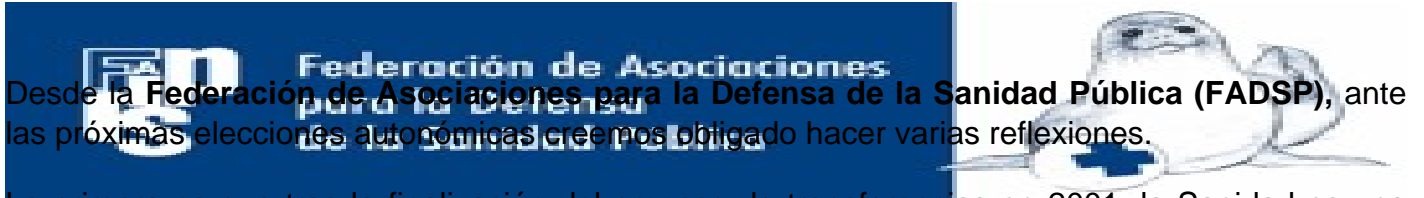


La Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública ante las elecciones autonómicas

23 propuestas para recuperar y mejorar los servicios públicos de salud



Desde la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (FADSP), ante las próximas elecciones autonómicas creemos obligado hacer varias reflexiones.

La primera es que tras la finalización del proceso de transferencias en 2001, la Sanidad es una competencia casi exclusivamente autonómica, a lo que hay que sumar la falta de sistemas eficaces de cohesión del Sistema Nacional de Salud (SNS), por ello este proceso electoral es de especial importancia en el ámbito de la salud porque va a definir la política sanitaria de las CCAA.

La segunda es que existen grandes diferencias interautonómicas en el estado de salud de la población y en el funcionamiento de los sistemas sanitarios regionales, tal y como se ha detectado los 11 Informes sobre la situación de los servicios sanitarios de las CCAA, elaborados por la FADSP desde 2004, en los que se evidencia una diferencia excesiva entre las mismas. En el XI Informe (2014) la puntuación entre el máximo y el mínimo iba de 82 a 46, situándose Baleares, Murcia, Canarias y Comunidad Valenciana en los últimos puestos (Valencia es la última en 10 de los 11 informes realizados y ocupa ese puesto de manera ininterrumpida desde 2007). <http://www.fadsp.org/index.php/sample-sites/manifiestos/872-los-servicios-sanitarios-de-las-ccaa-informe-2014>

La Sanidad Pública en España sufre un proceso de recortes, deterioro, desmantelamiento y privatizaciones que aunque proviene desde hace tiempo se ha agudizado en estos últimos tiempos con la excusa de la crisis

Tres han sido las principales medidas en este proceso, la primera el Real Decreto Ley (RDL) 16/2012, la segunda los recortes económicos a que se ha sometido a la sanidad como a otros servicios públicos y luego las privatizaciones.

I) RD Ley 16/2012

El 24 de abril de 2012 el BOE publicaba el RDL 16/2012 que quizás irónicamente se denominaba *“de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones.”*

En el RD Ley se planteaban 5 aspectos fundamentales, que se han unido a los otros dos que han ido funcionando en paralelo pero también con importantes repercusiones sobre la Sanidad Pública, y que se van a analizar brevemente a continuación:

1) Cambio del modelo sanitario

El RDL plantea un cambio del modelo sanitario que de estar basado en la ciudadanía y tener

carácter universal (Ley general de Sanidad y Ley General de Salud Pública), pasa a centrarse en la condición de asegurado. De ello se derivan exclusiones de colectivos:

- Las personas con ingresos superiores a 100.000 € anuales.
- Los inmigrantes no regularizados.
- Los extranjeros con estancias temporales en España.
- Los mayores de 26 años que no han cotizado a la Seguridad Social, posteriormente mediante orden ministerial se les asegura cobertura como “sin recursos” si tienen rentas inferiores a 100.000 € anuales.
- Más recientemente se ha añadido la exclusión de quienes vivan durante más de 90 días fuera de España.
- En teoría para cubrir a las personas excluidas de la cobertura se establecieron unos convenios especiales (con precios prohibitivos para el colectivo más necesitado, es decir los inmigrantes irregulares) que como era de esperar han tenido escasísimo éxito.

