

## ÍNDICE

INTRODUCCION .....	
I.	ANDALUCÍA EN EL HORIZONTE FEDERAL. LA PROFUNDIZACIÓN EN EL AUTOGOBIERNO .....
II.	PROYECTO ANDALUCISTA DE ADMINISTRACIÓN PÚBLICA .....
III.	LA FUNCIÓN PÚBLICA ANDALUZA .....
IV.	LA POLÍTICA ECONÓMICA .....
V.	LA INDUSTRIA ANDALUZA .....
VI.	EL TURISMO EN ANDALUCÍA .....
VII.	LA AGRICULTURA .....
VIII.	LA PESCA .....
IX.	COMPROMISO CON EL COMERCIO ANDALUZ .....
X.	LA PEQUEÑA Y MEDIANA EMPRESA ANDALUZA ..
XI.	LA POLÍTICA TERRITORIAL .....
XII.	POLÍTICA MEDIOAMBIENTAL .....
XIII.	EDUCACIÓN Y CULTURA .....
XIV.	MUJER ANDALUZA .....
XV.	LA JUVENTUD .....
XVI.	<b>LA SANIDAD</b> .....
XVII.	SERVICIOS SOCIALES .....

## XVI

### LA SANIDAD

#### INTRODUCCION

Para hacer una política eficaz en materia de salud, es indispensable conocer la realidad de la Sanidad en Andalucía e incidir en esta realidad, modificándola desde una óptica progresista, que haga efectivo el derecho a la salud de todos los andaluces.

La realidad sanitaria andaluza es muy diversa, con gran diferencia entre zonas urbanas y rurales. Los indicadores sanitarios ponen en evidencia que la Andalucía urbana, en materia sanitaria, está al mismo nivel que nuestros vecinos geopolíticos y, en contraposición, muchas zonas rurales se encuentran con problemas sanitarios del tercer mundo, tales como brucelosis, hidatidosis, fiebres tifoideas o disenteria; por no hablar de la lepra, aún no totalmente erradicada de nuestra Comunidad.

Otra particularidad del mundo sanitario andaluz es el doloroso tema de la financiación, consecuencia de la mala negociación de las transferencias, en materia sanitaria. Esta insuficiente dotación ha originado, en estos 10 años, deudas, agujeros y déficit acumulados, como consecuencia de no tener capacidad de afrontar la renegociación de las transferencias con el valor y la dignidad política que Andalucía se merece. El ciudadano andaluz tiene derecho a percibir las mismas prestaciones que un vasco o catalán (62.500 Ptas/andaluz/año, frente a las 115.000 Ptas/catalán/año).

También, desgraciadamente, forma parte de la realidad sanitaria andaluza la mala utilización de los recursos existentes, con los consiguientes desequilibrios dentro del territorio andaluz, por ello los andalucistas estamos convencidos y apostamos por la descentralización de la gestión y potenciaremos decididamente que esta se lleve a cabo por las áreas sanitarias, con la puesta en funcionamiento de los Consejos de Salud de Areas. Consecuencia de la gestión socialista son : Las listas de espera quirúrgica, la masificación, la tardanza para obtener cita con los Centros de especialidades y en resumen el descontento de sanitarios y de usuarios que alcanza cotas impensables.

Los cambios demográficos, el envejecimiento progresivo de nuestra población, ciertos comportamientos sociales -drogadicción-, aparición de nuevas enfermedades -SIDA- exacerbación de antiguos problemas, como el aumento de las enfermedades de transmisión sexual, que en Andalucía tiene una tasa de crecimiento superior al resto de España, o el nuevo auge experimentado, por enfermedades que se creían controladas, como la tuberculosis, nos exigen nuevos esfuerzos, considerando prioritario la elaboración de un plan Gerontológico de Andalucía, la lucha contra el Sida, las drogodependencias, el cáncer y los accidentes tanto de tráfico como laborales. Así como el desarrollo de campañas para sensibilizar a la población sobre los riesgos del exceso de alcohol, en especial entre los jóvenes y su asociación con los accidentes de tráfico.

