Un país xusto.

Sanidade +

Programa
2016

en marea
enmarea.gal

4 **Saúde**

7 **A sanidade en Galicia**

10 Estrangulamento da Atención Primaria

10 A situación da atención especializada

12 **Medidas políticas**

12 Medidas no ámbito do persoal sanitario público

- Acabar coa precariedade na Sanidade Pública. Plan de RRHH.
- Incompatibilidades.
- Carreira e desenrolo profesional.

12 Medidas relativas ás infraestruturas sanitarias

- Reformas e ampliacións nas estruturas de atención hospitalaria.

13 Medidas contra as privatizacións e as derivacións

- Reverter as privatizacións dos servizos sanitarios e devolución do Novo Hospital de Vigo.
- Derogación da Lei 14/2013
- Traballar para evitar as derivacións à Sanidade Privada.
- Medidas relativas ao Goberno Central.

13 Medidas para afortalar a atención primaria

- Dignificación da xestión en AP.
- Plan de Atención Primaria e infraestructuras.
- Prevención e Promoción.

14 Medidas para reducir a lista de espera

- Publicación das listas de espera.
- Plan urxente para abordar as listas de espera.
- Modificación da Lei de Garantías de Prestacións Sanitarias.
- Fin do peche de camas nos hospitais galegos.

14 Medidas para mellorar e ampliar as prestacións

- Voltar a un sistema sanitario realmente universal.
- Saúde Bucodental
- Terapia Ocupacional
- Coidados paliativos, segunda opinión.
- Transporte Sanitario

15 Medidas organizativas e de xestión

- Estructura organizativa.
- Organización na Atención Primaria.
- Información e transparencia.
- Participación cidadá
- Accesibilidade

16 Medidas para unha sanidade con perspectiva de xénero

- Perspectiva de xénero na Sanidade Pública
- Plan de Parto e Nacemento
- Endometriose
- Atención à saúde sexual e reprodutiva. Educación afectivo-sexual.
- Atención específica ás persoas inter e transexuais.

17 Medidas para unha saúde mental para toda a poboación

- Plan Galego de Saúde Mental
- Prevención e atención ás conductas aditivas.

18 Medidas relativas á farmacia e á I+D+I

- Creación dun sistema centralizado de compra de medicamentos.
- Formación do persoal prescriptor
- Investigación

Saúde

Cómpre diferenciarmos entre saúde e sanidade. Cando nos referimos á primeira, falamos, coma define a OMS, do estado de benestar físico, mental e social. No segundo caso facemos referencia aos servizos e medios postos á disposición de preservar a saúde da poboación, é dicir, o sistema sanitario.

Entendemos pois que coma indicaron Virchow e Lalonde a saúde das persoas depende tamén de factores socioeconómicos ou determinantes sociais da saúde. Podemos afirmar, xa que logo, que a pobreza é o primeiro problema de saúde do mundo.

É necesario entón, que poidamos entender que alén da planificación sanitaria a nosa obriga dende as administracións debe ser a de loitar contra as desigualdades sociais e económicas para atender a saúde das e dos cidadáns. Que a poboación infantil poida comer alomenos tres veces ao día, que a xente non pase frío nas súas vivendas ou que non se den situacións de explotación laboral son algúns exemplos de políticas para a saúde.

A sostenibilidade sanitaria non se alcanza nin con recortes nin con privatizacións. Estas medidas, as que aplica Feijoo e o PP, empeoran a situación financeira do sector público. O único xeito de asegurar a sostenibilidade sanitaria é mediante a redución de carga de enfermidade e nesa liña as políticas de saúde pública e de melloría dos determinantes sociais da saúde son as de maior impacto.

A asistencia sanitaria do noso pais, facilitada fundamentalmente polo Sistema Nacional de Saúde, é sen dúbida, un dos logros sociais máis importantes conseguidos dende a desaparición da ditadura franquista, *logro,* que xa se conseguira en maior ou menor medida en Europa. Foron tempos en que os partidos conservadores competiron cos socialdemócratas e comunistas no seu compromiso de benestar e Servizos Nacionais de Saúde.

Até 1986 non se aprobou a Lei Xeral de Sanidade, creábase así un Servizo Nacional de Saúde público, universal, equitativo e gratuíto. Dependendo ao inicio da Seguridade Social e a partir de 1.995 dos impostos, construindo un modelo socialmente progresivo.

De maneira case simultánea á súa creación comezou a configurarse a necesaria descentralización do Estado e a aprobación dos sucesivos estatutos das Autonomías, e con eles as transferencias sanitarias, moitas veces sen o financiamento axeitado as carteiras de servizos, coas conseguintes débedas históricas, o que dificultaba a provisión dos servizos autónomos de saúde.

A Lei de cohesión do ano 2003 configurou o Consello Interterritorial do Sistema Nacional de Saúde como órgano permanente de coordinación dos diversos servizos autónomos e tiña como finalidade a cohesión a través da garantía efectiva e equitativa dos dereitos da cidadanía en todo o territorio do Estado. Sen embargo, as desigualdades persisten e a norma na práctica non serviu para resolver a descoordinación.

