

**INTERVENCIÓN DEL
PRESIDENTE DEL SINDICATO
MÉDICO ANDALUZ –
FEDERACIÓN, EN LA
SUBCOMISIÓN DE SANIDAD Y
SALUD PÚBLICA PARA LA
RECONSTRUCCIÓN
ENCONÓMICA Y SOCIAL DE
ANDALUCÍA A CAUSA DE LA
PANDEMIA DEL COVID-19**

Buenos días Sr. presidente. Buenos días señoras y señores miembros de la subcomisión de Sanidad y Salud Pública para la Reconstrucción Económica y Social de Andalucía a causa de la pandemia del COVID-19.

Permítanme antes de comenzar, agradecerles esta oportunidad que se da a nuestra organización de contribuir, con nuestra visión y propuestas, a la recuperación de la sociedad andaluza en ámbitos/cuestiones tan importantes como la sanidad o la salud pública.

Y permítanme igualmente que mis primeras palabras sean las del recuerdo a nuestros compañeros fallecidos en el ejercicio de su profesión durante esta crisis. Profesionales valientes y comprometidos que han sido ejemplo para todos los que ostentamos el honor de sentirnos sus compañeros. Vaya desde aquí nuestro pésame a sus familias y nuestro reconocimiento y sentido homenaje.

Esta intervención no abordará cuestiones políticas, para las que cualquiera de Uds está mucho más capacitado y autorizado, ni tiene como objetivo dirimir a que nivel de la administración corresponde asumir las mayores responsabilidades. Hemos intentado también alejarnos de los panfletos narcisistas y evitar el autobombo y la autocomplacencia. Tampoco queremos caer en el rencor por el daño que los errores en la gestión de esta crisis han causado al personal facultativo.

Intentaré centrarme pues, en las propuestas de futuro reafirmando así nuestro, compromiso y responsabilidad social.

No obstante, resulta imprescindible hacer un breve análisis de la situación de la sanidad en Andalucía al inicio de la pandemia y revisar los posibles fallos de gestión que hayan podido cometerse para, de este modo, poder convertir las debilidades pasadas en futuras fortalezas.

Pues bien y entrando en materia, les diré que en el año 2019 Andalucía era la comunidad autónoma que menos invertía en sanidad por habitante (1.165 €) y según las mejores previsiones para este año 2020 en el que aún no hay datos de presupuesto consolidado, seguiremos estando entre las 4 comunidades que menos invierten en salud por habitante (1.304). A propósito de esto les daré algunos datos extraídos de las publicaciones del Ministerio de Sanidad sobre indicadores clave del sistema Nacional de Salud y me voy a permitir el lujo de hacer una comparativa con una comunidad vecina como Extremadura cuya renta per cápita no difiere mucho de la nuestra ya que una comparación con una de las comunidades más ricas podría resultar tendenciosa:

En cuanto al número de quirófanos por 100.000 habitantes Andalucía cuenta con 8,57 mientras Extremadura tiene 10,21

La mortalidad por cada 100.000 habitantes en Andalucía es mayor que la de Extremadura (495 frente a 477) y nuestra esperanza de vida a los 65 años menor.

El número de médicos de atención primaria por 10.000 habitantes en Andalucía es de 0,75 frente a los 0,91 de Extremadura y el número de especialistas también es menor.

El número de camas por 1000 habitantes en Andalucía es de 2,19 mientras que en Extremadura es de 3,3 y de estas camas, en Andalucía solo 77% pertenecen a la sanidad pública mientras que en Extremadura el porcentaje de camas propiedad de la sanidad pública es del 94,19%.

El porcentaje de gasto en remuneración del personal sanitario en Andalucía es un 48,7% mientras que en Extremadura es un punto más alto 49,7.

Y el grado de satisfacción de la población con el sistema de salud público en Andalucía está en un 6,1 una puntuación de 6,1 mientras que en Extremadura está en 6,6

Andalucía es una de las comunidades que menos fondos destina a sanidad, en un país que dedica a sanidad uno de los porcentajes del presupuesto más bajo de toda Europa.

Como les había mencionado, todos los datos que les acabo de facilitar pueden corroborarlos Uds en la página web del Ministerio de Sanidad.