La atención primaria, a través de los Centros de Salud, sólo alcanza el 53 % de la población andaluza y en muchos de estos Centros de Atención Primaria, por déficit presupuestario, se han abandonado los programas de medicina preventiva. Los recortes presupuestario, centrados fundamentalmente en el capítulo de personal, vienen originando continuos conflictos.

La tasa de desempleo médico en Andalucía, es la más alta de todo el territorio español y esto contrasta con un alto déficit de especialistas. Los socialistas en el Gobierno Andaluz, además de no dar solución a este problema, lo agravan al permitir que el SAS haga una política de contención del gasto a expensas sólo de la reducción de la plantilla sanitaria, generando un empeoramiento de la asistencia que presta a los andaluces, al no permitir sustituciones por enfermedad o vacaciones o menor número de médicos de guardia.

La delicada situación de un gran número de médicos andaluces que ejercen como especialistas sin título oficial y que se han formado fuera del MIR, muchos de ellos trabajando como especialistas en organismos oficiales durante años, precisa de una solución urgente que posibilite su titulación oficial. Arbitrando por ejemplo en colaboración con la Consejería de Educación, las pruebas pertinentes y el período de reciclaje hospitalario necesario, para la obtención del título de especialista sin que en ningún momento se merme la calidad de la asistencia que se presta a los ciudadanos.

A los andalucistas, nos preocupa que, entre los responsables de la sanidad andaluza, sólo se hable de gestión y de toma de decisiones y no se hable más de asistencia sanitaria. Tenemos el convencimiento que, en la actual Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, sólo se marcan objetivos

cuantitativos y no se dan soluciones de calidad a los problemas de salud de los andaluces que es lo que verdadera y únicamente importa a los usuarios de nuestra sanidad . Desde el Consejero al último Director de Hospital, les preocupa por encima de todo el ofrecer datos de ahorro económico a sus correspondientes jefes, importándoles muy poco en cada momento la calidad que se debe y puede aplicar a los pacientes, con los que ellos jamás van a tener un trato directo.

Para mejorar la atención sanitaria de los andaluces y partiendo del principio constitucional de que "TODOS TENEMOS DERECHO A LA SALUD" exigimos un modelo de Sanidad Pública, gratuita, que proteja a la totalidad de la población, proponiendo para lograrlo, un consenso entre todos los componentes del arco parlamentario donde se debe oír a los sectores sociales a los profesionales y a los expertos en la materia. Todas las actuaciones que proponemos están dirigidas a garantizar que los servicios de salud se centren en el ciudadano, que éste sea el único protagonista y este objetivo de conseguir la satisfacción de los andaluces, pasa por favorecer una buena relación médico-paciente, una atención personalizada y mejorar los mecanismos de coordinación de los diferentes niveles de asistencia. Objetivos que se verán logrados con la libre elección de Médico de Cabecera, de Especialista y de, Centro Sanitario, que son los retos a alcanzar en el próximo período parlamentario.

## 1.- ANALISIS DE LA SITUACION SANITARIA EN ANDALUCIA

### 1.1. DÉFICIT EN LA FINANCIACION DE LOS SERVICIOS SANITARIOS EN ANDALUCIA

La mala negociación de las transferencias, en materia sanitaria, que para Andalucía firmó la Junta en 1.984, es la causa más importante del déficit presupuestario, origen de la crisis en el sistema sanitario andaluz.

El cálculo para la financiación se realizó por criterios de población y no atendándose a criterios de coste efectivo de la asistencia sanitaria de esa población.

Además hubo un defecto en el cálculo de la población protegida. Las transferencias se realizaron calculando que la población protegida en Andalucía representaba el 17,47% del total español cuando en realidad dicho porcentaje era del 17,88. Por lo que se plantea la necesidad de exigir el 0,41%

de los presupuestos del INSALUD desde 1.988 a 1.994.