Por outra banda, a modificación do financiamento sanitario durante a época Aznar facendo que esta dependa da recadación de impostos sobre o consumo por parte das autonomías e a Lei de Estabilidade Orzamentaria despóis, amparada na modificación do artigo 135 da Constitución Española, comezaron a dificultar a financiación do sistema sanitario.

O noso Sistema público de Saúde é sostible, dado que con unha porcentaxe menor sobre o PIB que a media europea proporciona a atención sanitaria para a poboación. Sen embargo, durante os últimos anos as políticas decididas a deterioralo e fragmentalo, foron unha constante. Cun único obxetivo: a privatización de todo aquelo rendible e o conseguinte cambio de modelo sanitario.

A ofensiva neoliberal sobre o SNS enmárcase dentro dunha estratexia global que promove o adelgazamento dos Estados, sistemas de benestar e de proteción social. Ofensiva adicada a facerse co capital económico investido polos Estados nos seus sistemas sanitarios e de proteción. Falamos, no caso do España de entre o 30 e 40% do orzamento total anual das CCAA.

Os postulados ultraliberais coa OCDE á cabeza e o FMI, atoparon firmes aliados nas administracións públicas e nos organismos que paradoxalmente deberan servir para defender os dereitos sanitarios da poboación.

A propia construción europea, erixida sobre estes cimentos liberais, serviu para organizar un polo de poder contra a soberanía dos Estados, os seus servizos públicos e o dereito á proteción á saúde. A malograda constitución europea, os tratados de Maastrich e Estratexia Lisboa ou a diretiva Bolkestein son fitos decididos nesa liña.

No noso Estado case dende a creación do SNS paralelamente comezaron a urdirse os plans privatizadores análogos aos experimentados en Reino Unido, un exemplo é o chamado «Informe Abril (1991) proposto polo PSOE. A apertura do SNS á empresa privada constituiu o inicio do seu desmantelamento tendo un fito chave: a aprobación da Lei 15/97 de novas formas de xestión, na que PP, PSOE e CiU acordaron iniciar a fin do sistema tal e coma o coñeciamos. A partires de ahí, xa coñecemos o progreso do desmantelamento: fundacións sanitarias, empresas privadas na xestión e explotación de servizos, empresas público-privadas e un longo etccétera promovido ou mantido polos diferentes Gobernos.

A política mal chamada de auteridade iniciada dende comezo da crise económica actual serviu de acelerante de este camiño. Podemos dicir, que representou unha oportunidade de ouro para o neoliberalismo: poder iniciar primeiro un proceso destituínte e a continuación unha construción onde, coma diciamos, a saúde e outros dereitos sociais pasaron de ser dereitos a ser bens de consumo e comercio.

Un exemplo disto é o RD 16/2012 que supuxo a fin da universalidade na atención sanitaria. Ademáis de subxugar á sanidade pública aos plans de estabilidade orzamentaria (limitanción do investimento público) o decreto volta vincular a atención

sanitaria ao aseguramento, algo incomprensible porque actualmente o SNS finánciase ao traverso dos impostos e non da Seguridade Social. Pero que, deixa excluídas na práctica ás persoas migrantes «sen papeis», ás que traballan na economía mergullada e ás mozas e mozos de menos de 26 anos que nunca poideron traballar.

O RD 16/2012 mudou tamén a carteira de servizos recortándoa e adaptándoa a futuras privatizacións e introduciu varios repagos, entre eles o farmacéutico, que supuxo unha nova pedra contra a economía das e dos pensionistas e sectores de baixos ingresos, dificultando aínda máis o seu acceso ao dereito á saúde.

Por outra banda, de xeito paralelo, os intereses externos, comerciais, da industria farmacéutica e tecnolóxica, fixeron todo o posible para incrementar o seu negocio, utilizando unha porcentaxe moi alta das súas ganancias, en promoción e publicidade. Políticas de *marketing* que tiveron grande efectividade, como vemos pola súa enorme implantación e absorción de recursos públicos (gasto farmacéutico e de innnovacións).

E aínda así, todas estas circunstancias e normas que están a ser terriblemente lesivas poden quedarse curtas se prosperan os tratados de libre comercio que planean sobre os sistemas sanitarios de toda Europa. O TTIP, pero sobor de todo, o TISA, poden supor o epitafio dos sistemas sanitarios públicos, facilitando a irreversibilidade das privatizacións e desrregulando as Leis en materia de proteción da sáude e do medioambiente.

1. A sanidade en Galicia

Tendo en conta as características demográficas das galegas e galegos e a dispersión dos núcleos de poboación, o principal problema que se atopará a sanidade pública no inmediato futuro, dar resposta á cronicidade, necesitará dun esforzo orzamentario importante, por isto é necesario garantir un financiamento axeitado do noso sistema sanitario e incrementar a nosa capacidade de planificación sanitaria.

En Galicia ten avanzado enormemente a privatización da Sanidade. Á cabeza da mesma está o propio presidente Feijoo, firme defensor do camiño iniciado polo seu mentor, o outrora conselleiro Romay Beccaría.

