



4. IMPULSO Y CONTROL DE LA ACCIÓN DE GOBIERNO

451. Mociones

M/000211-01

Moción presentada por el Grupo Parlamentario Mixto, a instancia del Sr. Sarrión Andaluz (IU-EQUO), relativa a política general en materia de sanidad, consecuencia de la Interpelación formulada por dicho Grupo Parlamentario, sustanciada en la Sesión Plenaria de 18 de abril de 2017.

PRESIDENCIA

La Mesa de las Cortes de Castilla y León, en su reunión de 12 de mayo de 2017, ha admitido a trámite la Moción, M/000211, presentada por el Grupo Parlamentario Mixto, a instancia del Sr. Sarrión Andaluz (IU-EQUO), relativa a política general en materia de sanidad, consecuencia de la Interpelación formulada por dicho Grupo Parlamentario, sustanciada en la Sesión Plenaria de 18 de abril de 2017.

De conformidad con el artículo 154 del Reglamento podrán presentarse enmiendas hasta seis horas antes del comienzo de la Sesión en que dicha Moción haya de debatirse.

En ejecución de dicho acuerdo se ordena su publicación en el Boletín Oficial de las Cortes de Castilla y León, de conformidad con el artículo 64 del Reglamento.

En la sede de las Cortes de Castilla y León, a 12 de mayo de 2017.

EL SECRETARIO DE LAS CORTES DE CASTILLA Y LEÓN,
Fdo.: Óscar Reguera Acevedo

LA PRESIDENTA DE LAS CORTES DE CASTILLA Y LEÓN,
Fdo.: Silvia Clemente Muncio

A LA MESA DE LAS CORTES DE CASTILLA Y LEÓN

El Grupo Parlamentario Mixto, a instancias del Procurador de Izquierda Unida-Equo de Castilla y León, D. José Sarrión Andaluz, al amparo de lo establecido en el artículo 154 del Reglamento de la Cámara, presenta la siguiente MOCIÓN derivada de la Interpelación I/000211, relativa a política general en materia de sanidad:

ANTECEDENTES

La salud es un derecho básico de las personas que debe ser universal, gratuito y de calidad.

El sistema público de salud era, aunque mejorable, un buen sistema hasta el Decreto 16/2012, "de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud". El Decreto-ley 16/2012 significa fundamentalmente un cambio sustancial en el modelo sanitario. El gobierno muestra con esta nueva regulación su intención de llegar paulatinamente a una privatización de este servicio con la exclusión



de multitud de personas de nuestro sistema público de salud. Este decreto acabó con el acceso universal al sistema e implantó el actual modelo de aseguramiento, en el que sólo tienen derecho a una atención integral quienes reúnan los requisitos para tener la condición de beneficiarios y beneficiarias. Estos requisitos se han ido endureciendo sistemáticamente mediante la aprobación de sucesivas normas, como:

- La "exclusión de los 90 días". Desde enero de 2014, las personas con nacionalidad española que no coticen ni perciban prestación alguna de la SS y salgan del país por más de 90 días perderán el derecho a la asistencia sanitaria.
- La Ley de presupuestos del Estado para 2014: Añade el requisito de residencia a las personas nacionales paradas que hayan agotado la prestación por desempleo. Con ello se fortalece el vínculo entre derecho a la salud y cotizaciones.
- RDL 1192/2012 "Por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario".
- RDL 16/2012 "Medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud".

Nuestro sistema era, además, uno de los más eficientes del mundo, con un gasto per cápita de los más bajos y con los mejores indicadores de salud dependientes de la intervención sanitaria. Seguimos denunciando que, pese a ello, se instauró y persiste un falaz mantra de que el sistema no se podía sostener.

A día de hoy ya hay publicaciones científicas internacionales que hacen patente que los recortes en países europeos durante la actual Crisis han aumentado la enfermedad y la muerte, especialmente en los sectores más desfavorecidos.

Necesitamos más políticas preventivas y de promoción de la salud y un sistema decididamente basado en la Atención Primaria de Salud (APS). Sin embargo el sistema sanitario actual se basa decididamente en el esquema urgencia-emergencia-hospital en el que la APS está volviendo a ser como lo era antes de la Reforma Sanitaria de los años ochenta, un mero escalón de paso, subsidiario y no consistente, infradotado y de mero filtro contenedor. Entendemos, al igual que las plataformas y movimientos en favor de una sanidad pública, que esta situación puede tener como finalidad acabar privatizando la atención primaria como ya se hace con la atención sociosanitaria en muchas localidades, con empresas como CARFLOR, CLECE y otras, en pugna por este tipo de servicios.