Pero la delicada situación de la sanidad andaluza no solo queda de manifiesto por medio del análisis estadístico. También se percibe en cuestiones más tangibles y cercanos a la población:

Nuestras listas de espera no dejaban de crecer en los últimos años, convirtiéndose en un grave problema estructural y los planes de choque no conseguían detener el crecimiento; las urgencias estaban siempre masificadas y existía una distribución de los recursos absolutamente irregular en el territorio andaluz.

La situación de la Atención primaria con apenas 3-4 minutos para atender a los pacientes, una falta sistemática de cobertura de las bajas, y con plantillas mal dimensionadas, había llegado a ser crítica.

Los facultativos andaluces éramos (y seguimos siendo) los peor pagados en el territorio nacional, con el modelo de carrera profesional más injusto y duro, con un complemento específico ligado al concepto de exclusividad, una discriminación intolerable que ha sido erradicada en la mayor parte de España y un modelo de incentivos que desmotiva y contribuye a la discriminación salarial (CRP); sin regulación clara de la jornada, sin un efectivo plan de agresiones, con las APS funcionando al margen del SAS, y con una gestión sin profesionalizar. Y todo esto estaba provocando una importante fuga de profesionales a otras comunidades, países o a la medicina privada, que aun hoy continúa.

Esta era la situación cuando llegó la pandemia a nuestra tierra. Afortunadamente nuestros datos epidemiológicos eran mucho mejores que en el resto del país, no podemos afirmar si influyó el clima, la menor densidad de población de nuestras grandes ciudades, el menor tráfico internacional o si, simplemente fue fruto del azar; pero es indudable que este hecho influyó determinadamente en la privilegiada evolución que el COVID 19 ha tenido en Andalucía.

Sin embargo, esta situación de privilegio no evitó que la gestión de la crisis se viera salpicada de errores que han afectado muy especialmente al colectivo al que represento y a la población en general.

Desde nuestro punto de vista, la gestión de la crisis ha estado marcada por los siguientes elementos:

El abordaje de la crisis ha estado marcado por una gestión inexperta, sin diálogo, sin confianza en las Organizaciones sindicales y profesionales y que ha entendido las quejas o llamadas de atención como crítica desleal.

No ha existido suficiente coordinación en los centros y tampoco la ha habido en las plataformas logísticas y de distribución. La escasez de material ha afectado a unos centros más que a otros y a unas categorías profesionales más que a otras. El abastecimiento a menudo se ha llevado a cabo con criterios que nada tenían que ver con la incidencia de la infección en cada área.

La información ha sido caótica y los datos ofrecidos en distintos escenarios y por distintos miembros de la administración no coincidían.

Una grave falta de previsión y coordinación entre las Administraciones central y autonómica en lo que respecta al abastecimiento de equipos de protección individual, cuya escasez. La falta de material, ha

sido debida a la ausencia de previsión de las administraciones central y autonómica, y a los fallos de coordinación entre ambas.

Ante esta falta de material que era casi total al principio y que casi en ningún momento, salvo quizás al final, ha estado disponibles en cuantía suficiente, los profesionales han sido presionados para que restringieran su uso viviendo una situación dramática, que desembocó en unas tasas de infección más altas que en el resto del mundo.

Han faltado test para pacientes y profesionales durante semanas. No hemos conseguido información veraz sobre la disponibilidad de estos tests ni hemos obtenido respuesta a nuestras dudas sobre su uso y significado epidemiológico y diagnóstico.

Lo mismo ocurrió en el caso de los EPIs que escasearon durante semanas sin que se nos ofreciera información al respecto. Ya dentro de los centros, el reparto de material ha sido arbitrario y condicionado por decisiones de los directivos.

La situación de nuestro colectivo ha llegado a ser tan dramática que, como saben, nuestra organización se ha visto obligada a denunciarla ante la Inspección de trabajo y ante el TSJA. Ambos nos han dado la razón, instando a la Consejería y al SAS a poner a disposición de los profesionales el material necesario para su protección.