Tampoco se ha tenido en cuenta los artículos 12 y 81 de la Ley General de Sanidad, que exigen la corrección de los desequilibrios existentes en el sector sanitario andaluz con respecto al resto del Estado español, antes de hacer una valoración real de las transferencias. La neutralización de estos desequilibrios, hubiera exigido la construcción con cargo a los Presupuestos Generales del Estado de 7.337 camas hospitalarias y la ampliación de la cobertura en Atención Primaria. Todo ello hubiera permitido la contratación de 9.656 médicos y titulados superiores, de 17.016 diplomados universitarios (DUE y trabajadores sociales) y la creación de 7.939 puestos de personal no sanitario.

Los presupuestos transferidos tienen un carácter limitativo. Ello significa que mientras en el territorio gestionado por el INSALUD el déficit entre lo presupuestado y lo liquidado al final del ejercicio es cubierto por los Presupuestos Generales del Estado, en Andalucía este déficit es cubierto por fondos de la propia Comunidad Autónoma.

Todo lo anteriormente expuesto ha supuesto que Andalucía haya dejado de percibir más de 600.000 millones de pesetas en los últimos diez años

## 1.2. DÉFICIT EN LA GESTION DE LOS SERVICIOS SANITARIOS DE ANDALUCIA

La mala gestión de los diversos gobiernos en nuestra Comunidad es evidente al analizar los siguientes aspectos .

La integración de todas las instituciones sanitarias en una sola red sin contar con la presupuestación necesaria y la generalización de los servicios sanitarios sin una dotación económica previa.

Se ha admitido la posibilidad de que determinados colectivos puedan afiliarse a otros organismos dispensadores de tratamientos médicos, como Asisa o Sanitas, y esa liberación de carga no se ha sabido repercutir sobre la gestión de los correspondientes Servicios de Salud gubernativos, con lo que se está

duplicando el servicio, y por ello el gasto, y disminuyendo la posibilidad de reparto distributivo del remanente sobre la población acogida a los servicios del SAS.

El corte de suministros a los hospitales públicos andaluces, como consecuencia de los reiterados incumplimientos de pago a las empresas proveedoras de material sanitario. La deuda que superó los 100.000 millones de pesetas, puso en juego la supervivencia de la mayoría de las pequeñas empresas y obligó al cierre de otras, con pérdida de numerosos puestos de trabajo.

Puesto que la gestión de pagos a proveedores por parte del SAS se ha instalado en plazos de demora superiores a los de cualquier margen comercial, las empresas suministradoras de productos médico-quirúrgicos están repercutiendo sus gastos bancarios sobre el precio de aquellos, con lo que se está pagando a determinados proveedores a un 100% del precio que esos mismos proveedores ofertan a las clínicas privadas u otros adquirientes. Ejemplo típico de este despilfarro es el precio de una prótesis para la cirugía articular de la cadera que está adquiriendo el SAS entre 700.000 y 1.000.000 de pesetas, mientras en la cirugía privada se venden al receptor entre 300.000 y 400.000 pesetas. Ese tremendo gasto sustrae posibilidades de adquisición y remoción de material a los centros asistenciales y además está propiciando la compra de material de bajo costo, por un lado, y por otro la peregrinación continua a proveedores nuevos cuando los habituales quiebran o se niegan a mantener los niveles de endeudamiento que el SAS les propicia.

Esto se ha visto demostrado en los informes de la Cámara de Cuentas que analizan la situación del SAS, en los cuales se pone de manifiesto una gestión en la que proliferan el despilfarro, el descontrol e incluso la ilegalidad en temas como conciertos, modificaciones presupuestarias y compra de material a proveedores por precios superiores a los del mercado. A veces se ha incurrido en conciertos millonarios con centros privados habiéndose podido usar los servicios propios de los Ambulatorios.

