ese **2012**, es la **Mesa en Defensa de la Sanidad Pública de Madrid, MEDSAP – Marea Blanca** que desde entonces no ha dejado de decir que **¡ YA BASTA ¡ ¡ No sigan destrozando un bien tan preciado ¡**

Obviamente, todo es mejorable y la **Sanidad Pública** del año **2012** también lo era, pero tenía unas condiciones desde la **Ley General de Sanidad** del año 1986 que no se podían atacar, sólo cabía su mejora en algún aspecto. Su papel es trabajar desde este punto de vista, **mejorar lo que teníamos**.

Fue esta ley la que fundamentó la **Atención Primaria** como prioridad indispensable para la construcción del **Sistema Nacional de Salud**; con ella, se logró un avance significativo en el **Estado de Bienestar** y sobre todo en los índices de vida de la sociedad española; la **Pediatría** también era y es fundamental; ambas son insustituibles como desarrollo de los conceptos de **Alma Ata** y con el talento vertido en el **Informe Lalonde**.

Todo ello arde hoy con agravamiento de los fuegos en numerosos sitios. .

Puede parecerles que hablo **de cosas de un siglo ya pasado**, que me muevo en el arcaísmo; sin embargo lo **que estoy apuntando son elementos de plenitud y progreso que al ser despreciados** están dando signos evidentes de **carcoma política**, falta de recursos, **nulo proyecto**, porque la debacle liberalizadora avanza a costa de asalvararlo todo; sin embargo ese modelo propio, es **fácil de recuperar si hay intención política** y tiene que haberla; porque lo que estamos viviendo es una temeridad en términos de salud y de planificación para proyectarnos hacia el futuro.

Es **una sinrazón**; la **vida y el futuro con garantías saludables no tienen necesidad de dineros malgastados** (*vaciado continuo de erario público para la especulación con la salud*), ni exige de dineros recortados porque algunos de Vds. consideran gasto todo aquello que sólo y simplemente es inversión y que retornará, sin duda, en provecho de una colectividad que procurará, con garantías, el avance positivo del país y no su conversión en un sello "**marketinizado**" de nombre **España**.

Como verán no hemos venido a ser ni protocolarios ni diplomáticos, venimos a ser sinceros; no hay nada que gratificar ni que edulcorar, hay que diagnosticar con evidencias y aplicar los mejores medios contra el mal; **Atención Primaria y Pediatría son fundamentales medios dentro de la Sanidad Pública; por ello deben recuperar su papel de prevención**, curación, y sobre todo de continuidad de cuidados y arropamiento al usuario, paciente y ciudadano.

Tienen Vds. la **obligación de seguir en esa línea inteligente** además de mimar a sus profesionales para que sigan siendo cercanos, y eficaces con el fin de que se rentabilicen sus conocimientos y valores; tienen el compromiso de que nos se les agredan hasta el punto de la desesperación, la ansiedad y el malestar físico y psíquico, como está pasando en muchos servicios. Ellos son los herederos de la esencia de **Alma Ata** con sus mejores aportaciones si permiten que las pratiquen desde una perspectiva científica y con una rutina vital comunitaria cercana al ciudadano.

Después de **10 años de crisis y 7 años de destrozo**, claro permanente y continuado, de la **Sanidad Pública** que dicen recortar por cuestiones económicas; sólo puedo decirles que no nos cuenten más cuentos de abuelitas.

La realidad es que **todo se enmarca en necesidades de complacencia a los grandes capitales**. En **DEMOCRACIA**, sólo caben prevalencias claras que deben reflejarse en las verdaderas prioridades importantes en cada presupuesto, **anteponiendo las necesidades sociales** que no son más que las del pueblo soberano, titular, pagador y dueño. Una **fiscalidad justa y progresiva, es lo adecuado**; un **control** sobre lo que no se está controlando, **lo obligado**.

Trabajen en fortalecer, no en tumbar, las bases del **Sistema Nacional de Salud**. Trabajen por **Atención Primaria** en primera instancia **o en su defecto habrán dado Vds. ya al botón del derrumbe total de aquél** que tantas satisfacciones ha sido capaz de darnos.

Gobierno y Parlamento tienen la posibilidad de revertir su escandalosa destrucción de la misma, como punto final de la desintegración de la **Sanidad Publica**, servicio cohesionador y redistributivo como ninguno, **convertido en un trampantojo** y a la que algunos han declarado la guerra ya **jactándose incluso de su desaparición**; hablo de algunos de **Madrid**

Como **venimos a hablar** como lo hacemos **entre nosotros**; como si estuviéramos **en familia**, como si todos **tuviéramos que luchar por todos**, porque esa es la realidad; **todos tenemos que luchar por todos**, les recuerdo que **Vds. tiene la obligación mayor de hacerlo con coherencia** y sin faltar a las **obligaciones garantistas que su cometido político exige**.

Estamos **aquí para apostillar sin complejos** que un **Modelo Primarista** (calificativo expresivo que nos gusta) tiene que **recuperar el 100% de su capacidad** con una dotación económica, **nunca inferior al 20 % del presupuesto sanitario**, para ser el eje del **Sistema Nacional de Salud**.

Remontándome a las palabra que hemos manifestado en diversos encuentros con Vds, **queremos coparticipar en sus políticas de forma directa y no delegada**. Lo que nos afecta es nuestro; somos las primeras victimas de sus decisiones políticas. Y queremos hacerlo , principalmente , en aquello que facilite la salud social e individual; es decir para que **los determinantes queden bien cubiertos** pues sin ello la vida y el progreso social y colectivo está abocado a la ruina vital.

La **Coordinadora Estatal de Mareas Blancas**, elaboramos el **Documento de 38 Medidas**, presentado el **10 de mayo del 2017** a todos los **Grupos del Congreso**, y distribuido en los de todas las **Comunidades Autónomas y Consistorios**. Este documento es una **obra colectiva** sobre la que seguirá mi siguiente compañero **Toni Barbará**; una **excelente hoja de ruta** para que Vds. la sigan en sus **políticas, reculen y rescaten todo lo magnífico** que tenía nuestra **Sanidad Publica** en 2012, para que recuperen el espíritu de: DU DDHH, Informe Lalonde, Alma Ata, la L.G. de Sanidad del 86 y otras numerosas normativas vigentes y vinculantes que sabe perfectamente que están incumpliendo.

No nos sigan asediando con un **modelo importado de EEUU** en el que más de **40 millones de personas** carecen de toda atención sanitaria.

*¿ De verdad creen Vds. que esto es propio del siglo XXI? La **Civilización de un mundo que conoce la luna**, esté dando tan tremendos pasos atrás en la **Humanidad**.*

Para finalizar, les pido un favor; **no nos digan populistas**. Lo peyorativo del populismo suele ser usado por quienes olvidan su papel, **En su defecto, prueben a practicarlo Vds**. Será señal de que trabajan según dicta el **Art. 1.2 de la CE**.

Las personas somos el pueblo y él es el soberano; están obligados a trabajar para cuidar de aquéllas. **Las vidas están por encima de los mercados y sus fantasías, por cierto fantasías peligrosas y, según numerosa evidencias, fantasías hasta pecaminosas .**

¡ Muchas gracias. !

