

ANDALUCÍA

SALUD | REESTRUCTURACIÓN DEL SISTEMA SANITARIO



Manifestación celebrada en Granada el pasado 16 de octubre contra la fusión hospitalaria.

PEPE TORRES / EFE

Alejandro Martín

Las fusiones hospitalarias han levantado en armas al sector sanitario público andaluz. Las recientes manifestaciones de Granada suponen el último exponente del descontento entre los profesionales, y su ejemplo va camino de prender en Málaga, donde ya se ha convocado una marcha para el próximo 27 de noviembre. Pero éstas no han sido ni mucho menos las únicas movilizaciones. En Sevilla y Huelva, el rechazo de los profesionales y las sentencias judiciales han frenado un proceso que los sindicatos consideran injustificable desde el punto de vista sanitario además de criticar la falta de diálogo en su implantación.

La reordenación del mapa sanitario fue presentada en octubre de 2012 por la entonces consejera de Salud, María Jesús Montero, como parte de un plan de "racionalización" para integrar gerencias de diferentes hospitales. Era un momento crítico para la economía. Acuciado por un déficit del 9% del PIB y las presiones de Bruselas, el Gobierno de Mariano Rajoy impuso un severo ajuste a las comunidades autónomas. Además, el Ejecutivo central limitó la tasa de reposición del empleo público y situó la jornada semanal en las 37,5 horas para todos los niveles administrativos, lo que acarrió la pérdida de 6.000 trabajadores sanitarios en Andalucía según los sindicatos.

El presupuesto del SAS pasó de 8.601 millones de 2012 a 7.692 millones en 2013, lo que supuso

● La Consejería de Salud ha paralizado la integración de los hospitales de Granada y Huelva ante la fuerte contestación social y el rechazo de los profesionales

La sanidad se rebela contra las fusiones

una caída del 10%. En 2014 volvió a descender otro 1%, hasta los 7.560 millones, marcando el mínimo de la última década. Desde entonces, ha ido remontando. Para el próximo ejercicio, el proyecto de presupuestos reserva 8.578 millones, un 5,5% más que en 2016, aunque todavía lejos de los 8.989 millones contemplados en 2010.

Sin embargo, el gasto real fue superior al presupuestado, según la Cuenta General de Andalucía que elabora cada año la Consejería de Hacienda. En 2012, la desviación al alza alcanzó los 1.558 millones, hasta los 10.160 millones, un 18% más de lo estipulado en el presupuesto. En el siguiente ejercicio, el crédito definitivo del SAS se situó en 8.414 millones, 721 millones más de lo previsto. En 2014, las modificaciones presupuestarias alcanzaron los 607 millones, situando el desembolso final en

8.167 millones. Y en 2015, último ejercicio fiscalizado por la Cuenta General, el SAS dispuso de 8.683 millones, un 11% más que lo que se planteaba en el presupuesto.

Y pese a la merma de los recursos y de las plantillas, la demanda de servicios sanitarios no ha disminuido, acuciada entre otros aspectos por el crecimiento vegetativo de la población y la mayor esperanza de vida. Estos factores, junto a la obsesión del Estado para controlar el déficit público y limitar el endeudamiento de las comunidades, explican la tormenta perfecta

Andalucía tiene el gasto sanitario per cápita más bajo pese a que supone el 6,3% de su PIB

a la que se enfrenta la sanidad, que supone la principal partida de gasto gestionado por las autonomías.

El Consejo Económico y Social (CES) señala en su Memoria que Andalucía es la comunidad con el menor gasto sanitario presupuestado por habitante, con tan sólo 1.007 euros per cápita, según datos referentes a 2015. Esta cifra queda lejos de los 1.232 euros de media en el conjunto de España y los 1.584 euros de País Vasco o 1.457 de Navarra, las dos comunidades con mejor dotación y que curiosamente están adscritas al régimen foral.

Las tornas cambian al cruzar el gasto sanitario con la renta. Andalucía parte con desventaja. Alberga el 17% de la población española, pero su Producto Interior Bruto (PIB) sólo supone el 13% del nacional. Así, Andalucía hace un esfuerzo superior a otras co-

munidades ya que destina el 6,3% de su PIB a gasto sanitario, frente a la media nacional del 5,5%, según las estadísticas del Ministerio de Sanidad, que sólo alcanzan hasta 2014. Sólo la superan Extremadura (9,4%), Murcia (7,7%), Asturias (7,3%) y Castilla-La Mancha (6,9%).