La asunción de la gestión y control sanitario de los centros de mayores fue improvisada y supuso una sobrecarga importante para la atención primaria que ya se encontraba en una situación precaria. La asistencia a los domicilios no se hizo presuponiendo la posibilidad del contagio. La instauración de la teleconsulta se llevó a cabo sin protocolos claros y en bastantes casos puso en riesgo la salud de los ciudadanos y la integridad legal del facultativo. La gestión de los profesionales sintomáticos o expuestos a contactos de riesgo fue inadecuada y muchos de ellos hubieron de mantenerse en sus puestos de trabajo. En algún caso incluso han tenido que pagarse test y pruebas diagnósticas de su bolsillo. Las adaptaciones para los Trabajadores Especialmente Sensibles han sido lentas y penosas para la mayoría y en algunos casos no ha llegado a producirse.

Con todo esto, los profesionales andaluces, hemos sufrido una tasa de contagio más alta que los del resto del mundo. (cercano al 20% del total de contagiados)

Ante la enorme indignación reinante entre los profesionales se respondió con amenazas de sanciones a los que denunciaran públicamente la escasez. Llegando incluso a emitirse circulares en las que se pretende recortar la posibilidad de ofrecer información.

Durante la crisis, se impusieron cambios en los horarios, turnos y régimen de actividad complementaria, haciendo que muchos médicos cobren menos y empeoren sus condiciones laborales. Estos hechos, al igual que los anteriores, también han ocurrido de forma heterogénea en los distintos centros, sin que existiera una directriz clara.

Han escaseado los profesionales para cubrir bajas, sobre todo en determinadas especialidades y el cuerpo de veterinarios y farmacéuticos ha sido discriminado en protocolos y adaptaciones.

Se han saturado las salas de Coordinación del 061, habitualmente infradotadas y no ha habido unificación de los criterios de los protocolos de descontaminación.

En resumen, durante la pandemia ha habido contagio masivo de profesionales, caos organizativo e informativo, listas de espera disparadas, cambios encubiertos en sueldos y condiciones laborales y, sobre todo, un gran sentimiento de desafección y descontento entre el personal facultativo, que se suma al acumulado en los últimos años.

En fin, así era la salud de nuestra Sanidad Pública y así ha sido empeorada por este nuevo coronavirus que ha llegado para quedarse y que nos obliga a revisar nuestro modelo y tomar decisiones que eviten que en un futuro, nuevas pandemias, o nuevos rebotes, tengan efectos tan devastadores.

Desde el Sindicato Médico Andaluz queremos proponerles algunas de estas actuaciones. Comenzaremos con propuestas relacionadas con la gestión de la sanidad pública, cambios organizativos y modelo asistencial.

Es necesaria la implementación de un Plan específico para Pandemias que englobado en el Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias incluya métodos para asegurar la trazabilidad de los contagios.

Estos planes deben incluir necesariamente protocolos de coordinación con otras instituciones andaluzas y con el Gobierno Central. Proponemos además la creación de un Consejo Permanente de Vigilancia Epidemiológica que estaría formado por profesionales de la salud de alta cualificación.

En esta línea proponemos la creación de un mando único provincial, o bien dotar de competencias efectivas a los delegados provinciales, que asegure la coordinación entre las distintas agencias de salud de la provincia y con la Consejería.

Deben instaurarse talleres periódicos sobre emergencias biológicas para todo el personal y de igual forma deben incluirse cursos formativos en el programa de docencia de aquellas especialidades médicas que suponen la primera línea de batalla. En Andalucía, además, sería necesario aumentar las plazas MIR en la Especialidad de Medicina Preventiva y Salud Pública.

El aumento de la inversión en I+D+I se presenta también como imprescindible. La evolución científica y las nuevas tecnologías de la información y análisis de datos, hacen necesaria la creación de nuevas categorías de profesionales en la Sanidad Pública. Hoy es necesario contar con grupos mixtos de expertos en Big Data y Salud Pública que partiendo del análisis de situación puedan anticipar las conductas evolutivas de los agentes externos.

No hay que olvidar tampoco lo importante que sería rediseñar y adaptar nuestro tejido industrial para reorientarlo a la fabricación de elementos y aparataje que hasta ahora venimos importando. Hemos sufrido un gran problema de abastecimiento por nuestra absoluta dependencia de los mercados extranjeros. Nuestras empresas han sido capaces de cambiar sus líneas de producción y han demostrado una gran capacidad de adaptación, pero los trámites administrativos y las homologaciones han tardado en exceso, haciendo inútil el esfuerzo empresarial.