Carmen Esbrí

MEDSAP _ Marea Blanca

COORD. ESTATAL MAREAS BLANCAS



Cuando excluyeron de la Sanidad a la población migrante, **GUARDÉ SILENCIO**, *yo no era migrante*

Cuando vincularon la asistencia sanitaria a las cotizaciones de trabajo, **NO ME IMPORTÓ**, *yo no estaba en paro*

Cuando la gente enferma no podía pagarse los medicamentos, **NO PROTESTÉ**, *no me hacían falta*

Cuando la gente se pudría en las listas de espera, **NO DIJE PALABRA**, *no tenía problemas de salud*

Cuando finalmente enfermé, **YA NO HABÍA SANIDAD PÚBLICA PARA NADIE**



PRESENTACIÓN Toni Barbará- Madrid 29/1/19. - A.P en el Congreso

- 1.1.- *¿Quiénes somos?*

Tras la presentación de Carmen Esbri solo un minuto para reafirmar lo expuesto. Nuestra Marea Blanca es pues la unión voluntaria de valores y modelos, de personas y plataformas; para la investigación y la acción de la salud y sus causas, con total independencia de otros intereses que no sean la misma Salud y Sanidad públicas. Ello, dentro del marco legislativo, administrativo y financiero real. Con la aportación de trabajador@s del propio sector sanitario, pero también de todos los determinantes sociales; como una cuestión bio-psico-social, como algo de interés absoluto para las personas y la sociedad. Como servicio y garantía del ejercicio de los derechos sociales, democráticos, humanos. Como entrega al activismo social que entiende que las políticas nunca son neutras y que determinan el buen o mal desarrollo de la salud, y por lo tanto con perspectiva política en mayúsculas, en un contexto de pluralidad pero sin partidismos, corporativismos, ni electoralismos.

- 1. 2.- *¿Cómo trabajamos los Movimientos Sociales?*

A partir del reconocimiento recíproco y el respeto al trabajo colectivo, trabajamos a base de información compartida, análisis conjunto, visión local y abordaje global. Tomando posiciones de denuncia, de protesta, de reivindicación, de lucha, y movilización democrática. Frente a la mercantilización y por lograr la reversión del latrocinio, frente a tanta vergonzante corrupción. LO hacemos con propuesta/s y por la (Re)construcción de un Sistema PÚBLICO Nacional de Salud. Con la participación plena, e imprescindible, de la ciudadanía organizada y empoderada en defensa del derecho a la salud y de su carácter público

- 2.- *Una situación confusa, un futuro incierto.*

Son tiempos horribilis, con un ataque de una agresividad inaudita por parte de los mercados empleando unas políticas neoliberales, austericidas y regresivas que tienen por objetivo final la definitiva liquidación de aquel estado del “medio-estar” conquistado un día y la parasitación de todo el sector público (hoy, aquí sanidad) y de los Servicios públicos, devenidos en evidente objeto del deseo de su cantera, de su cartera de negocio. Una fase abrupta de desposesión de las clases populares y de acumulación de les élites.

La crisis provocada por esas políticas especulativas y mercantiles ha servido de pretexto infalible para aplicar sus recortes, limitaciones, agresiones en definitiva, al sector público; lo que a su vez ha obtenido el crecimiento del negocio privado con instrumentos tan radicales como la apropiación de las ya escasas finanzas públicas. Y llegaron los eufemismos: Métodos de ingeniería de mercado, sistema “mixto”,

consorciación, lo híbrido como excelencia; como argumento de una pretendida eficiencia pero con espurios beneficios empresariales como ambición de fondo

El panorama plantea el advenimiento epidémico de nuevas patologías sociales: el miedo, la resignación y, aún la más perversa y alienante, de la auto-inculpación. Se nos taladra con la crisis del 2007: *“ la ciudadanía dilapidó los recursos, vive demasiados años, y por encima de sus posibilidades. Las clases trabajadoras y las capes populares están instaladas en la pereza, la improductividad, la subvención”*

- **3.- Un Manifiesto reivindicativo de 38 puntos**

Un Documento que la Coordinadora de Mareas Blancas trabajamos de forma participada, colectiva, federal y respetuosa. Elaborando desde la coincidencia en el análisis, acuerdo en el diagnóstico, identificación en la causalidad. Y así tratar con método los problemas comunes, definiendo una tabla reivindicativa compartida de nuestras luchas. Así parimos ese Manifiesto con 38 medidas de base, revisables y actualizables, que nos mancomunamos en la defensa del sistema sanitario público.

Un texto debatido, elaborado y editado en mayo 2017 para ser presentado a toda la sociedad desde nuestras organizaciones. A nuestras relaciones, a otros movimientos sociales, y por supuesto a las Administraciones competentes de todo nivel, así como a las fuerzas políticas y en muy en particular a los grupos parlamentarios y Gobiernos central, autonómicos o locales.

Voy a intentar describirlo en unas pocas pinceladas. Hay tres grandes grupos de puntos: Lo que afectan al marco legislativo y normativo; los que plantean el abordaje urgente de problemas candentes; y los que hacen propuestas de avance conceptual y estructural.

En el bloque de trazo grueso se reclama la derogación de la trama jurídica que da cobertura a la privatización: Leyes 15/97, 16/12, o el artículo 135 modificado de la Constitución (2011), o la financiación pública de las Mutualidades de funcionarios, (MUFACE etc.) Propone derogar la reforma del estatuto marco 10/2013. Así como otras cuestiones de ámbito europeo o supranacional (TTIP, CETA, TISA, tema migraciones, industria farmacéutica y biotecnológica) Planteamos, en fin, revisar la Ley General de sanidad de 1986, en artículos tan importantes como los 90 a 94 donde se especifican condiciones vinculantes para la concertación a terceros.

Acordamos sobre aspectos como la vigilancia de la sanidad privada, control y sanciones frente a la corrupción, penalizar la especulación, generar auditorías ciudadanas de la deuda sanitaria, suprimir rescates con fondos públicos de posibles pérdidas privadas. Eliminar cualquier desgravación fiscal a privadas o particulares, así como el acuerdo con Farmaindustria, hoy en revisión. Mayor inspección y vigilancia a adjudicaciones/concesiones con control y total transparencia.

Avanzar en estrategias de reversión a lo público de aquellos servicios privatizados. Impulsar las I+D del sector público y la formación continua. Incorporar leyes de derechos de ciudadanía: salud sexual y reproductiva, IVE, reasignación de género, curas paliativas, derecho a morir dignamente, confidencialidad y custodia de la Historia clínica. Contra la violencia de género. Dotar el Consejo interterritorial y una cartera de Servicios común y garantizada. Actualizar el catálogo de prestaciones. Un uso racional de recursos y medicamentos. Equiparación de condiciones laborales en todo el estado, contra la precariedad y la discriminación, el cumplimiento de la ley de prevención de riesgos. El mantenimiento y gestión pública de los centros. Consejos de salud y nuevas formas realmente participativos.

- **4.- Una Atención Primaria en estado crítico.** Como van a explicar compañer@s de inmediato

Entre los puntos destacamos aquí y hoy, el que dice textualmente:

Potenciación de la ATENCION PRIMARIA como puerta de entrada del sistema y eje coordinador entre niveles asistenciales, en servicios municipales y supralocales, de urgencias, y de salud pública, priorizando las actividades de prevención y promoción, así como las comunitarias

Y en línea directa: Rechazo del modelo UGC- Unidades de gestión clínica- que fragmentan el sistema. Con plantillas adecuadas y suficientes. Atención a la Urgencia extrahospitalaria (AP) y a la sanidad rural. Impulso y dotación para la ley de dependencia. Integración del trabajo social. Salud mental y un enfoque social y comunitario

Lamentablemente la situación de la AP actual es, sin alarmismo gestual, de una alarmante gravedad. Una situación crítica, fruto de esa lluvia fina de los recortes sobre recortes, de las externalizaciones crecientes, de la mercantilización rampante, de la anemización y la desfinanciación sostenida, de la desnaturalización impune, del desprecio a los avisos y quejas de los trabajadores y de la ciudadanía usuaria y receptora de los estragos. Por eso, porque nos jugamos la Primaria y con ella todo el sistema, desde MM.BB., estamos hoy aquí. Aun podemos reaccionar, pero solo si somos capaces de reaccionar de inmediato, de ponernos en pie, de trabajar, y además de resistir, redefinir y hacer posible este sistema primarista del que pasamos a hablar.