Desde la Consejería de Salud se insiste en que "los procesos de convergencia no sólo se han llevado a cabo en Andalucía, sino que también se han puesto en marcha en otras comunidades autónomas y en ciudades europeas". "Sólo se persigue mejorar la equidad, la accesibilidad y la excelencia de la asistencia, independientemente del lugar donde se viva, con profesionales que trabajan en equipo y bajo los mismos protocolos y con el acceso en igualdad de condiciones a las mejoras tecnológicas que puedan existir en Europa", señalan fuentes de Salud, que agregan que se trata de una "organización idónea para poblaciones de tamaño similares a Granada".

El nuevo modelo ya funciona en Córdoba, Jaén o Almería. En Cádiz se planteó unificar la dirección de los hospitales Puerta del Mar y Puerto Real y fusionar la gestión del hospital de Jerez y los distritos Jerez-Costa Noroeste y Sierra de Cádiz. En el caso de Sevilla, se propuso una dirección común para los hospitales Virgen del Rocío y Virgen Macarena, que hasta entonces funcionaban de forma autónoma. También se integraron algunos de los servicios de ambos centros. "Se ha tratado de un proceso de convergencia voluntaria para poten-

ciar el establecimiento de Unidades de Gestión Intercentros”, señala la Consejería, que destaca que estas unidades buscan mejorar la coordinación con “beneficios tanto para los pacientes como para los profesionales”. Sin embargo, este proceso se encontró con una fuerte oposición sindical, que se plasmó no sólo en movilizaciones, sino en dos sentencias a favor del sindicato de enfermería Satse.

En el caso de Málaga, apenas un tercio de los servicios de los hospitales Regional y Clínico están unidos. Y de éstos, la mayoría sólo están fusionados en el papel porque de hecho trabajan de forma independiente. Algunas áreas incluso se han desfusionado tras la rebelión de sus profesionales. Este rechazo sumado a la sentencia del TSJA sobre los hospitales sevillanos frenaron el proyecto. Pero en los servicios que funcionan bien unidos, la fusión ha sido positiva porque los protocolos y la cartera asistencial se han homogeneizado: pero cada área mantiene su identidad, su personal y sus pacientes. En síntesis, la fusión es parcial y se ha quedado menos que a medias.

Granada tuvo una particularidad añadida, ya que se abrió un

8.578

Millones de euros. Es el presupuesto del SAS para 2017, un 5,5% más que en el actual ejercicio

nuevo hospital. Esto supuso la división de la atención por especialidades. Tantos cambios a la vez generaron fallos de organización que han levantado a gran parte de la ciudadanía y de los profesionales. Esto se visibilizó el pasado 16 de octubre con la mayor manifestación que se recuerda en Granada en décadas. Todo se remonta a 2009, cuando el SAS terminó con el sueño del mudar el antiguo Clínico al nuevo hospital –para lo que fue construido– y ordenó su fusión con los centros existentes.

En 2013 se aprobó el nuevo mapa sanitario, eliminando los hospitales generales y apostando por centros de especialidades. El pasado verano, abrió el nuevo hospital del Campus y llegaron los desajustes, que fueron denunciados en redes sociales por el médico Jesús Candel, conocido como *Spiriman*, que se convirtió en el principal catalizador de las protestas y que exige dar marcha atrás para tener dos hospitales completos.

La combinación de la mala gestión, la desinformación y el poder de las redes sociales y los populismos, ha llevado al consejero de Salud, Aquilino Alonso, a paralizar las siguientes fases del proceso y a cesar al gerente tras la dimisión de varios directivos por su disconformidad con la fusión. Todo esto ha impedido ver hasta ahora la ventaja de este sistema, que es la oportunidad de contar con el mayor hospital de España y uno de los más in-

novadores. “Estamos en un momento de escucha activa para seguir avanzando en el nuevo modelo”, asegura la Consejería, que recuerda que se ha creado un Consejo Asesor “donde están representadas todas las sensibilidades políticas y sociales de la ciudad y al que se ha invitado a las plataformas profesionales y de ciudadanos”.

El proceso de fusión de los dos hospitales de la capital onubense, Juan Ramón Jiménez e Infanta Elena, está paralizado desde hace diez días. Salud indica que con esa decisión se busca un clima de diálogo y entendimiento con los profesionales y los agentes sociales para, “al igual que está ocurriendo en Granada, avanzar sólo si existe el consenso mayoritario de población y profesionales”.

Desde que en 2010 se dieran los primeros pasos de la fusión, ésta se ha caracterizado por un encontronazo permanente entre la gerencia y los representantes de los trabajadores. La dirección siempre sostuvo que los interlocutores válidos eran los jefes de unidades de Gestión Clínica. Éstos siempre mostraron su apoyo al proceso, si bien, este mismo año, dirigieron un escrito al consejero Aquilino Alonso para pedir que la fusión no se demorara más en el tiempo y que se dotara al resultante Complejo Hospitalario de Huelva de más medios.