La APS debe ser la base del sistema no nominalmente sino efectivamente, y eso quiere decir financiación y recursos así como reordenación funcional y estratégica con decisión política de prioridad.

Las Unidades de Gestión Clínica, las privatizaciones y externalizaciones de servicios, las derivaciones y todo tipo de muestras de esta creciente política de privatización alejan los servicios de su fin real, que es la atención integral de los y las usuarias del servicio, utilizando los ya referidos criterios económicos frente a criterios sociales.

La gestión pública integral, además de ser más económica, es garante de esta eficiencia social. Además, como demuestra la experiencia del HUBU, lo privado, además de significar un desvío de fondos públicos para el enriquecimiento de las empresas, es más caro para las arcas públicas, dado que hay que cubrir la parte de ganancias que se lleva la empresa, generando un modelo de negocio con el sistema sanitario y añadiendo



un sobrecoste que pagamos entre todas y todos. En algunas CC. AA., como es el caso de Cantabria, el gobierno autonómico ha abierto un proceso de investigación, de sanciones y judicial para recuperar Valdecilla, el gobierno de Valencia ha anunciado públicamente que no va a proseguir con la concesión de Alzira a partir de 2018.

Pedimos racionalidad y cooperación entre las comunidades autónomas, cuando sea necesario por causas de proximidad, máxime cuando se negocia lo mismo con Portugal y existen antecedentes de colaboración con otras comunidades, como es el caso de Galicia.

Tampoco vemos racional la organización de las áreas sanitarias. Es necesario que no se supriman, como parece ser el caso de la medicina psiquiátrica. Esto entra en conflicto con el principio de cercanía y accesibilidad a una población especialmente sensible y añade dificultades a su tratamiento. Con esta perspectiva, el Decreto 83/1989, de 18 de mayo, de la entonces Consejería de Cultura y Bienestar Social, relativo a la organización y funcionamiento del servicio de salud mental y asistencia psiquiátrica, establece su red asistencial, ajustando, por lo demás, su ordenación territorial a lo dispuesto en el Decreto 32/1988, de 18 de febrero, sobre delimitación territorial de las zonas básicas de salud. El art. 1 del primer Decreto citado establece que los cuidados asistenciales para la atención de los problemas de salud mental se prestarán a todos los ciudadanos preferentemente desde los recursos sanitarios y sociales existentes en su correspondiente Área de Salud. Sólo en casos excepcionales y sobre la base de criterios terapéuticos se derivará a un paciente a los servicios asistenciales de otras Áreas.

La última Estrategia Regional de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica elaborada por la Junta de Castilla y León comprende el período 2003-2007. Desde entonces no se ha diseñado ningún plan, a nivel político, del actual estado de necesidad asociado a la crisis económica.

Según denuncia la Asociación de Psicólogos Clínicos del Sacyl "Desgraciadamente, y a la vista de los datos, hemos de concluir que en la actualidad en Castilla y León se está vulnerando, de facto, el derecho de la población a acceder a una atención psicológica de calidad en el sistema sanitario público, siendo totalmente insuficientes los recursos existentes".

La falta de transparencia informativa es uno de los grandes déficit de nuestro sistema sanitario, de manera que resulta complicado obtener datos concretos de las administraciones sanitarias, como indican la Federación de asociaciones para la defensa de la sanidad pública, o la Gaceta sanitaria 2016 (30:47-51), aun así, con los datos disponibles, la FADSP sitúa a Castilla y León en un grado intermedio de privatización respecto al resto de las CC. AA. Según los datos de la OCDE, desde 2009 a 2015 se ha pasado del 24,44 % del gasto sanitario dedicado a la privada a un 30,09 %, lo cual demuestra esta tendencia a la desviación del gasto a ciertos sanitarios en la provisión y en la financiación de nuestro sistema sanitario general.

Se dan casos de falta de material sanitario en los centros de salud. Hemos llegado a una situación muy precaria en la que se llegan a dar situaciones de falta de insulina o de material para curas. Estos datos están confirmados por encuestas a personal sanitario en varios centros, como el centro de especialidades de La Condesa, en León, y contrastados entre las diversas plataformas por la sanidad pública de Castilla y León.