De feito, os experimentos privatizadores iniciáronse en Galicia durante o mandato Fraga/Beccaría coa constitución das fundacións sanitarias (1.995) que iniciarían a xestión hospitalaria público-privada e o MEDTEC, xestora sanitaria privada dos servizos públicos.

Estes experimentos xeraron importantes prexuízos a nivel sanitario e económico, e a pesares que as fundacións foron integradas no Servizo Galego de Saúde, o MEDTEC, en contra do prometido polo Goberno PSOE-BNG persistiu na súa forma empresarial, agora como Galaria SA.

Por outra banda, no ano 1.993 asinouse o primeiro Concerto Singular coa empresa POVISA para proveer asitencia sanitaria na Área de Vigo, Val Miñor e Morrazo iniciándose así un negocio coa atención sanitaria que dura ata os nosos días e que consume no día de hoxe en torno a 90 millóns de euros anuais do orzamento sanitario, impedindo ao tempo, a sustitución por servizos públicos. Ese concerto ademáis non cubre a totalidade dos servizos saniatarios da Área, que teñen que implentarse dende a pública e para máis abundamento, as ratios de persoal e as condicións laborais son aínda peores que no Servizo Galego de Saúde.

Ademáis o SERGAS segue mantendo outros moitos concertos (Quirón Pontevedra, Polusa, etc) derivando pacientes que en ocasións poderían ser atendidos na sanidade pública, xa que é frecuente que se realicen trsalados a pesares de ter camas e quirófanos dispoñibles (mais pechados) na rede SERGAS.

Esta circunstancia, enmárcase na mesma estratexia que a Lei 12/2013 de Garantías de Prestacións Sanitarias, aprobada en solitario polo PP e que co pretexto de reducir os tempos de espera (isto segue sen cumprirse) abría a porta á derivación ás clínicas e centros privados para todas aquelas intervencions e probas que superasen os tempos máximos fixados no texto.

Na práctica, a espera segue incrementándose e a Lei serviu, sem embargo, para xustificar máis traslados ao tarverso de concertos. Mentre tanto, seguimos sem coñecer as listas de espera reais e mentres tamén a sanidade pública prosegue o seu desmantelamento vía recortes orzamentarios e máis privatizacións.

Alta tecnoloxía sanitaria, investigación, xestión enerxética, provisión de servizos, ambulancias, etc, son servizos privados. Cabe destacar o grave que resulta o acceso aos nosos datos clínicos de decenas de empresas, sobor de todo, no caso de aquelas, coma Indra ou Servimóbil encargadas das nosas historias clínicas, ou nun futuro cercano Philips e Varian ás que a Xunta adxudicou a radioloxía e a radioterpia respectivamente. Ou tamén os datos sobre o cancro en Galicia, en mans do Centro Oncolóxico, que obviamente os emprega ademáis nos seus ensaios clínicos.

Neste senso, a aprobación da Lei galega 14/2013 de Racionalización do Sector Público arroxou máis opacidade indicando a creación dunha axencia de Sangue, Órganos e Tecidos cando todas as axencias e entes paralelos xa deberan estar integrados no propio Servizo Galego de Saúde.

A colaboración Público – Privada**,** un tipo de xestión que se materializa nos contratos para o Novo Hospital de Vigo, supón (sen contar coa contratación de servizos que se inclúe) un aumento dos gastos financeiros respecto a construción de hospitais de forma tradicional.

Advertimos dende o inicio dos problemas que podería suscitar un hospital construído mediante a fórmula público-privada ou PFI. Fórmula que *per se* resulta máis costosa e deixa os centros en mans da xestión privada. Fórmula ademáis que deu sobradas mostras de ser ineficiente e negativa para a sanidade pública, tal e coma sucedeu cos *trust* no *National Health Service* británico ou co hospital PFI de Alzira no País Valenciá.

E a pesares de todo, con todas as evidencias en contra, o Goberno Feijoó decidiu que esta sería a fórmula para o Novo Hospital de Vigo. Probablemente por dous motivos: un, avanzar na privatización paulatina da sanidade, abrir o negocio ás grandes empresas, ás constructoras, ás multinacionais; e dous, porque gracias ao principios de *Maastrich* e aos criterios do *Eurostat* o endebedamento dunha colaboración público-privada non computa coma débeda pública, sendo o capital inicial aportado polas empresas mediante créditos e fondos propios.

A Unión Temporal de Empresas e o propio modelo de financiamento foron obxeto dun informe realizado por Price Waterhouse Coopers que afirmaba que os riscos inherentes ao proxecto «debían trasaladarse á Concesionaria» e de forma totalmente irreal prevía que fose factible que a Concesionaria «obtivses suficientes recuros nos mercados financieros».

Sen embargo, lonxe de esta irresponsable previsión, o proxecto estrela do presidente Feijoó e da conselleira Rocío Mosquera pronto chocou coa realidade, ao atravesar problemas económicos as empresas compoñentes da UTE, rematando Ocasa en concurso e finalmente fora do conglomerado inicial. Por outra banda, estes problemas xunto coa quebra das caixas e entidades coma CAM, Bankia,etc e os posteriores rescates ou ventas irrisorias fixeron que a UTE non fose quen de conseguir a financiación, que debera estar composta nun 20% por fondos das empresas e nun 80% por créditos bancarios.