Revisar y agilizar los procesos de homologación es vital para evitar demoras en el abastecimiento y endurecer o aclarar los estándares, en particular en los productos procedentes del lejano oriente, resulta obligado para que no volvamos a suministrar material defectuoso comprado a alto precio.

En este sentido debería ser obligada la existencia de stocks suficientes de material de protección que aseguraran el abastecimiento al menos durante 6 meses.

Necesitamos también un cambio en el modelo de gestión con incorporación real de los profesionales a la gestión de los centros y profesionalización de los cargos directivos. La despolitización de la gestión sanitaria es la única forma de asegurar la eficiencia y la calidad asistencial independientemente de los vaivenes ideológicos generados por los cambios políticos.

La Historia clínica compartida con otras autonomías debe ser también un objetivo a defender en el Consejo Interterritorial. El acceso a los datos de salud de los ciudadanos de otras comunidades puede ser de gran ayuda tanto en situaciones de emergencia como en la normal asistencia a desplazados.

Apostamos también por una agencia administrativa única en sanidad integrando en el SAS a las Agencias Públicas.

La evolución de la esperanza de vida y los cambios sociales y familiares hicieron que se desarrollaran multitud de empresas que gestionan instituciones sociosanitarias y que se han demostrado absolutamente ineficaces en la protección de nuestros mayores contra la infección. Es necesario un replanteamiento serio de este modelo de negocio principalmente en lo referente a la responsabilidad de la asistencia sanitaria.

La reforma de primaria resulta ya urgente y vital para el mantenimiento de nuestro sistema de salud. Disponer de al menos 10 minutos para cada paciente es una reivindicación tan vieja como necesaria y para ello es urgente la ampliación de las plantillas. Idéntico razonamiento podríamos hacer al referirnos a la Urgencias tanto en Atención Primaria como Hospitalaria. El aumento de plantillas en estos servicios y en el 061 es una necesidad tan obvia como la necesidad de adaptar los espacios arquitectónicos en los centros de salud y urgencias hospitalarias. Evitar las masificaciones requiere un efectivo triage permanente, una plantilla amplia y un espacio físico adecuado con circuitos diferenciados que permitan aislar con facilidad a los pacientes potencialmente contagiosos.

Las listas de espera quirúrgica, de pruebas diagnósticas y de consulta deben abordarse de forma estructural y no con planes de choque. Hace décadas que observamos como el aumento de la esperanza de vida, la universalidad de la sanidad, las ampliaciones de la cartera de servicios y el crecimiento demográfico, han generado unas listas de espera en continuo crecimiento que no es posible parar con intervenciones coyunturales.

En definitiva, para hacer frente a estos retos es necesario asimismo abordar el modelo de financiación y la cartera de servicios del sistema sanitario público, una tarea que no puede seguir siendo demorada y que requeriría un gran pacto político y social.

Por lo que se refiere a las cuestiones relacionadas con aspectos laborales y retributivos del colectivo al que representamos, desde nuestra Organización consideramos inaplazables una serie de mejoras imprescindibles para poner fin a la desmotivación y la desafección hacia el sistema del colectivo de facultativos. No olvidemos que ninguna empresa funciona si sus empleados más cualificados están desmotivados y no se sienten parte de las decisiones.

Son las siguientes:

Reconocimiento como contingencia profesional de la infección por el SARS-Cov19 y reconocimiento automático como accidente de trabajo de todas las bajas producidas antes del 28 de mayo.

La profesión médica debe ser reconocida como profesión de riesgo a efectos de jubilación y el tiempo dedicado a las guardias debería reducir los años necesarios para alcanzar la pensión máxima.

La protección de los profesionales sanitarios debe ser un ítem obligado tanto en todos los planes de emergencia antes mencionados como en los planes de desescalada o recuperación. Estos planes de cuidados deben incluir la atención psicológica durante las crisis y los momentos posteriores, así como la adaptación de horarios y jornadas para situaciones de alto estrés.