En los dos últimos años se ha puesto en Andalucía en vigor a través de la Consejería de Salud, un sistema de privatización para gestión de las listas de espera quirúrgicas, que al llevar en si misma solamente fines electoralistas se ha visto teñida inmediatamente de autoperversidad, puesto que se ha contratado la cirugía con las empresas privadas sin control sobre el personal actuante ni sobre los materiales usados, de tal manera que puede darse el caso de que

personal sin titulación, o con ella pero sin cualificación para determinadas cirugías, esté operando a pacientes de la seguridad social con materiales de bajo costo, que pudieran incluso estar desechados por obsoletos o por nocivos por la Agencia Estatal de Control del país exportador.

### 1.3. SITUACION ACTUAL DE LA RED DE ASISTENCIA SANITARIA EN ANDALUCIA

#### 1.3.1. Atención Primaria.

Los Centros de Salud, a pesar de, ser el sector donde el PSOE ha puesto su máxima atención, sólo logran cubrir el 53% de la población andaluza. Fueron creados para potenciar la medicina preventiva específica del medio social en el que se ubican, pero ni por la dotación de personal ni de los medios de que se han dotado, la mayoría de ellos pueden cumplir los objetivos que la Ley General de sanidad les tienen asignados.

La puesta en marcha de estos Centros de Salud, bajo perspectivas puramente teóricas en ausencia de cualquier reflexión sobre la realidad geográfica de Andalucía, ha llevado aparejada la amortización de los médicos rurales, de amplia implantación histórica en nuestro país, permitiendo así que en los diversos pueblos de nuestro entorno la sanidad se haya alejado aún más del ciudadano rural, el cual para recibir cualquier tipo de asistencia diurna o nocturna ha de trasladarse a los núcleos rurales privilegiados donde se han implantado los Centros de Salud. Sintomática y sonora ha sido la reacción en numerosos pueblos andaluces que se han lanzado a la calle en manifestaciones de rechazo a la insensatez del planificador y en apoyo al médico rural que retiraban de su comunidad.

Tampoco han servido como filtro para evitar la masificación hospitalaria, al alejarles de la función para la que fueron creados, al restringir la inversión anual sobre ellos y al permitir que sus cargos directivos fueran elegidos sin relación con la experiencia profesional sino con la adicción política. Sirva como dato que el 80% de los usuarios atendidos en los Servicios de Urgencias de los Hospitales podrían haber sido atendidos en Centros de Salud.

#### 1.3.1.1 Centros Ambulatorios de Especialidades

A partir de 1982 se inició una reforma en los Centros Ambulatorios rurales y urbanos que finalmente sólo consistió en la amortización de plazas para

todo aquel personal médico y de enfermería que también tuviera plaza en otro centro, fundamentalmente en los hospitales. Esta medida en si misma garantizaría una limpieza en la acción política. Pero realmente lo que se ha hecho es rentabilizar una acción puramente economicista, puesto que a todos los ciudadanos que pertenecían a los especialistas a los que se les retiró de la plaza en el Ambulatorio, no se les volvió a dotar de otro especialista que no trabajara en dos sitios a la vez, sino que simplemente se amortizaron esas plazas aumentando inmediatamente el número de pacientes en los propios Ambulatorios y en los Hospitales de los cuales dependían éstos. Finalmente para empeorar la situación, se ofertó a los especialistas poderse pasar a los hospitales por un sistema denominado de jerarquización en vista de la plétora de pacientes que llegaban a los hospitales, de que los concursos de plazas para acceso a los mismos no se habían vuelto a convocar y de que se habían cerrado o disminuido las vías y plazas de formación de especialistas, con lo cual se logró una completa masificación no solamente en los Ambulatorios sino también en los Hospitales. Es decir, se han ambulatorizado los Hospitales.