Esta situación signficou a parálise durante un ano das obras e a asunción da búsqueda de finaciamento por parte da Xunta, incumprindo os pregos de condicións e características do contrato. Así as cousas, a financiación rematou sendo pública, ao constar só de 70 millóns das empresas. O resto, está formado por 110 millóns do Banco Europeo de Investimentos, 30 millóns de Axis, sociedade xestora de capital risco do ICO e 110 millóns dun préstamo sindicado de diversos bancos e caixas rescatadas con cartos públicos, incluído o daquela NCG Banco.

Ou, o que é o mesmo, a débeda finalmente é pública aínda que de maneira irregular non contabiliza coma tal, incumpríndose ademáis o principio do PFI que establecía que a financiación debería ser a risco eventura da UTE. Esta trampa contable supón un incumprimento dos pregos de condicións que xunto ao incumprimento dos prazos de entrega.

A maiores, durante o 2011 a Xunta adxudicaba a potestade a Galaria (cuxa máxima responsable era a propia Conselleira) de subcontratar a Oficina Técnica do hospital, encargada de asesorar e velar polo cumprimento do contrato da Sociedade Concesionaria. A subcontratación recaeu sobre a empresa unipersoal Efficientia

Clinical Management, creada *ad hoc* cun capital de pouco máis de 3.000 euros con sede social no domicilio dunha ex alto cargo do PP, Ana Sánchez, viceconselleira na sanidade de Madrid no Goberno Aguirre.

As queixas de SOS saniadade e as incómodas preguntas no Parlamento fixeron en 2015 que a mesma xunta relegase a Ana Sánchez do seu posto.

O modelo PFI se traduce, ademáis da xestión privada, un pago anual dun canon que implica que o hospital, polo de agora é propiedade privada e, a maiores, implica tamén que todos os servizos e provisión enerxética son de explotación da UTE, así coma as gañancias obtidas por dita explotación.

De este xeito, mantemento, cociña, lavandaría, aparcadoiro, servizos multimedia, transporte interno, externo, control de pragas e un longo etcétera son servizos das empresa privadas que en moitos casos lles aseguran grandes beneficios por enriba do canon anual.

As consecuencias son nefastas. A privatización de cociña,lavandaría e mantemento, supuxo a mobilidade forzosa de persoal fixo, reconvertidos moitos e moitas de eles e elas en persoal celador. Ao tempo que, incomprensiblemente, a plantilla de celadores e celadoras veía recurtadas as súas atribucións profesionais ao privatizarse parte do seu traballo mediante a figura dos TIGA ou «transporte interno e xestión auxiliar».

Afortunadamente, neste caso, unha vez máis a loita política, sindical e social conseguiu revertir esta privatzación de celadoras e celadores.

Os resultados máis serios probablemente sexan os derivados das pésimas calidades de edificación e deseño que implicaron dende a súa apertura e recén estreado problemas estructurais. Aínda que é posible que as deficiencias máis graves se identifiquen na ausencia de servizo de laboratorio central (salvo para as urxencias) e de servizo de esterilización. Viaxando tanto as mostras coma o instrumental nun transporte, por suposto, privado, subcontartado e polo que todas e todos pagamos cando o hospital debera estar correctamente dotado.

A maiores, o trasaldo feito ás presas, de xeito desorganizado e mal xestionado, cando aínda se facían obras no hospital causou e está a causar non poucos problemas.

O escurantismo en torno á morte dunha paciente por asperxelose, que mesmo paralizou momentáneamnete o traslado, constituiu un feito moi grave, que a Xunta tratou de ocultar dende o primeiro momento de maneira intolerable.

O 3 de setembro de 2015, Vigo acollía unha histórica manifestación con 200.000 persoas na rúa. A resposta da Xunta: a soberbia e a prepotencia. Despreciando a todas as persoas que sairon á rúa e a aquelas e aqueles que o defendimos.

Sen embargo,a desfeita evidente, a presión na rúa e nos centros sanitarios, remataron co cese da Conselleira por parte do Presidente, responsable último da xestión.

Pero a descapitalización do sistema non se fai só vía privatización directa, se non tamén coa eliminación de profesionais públicos. A perda preto de 1.800 profesionais mediante a amortización de prazas e a taxa de reposición, acompáñanse coa ausencia de cobertura xeralizada de baixas, vacacións e permisos con persoal eventual. Ademáis o abuso de contratos temporais e «acúmulos de tarfeas» para cubrir ausencias en servizos diferentes cada día significan, xunto ao anterior, a instauración da precariedade máis absoluta entre o persoal sanitario.

Por unha banda para o persoal eventual, en paro grande parte do ano, sen cobrar prestacións e tendo que acceder aos contratos que lle ofrecen a pesar da precariedaded dos mesmos, xa que é a única alternativa laboral se queren ficar en Galicia.

Pero tamén para o persoal fixo, obrigado a un aumento da carga de traballo, pola non cobertura das ausencias e mesmo a certa mobilidade forzosa, cando son obrigados e obrigadas a cubrir vacacións de persoal de outros servizos nos meses de verán.