Deben ser protocolizadas las distintas situaciones y actividades sanitarias: actividad quirúrgica o de procedimientos invasivos o con aerosoles o generadores de gotas, asistencia en consultas externas, visitas y urgencias domiciliarias, asistencia a centros sociosanitarios, procedimientos de descontaminación, etc.

La llegada del teletrabajo a la asistencia sanitaria hace imprescindible la revisión normativa que asegure el respeto al mantenimiento de las condiciones laborales y redefina el tiempo de trabajo efectivo. Pero en nuestro caso es necesario además contar con una específica regulación de la teleasistencia que salvaguarde la responsabilidad del facultativo y mantenga la seguridad del paciente. Sin una regulación clara y precisa, la teleasistencia solo servirá para generar estrés e inseguridad.

Han de mejorarse los mecanismos de conciliación familiar para permitir, de acuerdo con los profesionales, la existencia de plantillas adaptables a situaciones de alta o baja frecuentación. Las reducciones de jornada por interés particular no deben limitarse al 10% de la jornada y la distribución de las vacaciones debe ser más flexible y permitir su reparto en varios periodos.

Para el necesario aumento de las plantillas resulta primordial desarrollar políticas de personal que eviten la fuga de médicos a otros países, comunidades o a la medicina privada.

Hay que acabar con las diferencia retributivas y laborales entre los facultativos del SAS y los de las Agencias Públicas.

La equiparación salarial de nuestros profesionales con los del resto del territorio nacional es una cuestión de justicia y debe afrontarse sin más demoras. No podemos continuar siendo los peor pagados del país.

Es necesario un cambio en el modelo de incentivos para adaptarlo a las características de la sanidad actual. El CRP ha fracasado y solo sirve para desmotivar. Es necesario incentivar la eficiencia y la calidad de los profesionales de manera individual, utilizando criterios ajustados a la práctica clínica real. En cualquier caso, las retribuciones variables y sujetas al cumplimiento de objetivos deben ser un extra que se añada a unas retribuciones fijas dignas y equiparadas al resto del territorio nacional.

Debemos cambiar también la estructura retributiva para asegurar conceptos idénticos para idénticas situaciones y evitar la desafección de algunos colectivos.

La implantación de la Continuidad asistencial en primaria no puede demorarse más ya que este es quizás el factor más claramente discriminatorio entre estos distintos niveles asistenciales.

Solicitamos también un cambio en el modelo de carrera profesional en la línea del que existe en otras comunidades autónomas, más ajustado a la práctica clínica diaria, menos burocrático, que no excluya a ningún colectivo de facultativos y que no contribuya a la diferencia salarial.

Debe diseñarse un marco regulador de la jornada que responda a la realidad del trabajo del facultativo y han de ser reguladas especialmente las guardias localizadas.

Sres y Sras diputados/as no quiero alargarme más, pero me gustaría acabar con dos reflexiones importantes para nuestro colectivo y nuestra organización:

Primera: Los facultativos andaluces nunca hemos trabajado buscando el aplauso o la gratificación. Nuestra entrega siempre ha sido fruto de nuestro sentido de la responsabilidad y nuestro compromiso con la salud de la población; pero el hecho de que nuestra comunidad aún no haya implementado ninguna medida de reconocimiento a los profesionales sanitarios por su esfuerzo durante la crisis, dice muy poco de la consideración que esta Administración nos tiene. Días adicionales de vacaciones o pagas extra por COVID 19 han sido medidas tomadas en otras comunidades que en Andalucía siguen sin suceder.



Y la segunda y última reflexión es la siguiente: Todo lo dicho hasta ahora carece absolutamente de sentido sin la premisa primordial alrededor de cuyo eje deben organizarse las medidas propuestas:

ES ABSOLUTAMENTE IMPRESCINDIBLE QUE ANDALUCÍA AUMENTE LA INVERSIÓN EN SANIDAD EN TERMINOS ABSOLUTOS Y NO PORCENTUALES

De otra forma ninguna comisión como esta tendrá visos de conseguir una mejora en nuestro sistema público de salud.

Muchas gracias.

En Sevilla, a 22 de junio de 2.020