### 1.3.2. Atención Hospitalaria.

1.3.2.1.-Camas: La Organización Mundial de la Salud (OMS) aconseja que haya un mínimo de 10 camas por 1.000 habitantes y según datos de la propia OMS en España hay una media de 3,7 camas públicas por mil habitantes y en Andalucía 2,5 camas por mil habitantes. Esto significa que para alcanzar las cifras del resto de España el Gobierno andaluz debe dotar una nueva cama hospitalaria por cada dos existentes. A pesar de ello durante el verano se cierran camas públicas sin nada que lo justifique. Por otra parte no ha existido un auténtico control de las camas ocupadas ni tampoco se ha reestructurado la oferta de camas por zonas para evitar la confluencia.

1.3.2.2.-Más población asistida con casi los mismos recursos: Desde hace un década de asistencia especializada se ha incrementado provocado por un incremento de la población asistida (autónomos y sus familiares, además de incorporarse al sector público los pacientes anteriormente atendidos por la beneficencia) en contraposición con las plantillas congeladas. Esto origina un desajuste entre medios humanos y población asistida.

1.3.2.3.- Profesionales: Se ha logrado con todos ellos al incluirlos en Divisiones horizontales, que parezca que no pertenezcan en su labor diaria a el mismo centro de trabajo. Se crearon a partir de 1982 las siguientes situaciones de distribución administrativa horizontal: Dirección Gerencia,

Dirección Médica, Dirección Económica-Administrativa y Dirección de Servicios Generales. Sin embargo la asistencia médica hospitalaria precisa para su inmediatez una organización piramidal. En ausencia de ella la acción cotidiana se enlentece y la responsabilidad se difumina.

Esta distribución horizontal ha propiciado además que también en los hospitales se haya consolidado el reparto de situaciones laborales en cargos de confianza y sin acción asistencial directa a costa de las plantillas de acción asistencial. Por ello, es fácil comprobar en las memorias de cualquier hospital andaluz, si se comparan con la relación de personal que percibe nóminas en los mismos, que más del 20% de la plantilla de acción asistencial directa se encuentra diluida en cargos de libre designación y función no asistencial directa.

Todo ello, unido a la congelación de plantillas, hace que en los Hospitales y en general en todos los Centros Asistenciales, la relación de personal sanitario con acción directa sobre el paciente y el número de éstos, haya bajado a ratios no europeos.

Pues aún puede disminuir más si se considera que se ha popularizado en el S.A.S. una situación administrativamente ilegal y de negativa repercusión sobre la asistencia como es la adjudicación habitual, masiva y sin criterios laborales o profesionales de las Comisiones de Servicio. El número de éstas que existen en el ámbito sanitario en Andalucía sobrepasa cualquier medida razonable. Como además las plantillas están congeladas, algunas de las plazas vacantes por comisión han de ser cubiertas por acceso directo y sin presupuesto al respecto.

La desmotivación de los profesionales sanitarios en su conjunto estriba en varios factores entre los que se pueden independizar los siguientes: La nula promoción profesional, la escasa participación en la gestión y programación de los centros y la aplicación de un modelo retributivo absurdo.

La nula promoción porque los profesionales tienen que ver como a lo largo de los años, las promociones más jóvenes, recién incorporadas o incluso habiendo sido formados por aquellos mismos, tienen su misma catalogación profesional y la misma retribución económica que ellos desde el mismo momento de su incorporación a los puestos de trabajo. La escasa participación en la gestión, porque se le han ido desnaturalizando poco a poco los órganos colegiados de que disponían para regularizar la acción laboral y profesional dentro de los centros, cuando no han sido abolidos directamente, mientras que

los cargos directivos y de libre designación recaen sobre personas con asiduidad alejadas del conocimiento técnico profesional o de la enseñanza de la experiencia y si en relación con la sintonía política a las estructuras administrativas. Modelo retributivo absurdo porque se basa en la disminución de emolumentos que rentabilicen la futura jubilación o garanticen los posibles períodos de accidentalidad y enfermedad, mientras que propician las retribuciones arbitrarias, no baremadas, en función de la voluntad de los gestores que han accedido por designación directa.