Á paralización da carreira profesional e aos recortes de salarios únese a privatización de algunhas categorías**.**

1.1. Estrangulamento da Atención Primaria.

Descapitalizándoa sen adecuar a súa financiamento nin recursos á evolución da pirámide poboacional, nin á presión asistencial, separándoa dun sistema baseado na atención hospitalaria, afastándoa da coordinación coa especializada e arrebatándolle progresivamente a súa responsabilidade de primeiro chanzo do sistema e de axente preventivo e promotor de saúde. Neste senso foi especialmente dañina a eliminación das Xerencias de Atención Primaria.

A paralización do Plan de Mellora de Atención Primaria é tamén proba deste estrangulamento. Ao incumprimento da construción de novos centros únese tamén un deterioro importante dos actuais. Neste senso, a Consellería de Sanidade non fixo ningún traballo para axilizar os trámites coa FEGAMP conducentes á asunción das competencias no mantemento dos Centros de Saúde. Todo o contrario: pese a haber concellos que tiñan presentado xa toda a documentación, nesta lexislatura non se asumiu a titularidade de ningún centro.

Alén das deficiencias estruturais e da ausencia de medios materiais suficientes, o groso das prazas de profesionais amortizadas eran prazas de Atención Primaria, unha medida que dana a todo o país, pero especialmente sensible no rural, onde tamén os centros de saúde actúan como axente vertebrador e onde a dispersión poboacional e o avellentamento deberan ser tomadas en conta á hra da planificación os recursos saniatrios.

Todos estas retalladas, unidas ao nulo desenrolo dos Consellos de Saúde, só serviron para afastarse do modelo comunitario, participativo e orientado á prevención.

1.2. A situación da atención especializada

No relativo ás infraestructuras, Os centros de alta resolución parecen firmemente desbotados e as ampliacións dos hospitais comprometidas.

No caso do Salnés, o evidente retraso nas obras de ampliación do hospital puxeron mesmo en perigo a execución dos fondos europeos. Chocando ademáis, a mesma, co feito de que ao tempo que se ampliaba, a Consellería mantiña pechadas decenas de camas. Ademáis, nin sequera esta colma as reclamacións feitas por parte das e dos profesionais.

En Pontevedra, a acción da Plataforma SOS sanidade e das e dos profesionais foi decisiva para frear un novo hospital PFI. Isto é o feito da obrigatoriedade de presentar informe preceptivo de Facenda para poder executar unha obra de estas características.

A irresponsabilidade do Partido Popular é maiúscula, xa que perdeu dúas lexislaturas prometendo un novo hospital que logo non sería quen de construír, evitando a necesaria ampliación de Montecelo.

No caso de Ourense, as obras do CHUOU ficaron supeditadas a unha serie de intrincados contratos que finalemente outorgan a xestión do Hospital a mans privadas,

neste caso a Ferrovial. E rematando xa a segunda lexislatura, a ampliación segue sen ser aberta, xerando importantes prexuízos na atención.

No caso de Lugo, as veciñas e veciños seguen soportando que, tras a súa loita veciñal e a aprobación dunha Lei que partiu da súa ILP -totalmente deturpada- para dotar ao HULA de hemodinámica, resonancia e radioterapia, estes servizos fosen negados por parte da Xunta ás veciñas e veciños lucenses ata última hora. Un incumprimento máis do Partido Popular que pon para máis abundamento en perigo a saúde das persoas usuarias.

En 2014 Feijoó anunciou obras no hospital de A Costa, obras que nin sequera chegou a adxudicar, mentres entre moitos outros problemas, os e as pacientes seguen facendo as resonancias nun camión anexo.

O Hospital de Ferrol segue contando con ata cinco prantas nas que as habitacións non teñen baño propio, e na Coruña e Compostela segue sen avanzarse nas necesarias actuacións. Entre moitos outros problemas.

Máis aló do mencionado referido ao hospital PFI de Vigo, é preciso contemplar as consecuencias na restucturación do resto da Área: baleirado do Hospital do Meixoeiro e perda dos centrso de especialidades.

Ademáis, a perda das Xerencias nos hospitais comarcais constituiu, como denunciaba a Plataforma SOS no seu momento, unha relevante perda de capacidade organizativa e resolutiva nos mesmos e non serviu, pola contra para eliminar postos de dirección e xestión.

2 Medidas políticas

2.1. Medidas no ámbito do persoal sanitario público

Acabar coa precariedade na Sanidade Pública. Plan de RRHH.

Crearemos novas prazas no SERGAS para iniciar a recuperación dos postos de traballo suprimidos nos últimos anos. Para iso avaliaremos as necesidades asistenciais reais, ao fin de definir os cadros de persoal, garantindo a estabilidade laboral e acabando coa precariedade actual. Planificaremos as Ofertas Públicas de Emprego de xeito progresivo durante a lexislatura.

Incompatibilidades.

Prestaremos especial atención à apliacación da lei de Incompatibilidades para acbar coa duplicidade dos postos de traballo nos sitemas público e privado. Algo que só favorece a desigualdade e o crecemento irracional das listas de espera. Aplicaremos esta norma tanto para o persoal com praza en titularidade coma en interinidade, como especial fincapé nas xefaturas de servizo e postos de xestión e dirección, e tendo em conta as posibles excepcionalidades no caso de persoal eventual ou a xornada parcial.