No es una ilusión, ni es ilusionismo, ni utopía. Es una imperiosa necesidad por la que luchamos con determinación, pasión, con respeto concedido y exigido, perseverancia hasta la tozudez, altruismo, fraternidad, solidaridad, con rigor, y sobre todo con mucho amor...y unas gotas de humor. ¡SALUD!

Antoni Barbará Molina

Barcelona – Madrid 29 de enero 2019

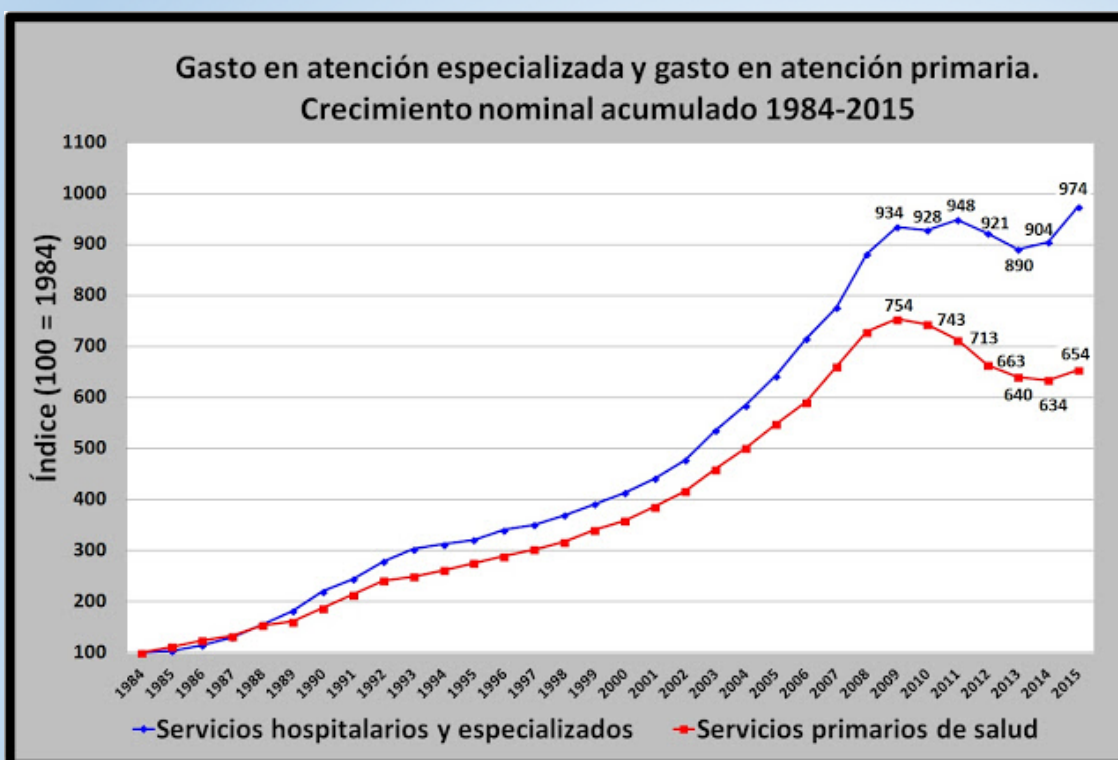
MANUAL PARA PRIVATIZAR UN SERVICIO PÚBLICO

1- Dejar de invertir hasta que se deteriore y baje la calidad del servicio

2- Hacer ver al pueblo que el servicio público se deteriora porque es inviable

3- Vender el servicio público a una empresa amiga que financie tus campañas electorales y más...





POR UN SISTEMA SANITARIO PRIMARISTA

Francesca Zapater

Madrid, 29 de enero 2019

Les agradezco que compartan con nosotros esta mañana de debate, en un marco excelente para hablar de temas de gran interés general como el que nos ocupa hoy. En 10 minutos voy a intentar transmitirles la idea de que nuestro sistema sanitario público necesita una **transformación de carácter primarista**.

A menudo oímos declaraciones institucionales acerca de la importancia de la atención primaria de salud (AP). Incluso se elaboró en 2006 una Estrategia para Atención Primaria del siglo XXI, promovida por el Ministerio de Sanidad.

Doce años después, y en pleno siglo XXI, la atención primaria es mucho peor que la del siglo XX y es más, en la última década ha vivido sus peores tiempos desde la reforma de los años 80. Ha alcanzado una situación de absoluta precariedad y agotamiento de sus profesionales que está repercutiendo en una deficiente atención a la población.

Todo ello es el resultado de las políticas que se han aplicado desde los distintos gobiernos centrales y autonómicos que han primado la atención especializada y hospitalaria muy por encima de la AP, respondiendo a los intereses neoliberales que persiguen los negocios sanitarios, mucho más fáciles en los entornos altamente tecnificados. La principal expresión de estas políticas es la creciente separación de las curvas de crecimiento del gasto en atención especializada y en atención primaria, como se puede observar en el gráfico que tienen en pantalla, elaborado por Juan Simó. Como pueden ver las reducciones presupuestarias de los años 2011-2014 afectaron mucho más a la AP y la recuperación a partir del 2014 se ha centrado en la especializada. Estos datos manifiestan la intención de reducir la APS a la mínima expresión porque sin ella, es mucho más fácil destruir el sistema nacional de salud.

Como consecuencia, la demanda de atención hospitalaria ha aumentado de forma constante, en vía paralela al aumento de la oferta. Se ha desplazado a la AP como primer punto de contacto del paciente con el SS y se la ha reducido a una caricatura de lo que fué. Este sistema, centrado en la enfermedad, en la medicalización, en la atención especializada y hospitalaria conlleva además un **gasto en farmacia** muy superior al necesario, que ya alcanza alrededor del 30% del gasto sanitario total.

Hoy día disponemos de evidencia robusta de que los sistemas sanitarios que pivotan **sobre la AP como eje central son más efectivos y obtienen mejores resultados en salud a un coste menor** (son más eficientes) y también son más equitativos. Aunque parezca contraintuitivo, hay amplio conocimiento científico de que

los sistemas hospitalocéntricos producen daño en la salud individual y colectiva y son más costosos, porque se centran en problemas parciales y utilizan más tecnología, no siempre beneficiosa para el paciente. Un ejemplo paradigmático sería EEUU, donde las intervenciones sanitarias son la tercera causa de muerte. Y esto es así porque solamente la AP puede proporcionar una **comprensión global** de las necesidades de salud de las personas y un conocimiento del entorno y de las condiciones de vida que son elementos clave para establecer las intervenciones sanitarias más adecuadas. No hay que olvidar que la AP atiende un 80% de la población y que puede tener un alto grado de resolución. Mantener el sistema nacional de salud y proteger la salud de la población pasa por desarrollar un sistema basado fuertemente en su nivel primario, un sistema que llamamos primarista.

Qué entendemos por una AP fuerte?.