Todo ello ha provocado una situación de apatía en los profesionales sanitarios, que ven como cualquier iniciativa de progreso es bloqueada por las gerencias médicas, que con criterios políticos y partidistas, son los únicos responsables ejecutivos de la gestión.

1.3.2.4.- Listas de Espera.- Tanto las afectas a consulta médica cómo a intervención quirúrgica, han de pasar para su extinción, no por modelos iluminados y electoralistas a solucionarse mediante concertación privada in extremis, sino que previo a todo ello hay que lograr que los hospitales no se cierren para estas prácticas durante la jornada de tarde y que durante ella se articulen las acciones pertinentes para que todos los profesionales sanitarios que intervengan en estos actos puedan ser resarcidos mediante retribución económica o en descanso, según deseos de dichos colectivos.

De la misma manera, para las listas de espera quirúrgica, no se debe seguir permitiendo que determinados colectivos, como los Médicos Especialistas y Enfermeras o Enfermeros de los Centros Ambulatorios de Especialidades, no puedan operar a los pacientes que atienden, bien en los hospitales disponibles en jornadas de tarde o bien en Centros privados concertados a tal efecto. Debe hacerse un catálogo de patologías e intervenciones que pueden ser intervenidos bajos estos conceptos y las que han de ser realizadas en los hospitales.

## 2.- LAS PROPUESTAS ANDALUCISTAS

### 2.1. UN MODELO SANITARIO AL SERVICIO DE LOS CIUDADANOS

Todas las actuaciones están dirigidas a que los servicios de salud cumplan con el mandato constitucional de proteger la salud de los ciudadanos de Andalucía con un objetivo claro de obtener la satisfacción de los mismos.

Para ellos asumimos los siguientes puntos.

El Partido Andalucista propugna un modelo eficaz, de titularidad pública, capaz de garantizar los derechos constitucionales a la salud de acuerdo con los criterios de homogeneización de sistemas europeos, sustentados en los principios de equidad, solidaridad, suficiencia de recursos autonomía de gestión y participación social.

La Medicina preventiva y la promoción de la salud serán potenciadas, destinando recursos a la investigación en el campo de la Medicina preventiva, implicando en dicha investigación igualmente a la empresa privada.

Se dará prioridad a los programas de vacunaciones aumentando su cobertura.

Se incrementarán los recursos para luchar contra las enfermedades infecciosas y para la promoción de la salud materno-infantil.

La lucha contra el Sida se realizará a través de intensificar la educación sanitaria y la información de la población en general y especialmente de los grupos de riesgo.

## 2.2. ADECUACION DE LOS RECURSOS SANITARIOS

Negociación urgente con el Gobierno central de la revaloración de las transferencias y de la cobertura del déficit actual del Servicio Andaluz de Salud. La satisfacción de la deuda que el Gobierno Central tiene con Andalucía - algo más de 600.000 millones de pesetas- permitiría llevar a cabo las medidas que la Coalición "Poder Andaluz" propone en materia de Política Sanitaria.  
*el Partido Andalucista*

## 2.3. PROGRAMAS DE PROMOCION DE LA SALUD

### 2.3.1. Programa de Protección materno-infantil.

Dirigido a la protección y fomento de la salud de la madre y el niño.

Se establecerán programas de orientación y planificación desde el primer nivel de asistencia (Centros de Salud).

Control de los embarazos, se realizarán cinco visitas prenatales, la primera debe efectuarse en los tres primeros meses de gestación. Especial control se observará en los embarazos con riesgo.

Prevención de la subnormalidad, mediante protocolos de diagnóstico prenatal de enfermedades congénitas, que incluirán estudios analíticos-metabólicos, de ADN y ecográfico, en unidades habilitadas para tal fin.