Carreira e desenrolo profesional.

A carreira profesional formará parte tamén da xestión de persoal. Revisaremos o seu modelo e a situación, na actualidade paralizada.

2.2. Medidas relativas ás infraestruturas sanitarias

Reformas e ampliacións nas estruturas de atención hospitalaria.

Os hospitais galegos veñen sendo dotados de Plans Diretores cheos de medidas que non chegan a cumprirse, e en ocasións nin tan sequera dotados de orzamento. Dende En Marea revisaremos estes documentos para planificar as reformas ou ampliacións necesarias nas estruturas de atención hospitalaria. Polo seu estado actual consideramos prioritarias a ampliación do Hospital de Montecelo e as reformas e obras no Hospital Arquitecto Marcide de Ferrol.

Tamén remataremosas actuacións no Hospital do Salnés e no Hospital de Ourense que o Partido Popular deixou sen finalizar, e estudaremos en detalle, e en colaboración coas e cos profesionais, a situación dunha área sanitaria de Vigo que a día de hoxe está completamente desorganizada.

2.3. Medidas contra as privatizacións e as derivacións

Reverter as privatizacións dos servizos sanitarios e devolución do Novo Hospital de Vigo.

Levaremos a cabo unha auditoría interna para coñecer a situación da totalidade das privatizacións no SERGAS. Estudaremos as posibilidades económicas, legais e administrativas para a súa reversión. En función dos resultados, estableceremos unha planificación para poder acometelas en orde de prioridade e capacidade.

No caso do Novo Hospital de Vigo, comprometémonos a traballar para lograr a súa devolución íntegra ao SERGAS, toda vez que existen incumprimentos flagrantes dos pregos de contratación e do financiamento.

Traballaremos para reintegrar á xestión pública os recursos de I+D+i, Institutos Biomédicos, servizos de avaliación de tecnoloxías e docencia.

Derogación da Lei 14/2013

Derogaremos a Lei 14/2013 de Racionalización do sector público, que abre o paso à privatización da xestión da estrutura docente do SERGAS, transplantes, sangue e tecidos. As competencias das axencias que constitui ese texto legal quedarán integradas na rede pública.

Traballar para evitar as derivacións à Sanidade Privada.

Mentres existan servizos públicos dispoñibles non debe haber traslados à sanidade privada. Traballaremos para co obxetivo de prescindir dos concertos sanitarios a medio-longo prazo. Ata entón as derivacións estarán debidamente xustificadas e serán auditadas periodicamente. Tamén levaremos a cabo unha uditoria no caso dos concertos singulares, maiormente o de POVISA, para coñecer o seu custe total e como se teñen empregado os fondos públicos. Mentres este contrato esté en vigor esixiremos á empresa o cumprimento das mesmas condicións e ratios de persoal que na Sanidade Pública.

Medidas relativas ao Goberno Central.

Dirixirémonos tamén ao Goberno central reclamando a derogación da Lei 15/97 e o rexeitamento da aceptación dos tratados de libre comercio (TTIP, TISA, etc).

2.4. Medidas para afortalar a atención primaria

Dignificación da xestión en AP.

Dignificaremos este primeiro elo sanitario fronte ás actuais Xerencias de Atención Integrada, que supeditaron os servizos de Atención primaria aos hospitais, devoltándolles a súa capacidade organizativa e de xestión.

Plan de Atención Primaria e infraestructuras.

Desenvolveremos un novo Plan de Atención Primaria para planificar as necesidades de novos centros de saúde e as reformas necesarias nos actuais. Aceleraremos o traspaso de competencias ao SERGAS en relación ao mantemento dos centros de saúde que xa

teñan presentada toda a documentación e dialogaremos cos concellos para facilitar o proceso naqueles que non tivesen completado os trámites.

Prevención e Promoción.

Incluiremos no Plan de AP un verdadeiro programa de prevención e promoción da saúde con actividades educactivas en colaboración coas Consellerías de Política Social e Educación, así como con entidades sociais. Neste senso, estudaremos a incorporación da Enfermaría Escolar, especialmente naqueles centros com alumnado com necesidades especiais.

Ademáis estudaremos a estratexia em relación à prevención da obesidade, atendendo sobre todo à poboación infanoxuvenil e a estratexia de prevención da cronicidade.

2.5. Medidas para reducir a lista de espera

Publicación das listas de espera.

Levaremos a cabo a publicación das listas reais, incluíndo os datos de espera estrutural e non estrutural.

Plan urxente para abordar as listas de espera.

É necesario poñer en marcha un Plan Urxente para abordar as Listas de Espera que contemple a utilización racional dos recursos do sistema público e abandone as actuais políticas de derivación cara os centros concertados.

Manexo das listas de espera priorizando por gravidade e situación social e funcional do paciente.

Modificación da Lei de Garantías de Prestacións Sanitarias.