- Debe tener **prestigio, reconocimiento de la sociedad y del propio sistema y una financiación suficiente**. Ahora no tiene ninguna de las tres cosas.
- Debe estar **orientada a la comunidad y a los determinantes de la salud, así como a las personas en todas sus dimensiones**. Y trabajar con un enfoque bio-psico-social, que mire más a la salud que a la enfermedad. Por poner un ejemplo: podemos abordar la soledad de las personas mayores desde el punto de vista de que ocasiona un trastorno de ánimo que hay que tratar con fármacos, o desde el punto de vista de buscar apoyos comunitarios que mejoren la experiencia de la soledad.
- De esta manera, entendemos que la **atención humana, narrativa y empática** debe reemplazar a las orientaciones biologicistas y altamente burocratizadas que invaden cada vez más nuestros centros de salud. Porque las personas además de órganos, somos seres experienciales y subjetivos y la enfermedad se da de forma global.
- La AP debe ser “agente” de sus pacientes, con **capacidad de resolución** y de coordinación de los procesos asistenciales que se llevan a cabo en los diferentes ámbitos (atención especializada, tratamientos, listas de espera, ingresos,...). Quiero apuntar que sin dotar a la AP de más capacidad de gestión clínica es muy difícil resolver las listas de espera actuales.
- La AP ha de tener capacidad para atender **todo tipo de necesidades de salud**, sean problemas agudos o crónicos; de carácter ordinario o urgente; en el centro de salud o a domicilio; y para todas las etapas de la vida. Sus dispositivos de atención continuada y urgente han de tener disponibilidad las 24 horas del día todos los días de la semana. Los 061 o equivalentes no pueden ser el primer contacto para cualquier necesidad, tal como son ahora.
- Una AP fuerte reconoce y cuida a sus **profesionales** que trabajan en condiciones y con cargas asistenciales razonables y con pleno desarrollo de sus capacidades. Hoy día están devaluados y con cargas imposibles.

- Un sistema sanitario con una AP fuerte cuenta con la **participación ciudadana** como instrumento imprescindible para mejorar la transparencia, la calidad, la eficiencia y el buen gobierno del sistema de salud

Frente a las nuevas formas que se están impulsando por todas partes, de atención fragmentadora por enfermedad, por tareas o por etapa vital, nosotros proponemos **reforzar los atributos sobre los que más se sustentan los buenos resultados de la AP**: la accesibilidad y la longitudinalidad (la continuidad de la relación profesional-paciente en el tiempo que establece confianza y vínculo). Desgraciadamente, se ha confundido accesibilidad con inmediatez y se está perdiendo a marchas forzadas la longitudinalidad. Ello, a pesar de que esta característica está fuertemente asociada a tasas más bajas de mortalidad global, a menos ingresos hospitalarios, a menores costes y a un mejor uso de la medicación. Lo que queda de nuestra AP es cada vez menos accesible, está más fragmentada, se están perdiendo los profesionales de referencia, es más biologicista y está cada vez más subordinada a las dinámicas hospitalarias.

Somos conscientes de que el modelo “primarista” implica un **replanteamiento de nuestros hospitales**. Por razones económicas y de salud urge llevar a cabo una redistribución de funciones y de recursos en el seno del sistema. Las curvas del gasto no pueden seguir separándose, debe revertirse esta tendencia como condición para salvar el sistema nacional de salud y evitar daños a la población.

Quiero destacar que nuestra propuesta no requiere grandes inversiones en equipamientos ni grandes innovaciones tecnológicas. Requiere, eso sí, voluntad política para poner la mirada en las necesidades reales de las personas y comunidades, aplicar el mejor conocimiento disponible sobre sistemas sanitarios y la voluntad de cuidar a sus profesionales.

Probablemente las personas con responsabilidades políticas estén sujetas a muchas presiones de *lobys* empresariales, hospitalarios y corporativos. Les invito a abrir la puerta de sus despachos y asesorías a la ciudadanía organizada y a las profesionales de la atención primaria, que son quienes tienen una comprensión más amplia y más ajustada de las necesidades de la población, porque están día tras día con las personas, las comunidades y los entornos concretos en que viven, enferman, sufren y mueren.

Espero que en el debate podamos ampliar los conceptos que por razón de tiempo he expuesto sintéticamente.

ATENCIÓN PRIMARIA Y SALUD

“ En los hospitales, las enfermedades permanecen y las personas vienen y van; en Atención Primaria, las personas son las que permanecen y las enfermedades vienen y van”

(Iona Heath)



Buenos días,

¿QUÉ NECESITA LA ATENCIÓN PRIMARIA PARA LLEVAR A CABO EL MODELO PRIMARISTA?

Para saber qué se necesita, primero hay que saber **qué se tiene**. Después, **qué no se debe hacer** para no perderlo y finalmente hay que tener muy claro **qué se quiere y a donde llegar**, todo ello sin perder de vista los intereses generales, no el de unos pocos.

 **Qué se tiene** (en realidad, qué se tenía).

Vds. y todo el pueblo español hemos tenido, y aún tenemos, un auténtico **equipazo en la primera división del mundo sanitario**. Hemos sido los **campeones de la eficiencia y la eficacia**. Con poco dinero y poca inversión se han conseguido los mejores resultados.

Teníamos los mejores jugadores, unos presupuestos insuficientes, pero aceptables.

¡Hemos sido envidiados!

 **Qué no se debe hacer.**

Sobre todo **no desmantelar** lo que ha estado funcionando. Teníamos un **equipo** ganador, motivado, lleno de ilusión, dispuesto a dar lo mejor de sí **a los usuarios de la Atención Primaria**, que aunque amenazada, aguantaba el tipo.

Nos fue medianamente bien hasta que decidieron prescindir del mejor jugador del equipo, enviándolo fuera del país para disfrute a precio ganga. Los **“Profesionales”**.

Los españoles, estamos pagando las consecuencias. El equipo ya no gana porque carece de los medios necesarios, falta infraestructuras, medios materiales, plantillas, buena planificación. **Se ha renunciado a los principios y valores de la Atención Primaria, a su esencia misma, apostando por un modelo hospitalocentrista desmesurado que todo se lo traga y, así, devora el primer nivel asistencial.**

 **Qué se quiere y a dónde llegar.**

Queremos un club de primera división y seguir ganando.

La AP, base de la gran pirámide que es la Sanidad Pública, resuelve el 80-85 % de los problemas de salud y para ello, como bien dice la OMS, **sólo necesita un 20-25 % del presupuesto sanitario, que necesariamente ha de estar por encima del **7 % del PIB nacional.****

Conforme reducimos esos porcentajes (7% del PIB para Sanidad y 25% de éste para la AP), la base se va resintiendo, pierde consistencia, se resquebraja y acaba por no poder sostener y mantener en pie la pirámide.

Son momentos difíciles para la AP; **los profesionales nos movemos, entre la saturación, la desmoralización, la resignación y la apatía** por las condiciones en que tenemos que trabajar día a día.

Miradas y voces muy respetadas, hablan hace tiempo de una AP estancada, menguante, que está en la UCI, que va camino de no ser... es una especie amenazada.

En la historia de la construcción de la AP en España, **no hubo cuestionamiento explícito de la concepción de AP. Ahora sí se cuestiona.** Y tenemos que estar atentos.

¿Podemos resignarnos, como ciudadanos y como profesionales, a tener una AP con fecha de caducidad?

Claramente, no lo vamos a hacer.

Para ello, es necesario tener en cuenta varios aspectos:

1. **Un compromiso político del Estado en el aseguramiento y pervivencia de un sistema de salud público, universal y de calidad.**
2. Una **dotación presupuestaria** que permita el desarrollo de actividades ligadas a la atención, a las necesidades en salud de la población, la promoción y prevención y el fomento de la autonomía del paciente, con especial atención a las personas dependientes.

Los presupuestos de la AP son decrecientes desde hace más de 10 años y no lleva tendencia de modificarse. Sin embargo, nuestros políticos repiten que la AP es el centro del sistema. **Nuestra tarea es denunciar sistemática y colectivamente esta falsedad, y las causas y consecuencias de la “guerra latente” que asfixia la AP, desde las políticas públicas.**

Como dice el Colectivo Silesia,

“si quieres AP dímelo en los presupuestos”.