Los resultados han sido especialmente graves en el colectivo de inmigrantes no regularizados (hay al menos dos muertes documentadas) y se desconoce el número real de personas que han visto agravada seriamente su salud. El número de personas con problemas por estancias prolongadas en el exterior (básicamente en busca de trabajo) no se conoce. La normativa referente a los extranjeros con obligación de pago existía previamente al RDL y los ingresos por este concepto no parece que hayan sido relevantes en comparación con los que existían previamente, en todo caso se deben a una mayor diligencia de las CCAA en el cobro que no a los efectos de esta normativa.

Es importante resaltar que, aunque se ha paralizado en sus aplicaciones más lesivas, es evidente que la intencionalidad de este cambio es avanzar progresivamente hacia un modelo de seguros, lo que supondría un aumento del gasto sanitario y de las desigualdades en el acceso, tal y como demuestra la experiencia internacional (el caso más reciente es el de Holanda). También que el Tribunal Constitucional ya ha avalado en 2 casos (recursos a la normativa del País Vasco y Navarra) la paralización de su aplicación en estos territorios y que varias CCAA más han realizado normativas propias para garantizar en todo o en parte la atención sanitaria, en conclusión se ha generado más desigualdad, ningún ahorro y problemas muy graves para algunas personas.

2) Revisión de la cartera de servicios

Se fracciona la cartera de servicios en 3 (básica, complementaria y suplementaria) quedando solo la primera como gratuita, estableciéndose copagos para las otras 2. Hasta ahora el proceso de revisión de la cartera básica ha avanzado poco, pero como era de esperar se han producido recortes y además con el entorno de la ideología ultracatólica dejando fuera de la fecundación in Vitro en el SNS a las parejas homosexuales y a las mujeres solteras.

De nuevo nulos resultados económicos y si discriminación con motivaciones ideológicas.

3) Copagos generalizados: Farmacia, transporte, dietas, prótesis y ortesis

Es uno de los aspectos que más ha avanzado. El nuevo copago en farmacia se instauro rápidamente (aumento del porcentaje a pagar por los activos y establecimiento del 10% a los

pensionistas con topes según tramos de ingresos), los otros con menos rapidez, el de ortesis, prótesis y dietas tardo mas y el del transporte sanitario se paralizó en su aplicación, porque sigue estando vigente según el BOE, después del Informe del Consejo de Estado que lo desaconsejaba. Una situación aún mas curiosa es la del copago de los medicamentos que se dispensaban en las farmacias hospitalarias, sobre el que existe una normativa de octubre de 2013 que obliga a cobrarlo a todas las CCAA pero a día de hoy ninguna lo ha aplicado y que recientemente el Ministro de Sanidad ha señalado que no se aplicara.

4) Nuevo medicamento

Se excluyeron más de 400 medicamentos de la financiación pública, medicamentos cuyo coste (PVP) se incremento notablemente, en muchos casos más del 100%, que paso a ser sufragado en su totalidad por los pacientes.

El recorte en farmacia es según el Ministerio de Sanidad el principal éxito del RDL. Claro esta que si vamos a los datos concretos las cosas son distintas, de manera que mientras el gasto farmacéutico de recetas ha disminuido en 3.305 millones € desde la entrada en vigor del RDL hasta diciembre de 2013, el gasto farmacéutico de los hospitales aumento en 2.087 millones € en el mismo periodo, y se ha constatado un aumento del gasto en recetas mantenido en los 6 últimos meses respecto al mismo periodo del año anterior. Por otro lado el ahorro del gasto farmacéutico es en un 60% debido a los medicamentos no financiados y en un 40% son aportaciones de los ciudadanos, es decir se ha trasladado gasto farmacéutico público a gasto privado.

Finalmente existen encuestas que señalan que un porcentaje elevado de personas no retiran los medicamentos prescritos (el 14,76% del total que se eleva al 20,39% de los pensionistas y el 25,92% de los parados). Como es habitual el Ministerio de Sanidad mira para otro lado y no ha hecho ningún tipo de seguimiento ni de estos casos, ni de los posibles problemas sanitarios resultantes de este no consumo de medicamentos prescritos, pero si tenemos en cuenta la literatura científica publicada al respecto es probable que se haya producido un empeoramiento de las enfermedades de estas personas y una sobreutilización de recursos sanitarios (ingresos, etc.), lo que ha podido comprobarse en algún caso en nuestro país.