En los últimos dos años, y curiosamente después del pacto del 2015 entre el gobierno de la nación y la patronal farmacéutica que vinculaba el gasto público en medicamentos con el crecimiento de la economía, nos hemos visto en un estado preocupante de desabastecimiento de vacunas, tanto de las obligatorias como de las recomendadas, siendo necesario instar al gobierno de la nación a una nueva negociación con las empresas farmacéuticas a la vez que se invierte en I+D para desvincular cada vez más nuestras necesidades con las empresas del sector. La dependencia de este tipo de empresas hace especialmente vulnerable a la población siendo el tema de la salud un tema sensible.

Estamos observando en nuestra comunidad autónoma continuos cierres de plantas en los hospitales que deterioran el servicio, saturando las habitaciones que quedan con camas cruzadas, aumentando la carga de trabajo del personal y llevando finalmente a las derivaciones a otros centros privados, con el consiguiente aumento del gasto y peor servicio a las personas enfermas. Nuestras instalaciones están siendo infrautilizadas, y no sólo por las plantas cerradas, sino que los quirófanos y las consultas apenas se usan en horario de tarde. El problema real que subyace detrás de todo esto es la falta de personal y de medios para utilizar nuestras instalaciones al máximo de su rendimiento.

Esta infrautilización de los servicios, junto con una alarmante falta de personal, está aumentando las listas de espera hasta niveles inaceptables. Los estudios realizados por asociaciones médicas y las asociaciones de plataformas por la sanidad pública así lo demuestran, tanto como la alarma social que se está generando en torno a este tema. Según el propio barómetro sanitario de la consejería de sanidad, el grave problema de las listas de espera es la mayor preocupación de la población castellano-leonesa.

Las futuras jubilaciones de nuestras y nuestros profesionales de la sanidad plantea otro problema alarmante: En los próximos años, asistiremos a la jubilación del 30 % del personal de medicina. Se estima que habrá 600 jubilaciones de personal médico en 2020 en CyL.

De las 6.149 plazas para formación de médicos MIR para médicos que ofreció en 2014 el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad el 4 % es cubierto por extracomunitarios, que requieren de la autorización de residencia por estudios. Para nacionales y extranjeros el contrato de trabajo es el mismo, otra cosa es el visado de permiso de estancia en España. La retención para el paro y para el resto de impuestos. El que luego tengan derecho a paro es otra cosa diferente. Cuando terminan la residencia también finaliza el permiso por el que pueden estar en España. Entonces, el Gobierno o la Administración entienden que no pueden cobrar ninguna ayuda, ya que no pueden estar en el país. Debemos instar al gobierno a intentar abrir vías entre los distintos ministerios para llegar a una solución común para todos, ya que estas cuestiones deben de ser resueltas por el Ministerio de Empleo y la Seguridad Social.

Según el propio barómetro sanitario del portal de salud de la Junta de CyL podemos deducir que las personas que viven en nuestra Comunidad siguen prefiriendo el uso de la sanidad pública y valoran favorablemente a sus profesionales, es por ello que debemos apostar por nuestro propio sistema público de salud, porque es público, es nuestro y es el garante de la justicia y la equidad en el reparto.



El Sacyl adolece de tres carencias gravísimas: junto a la falta de transparencia aludida, la falta de Planificación Estratégica real (no valen planes nominales, papeles llenos de palabras que no se implementan) tendente a un Sistema Sanitario Público y suficiente subyace debajo de todas las carencias. El Gobierno de Castilla y León ha apostado como otros por el aminoramiento progresivo de lo público y el fomento de la medicina privada. Esta es la auténtica estrategia del Sacyl, eso sí, naturalmente no puede ser manifiesta, la población no lo consentiría.

La tercera de las dolencias es la falta de una Gestión profesional e independiente. Tanto a nivel macro como microgestión, desde los altos cargos directivos de la consejería a los directivos de área, los jefes de servicio o los coordinadores, son designados o destituidos con exclusivos criterios de amiguismo político. Hay que pasar, como en toda la Administración de la Junta, a primar los méritos en vez de los clientelismos. Solo una administración profesional, transparente y crítica, puede estar al servicio de los ciudadanos.

PROPUESTA DE RESOLUCIÓN

Las Cortes de Castilla y León instan a la Junta de Castilla y León a:

1. Revisar el procedimiento para la provisión de Cargos Directivos y Jefaturas a todos los niveles a través de un proceso consensuado y estable, necesario para toda la Administración de la Junta. Un procedimiento basado en el sistema de concurso específico y ordinario, siguiendo los principios de publicidad, transparencia, capacidad, mérito y libre concurrencia.