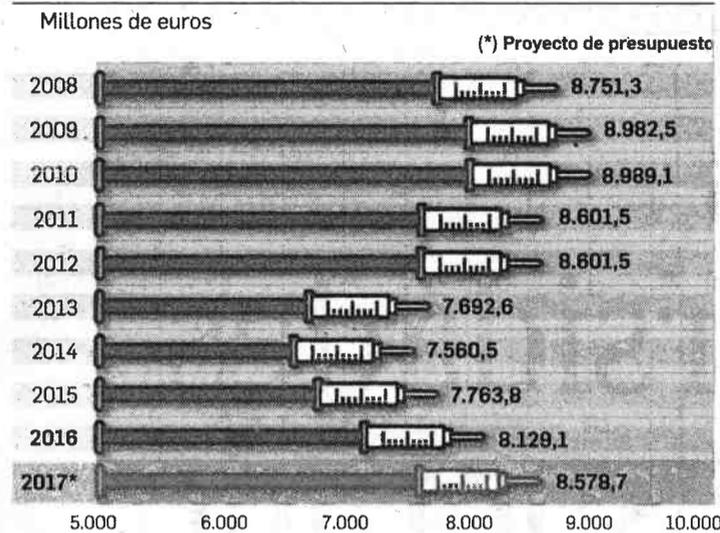
El choque entre dirección y sindicatos ha dado como resultado dos sentencias judiciales que plantean la nulidad del proceso en sí. Y esta misma semana se ha nombrado a un nuevo director-gerente, Antonio León. Aunque la dirección ha defendido avances como la puesta en marcha de la nueva área materno-infantil, la realidad también incluye un incremento notable de las listas de espera y, según cálculos de los sindicatos, la pérdida del 10% de la plantilla. El nuevo gerente ha pedido, por su parte, una nueva etapa de diálogo y un plazo de cuatro años para ejecutar el modelo definitivo de hospital.

La opinión de los sindicatos es unánime. “Se ha demostrado que las fusiones hospitalarias no han dado el resultado que se esperaba. No sabemos sus beneficios ni conocemos el proceso que se ha seguido”, sostiene Antonio Macías, secretario de Salud de UGT-A, que incide en que “la política de unificaciones está abocada al fracaso”. “Lo que ha ocurrido en Granada demuestra una dejadez que afortunadamente no pasa en otros sitios. Que una inversión así sea una catástrofe es lamentable”, afirma Macías, que recalca que “el consejero tiene que coger el toro por los cuernos y sentarse a negociar porque la situación es perfectamente reconducible con el diálogo”.

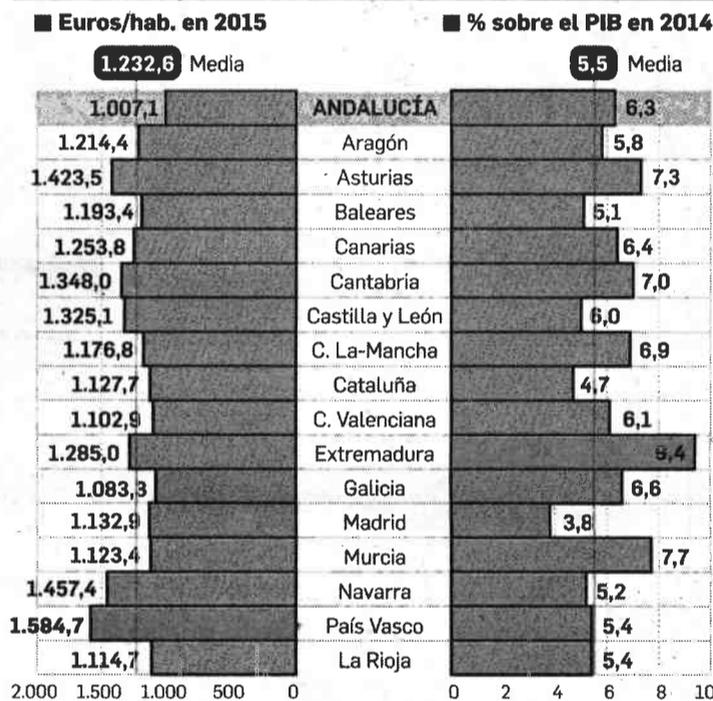
El secretario general de Satse Andalucía, Francisco Muñoz, recuerda que “las fusiones comenzaron con las medidas que impuso el Estado en financiación autonómica, pero la Junta hizo el recorte más significativo en la sanidad”. En su opinión, el pasado verano fue el detonante de las pro-

