

1. AGRADECIMIENTOS: Consejera del SNS: Dña. Marta Vera.
Directora de salud: Dña. Cristina Ibarrola.
Director de AP: Dr. Nacho Yurs.
Subdirectores de área: Dra. Karmele Ayerdi,
COM y su representante: ausente.
2. GASTO SANITARIO: Sabemos que pedir ahora un aumento del presupuesto en sanidad es como aullar a la luna y probablemente sea poco realista.

Déficit histórico de presupuesto de la sanidad pública, y especialmente de la AP con respecto a AE. La investigación al respecto (2,3,4) desvela la existencia y reforzamiento de un hospitalocentrismo presupuestario en la Sanidad pública en la última década. En euros corrientes, y a lo largo del período citado, el **gasto hospitalario total creció en España un 82%**.

Entre 1996 y 2008 el **número de los médicos hospitalarios por 100.000 habitantes aumentó en España un 24,5%**, en tanto que el número de pacientes atendidos por 100.000 habitantes lo hizo en un 17,2%.

El dinero que los hospitales dedican a los medicamentos ha pasado de unos 3.700 millones de euros en 2006 a casi 5.800 al año en 2010, es decir, se ha disparado alrededor de un 55% en dos años.

Mientras que el gasto farmacéutico ha crecido un 7% anual, el hospitalario un 15%.

Porque es sin duda esa, el precio de los productos, una de las explicaciones del desmedido gasto. Los medicamentos destinados a tratar algunas patologías y las nuevas moléculas, cuyo uso está creciendo, tienen un precio muy elevado. Muchos expertos se cuestionan su financiación ya que se están consumiendo independientemente de si son coste efectivas o no. Pero eso hay que analizarlo. Algo que no se hace bien. *Se espera que el coste de los ttos oncológicos pase de 20.000 E per cápita en la actualidad a 70.000 E en unos pocos años. Por ejemplo, entre 2005-2010 el gasto hospitalario en inmunosupresores ha crecido más de un 800%.* El sistema nacional de salud financia más del 90% de lo que aprueba en la Agencia Española del Medicamento. Mientras, casi todas las políticas de reducción del gasto farmacéutico se han dirigido a la dispensación en farmacia, y por lo tanto a la APS.

En Galicia, según un estudio, sólo el 15% del aumento del gasto farmacéutico se relaciona con el incremento de la población mayor de 65 años. El aumento de la población con más edad sólo es responsable de entre un 5-20% del incremento del gasto. El 95-80% tendría otras causas, especialmente la sobreutilización tecnológica.

España está a la cabeza de la UE-15 en los índices de recursos tecnológicos por habitante. El 30% del gasto sanitario total en España procede de un uso inapropiado de tecnologías médicas, con el riesgo para la población que esto supone.

3. PERSONAL TEMPORAL: los recortes más sensibles son los de personal. Seguimos teniendo muchos cupos de AP masificados (con más de 1500 personas por médico), con unos ratios de médicos un 20% inferiores a la media europea. La demanda absorbe nuestro quehacer diario y nos hace muy vulnerables a la supresión de la contratación de personal.

Dependemos del personal en régimen temporal, y esta situación tememos pueda conllevar un franco empeoramiento de sus condiciones laborales. La bonanza, el paro o entre los médicos de AP, va a acabar. Y deberemos ser extremadamente cuidadosos en la contratación para evitar que muchos compañeros vuelvan a optar por la salida a otras comunidades o estados o por el cambio de especialidad.

4. DOCENCIA. Un médico es un profesional altamente cualificado capaz de tomar decisiones rápidas y generalmente acertadas en situaciones de gran incertidumbre, que precisa estudiar y formarse toda la vida.

La docencia es pues necesaria. La AP arrastra una carestía histórica de docencia, pero se contemplaba de forma casi testimonial en la jornada laboral. Por lo menos existía, y dice muy poco de un SNS que no se ocupa de la docencia de sus profesionales. Y lo mismo hay que decir de la investigación.

5. PLAN DE MEJORA. Aprobación en 2006 por el Consejo Interterritorial del Proyecto AP-21 cuya estrategia nº 36 recomienda aumentar la inversión en Atención Primaria por encima del incremento medio del presupuesto sanitario público. Paralelamente el Plan de Mejora de la AP en Navarra se inició a partir de un acuerdo de la SNaMFAP, la P10M y la DAP en el 2008. En la última legislatura estábamos pendientes de su extensión, problemas de presupuesto y de fidelización de personal. El Plan de Mejora es la gran esperanza de la AP de Navarra, y esperamos que la infrapresupuestación no hiera de muerte el proyecto. Lo expuesto vale también para la receta electrónica.
6. Agradecer a Dr. Nacho Yurs su predisposición. Rogar educación y respeto.