Plan para prevención de los accidentes infantiles y contra los abusos y malos tratos en la infancia.

### 2.3.2. Programa de lucha contra las drogodependencias, alcoholismo y tabaquismo.

Se potenciarán las campañas de sensibilización ante estos problemas. Disminución de la oferta de drogas legales y aumento de la lucha contra el tráfico de las drogas ilegales mediante acciones conjuntas con otros organismos de la Administración.

Acogida, atención médica y reinserción del drogodependiente, mediante la creación de centros especializados de carácter ambulatorio, de unidades hospitalarias de desintoxicación y una estrecha colaboración con centros o con unidades terapéuticas ocupacionales, mediante acuerdos con entes locales y subvención de los centros ya existentes organizados por la Administración o por sociedades sin ánimo de lucro debidamente acreditadas.

### 2.3.3. Programa de lucha contra el Sida.

Se asegurará la práctica de controles sobre sangre y hemoderivados mediante instrumentos diagnósticos para no quedar obsoletos.

Creación de un laboratorio andaluz de referencia para la confirmación de casos, que disponga de métodos de "westernblot" y de técnicas de ingeniería genética para el estudio de recién nacidos de madres portadoras.

Incrementar las dotaciones presupuestarias para investigación y tratamiento de la enfermedad.

### 2.3.4. Programa sanitario del medio ambiente.

Se promoverá un plan urgente de saneamiento integral que permita un correcto tratamiento de aguas residuales mediante estaciones de depuración, siendo urgente su instalación en aquellos núcleos urbanos que vierten sus residuos a la costa. Este plan evitará la utilización de aguas residuales en el regadío de producciones hortofrutícolas .

Se prestará una atención especial a los residuos radioactivos, especialmente los líquidos, cuya retirada ha escapado tradicionalmente al control de la Administración. Para ello se establecerán acciones en colaboración con la Consejería de Trabajo y Fomento.

Se actuará en colaboración con los Entes Locales para el establecimiento de un Plan de eliminación, tratamiento y reciclaje de los residuos, tanto domésticos como industriales.

Se ampliará la red de vigilancia de la calidad sanitaria de las aguas de abastecimiento público y se corregirán los defectos que se detecten.

Se potenciarán las acciones encaminadas al saneamiento ambiental de las playas: evitar la contaminación por vertidos e instalación de duchas y servicios higiénicos y de limpieza.

#### 2.3.5. Plan Gerontológico andaluz.

Se ampliarán los servicios asistenciales y de vigilancia sanitaria a este colectivo al objeto de mejorar su calidad de vida y su actitud personal.

Se facilitará la incorporación de nuestros mayores a la vida activa promoviendo su participación en acciones de voluntariado.

Se sensibilizará a la sociedad sobre la necesidad de asumir actitudes solidarias con los colectivos de personas mayores.

Se deben de incentivar los programas de investigación socio-clínico-gerontológico

#### 2.4. ATENCION PRIMARIA

La Atención Primaria de la salud, como primer nivel de asistencia, ha de poder dar respuesta eficaz a las demandas de salud de los andaluces.

Se potenciará la coordinación entre todos los profesionales de Atención Primaria y entre los distintos niveles asistenciales. Se estudiará la figura del Médico Rural, como paso previo a su recuperación.

Se estudiará un programa de reutilización de los Médicos y Enfermeras-os recién terminados, para que colaboren durante un año con los Médicos rurales en orden a la actualización de ambos por simbiosis.

Introducir medidas de incentivación, tanto económicas como profesionales, con objeto de obtener un grado más alto de motivación en el trabajo y de mayor participación en la gestión. Los sistemas retributivos han de ser baremados previamente, sin posibilidad de alteración a voluntad de los gestores o contratadores.

Se introducirán medidas organizativas en la dirección y gestión de los Centros de Salud, Centros Ambulatorios de Especialidades y Hospitales con objeto de superar el actual embrollo burocrático y simplificar los trámites administrativos.