5) Agencia de compras

La puesta en funcionamiento de un sistema centralizado de compras fue uno de los “argumentos” utilizados para el *marketing* del RDL, pero al final quedo recogido como “*Se fomentara la compra conjunta y centralizada*” (Adicional cuarta) lo cual, como ya señalamos en su momento no garantizaba su aplicación. Por supuesto la compra centralizada del SNS permitiría aplicar los beneficios de las economías de escala y ha sido una reivindicación de la FADSP desde hace tiempo. Hasta ahora tanto ruido se ha quedado limitado a la compra conjunta de vacunas por parte de algunas CCAA (lo que ya se había hecho antes del RDL) y poco mas, de manera que los supuestos ahorros se han quedado en casi nada, demostrándose una vez mas que el Ministerio de Sanidad recorta a los indefensos, pero no a los mas poderosos.

II) Recortes presupuestarios

Los recortes presupuestarios no estaban directamente incluidos en el RDL aunque la justificación

del mismo fue un supuesto exceso de gasto sanitario “insostenible”. No obstante se han producido drásticos recortes presupuestarios coincidiendo con su aplicación. El gasto sanitario público paso de 70.464 millones € en 2009 (liquidación) a 67.626 millones en 2011 (liquidado) y en 2014 los presupuesto sanitarios públicos de las diferentes administraciones suman 57.632 millones €, es decir 12.832 millones € menos.

El sistema de financiación de las CCAA es una parte del problema. Primero porque se parte de una insuficiencia general que ha sido reconocida por el propio Gobierno en la Conferencia de Presidentes. Segundo porque esta basado en la capacidad de las CCAA para generar recursos, a pesar de que la riqueza, medida en PIB per cápita tiene una distribución muy desigual, según datos del INE (datos publicados en 2015), este tenía un rango en 2013 entre 15.026 € (Extremadura) y 28.915 € (Madrid) lo que supone una gran diferencia a la hora de la recaudación tributaria; y tercero porque el actual sistema de financiación deja al libre criterio de cada una de las CCAA la decisión de su gasto sanitario. Cuarto, porque la transferencia de fondos a cada comunidad como conjunto y las partidas extras (como las procedentes de los fondos de cohesión o del céntimo sanitario) no son finalistas y cada Comunidad puede destinar finalmente esos dineros a donde electoral o coyunturalmente mas le interese, independientemente de la necesidades reales de salud o servicios sanitarios de su población.

El resultado es que los presupuestos per cápita de las CCAA para 2015 se sitúan en un promedio de 1240,60 €, con un máximo de 1548,34 y un mínimo de 1004,32.

Los resultados de estos recortes han sido cierres de camas hospitalarias, reducciones de personal (55.000 trabajadores menos en la Sanidad Pública en España en 2014 respecto a 2009), aumento de las demoras en atención primaria, incremento de las listas de espera quirúrgicas y de consultas de especialistas y pruebas diagnósticas, saturaciones en las urgencias con incremento de las personas que esperan varios días para su ingreso, cierres de puntos de atención continuada, de horarios de tarde de centros de salud de actividad de tarde en los hospitales y un larguísimo etc.

III) Privatizaciones

Paralelamente han continuado las privatizaciones de los servicios sanitarios públicos. Privatizaciones que han sido distintas en intensidad según las CCAA, mas intensas en Cataluña, Madrid, Valencia, Baleares, Galicia, La Rioja y Castilla y León, pero que han existido en menor medida en todas las autonomías. En el Informe sobre “la privatización sanitaria en las CCAA” elaborado por la FADSP en 2014, las 5 más privatizadas eran por este orden: Madrid, Cataluña, Galicia, Baleares y Canarias. <http://www.fadsp.org/index.php/sample-sites/notas-de-prensa/778-informe-sobre-la-privatizacion-sanitaria-de-las-ccaa>

Cinco hechos son relevantes. El primero es la utilización de una multitud de formulas concretas (concesiones administrativas, PFI, EBAs, conciertos, subcontrataciones, etc.) sin que se haya producido ninguna evaluación de las mismas; el segundo es el sobrecoste que significa este proceso privatizador (en torno a 6-8 veces mas de coste y con sistemas de actualizaciones automáticas de los mismos lo que los hace cada vez mas gravosos); el tercero es la opacidad de todos los procesos y de los datos de la actividad de los centros privatizados; el cuarto es que no hay evidencia que demuestre que mejora la eficiencia del sistema sanitario (tal y como señala el último Informe del grupo de expertos de la Comisión Europea); y el quinto es el gran rechazo

social y profesional que se ha producido contra las privatizaciones, de manera que el proceso esta ralentizado y se buscan formulas menos visibles ante la opinión pública (derivaciones de actividades concretas, implantación de “unidades de gestión clínica”, etc.).