“Una prioridad política sin respaldo presupuestario no es una prioridad política”.

3. Una política de **Recursos Humanos** que garantice plantillas bien dimensionadas, la recuperación de la paridad médico/enfermero, la cobertura del 100% de las ausencias y de la tasa de reposición, salarios adecuados, agendas que contemplen todas las

actividades y faciliten la atención domiciliaria. Se necesita que la administración haga **políticas de personal que hagan interesante el trabajo en AP** y la Administración tendría que estar tomando medidas ante las próximas jubilaciones de las MF.

Devolver el protagonismo y la ilusión a los profesionales de AP.

Implantar las especialidades de Enfermería en AP.

Democratizar y despolitizar todas las estructuras directivas y gestión de las gerencias de AP, todos sus mandos intermedios y los equipos directivos de cada CS.

Ahora que está tan de moda someter a los bancos a simulaciones de stress para ver como resisten, es fundamental, **dimensionar la plantilla para que funcione bien en situaciones de stress. Ya sabemos hasta donde resiste la AP. Ya la hemos hecho saltar por los aires.** Ahora es tiempo de recomponerla y reflatarla, es tiempo de aprovechar el destrozo tan brutal que Vds. los políticos y gestores han provocado en la AP; pero con los medios y recursos adecuados.

La política de RRHH no puede estar en manos de gestores inconscientes que piensan que la hiperafluencia a las urgencias hospitalarias es "culpa" de una AP insolvente, y no consecuencia directa de sus políticas.

4. **Infraestructuras dignas**, con consultas propias para cada profesional.
5. **Sistema informático compartido** con Atención Hospitalaria y servicios socio-sanitarios.
6. **Organización Territorial** basada en criterios demográficos y socioeconómicos, que faciliten la coordinación asistencial.

7. **Transparencia.**

8. **Formación.** Es fundamental la presencia de la AP en todo el itinerario curricular de ciencias de la salud.

9. **Una AP, Interlocutora en los acuerdos con la industria farmacéutica y biotecnológica.**

10. **Una AP coordinadora de las actividades asistenciales de la Atención Hospitalaria, los recursos sociosanitarios y las urgencias extrahospitalarias** mediante el diseño de protocolos conjuntos y actividades compartidas, **teniendo como objetivo la atención al paciente y no a la enfermedad.**

Un primer nivel que "mande" y en la que todo lo demás esté a lo que ella determine. Será ésta la que solicitará la demanda de los demás recursos obteniendo el debido retorno para su aplicación y desarrollo.

Los pacientes, como figura en las tarjetas individuales sanitarias (TIS), están asignados a médicos y enfermeros de AP, y por lo tanto son estos los responsables de su atención sanitaria y deben ser los protagonistas en la planificación, aplicación y evaluación de los procedimientos en salud, sin perder nunca de vista que es el propio paciente quién ha de asumir, dentro de su capacidad el derecho a la salud individual, familiar y comunitaria, con el deber de velar por el interés de salud colectiva con responsabilidad y civismo.

11. **Reivindicamos especial atención a la sanidad rural,** garantizando su pervivencia.

12. **La AP abandonará el concepto de puerta de entrada para pasar a ser el ámbito donde transcurre toda la atención en salud que la población recibe.**

13. Recuperación de la idiosincrasia de la Atención Primaria, sus principios fundacionales, sus valores y su esencia.

- Una AP, **Integral**.
- **Integrada**.
- Una AP, **Activa y Proactiva**.
- Una AP, **Accesible y Universal**.
- Una AP, **Formadora e investigadora**
- **Continua y Continuada** con sus turnos de mañana y tarde, o cualesquiera otros que se determinen, que permita la conciliación de la vida laboral, social y familiar, tanto de profesionales como de usuarios.
- **Longitudinal**. Para conseguirla se ha de incentivar:
 - la permanencia del profesional en el mismo cupo,
 - la penosidad (*ruralidad, aislamiento, dispersión, zonas desfavorecidas o marginales, etc.*) y
 - y el turno de tarde.

No se engañen, **la longitudinalidad se paga**, pero los beneficios para profesionales y pacientes serán inmediatos y duraderos, con retornos para la Administración tanto en RRHH propios, como beneficios socio económicos para el tejido productivo y empresarial del país.

- **Multidisciplinar**, con **perspectiva comunitaria y participativa**, sensible a las necesidades sentidas por la población, con mecanismos articulados de participación individual, colectiva y programada, con una Cartera de Servicios homogénea en todas las CCAA, con participación de profesionales y ciudadanía en su diseño.

- **Evaluable** mediante indicadores de resultados en salud, al coste óptimo, con reducción de burocracia al mínimo posible.

Hoy día, se evalúa y mide aquello que interesa y es fácil de medir, y se descuidan y quedan relegados los valores humanistas de la Atención Primaria: ***la escucha, la comprensión de la situación de la persona, el cuidado del vínculo humano, la atención al modo de vida, los factores sociales, la atención a las desigualdades,...***

Además de lo expuesto anteriormente, habría que añadir:

- **La posibilidad de actuar frente a los Determinantes de la Salud, la capacidad de actuación directa en los factores sociales, y las ayudas a la dependencia.**
- **Evitar la medicalización de la atención sanitaria para reducir iatrogenia.**
- **Que sea testigo de la situación social: A la consulta entra la vida, y el modo de vida.**
- **Control ciudadano efectivo (restitución de los Consejos de Salud de Área).**

Todo esto requiere una buena programación a corto, a medio y a largo plazo, con medidas inmediatas.

Hay que tratar de recuperar el sentido de nuestra práctica; y recuperar “territorio” porque **la AP es la mejor forma y la más eficiente para dar atención segura y efectiva a nuestros pacientes.**

**Por todo ello, reivindicamos un “MODELO PRIMARISTA”,
donde los ciudadanos y los profesionales sean los
protagonistas.**

No queremos ir a una sanidad de tercera.

**ESTAMOS HOY AQUÍ, CON DETERMINACIÓN,
POR UNA ATENCIÓN PRIMARIA “PRIMARISTA”**



SANIDAD
100%
PÚBLICA
¡YA!
SIN ALIENACIÓN

ATENCIÓN PRIMARIA RURAL Y PEDIATRÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Los compañeros que me han precedido han puesto de relieve la importancia de la A. Primaria en el SNS. Yo voy a incidir en dos aspectos concretos que son la A. Primaria en el medio rural y la Pediatría de A. Primaria.

Atención primaria en el medio rural

En nuestro país existen muchas similitudes, desde el punto de vista de la asistencia sanitaria, entre las diferentes comunidades autónomas si bien también se aprecian importantes diferencias que deben ser tenidas en cuenta al planificar dicha asistencia, y mucho más en el medio rural por sus especiales circunstancias y dificultades. Dentro de los factores que inciden con mayor peso en la organización de la sanidad rural estaría en primer lugar la **despoblación**, es un hecho que nuestros pueblos se están quedando vacíos. Otro problema importante es el **envejecimiento** de la población, que como sabemos conlleva una mayor incidencia de pacientes crónicos y pluripatológicos. La **dispersión geográfica** de los habitantes es otro determinante muy importante en algunas comunidades (ej. CyL 2,5 habit/Km²) A todo lo anterior hay que añadir las **dificultades orográficas**, que obligan en muchos casos a que los profesionales se pasen la mitad de su jornada en la carretera para poder atender a determinados núcleos poblacionales. La solución a estos problemas fue en su momento crear consultorios locales (en CyL tenemos 3.600, muy por encima de la media nacional, para una población de 2.463.000 habit.) Estos consultorios junto al Centro de Salud y el Hospital de referencia conforman las llamadas zonas básicas de salud (ZBS) Esta estructura, a pesar de las dificultades que antes comentaba, se ha mantenido en el tiempo y lo que en su momento fue efectivo a día de hoy es muy problemático ya que la carencia de profesionales y la mala gestión de los mismos en algunos casos, hace que la atención sanitaria a estas zonas sea actualmente penosa, ineficiente, y un motivo de conflicto continuo, ya que es habitual que se suspenda la consulta por tiempo indefinido, que haya cambios en el día y hora de consulta, cambio continuo de profesional, dificultad para que las urgencias sean atendidas, ausencia de medios digitales (ej. la receta electrónica, historia clínica informatizada) todo lo cual esta creando un malestar importante y creciente en la población. Las quejas en los últimos tiempos se han multiplicado a lo largo del país, como todos sabemos.