Mudaremos o texto para evitar o trasvase de pacientes ao sistema privado. En Marea traballará por reducir a espera para consultas externas hospitalarias e para probas complementarias a 15 días en dous anos e a 60 días a cirurxía non urxente ou de problemas graves que deberá ser atendida no tempo que precise o problema padecido.

Fin do peche de camas nos hospitais galegos.

Levaremos a cabo as medidas necesarias para evitar o peche de camas que ten sobresaturado os centros médicos galegos e empeorado a antención.

2.6. Medidas para mellorar e ampliar as prestacións

Voltar a un sistema sanitario realmente universal.

Devoltaremos o dereito à saúde a todas as persoas que quedaron excluídas nos últimos anos recuperando con medidas excepcionais a universalidade na atención sanitaria para todas as persoas que a precisen no territorio galego.

Reclamaremos ao Goberno Central a derogación do RD 16/2012.

Reinstauraremos a interlocución perdida com todas as entidades que traballan com persoas em risco de exclusión social, ao fin de garantir un acceso normalizadp à asistencia sanitaria.

Levarase a cabo unha política activa de seguimento, detección e corrección desta e outras causas de exclusión do sistema sanitario.

Saúde Bucodental

Estudaremos a necesidade de ampliación do número de Unidades de Saúde Bucodental. Cómpre dotar as existentes de recursos suficentes, entre eles o incremento do número de hixienistas dentais.

Dotaremos ás USB de protocolos sanitarios de actuación feitos coas e cos profesionais.

Na atención ás mulleres xestantes ampliarase a cobertura ás limpezas dentais e obturacións.

Ampliaremos a cobertura para que alomenos as persoas con diabetes, cancro, transplantadas e outras enfermidades graves teñan dereito á profilaxe dental (coma no caso das mulleres xestantes), cousa que agora mesmo non cubre a sanidade pública.

Posteriormente, estudaremos a ampliación ao resto da poboación adulta desta prestación, planificando os recursos necesarios para este fin.

No relativo á cobertura na poboación infantil, ampliaremos a mesma ata os 18 anos e observarase a cobertura das endodoncias na poboación ata alomenos os 7 anos.

Terapia Ocupacional

Estudaremos as necesidades relativas á terapia ocupacional no SERGAS, establecendo unha planificación para a incorporación de profesionais.

Coidados paliativos, segunda opinión.

Revisaremos a recente Lei 15/2015 de Dereitos e garantías das persoas enfermas terminais e adoptaranse medidas para o seu desenrolo e implantación real.

Transporte Sanitario

Revisaresmos a situación dos contratos en vigor, as condicións laborais e a situación das bases para esixir namentras os contratos están vixentes se cumpran os dereitos das e dos traballadores. No mesmo senso, será auditada a situación das emmerxencias aéreas.

2.7. Medidas organizativas e de xestión

Estructura organizativa.

Traballaremos nun modelo organizativo horizontal, que recupere a xerencia direta da atención primaria e integre unha xerencia de saúde pública. A finalidade é que en cada área, atención primaria, especializada e a saúde pública exerzan como organismo interdisciplinar, coordinándose entre elas para mellora da saúde da comunidade.

A horizontalidade da nova organización debe plasmarse nun sistema participativo, onde

o persoal sanitario poida contribuir de forma democrática á toma de decisións nos seus servizos. Traballaremos para devoltar a voz ao persoal público.

2.- Organización na Atención Primaria.

Os centros de saúde necesitan dun novo modelo organizativo, que pasará pola recuperación da xerencia directa da atención primaria como acabamos de indicar e a súa coordinación con saúde pública, nun sistema máis coordinado e no que o persoal sanitario contribuirá democráticamente à toma de decisións.

3.- Información e transparencia.

Garantiremos a transparencia na xestión dos recursos, recuperando o sistema de información sanitaria, impedindo que os datos sanitarios da poboación sexan utilizados polas multinacionais e elaborando un diagnóstico da situación do sistema.

Os centros sanitarios publicarán unha memoria anual dando conta de recursos, actividades e resultados.

Acceso para consulta de problemas de saúde ou petición de trámites administrativos dos pacientes ao médico de familia, pediatra, matrona e enfermeira por vía electrónica.

4.- Participación cidadá

Reactivaremos e desenrolaremos os instrumentos de participación cidadá para democratizar o sistema en función das necesidades da poboación. Cómpre fomentar os consellos de saúde, o contacto e interrelación con Asociacións de Doentes. Dispoñer de sistemas accesibles e resolutivos nos que as persoas enfermas podan facer valer os seus dereitos en saúde, traballando no empoderamento na toma de decisións de cada paciente e o respecto aos principios da Bioética.

5.- Accesibilidade

En cumprimento da Lei 10/2014 de Accesibilidade, auditaremos a situación dos centros e servizos sanitarios públicos, para detectar posibles barreiras arquitectónicas ou comunicativas e plantexar medidas para resolvelas.