Algunos resultados

Aunque como ya se ha señalado la opacidad es la norma y no se ha realizado ninguna evaluación seria por parte del Ministerio de Sanidad, tenemos algunos datos que son relevantes y que merece la pena resaltar:

El cambio de modelo sanitario ha tenido una repercusión muy negativa sobre la salud del colectivo de inmigrantes no regularizados, produciendo algunas muertes y muchos casos de desatención y empeoramiento de la salud de miembros de este colectivo. Aparte de las consideraciones humanitarias y de la posible vulneración de derechos humanos básicos, no se ha logrado un ahorro significativo y si se han producido serios riesgos para la salud de este colectivo en concreto y de toda la población.

Todavía esta por ver las repercusiones que tendrá alguna otra exclusión (por ejemplo las personas con estancias superiores a 90 días en el extranjero), pero tampoco existe ningún mecanismo en marcha para evaluarlo.

Las modificaciones en la cartera de servicios tiene un impacto económico irrelevante y en cambio plantea serios problemas de discriminación por motivos ideológicos.

Las medidas sobre la prestación farmacéutica han trasladado gasto sanitario público a gasto privado (de los bolsillos de los pacientes) generando desigualdades y creando entre los pensionistas grupos significativos que no retiran los medicamentos prescritos con los resultados que tendrá sobre su salud.

Se ha producido un aumento muy importante de las listas de espera, tanto quirúrgicas como en consultas externas, pruebas diagnósticas y en citas en atención primaria.

La opinión de la ciudadanía sobre el SNS ha empeorado de manera que ha bajado la puntuación que le dan los ciudadanos y se ha incrementado el número de ciudadanos que piensa que ha empeorado la atención primaria, la atención especializada y las listas de espera (datos del Barómetro Sanitario de 2014). La Sanidad ha pasado a ser el 5º problema del país (12,1%) y el 4º que mas afecta personalmente a los ciudadanos (11,5%) según la última encuesta del CIS (febrero de 2015).

Incluso a nivel internacional existen varios informes que nos alertan de los graves problemas que estas medidas pueden producir sobre el sistema sanitario y la salud (*OCDE Health at a Glance 2013*, FMI 2013).

PROPUESTAS PARA RECUPERAR LA SANIDAD PÚBLICA Y EL DERECHO A LA SALUD

En este contexto, entendemos que los programas de las fuerzas políticas que concurren a este proceso electoral deberían de proponer los siguientes objetivos:

1. **Derogar el RD Ley 16/2012** garantizando el derecho a la salud de todas las personas, eliminando la fragmentación de la cartera de servicios y los copagos.
2. **Recuperar las dotaciones de personal e infraestructuras** que existía previamente a los recortes, incrementando la dotación de personal de los servicios sanitarios y volviendo a poner en funcionamiento las camas y quirófanos, puntos de atención continuada y consultas cerradas.
3. Hay que **paralizar el proceso privatizador** de la Sanidad y propiciar la integración en la red sanitaria pública de los centros que reciben financiación pública y tienen modelos de gestión empresariales cambiando este carácter por el de entidades públicas en todos sus aspectos. Debe de garantizarse por Ley la provisión pública prioritaria de las prestaciones financiadas con fondos públicos y paralizar maniobras privatizadoras como las unidades de gestión clínica.
4. Deben de **recuperarse los centros privatizados** estableciendo programas escalonados de reversión de los mismos al sistema público
5. Poner en funcionamiento **sistemas de Información sanitaria que aporten datos homogéneos para todas las CCAA** que permitan realizar evaluaciones, lo que precisa el establecimiento de estándares comunes para la recolección y tratamiento de la información sanitaria en todo el SNS. Esta debería ser una tarea prioritaria del Consejo Interterritorial de Salud.
6. Los ciudadanos tienen derecho a tener acceso a los datos actualizados referentes a la situación de salud y al funcionamiento de los servicios sanitarios, por lo que es imprescindible garantizar la **publicidad actualizada de todos los indicadores**. La transparencia es un requisito imprescindible en un servicio público.
7. Debe asegurarse una **financiación suficiente del Sistema Nacional de Salud**. Esta suficiencia exige un incremento de la financiación en razón de las necesidades de salud y debe suponer, aproximadamente, entre 1 y 1,5 puntos de porcentaje sobre el PIB de incremento y asignar este incremento con criterio finalista.
8. Es imprescindible el desarrollo del **Plan Integrado de Salud**, tanto para fijar los objetivos de salud del SNS, como para adecuar la financiación a la consecución de estos objetivos.
9. Los **Fondos de Cohesión deberían de incrementarse** sustancialmente, incluyendo en ellos toda la financiación adicional y asegurando su reparto entre las CCAA en razón de los objetivos del Plan Integrado de Salud.
10. También es necesaria la **elaboración de Planes de Salud en cada CCAA** para fijar los objetivos de la política sanitaria y establecer la distribución de los fondos públicos dedicados a Sanidad. Sería conveniente que este Plan de Salud fuera aprobado por el parlamento autonómico.
11. Deben de establecerse **estándares mínimos y ponderados de recursos sanitarios**: camas, profesionales médicos y de enfermería (de atención primaria y especializada) /1.000 habitantes (siendo lo deseable que pudieran ponderarse en relación con otras variables como estructura etaria de la población, dispersión, etc.), para garantizar una dotación adecuada de los servicios sanitarios públicos acercando nuestra situación a la de la media del contexto europeo.
12. Hay que **reforzar la provisión sanitaria pública**, favoreciendo una mayor integración de