Qué **soluciones** proponemos: Nos sumamos a las propuestas de las diferentes sociedades y asociaciones de profesionales y usuarios

- Como punto de partida incrementar el presupuesto destinado a A. Primaria, claramente en retroceso en los últimos años.
- Estructurar las zonas básica de salud en torno a Centros de Salud ubicados en las zonas de mayor cobertura poblacional. Se debe valorar la necesidad de mantener algunos de los consultorios locales (en función de la población y características de la misma) pero cuando esta opción no sea viable o aconsejable, los pacientes deben tener la posibilidad de disponer de transporte a demanda para acudir a su centro de salud.
- En cuanto a los profesionales, a corto plazo sería necesario incrementar su número, lo que conlleva incrementar las plazas MIR de Medicina Familiar y Comunitaria y Pediatría. Mejorar sus condiciones laborales, evitando la precariedad de los contratos e incentivar las plazas de difícil cobertura (incentivos económicos y/o profesionales). A medio y largo plazo crear EAP (equipos de atención primaria) bien estructurados y consolidados, con mayor participación de

ATENCIÓN PRIMARIA RURAL Y PEDIATRÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA

los profesionales en la gestión de los mismos, con acceso de estos a formación continuada y con la posibilidad de participar en programas de docencia e investigación.

- Coordinación con atención especializada, que debe ser fluida y facilitada por las nuevas tecnologías.

- Dotación suficiente en infraestructuras, en material diagnóstico y recursos terapéuticos, ya que los centros de salud deben reunir las condiciones necesarias para poder realizar una completa y adecuada atención al paciente evitando derivaciones innecesarias.

Pediatría en Atención Primaria (AP)

Desde hace años faltan pediatras en los centros de salud y el modelo actual de asistencia infantil español está en grave peligro de extinción por la falta de previsión, planificación y deficiente uso de los recursos, por parte de las correspondientes administraciones sanitarias.

Considerar que los pediatras son los profesionales más capacitados para la atención sanitaria de la población infantil en el ámbito de la A. Primaria no es sólo una opinión sino que esta avalada por múltiples estudios tanto a nivel nacional como internacional. En nuestro país la AEP (Asociación Española de Pediatría) y la AEPap (Asociación de Pediatría de A. Primaria) han publicado datos que documentan esta afirmación. Sabemos por estos estudios que los niños atendidos por un pediatra en el primer nivel asistencial, presentan mayor adherencia a los calendarios vacunales, es menor el uso de antibióticos en infecciones comunes, y se ha visto una disminución de la mortalidad en problemas que requieren un diagnóstico precoz, estos son solo algunos ejemplos. En un estudio de Wolfe y Cols (2011) realizado en el Reino Unido comprueban que tras eliminar la presencia de pediatras en los centros de Atención Primaria de ese país hubo un aumento claro de la mortalidad infantil por encima de la de otros países europeos. La AEP describe como en los años setenta, la mortalidad infantil en nuestro país era cuatro puntos superior a la del Reino Unido. Actualmente las tasas de mortalidad han dado un vuelco y la española se sitúa en unos puntos por debajo de la inglesa, lo que se ha puesto en relación con la continuidad en la atención de los niños por el pediatra.

Es importante, de cara a una buena planificación, considerar que la verdadera misión del pediatra en Atención Primaria va mucho más allá de la atención al niño que presenta un problema puntual, ya que su trabajo se diversifica en tres competencias muy claras, en primer lugar el cuidado del niño sano o **Pediatría preventiva**, la asistencia médica integral, total y continuada al niño enfermo : **Pediatría Clínica**, y cuanto atañe al niño sano y enfermo en relación con el medio físico y humano en que se desarrolla: **Pediatría Social**. Obviar estos objetivos menoscaba la importancia de la AP en la salud de nuestros niños

¿ Cual es la situación actual en nuestro país de la pediatría en AP ?

Hemos visto la importancia de que las plazas de pediatría se cubran con pediatras, así que voy a empezar con el dato de las plazas ocupadas por médicos no especialistas en Pediatría, que en nuestro país alcanza el 25,1% existiendo diferencias importantes entre comunidades (Ejls Baleares 48,9%; La Rioja 0,0%; Asturias 1,7%) si bien dentro de una misma comunidad hay diferencias entre provincias y peor cobertura en las zonas rurales.

Esta **carencia de profesionales** responde a varias causas:

ATENCIÓN PRIMARIA RURAL Y PEDIATRÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA

En primer lugar la **falta de reposición por jubilación**, que si no se soluciona se agravara en los próximos años ya que los pediatras mayores de 55 años son el 41%.

Otra causa es el estancamiento en la oferta de plazas MIR, cuyo aumento esta pendiente de nuevas acreditaciones docentes.

Falta de atractivo de las plazas en A Primaria para los jóvenes pediatras, debido al deterioro de las condiciones laborales en este nivel: sobrecarga asistencial, cupos en muchos casos muy por encima de los 800 pacientes recomendados, no sustitución de las bajas, horarios que no permiten conciliar la vida familiar y laboral, falta de incentivos económicos o laborales en las plazas de difícil cobertura.

Formación muy deficitaria en esta subespecialidad pediátrica, tanto en el pregrado como en el MIR. y sin opción a formación continuada durante la vida laboral.

Dificultad en su medio para acceder a pruebas complementarias (análisis, radiografías etc.) unido a la deficiente coordinación entre AP y Hospitalaria.

Escasa o nula participación en docencia, en las Facultades de Ciencias de la Salud o en los propios centros de trabajo, así como en investigación.

Todo ello, explica que muchos de nuestros pediatras opten por mantenerse en el ámbito hospitalario haciendo guardias por ej., o que emigren a otros países, o se vayan a la actividad privada.

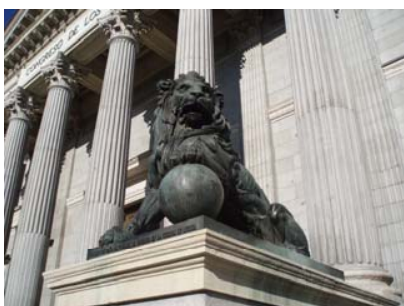
Un problema no menos importante es la situación de la **enfermería pediátrica**, especialidad que fue creada en 2005, y cuya participación en el cuidado infantil en este momento es escasa o nula. La ratio pediatra/enfermería debería ser 1/1. En la actualidad lo habitual es que la actividad del personal de enfermería sea compartido por varios pediatras y en los centros más pequeños han de compatibilizarlo también con la atención a la población adulta.