2.8. Medidas para unha sanidade con perspectiva de xénero

1.- Perspectiva de xénero na Sanidade Pública

Desenvolveremos de xeito realista e con recursos suficientes os Plans de Saúde da Muller. Traballaremos de forma activa para que a sanidade pública contribúa a corrixir as desigualdades de xénero desde todos os eidos, prestando especial atención ás mulleres, sobre todo no que atinxe a anticoncepción e sexualidade. A nosa aposta é dotar de dignidade e autonomía os tratamentos específicos destinados ás mulleres para que, por exemplo, ningunha paciente que interrompa unha xestación sexa derivada

a centso de quilómetros de distancia, como está a ocorrer en Galicia baixo o mandato Núñez Feijoó.

A violencia machista debe ser observada tamén coma un problema que afecta à saúde e as e os profesionais deberán recibir formación para a súa deteccción.

Plan de Parto e Nacemento

Promoveremos unha atención máis humanizada da atención perinatal.

Revisaremos as medidas necesarias para facer que se cumpran os dereitos contidos no Plan de Parto e Nacemento.

Endometriose

Difundiremos a Guía de Coidados da Endometriose entre os profesionais sanitarios tal e como demandan os colectivos de mulleres afectadas. Crearesmos un equipo de traballo que defina as necesidades asistenciais para a súa detección e tratamento, así coma a elaboración dun Plan de prevención e detección e as necesidades de derivacións nos casos de grao IV mentres non teñamos medios para tratalos na nosa Comunidade.

Atención à saúde sexual e reprodutiva. Educación afectivo-sexual.

Desenvolveremos unha estrutura de centros de orientación familiar en toda Galiza a fin de garantir os dereitos sexuais e reprodutivos da muller e o acceso universal á planificación familiar, así como o asesoramento e educación afectivo-sexual adecuado.

Tomaremos as medidas necesarias conducentes a garantir o acceso á interrupción voluntaria de embarazo na sanidade pública.

En canto aos abortos terapéuticos, planificarse unha unidade capaz de atendelos con todas as garantías no SERGAS.

Prestaremos atención á necesidade de formación das e dos profesionais sanitarios na atención ás mulleres que manteñen sexo con outras mulleres.

Do mesmo xeito fomentaremos campañas de sensibilización sobre a saúde sexual.

Atención específica ás persoas inter e transexuais.

Crearemos alomenos unha unidade especializada que poida orientar as posibles necesidades en materia psicolóxica ou médica de aquelas persoas que así o requiran, incluídas as intervencións de reasignación de sexo que poidan derivarse.

2.9. Medidas para unha saúde mental para toda a poboación

Plan Galego de Saúde Mental

Traballaremos coas e cos profesionais de psiquiatría, psicoloxía e enfermaría nun novo Plan de Saúde Mental que garanta o servizo universal, que camiñe cara un modelo integrador e comunitario. Mentres esta está en elaboración e trámite, implementaremos as medidas urxentes precisas.

Igualmente deberemos incremetar a dotación de persoal das unidades de saúde mental e dos hospitais de día, resultando esencial a figura das psicólogas e psicólogos clínicos.

Nesta lexislatura debe ser prioridade tamén a atención ao Trastorno Mental Grave e á saúde mental infanto-xuvenil, neste caso, coa necesidade dunha nova unidade de hospitalización no sur de Galicia.

Estudarase a situación das persoas trasladadas dende os antigos manicomios a residencias de persoas dependentes para tomar medidas que garantan a súa atención psiquiátrica e global.

Coordinaremos os departamentos de saúde mental coan Atención Primaria e definiremos un Plan Galego de Atención ao Suicidio.

Prevención e atención ás conductas aditivas.

Terán carácter urxente e prioritario nesta lexislatura a integración da atención e prevención das drogodependencias e condutas aditivas no SERGAS e a dotación dos recursos precisos.

2.10. Medidas relativas á farmacia e á I+D+I

Creación dun sistema centralizado de compra de medicamentos.

Segundo os datos do Ministerio de Sanidade, o gasto farmacéutico en Galicia foi de 343 millóns de euros no primeiro semestre de 2016, seis millóns de euros máis que no mesmo período de 2015. É preciso mudar essas cifras e por iso, auditaremos a orixe de esse elevado gasto para poder reducilo, pero non a costa da cidadanía tal e coma aconteceu co RD 16/2012.

Crearemos un sistema centralizado de compra de medicamentos, estudaremos a posibilidade de iniciar a produción pública de xenéricos e fomentaremos a investigación sanitaria neste eido.

A prescripción e comercialización de novos fármacos deberá basearse na evidencia científica.

Formación do persoal prescriptor

Formación adecuada e continua dos profesionais prescriptores de medicamentos. Esta medida iria acompañada da regulación e limitación das actividades que realizan as industrias farmacéuticas para influír aos profesionais prescriptores.

Investigación.

A facilitación da creación e mantemento de grupos de investigación básica e aplicada será unha prioridade da política sanitaria de En Marea, xunto coa creación dunha rede altamente cualificada de docencia de todas as profesións sanitarias. É un instrumento de mellora asistencial e de coñecementos que repercutirá en toda a sanidade pública galega. En Marea estabilizará os contratos do persoal investigador e tomará as medidas necesarias para a súa total integración na sanidade pública como persoal estatutario. Tamén modificará o marco legal para garantir que o valor engadido da investigación na sanidade pública permaneza neste ámbito.

en marea

enmarea.gal