Financiación de la Sanidad

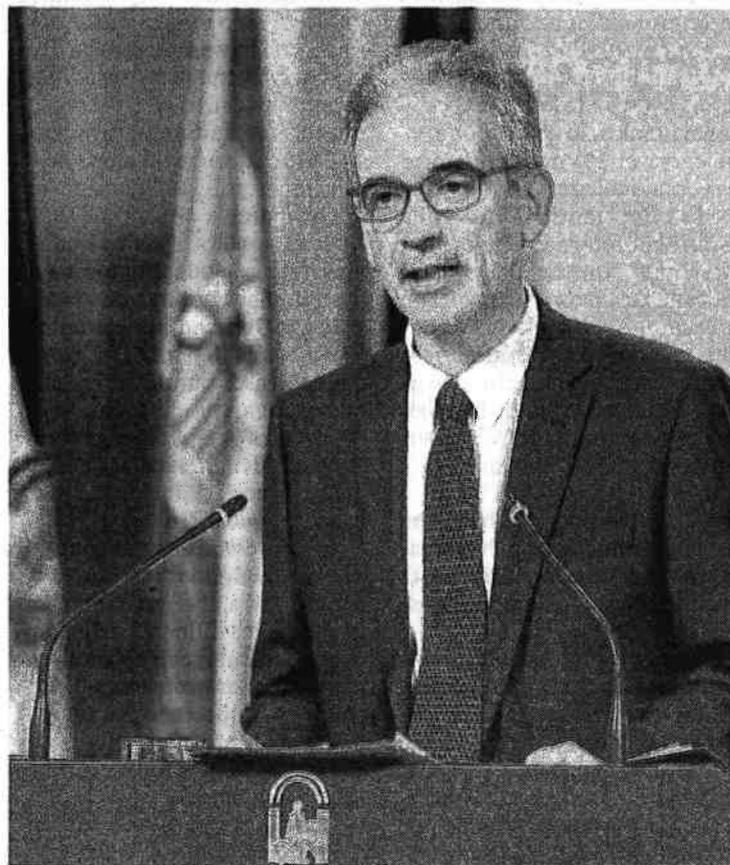
EVOLUCIÓN DEL PRESUPUESTO DEL SAS



GASTO SANITARIO PÚBLICO POR CCAA



FUENTE: Consejería de Hacienda, CES y Ministerio de Sanidad. GRÁFICO: Dpto de Infografía.



El consejero de Salud, Aquilino Alonso.

testas. “Nos encontrábamos en una situación que no sólo era la laboral de recorte de plantillas, sino que se había trasladado a la pérdida de unas condiciones aceptables de asistencia”, asegura el responsable del sindicato de enfermería, que recuerda las sentencias que le dieron la razón al Satse en el caso de la fusión de los hospitales sevillanos. “A la Administración no le ha quedado más remedio que escuchar a la ciudadanía”, reitera Muñoz, que asegura que el SAS “ha tomado nota”. “Le vamos a dar un voto de confianza a los nuevos equipos de Granada y Huelva, pero no vamos a cambiar nuestro posicionamiento antifusiones”, advierte.

El vocal de Atención Hospitalaria del Sindicato Médico, Rafael Carrasco, subraya que “la fusión hospitalaria no tiene ningún argumento clínico que la sustente” y refleja “una política basada en supuestos objetivos económicos que se ha hecho sin consenso y en contra de la mayoría de profesionales y pacientes”. “Nosotros no decimos que las fusiones hospitalarias sean malas de por sí. Pero desconocemos las cifras y los planes. Si se hubiera negociado, no se ha-

Los sindicatos critican la falta de diálogo en el diseño y ejecución del plan de reordenación

bría llegado a esta situación”, lamenta Carrasco, que cree que “el SAS no va a dar marcha atrás”. “Sólo ha quitado de en medio al gerente de Granada, pero no permite quien lo organizó”, reitera.

Para el secretario general de la Federación de Sanidad de CCOO-A, Humberto Muñoz, “hay un hecho objetivo que es que el proceso de fusión en Granada y Huelva se ha hecho mal”. Muñoz critica que la Junta “no tuvo la valentía de combatir los recortes del Gobierno de España” y la falta de información sobre la reordenación sanitaria. Sin embargo, considera que ha habido “un punto de inflexión” con la paralización de las integraciones. “La Administración ha movido ficha. Sin conocer las intenciones de los nuevos gestores, su perfil esperanzador. Eso debe traducirse en que se abra el diálogo”, agrega el representante de CCOO-A, que reprueba al PP “por tratar de instrumentalizar las movilizaciones”.

Desde CSIF-A, se coincide en la falta de transparencia. “Desconocemos los objetivos de estas fusiones y no ha habido ningún consenso”, subraya Javier Martínez, presidente de la Sección Sanitaria del sindicato que impulsó la impugnación de la reordenación en Huelva. “Estamos en contra de estas fusiones porque los profesionales no las quieren”, concluye.

* Con información de Susana Vallejo, Leonor García y Enrique Morán