

Estimados compañeros:

Como sabéis el SAS ha publicado las listas de espera y las ha comparado con los datos del Ministerio a nivel nacional proclamando, a los 4 vientos, que tenemos la mitad de demora que cualquier españolito de otra CCAA. A ello queremos hacer alguna puntualizaciones, que el otro día ya hicimos en la radio local.

En primer lugar y como punto fundamental el SAS compara los datos del Ministerio a fecha diciembre de 2014, con los suyos de junio de 2015 por ello:

- a. Las listas no son comparables dando la **fluctuación estacional** de las mismas y aquí se compara peras con manzanas. **6 meses de diferencia** es mucho para poder comparar con rigor listas de espera.
 - b. Además de por ello, las conclusiones que extrae el SAS de los datos que emplea son completamente erróneas porque en el último trimestre del año, tras el verano (fecha en que la actividad asistencial programada se ralentiza al máximo) las listas de espera (salvo que se maquillen) son máximas (datos del Ministerio usados en la comparativa). Por otro lado, en el segundo trimestre del año (que es curiosamente la fecha que se aplica el SAS) es cuando son mínimas porque durante el resto del año la actividad asistencial programada ha sido máxima. Es decir **compara su demora mínima con la máxima a nivel nacional.**
2. No sabemos ni siquiera si los datos son correctos puesto que no se conoce ni como se obtienen en el SAS ni como se hace en el resto de CCAA, si se hace de la misma manera o si los datos se refieren a las mismas patologías, si se incluyen en ambos casos solo los procesos sometidos a decreto de garantías o no. Es difícil creer que la recogida y cuantificación sean homogéneas en las 17 CCAA. No existe transparencia a nivel de datos de listas de espera. Múltiples han sido las noticias sobre el maquillaje de las listas de espera, por ello estaríamos encantados de que en esta parcela se aplicara también la ley de **transparencia.** Pero el hecho que el **gasto sanitario por habitante en Andalucía sea el más bajo de España** (1.044 €) frente por ejemplo 1.549 € en País Vasco o 1.208 € de media en España también ponen en entredicho los resultados.

A pesar de la excelencia, el sacrificio y la dedicación innegable de los Facultativos que con su esfuerzo intentar paliar los déficits que origina esta diferencia presupuestaria, además intentar convencernos de que estamos mejor que el resto de España es demasiado hasta para atribuírselo a una imaginaria mejor gestión del SAS.

3. En Andalucía antes se utilizaba como indicador de las listas de espera, el tiempo máximo que esperaba un paciente en una lista de espera pero, como los resultados eran poco satisfactorios propagandísticamente hablando, era necesario “camuflarlos” para seguir vendiendo las bondades del SSPA, y así se pasa a usar la **demora media**, (desconocemos si en todas las demás CCAA si se hace igual). Esa demora media se calcula promediando la demora de los pacientes que se operan de urgencias (que es mínima) con la de los pacientes que si están realmente incluidos en una Lista de Espera Quirúrgica. Otra forma de falsear los datos, no mintiendo, pero si enredando y usando las cifras de forma que parezcan lo que no son.
4. Además, a partir de estos datos se induce con alevosía al error, simplificando y diciendo que un enfermo andaluz espera por ejemplo 47 días para ser intervenido y se obvia gran parte del tiempo que realmente espera y que es lo que le importa al paciente, la **demora real** : Demora para que le vea el especialista, demora de las pruebas diagnósticas, demora para nueva cita del especialista que decide su intervención, demora para consulta preanestésica, demora para la realización de nuevas pruebas si se precisan del estudio preanestésico. Sólo cuando todo esto está hecho un paciente ingresa en las listas de espera quirúrgica. Por tanto espera mucho más que lo que indican estos datos. Y los datos publicados por el SAS se alejan mucho más de la realidad todavía, si como ya hemos dicho el indicador empleado es la demora media.
5. Para **evitar comparaciones se retiran las de años anteriores** y así se desconoce su evolución real, al alza o a la baja, aunque es bastante probable que hayan aumentado puesto que en toda Andalucía las **pocas sustituciones** que se han hecho (en el caso de los médicos ha sido en verano del 2,7% de las bajas y vacaciones) se han hecho con **contratos con jornadas reducidas** al 75% y al 50% y la falta de personal sólo puede derivar en aumentos de las demoras. De todos modos es difícil de creer que los resultados hayan mejorado, cuando por ejemplo en Huelva, el presupuesto global de los hospitales (Infanta Elena y Juan Ramón, léase CHUH) del 2013 al 2014 se ha reducido en 3 millones de € y el gasto de personal en 1 millón de €.
6. No se habla para nada de las listas de otras **especialidades no sujetas a decreto de garantías** como alergia, reuma, vascular, consultas de trauma, revisiones, etc. Que en Huelva llegan a más de 2 años.

Como defensores de un Sistema Nacional de Salud universal y gratuito, estamos en la obligación de cuestionar la gestión partidista del mismo, sometido a los vaivenes ideológicos de nuestros políticos, su uso con fines electorales. Denunciamos la falta de presupuestos finalistas, los desequilibrios territoriales

entre CCAA, con carteras de servicios diferentes que rompen el principio de igualdad.

Es imprescindible un pacto por la sanidad donde se defina de una vez por todas, la cartera de servicio común, la Historia Clínica única, la receta electrónica única y con valor en todo el territorio, la libre circulación de pacientes entre autonomías, los centros de referencia, los mecanismos compensatorios entre autonomías, etc. Es vergonzoso que, mientras en Europa se aprueba una norma de sanidad transfronteriza, en España un paciente tenga que cambiar de ambulancia en el límite entre dos autonomías.

Los políticos, sea cual sea su color deben cumplir el deber que se les encomienda y olvidarse de intereses partidistas que poco ayudan a la solución del problema real de la financiación y gestión de un Sistema Nacional de Salud al que no debemos renunciar. Deben también dejar la propaganda, buscar soluciones consensuadas, devolver la independencia y la ilusión a los profesionales e informar a la población de la necesidad de corresponsabilizarse en el buen uso de los servicios públicos que permita su sostenibilidad y, por supuesto, deben dar ejemplo de austeridad, honradez y buena gestión.

Ya está bien de engañar a los andaluces.

Atentamente,

J. P. Hergueta Sánchez
SINDICATO MEDICO