los recursos en las áreas de salud y la interconexión entre los niveles asistenciales.

13. Hay que **potenciar la Atención Primaria de Salud** con el desarrollo de la estrategia de AP-21, asegurándole una dotación económica y el desarrollo de las funciones de promoción y prevención.
14. Es preciso poner en funcionamiento una **red sociosanitaria pública** coordinada con la atención sanitaria y sin que esto suponga una nueva privatización de otra parcela los servicios públicos
15. Hay que articular **centros de referencia supracomunitarios** (bien a nivel estatal o para varias CCAA) porque es evidente que el tamaño de todas las CCAA no es compatible con el mantenimiento de todos los servicios sanitarios con una calidad adecuada. EL Consejo Interterritorial (para los centros estatales) y los acuerdos entre CCAA serian los mecanismos adecuados para asegurar esta colaboración en el ámbito del SNS.
16. Hay que realizar una **evaluación de las desigualdades en salud**, tanto en el conjunto del SNS como dentro de las CCAA, analizando los diferentes aspectos que pueden influir en las mismas (nivel socioeconómico, género, política sanitaria y financiera aplicada, etc.) para poder desarrollar estrategias adecuadas para su reducción.
17. Deben desarrollarse **mecanismos efectivos y reales de participación de profesionales y ciudadanos** en el funcionamiento y gestión de los servicios sanitarios públicos.
18. Hay que apoyar el **mantenimiento y mejora de las Áreas Sanitarias** como espacio para la planificación sanitaria equitativa y racional en base a las necesidades reales de los ciudadanos.
19. Asegurar la sostenibilidad del sistema público a través de un pacto de estabilidad del mismo y del **control y racionalización del gasto farmacéutico y tecnológico** (nuevas tecnologías de imagen, informatización y megabases de datos...).
20. **Garantizar la confidencialidad de la información de salud** de los ciudadanos depositada en las bases de datos públicas, a través de mecanismos de control democrático, excluyendo en todo caso el acceso, gestión o cesión de esos datos a entidades privadas o semiprivadas y persiguiendo de oficio cualquier violación de los mismos.
21. Desarrollar una **política de personal** que, manteniendo el **carácter estatutario** de la relación, favorezca la **dedicación exclusiva**, la **formación continuada** por el sistema sanitario pública, el **desarrollo profesional** y la **dirección participativa por objetivos**.
22. **Oposición a la aprobación del Tratado de Libre Comercio entre Estados Unidos y la Unión Europea**, al tratado de libre comercio entre Canadá y la UE (CETA) y el Acuerdo sobre el Comercio de Servicios (TISA)
23. **Establecer auditorias** sobre los gastos de las Consejerías de Sanidad de las CCAA, y garantizar a transparencia de los gastos sanitarios.

Pensamos que todos estos objetivos son fundamentales para mejorar la Sanidad Pública. Estamos viviendo un momento crítico de recortes, deterioro, desmantelamiento y privatización de la Sanidad Pública, por lo que es precisa una actuación decidida para frenar este proceso y para fortalecer el mejor sistema sanitario que ha tenido nuestro país.

Desde la FADSP instamos a todas las organizaciones que se presentan a las próximas elecciones autonómicas a asumir estas propuestas y apoyaremos a todas las que asuman este compromiso con la Sanidad Pública y la salud de la ciudadanía.