2. Realizar un estudio sobre el contrato de concesión del Hospital Universitario de Burgos y sus para iniciar el proceso de reversión a la gestión pública del HUBU. Implementar medidas de mejora de los sistemas de control y asegurar el registro exhaustivo de cuantas incidencias e incumplimientos se produzcan por parte de la concesionaria. Estudiar los sobrecostes que este hospital ha generado y cuáles son producto de la mala praxis de la empresa concesionaria.

3. Cumplir con la obligación de facilitar la movilidad del personal estatutario del Sacyl y del Sistema Nacional de Salud, mediante concurso de traslados basado en procedimiento abierto y permanente, sobre las plazas que se encuentren vacantes en la fecha de la correspondiente convocatoria.

4. Realizar un estudio sobre las previsiones del futuro de la atención primaria, sus necesidades y carencias, e incluir en los presupuestos partidas destinadas a mejorar la calidad del servicio y los ratios de pacientes que atiende cada profesional.

5. Establecer fórmulas especiales para fortalecer la atención rural, teniendo en cuenta factores como el envejecimiento de la población, la distancia entre poblaciones y todos aquellos factores que dificultan la labor del personal sanitario.

6. Aumentar significativamente el personal de enfermería, sobre todo en el medio rural reasignando a la baja las cartillas por cada profesional de este sector.

7. Solucionar el grave problema de las listas de espera, aumentando el número de personal sanitario y el uso de las instalaciones ya creadas.



8. Instar al Gobierno de la Nación a un "Pacto por la sanidad", así como a una apuesta clara por la protección de su carácter público y que tanto la titularidad como la gestión y provisión de los servicios sean de carácter público.

9. Establecer un sistema de cobertura de las bajas, jubilaciones y vacaciones, con especial atención al caos que puede suponer la próxima jubilación de un 30 % del personal médico de atención primaria en los próximos años.

10. Poner en funcionamiento de nuevo los consejos de salud en los centros, introduciendo dinámicas que promuevan la participación real de sus integrantes y la vinculación de sus análisis y decisiones para la administración sanitaria, con representación de las plataformas sociales y la ciudadanía.

11. Desprecarizar el empleo en la sanidad y su temporalidad.

12. Instar al Gobierno de la Nación a aumentar las plazas de MIR, a la vez que se facilita el cambio del visado de estudios por el de residencia y trabajo para personas extranjeras, con el fin de facilitar su contratación.

13. Instar al Gobierno de la Nación a impulsar una modificación de la Ley 17/1993 para que los MIR extracomunitarios puedan quedarse a trabajar en nuestro país después de completar su formación aquí.

14. Establecer el carácter finalista del dinero que se transfiere a las CC. AA. para sanidad, que se use exclusivamente para esta materia y no para otros fines.

15. Realizar un estudio de impacto de género tanto de las políticas sanitarias como del lenguaje utilizado por la administración, en cumplimiento de la legislación vigente.

16. Firmar con el Gobierno de Cantabria un convenio con el máximo de prestaciones posibles para la utilización del Hospital Tres Mares en Reinosa a las localidades referenciadas en el Centro de Salud de Aguilar de Campoo (Palencia) y las de Mave y Alar del Rey dependientes de Herrera de Pisuegra.

17. Revertir la gestión pública de la UGC de Zamora de psiquiatría, y mantenimiento de las áreas actuales de psiquiatría.

18. Poner fin al copago sanitario y aumentar las coberturas sanitarias a personas en riesgo de exclusión social.

19. Revertir el proceso de privatización y rescate progresivo de los servicios ya externalizados.

20. Ampliar el horario de la ambulancia de Soporte Vital Básico de Piedrahíta a 24 h al día, con las consiguientes dotaciones de personal y material necesario para su garantía.

21. Cumplir con los compromisos de construcción y puesta en funcionamiento de los centros de salud prometidos en varias localidades de la comunidad.

22. Aumentar de plazas en los centros de geriatría públicos, dado el grado de envejecimiento de la población.

23. Aumentar de los centros con pediatría de urgencia en el ámbito rural.



24. Dotar del personal necesario a la Sanidad de Castilla y León en la próxima modificación de la Relación de Puestos de Trabajo, de acuerdo con la normativa vigente en materia de función pública.

25. Realizar un estudio de los resultados del Plan Perycles y de su coste económico, así como de las fórmulas utilizadas para la eliminación de las listas de espera.

En Valladolid, a 28 de abril de 2017.

EL PORTAVOZ,
Fdo.: José Sarrión Andaluz