Hoy nosotros queremos denunciar los problemas y pedir que se escuchen las propuestas de las diferentes asociaciones de pediatría (AEP; AEPap; SEMEAP) de usuarios y organizaciones defensoras de la sanidad pública, encaminadas todas ellas a revertir esta situación. Desde MBE esperamos que estas propuestas sean consideradas tanto a nivel estatal como autonómico y mostramos nuestro apoyo a los profesionales que día a día mantienen un sistema sanitario en el que cada vez es más difícil trabajar con eficiencia y calidad.

Elena Burón
CONGRESO DE LOS DIPUTADOS - MADRID
29 Enero de 2019

Jornada sobre Atención Primaria en el Sistema Nacional de Salud "Modelo Primarista"

Madrid, 29 de enero de 2019
Congreso de los Diputados, Madrid



- ▶ Intervienen
- ▶ Coordinadora Estatal de Mareas Blancas.
- ▶ Representantes de los grupos parlamentarios de PP, PSOE, UP, Ciudadanos, ERC, Compromís



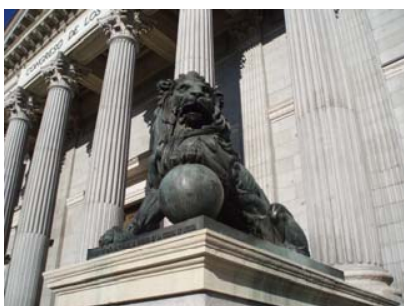
Buenos días a todas. Antes de responder a Maribel Ramos quiero agradecer la oportunidad que nos brindan para compartir esta Sala Clara Campoamor del Congreso con todos ustedes; los representantes legítimos de la ciudadanía y tantas personas y organizaciones comprometidas con la defensa de la Sanidad Pública.

Contestando a la pregunta de Maribel Ramos, en relación con las modificaciones legislativas estatales que pudiera requerir la implantación del Modelo Primarista con gestión 100% pública, la respuesta **tiene varias partes diferenciadas:**

- **Modelo:** La implantación del Modelo Primarista en sí mismo no requiere, en mi criterio, **ninguna modificación legislativa estatal de naturaleza normativa.**
 - **Gestión 100% Pública:** En cuanto a la **garantía** para que sea **100% gestión pública, se** requeriría modificar preceptos legales que hoy permiten derivar fuera de la gestión pública las prestaciones sanitarias y sociosanitarias. Estamos hablando, en definitiva, de la **derogación** de la Ley 15/97 (habilitación de nuevas formas de gestión), que en su momento abre la puertas del SNS a las empresas privadas.
 - **Recursos:** Será requerirá disponer de los recursos humanos, económicos y materiales suficientes para implantar el Modelo.
- Vamos a comenzar por el **Marco Normativo.**

Jornada sobre Atención Primaria en el Sistema Nacional de Salud "Modelo Primarista"

Madrid, 29 de enero de 2019
Congreso de los Diputados, Madrid



1. Competencias de Estado
2. Legislación Básica. Ley General de Sanidad.
3. Estatutos de Autonomía
4. Leyes de Salud de cada CCAA



- Como saben ustedes, la CE (Art. 149.1.16 CE) reserva al **Estado**, la competencia **exclusiva en:**
 - Sanidad exterior.
 - **Bases y coordinación general de la sanidad.**
 - Legislación sobre productos farmacéuticos.
- Por su parte las CCAA, a través de sus Estatutos de Autonomía, asumen competencias para el **desarrollo legislativo y la ejecución de la legislación básica del Estado** en materia de sanidad interior. • Dicho desarrollo legislativo lo reflejan, entre otras, en sus respectivas **Leyes de Salud** y lo ejecutan a través de sus propios **Servicios de Salud**.
- Por otra parte, la **Ley General de Sanidad 14/86 que crea el SNS es norma básica del Estado**, y por lo tanto, será de aplicación a todo el territorio del Estado, con excepción del apartado 1, letras b) y c) del Art. 31 (inspección), y de los artículos 57 a 69, **y es por esta excepción** por la que **otorga** a las CCAA la **competencia exclusiva** para **organizar, administrar, coordinar y gestionar** los recursos sanitarios dentro de la Áreas de Salud. (Primaria, Especializada y Servicios Socio Sanitarios).
- En consecuencia, convertimos en **una decisión de voluntad política de las CCAA** la posibilidad de evolucionar hacia el Modelo Primarista que hoy presentamos.

Las leyes por sí mismas no modifican la realidad...

Han de ir acompañadas de los recursos necesarios para hacerlas efectivas.

Recursos que se determinan por Ley.



Ahora bien, las leyes por sí mismas no modifican la realidad. Han de ir acompañadas de los recursos necesarios para hacerlas efectivas.

Y los **recursos también se determinan y establecen por Ley (en concreto por las Leyes de Presupuestos)**

Y para hablar de recursos hay que conocer de donde **venimos**, donde **estamos** y cuales son los previsibles **escenarios del futuro** próximo...

- **A ver de donde venimos....**

2008-2018 decenio maldito

2008.- Lehman Brothers Holdings Inc.

2011.- España modifica Art. 135 CE

2012.- RDL 16/2012

.....RECORTES.....

2018.- RDL 7/2018

2018.- Pacto Gobierno Podemos



Venimos de un decenio maldito. 2008.- (septiembre) con la Quiebra **Lehman Brothers Holdings Inc.** (Crisis financiera nivel mundial), En España, entre otros acontecimientos ,explosiona la burbuja inmobiliaria, la gran estafa de las preferentes, cláusulas suelo, los activos tóxicos, se derrumba la banca pública... etc... etc.

2011.- (septiembre). - España modifica el Art. 135 CE y todos sabemos los drásticos efectos que esta modificación ha tenido sobre los derechos sociales de este País.

2012.- (abril). – con el RDL 16/2012 se golpea brutalmente al SNS, transformando un modelo de **derecho en un** modelo de **aseguramiento, (mercantilista)**. Por 1º vez desde la democracia, un Gobierno nos sustrae el derecho de protección a la salud... el derecho de mayor contenido igualitario... porque nos hace a todas **iguales ante** la enfermedad...

Se suceden años de **RECORTES.. RECORTES.. RECORTES... hasta que llegamos a...**

2018.- (junio). – **Ventana de oportunidad con el RDL 7/2018 Montón** con el que recuperamos el derecho de acceso universal a la sanidad.

2018.- (octubre).- El Gobierno firma un Pacto con UP donde, entre otros puntos, contempla **Blindar el Sistema Sanitario Público.**

Evolución 2011/2020 según Pacto de Estabilidad (Del 6,47% al 5,57%)

Funciones	Código COFOG	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
		% del PIB									
1. Servicios públicos generales	1	6,20	6,63	7,22	7,01	6,50	6,12	6,03	5,87	5,76	5,65
2. Defensa	2	1,04	0,93	0,96	0,86	0,97	0,94	0,96	1,04	0,99	0,90
3. Orden Público y seguridad	3	2,17	2,04	2,05	2,01	2,03	1,91	1,88	1,82	1,78	1,75
4. Asuntos económicos	4	5,66	7,97	4,63	4,57	4,38	4,12	3,85	3,69	3,63	3,58
5. Protección del medio ambiente	5	0,95	0,89	0,84	0,88	0,86	0,81	0,80	0,78	0,76	0,75
6. Vivienda y servicios comunitarios	6	0,57	0,46	0,46	0,50	0,48	0,45	0,44	0,43	0,43	0,42
7. Sanidad	7	6,47	6,22	6,17	6,12	6,19	6,07	5,95	5,79	5,67	5,57
8. Actividades recreativas, cultura y religión	8	1,51	1,22	1,15	1,15	1,13	1,08	1,06	1,03	1,01	1,00
9. Educación	9	4,40	4,17	4,10	4,10	4,09	4,01	3,93	3,81	3,73	3,67
10. Protección social	10	16,83	17,56	17,98	17,69	17,12	16,89	16,58	16,33	16,11	15,91
11. Gasto total	TE	45,80	48,09	45,58	44,90	43,76	42,40	41,48	40,60	39,87	39,19

Fuentes: Instituto Nacional de Estadística y Ministerios de Economía y Competitividad y Hacienda y Función Pública.