Se restaurará la vía piramidal jerárquica en los Centros Asistenciales y Hospitalarios.

Se potenciará la colaboración de los Centros de Salud con los sistemas de urgencias de las principales ciudades.

Se propiciará la creación de una tarjeta sanitaria única e informatizada que permita la transferencia de datos de un centro a otro para evitar la duplicidad de gestos y gastos.

## 2.5. ASISTENCIA HOSPITALARIA

El modelo hospitalario descentralizado que propugnamos, se basa en el aprovechamiento de los equipamientos ya existentes, sean públicos o privados, creando una red de utilización pública, financiada públicamente a través de contratos, suprimiendo el concepto de complementariedad en que se encuentran los centros que no son propiedad del SAS.

Los hospitales gestionados por el SAS se transformarán en empresas públicas con plena autonomía de gestión, respetando los derechos adquiridos por sus trabajadores.

Se velará porque los hospitales de referencia de mayor nivel dispongan de recursos suficientes para hacer frente a los retos de la Medicina moderna, potenciándose el empleo de la alta tecnología médico-sanitaria.

Se potenciará la red de hospitales comarcales de Andalucía agilizando la construcción de los ya programados y aumentando la capacidad de los ya existentes.

Se jerarquizarán las actuaciones terapéuticas en los hospitales comarcales y troncales, para evitar duplicaciones de medios, aumento de gastos y déficit experiencial en los profesionales.

## 2.6. OTRAS ACTUACIONES SECTORIALES

Se potenciará la atención a los enfermos mentales en los tres niveles del sistema sanitario general, preventivo, asistencial y de rehabilitación. Impulsándose las fórmulas de asistencia ambulatoria, hospital de día y atención domiciliaria. Se tendrá especial cuidado con la atención psiquiátrica infantil y juvenil.

Se mejorará la coordinación de los recursos para atender las urgencias médicas y el transporte de enfermos críticos. Y se impulsará la construcción de nuevas helisuperficies en los grandes hospitales.

Se establecerá un programa de formación continuada de los profesionales sanitarios en colaboración con colegios profesionales y Universidad, introduciendo incentivos al reciclaje profesional.

Se fomentará la colaboración con Universidades europeas para la organización de cursos especializados (masters) que permita dotar al sistema sanitario andaluz de técnicos cualificados que completen los actuales equipos.

Se creará una ley específica que reordenará la formación de los especialistas de las profesiones sanitarias. Se potenciará el sistema MIR y se ampliarán vías alternativas para la obtención de títulos de especialistas para adecuar el marco legal vigente a las exigencias de la CE.

Lucha contra el cáncer. El cáncer ocupa en la actualidad el segundo lugar entre las causas de muerte en Andalucía. Sin embargo, un sistema de detección precoz permitiría reducir el número de muertes por esta causa. Este problema merece un trato preferente promoviendo acciones de prevención en algunos tipos de tumores (mama, piel, colorectal y broncopulmonar) y corregir las graves deficiencias en la asistencia oncológica, que originan serios retrasos en el diagnóstico y tratamiento.

## 2.7. POLITICA FARMACEUTICA

En el marco de los respectivos planes de salud, se propondrán medidas dirigidas a la mejora de la selección de medicamentos en la Atención Primaria, así como a la promoción de hábitos saludables en relación con la utilización de medicamentos en grupos específicos de la población (infancia, embarazo, tercera edad). En esta línea, se potenciará el sistema de farmacovigilancia, las encuestas de salud y la formación continuada de los profesionales.

Se colaborará con la industria farmacéutica para incidir sobre el buen uso de los medicamentos por parte de la población.

Se promoverá el consenso con los profesionales farmacéuticos con el objetivo de que las farmacias se conviertan en agentes activos en la difusión de la promoción de la salud y de la prevención de la enfermedad.