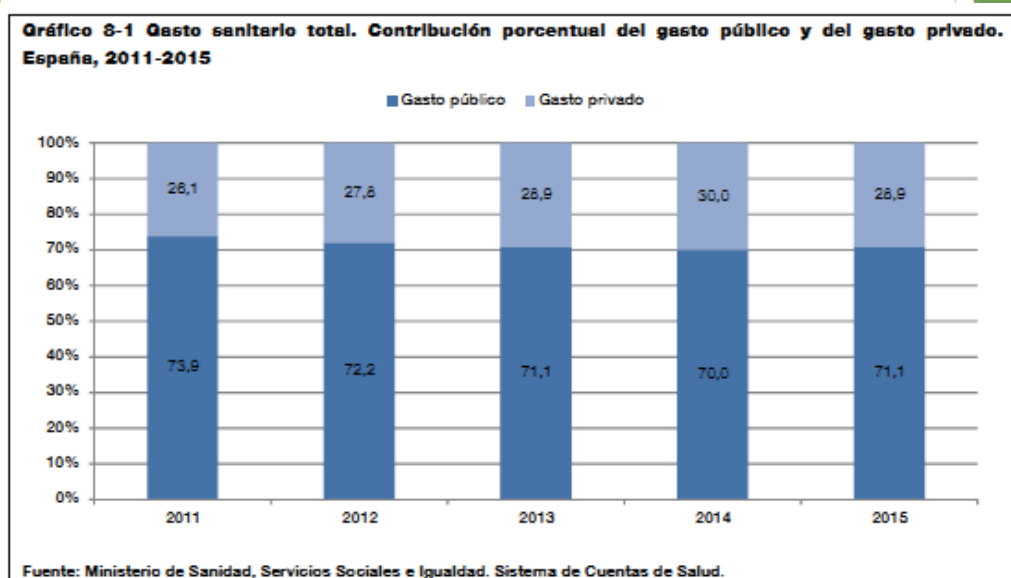


De donde venimos en términos de (%) PIB:

- En el 2008 la Sanidad Pública suponía un 7% del PIB. España tenía un sistema sanitario modélico, eficaz y eficiente y así se reconocía internacionalmente.
- Comparativamente en Francia estaban en (8%) y Alemania (9%). Así continúan a día de hoy.
- El pacto de Estabilidad Presupuestaria de los Gobiernos del PP nos lleva a una disminución constante (%) situándose en 2018 entorno al 5,7 % con el objetivo del 5,5% para 2020.
- En definitiva, el Pacto persigue una reducción total de 1,5 % PIB para todo el periodo.

Si los Gobiernos legítimos de este País, en estos años, se proponían defender la cosa pública, a la vista de los datos señalados, deducimos que las políticas implantadas han fracasado y que ustedes, los representantes del pueblo Español, **no han querido frenar el deterioro de la “cosa pública”**,

Efectos de las políticas de recortes



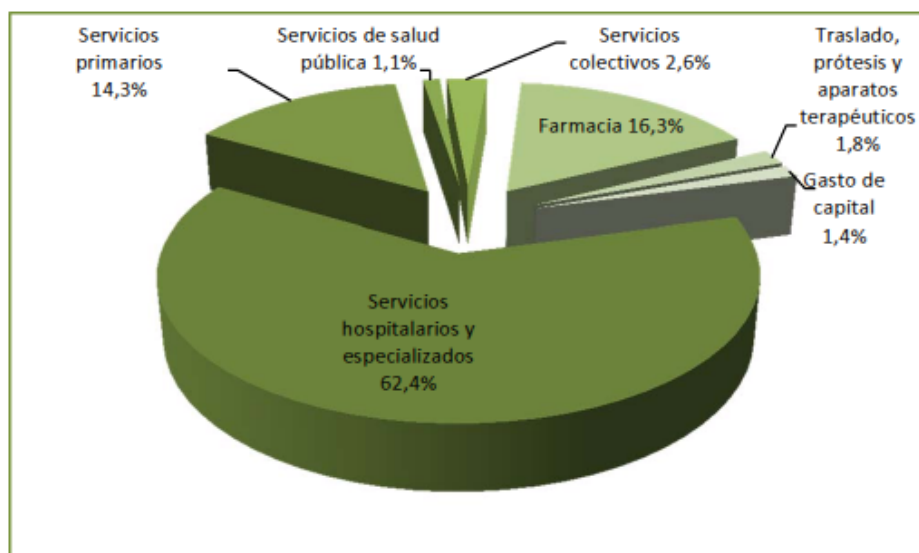
Este cuadro refleja los efectos de la falta de voluntad política para defender la Sanidad Pública de forma que en el Gasto Sanitario Total, la contribución porcentual del Gasto Público disminuye mientras que la del Gasto Privado aumenta.

A esto hay que añadir las **modificaciones legislativas** en el ámbito de las CCAA que han permitido facilitar que los recursos públicos se desvíen hacia los sectores privados.

Por lo tanto, no han sido solo los recortes económicos, sino también que se ha legislado para dismantlar la Sanidad Pública y favorecer a la Sanidad Privada.

Ahí están los resultados.

Gráfico 4. Gasto sanitario público consolidado según clasificación funcional. Estructura porcentual. España, 2016



Centrándonos en la Atención Primaria, la OMS para la consecución de un SNS eficaz y eficiente recomienda que el gasto en AP se sitúe en torno al 25 % del Gasto Sanitario Total. En la actualidad el gasto en AP en España se sitúa entorno al 14%. En consecuencia es necesario incrementar el presupuesto Sanitario de forma que el gasto destinado a AP pueda ser incrementado hasta el 25% sin perjudicar al resto del Sistema Sanitario.

Concluyo:

- **(Modelo organizativo)** El Modelo propuesto se puede implantar porque cabe dentro del marco normativo actual.
- **(100% Gestión Pública)** El cambio legislativo necesario para **garantizar la gestión 100% Pública** exigiría, entre otras, **la Derogación del la Ley 15/97**, los Artículos 90, 91 de la Ley General de Sanidad.
- Establecer en la **nueva normativa básica del Estado** el precepto que **“la prestación y gestión de los servicios sanitarios y sociosanitarios se llevará a cabo exclusivamente con medios de titularidad pública” Gestión directa.**
- Y transitoriamente a través de medidas presupuestarias extraordinarias de naturaleza

finalista, bajo el principio de especialidad, para ser invertidas y **proveídas por medios y recursos exclusivamente públicos en Atención Primaria. Programas especiales y de auto concertación, si procede. (Pero son decisiones políticas)**

- **(Recursos económicos)** Incrementar hasta alcanzar el **7% PIB** como Gasto Público de Sanidad. (2008 según Banco Mundial)

- **Estamos contentas y tenemos esperanza porque los profesionales de la Sanidad y la ciudadanía de este País ... estamos ocupando las calles y la plazas defendiendo la Sanidad Pública ... y vamos a continuar hasta recuperar una Sanidad 100% Pública para todas.**

- **Muchas gracias por su atención.**

Gracias por su atención



La Sanidad Pública no se vende.
La Sanidad Pública se defiende.

¡ *SalUD* **es** **TODO!**



Sanidad **100 %** *Pública*