

Marciano Sánchez Bayle

Propuestas para reconstruir la Sanidad Pública después de la pandemia

La pandemia parece que está en disminución en nuestro país, aunque todavía está por ver si se produce un rebrote con la desescalada asimétrica y seguida con poca responsabilidad por una parte, minoritaria pero importante, de la población. Esperemos que el efecto de la subida de las temperaturas pueda protegernos. En todo caso, parece bastante probable que haya un repunte de casos en el próximo otoño e incluso que el virus y sus efectos sobre la salud no dejen de ser un peligro durante un tiempo prolongado.

La pandemia ha puesto en evidencia algunos problemas que nuestro sistema sanitario arrastraba hacia tiempo.

1. Infr FINANCIACIÓN SANITARIA

El gasto sanitario público es crónicamente insuficiente y en disminución desde la crisis, pasando del 6,8% PIB en 2009 al 6,33 en 2014 y al 6,27 en 2018. En \$, el poder paritario de compra (PPC) por habitante y año se sitúa en 2.341 \$ ppc (frente a 3.038 del promedio OCDE), y según Eurostat en 1.568.02 € (frente a 2.292 del promedio UE). El gasto sanitario público sobre el total ha disminuido: 70,5% sobre gasto sanitario total en 2018 (frente al 75,4% en 2009 y el 73,8% de promedio OCDE y el 79,4% de la UE).

Por otro lado, hay una distribución muy desigual entre CCAA, de manera que en los presupuestos aprobados para 2020 la media estaba en 1.487 €, con un máximo de 1.809 (País Vasco) y un mínimo de 1.236 € (Madrid), una diferencia de 573 € que dificulta de una manera significativa el que se tenga acceso a las mismas prestaciones en cantidad y calidad.

2. Elevado gasto farmacéutico

El gasto farmacéutico ha sido siempre elevado en nuestro país (por encima del promedio de la UE y la OCDE en % sobre gasto sanitario), pero se ha incrementado en este periodo. Así, se pasó de un 12,6% del gasto sanitario en 2009 a un 18,6% en 2017 (datos OECD Health Data 2019), lo que supone un incremento de 12.727 millones \$ ppc. Entre 2014 y 2018 el incremento anual del gasto farmacéutico (según los datos del Ministerio de Hacienda) ha continuado muy por encima del que han tenido los presupuestos sanitarios públicos (9,5 entre 2014 y 2015; 1,3 entre 2015 y 2016; 3 entre 2016 y 2017; 4,7 entre 2017 y 2018 y 4,6% entre 2018 y 2019), es decir, que todo el incremento de presupuestos sanitarios lo absorbió el gasto farmacéutico incontrolado.

3. Debilidad de la Atención Primaria

La Atención Primaria (AP) fue especialmente castigada por los recortes: sus presupuestos pasaron de ser el 14,88% del Gasto Sanitario Público en 2010 al 13,50 en 2017. A resultas de ello se produce una situación con pocos recursos y mucha presión asistencial (en 2018 el 38,77% de los médicos/as de familia tenían > 1.500 TSI) y además hay más profesionales de medicina

que de enfermería cuando los estándares internacionales recomiendan una relación de 1,5 de enfermería por cada 1 de medicina. Esta presión asistencial ha disparado las demoras: según el Barómetro Sanitario, en 2018 el 24% de la población declaró recibir cita con 6 o más días de demora y en alguna comunidad autónoma (Cataluña) la cifra se eleva al 48,3%. Como resultado, se ha producido un aumento de la utilización de urgencias (14,74% entre 2010 y 2017). Más información en el [Informe: Repercusiones de la Crisis sobre la Atención Primaria. Evolución en las CCAA](#) disponible en la web www.fadsp.org.

4. Insuficiente número de camas hospitalarias

Tradicionalmente ha existido un número comparativamente bajo de camas hospitalarias en el país en relación a los estándares internacionales (3 camas/1000 habitantes en 2017; media OCDE: 4,5; media UE: 5,21), muy especialmente de camas de media y larga estancia. A pesar de ello, entre 2010 y 2018 se cerraron 12.079 camas en el conjunto del país. Los problemas de la atención especializada están recogidos en el [Informe situación actual y evolución de la Atención Especializada en las CCAA](#) también disponible en la web www.fadsp.org

5. Recursos humanos insuficientes y mal planificados

Los trabajadores sanitarios disminuyeron durante la época de recortes (entre 30.000 y 52.000, según las fuentes) y su número todavía no se ha recuperado. Por otro lado, se produjo un drástico recorte de plazas de formación de postgrado (de 6.994 en 2009 a 6.079 en 2015), que ya empiezan a recuperarse (7.615 en 2018), aunque hay que tener en cuenta que el impacto sobre el sistema sanitario no se verá hasta dentro de 4 años (tiempo medio de formación MIR). Hay una carencia muy notable de personal de enfermería, ya señalada anteriormente (5,7/1000 habitantes frente a 8,5 de promedio de la UE), que no tiene visos de recuperarse a corto plazo, ya que estamos por debajo del promedio de la OCDE en nuevos profesionales de enfermería/100.000 habitantes. Asimismo, existe un deterioro continuado de las condiciones laborales, que tiene que ver tanto con la elevada presión asistencial como con la situación de precariedad de una gran parte de los trabajadores de la Sanidad Pública.

6. Privatizaciones en aumento

Durante estos años las privatizaciones no han dejado de incrementarse, lo que encarece aún más el coste de la atención sanitaria, disminuye los recursos de los centros sanitarios de gestión tradicional y debilita la capacidad de los centros sanitarios públicos.

Se ha evidenciado un aumento de los seguros privados y del gasto de bolsillo, que ha pasado del 19,5% sobre el gasto sanitario total en 2009 al 23,6% en 2018 (20,6% promedio OCDE; 15,8% UE), lo que favorece la inequidad. Por otro lado, se mantiene el modelo de las Mutualidades de funcionarios que favorece la inequidad y la financiación de seguros privados con fondos públicos.

7. Elevadas listas de espera

Las listas de espera no han dejado de crecer en este tiempo. Así, en las Listas de Espera Quirúrgica se ha pasado de una tasa de 13,65/1000 habitantes en 2016 a 15,53 en diciembre de 2019, y de una demora media de 115 días a 121 en el mismo periodo. La Lista de Espera de Consultas también ha evolucionado negativamente, pasando de una tasa de 45,56 en 2016 a

63,72 en 2019, y de una demora media de 72 días a 88 en el mismo periodo.

A ello hay que sumar las intervenciones quirúrgicas y las consultas no realizadas durante la pandemia, con lo que, aunque no existen datos oficiales, la estimación es que se habrán duplicado las cifras anteriores, con el impacto que ello ha tenido y tendrá sobre la morbilidad y la mortalidad.

8. Salud Pública postergada

La Salud Pública ha sido una de las “hermanas pobres” del sistema sanitario. Está mal financiada (1,1% del gasto sanitario público en 2018) y pendiente del desarrollo de la Ley General de Salud Pública de 2011, que permanece en estado de hibernación.

9. Problemas de coordinación en el SNS

El Sistema Nacional de Salud tiene serios problemas de coordinación por la inexistencia de políticas comunes de salud y por la actitud de las CCAA y el Ministerio, que parece más enfocada hacia la competencia que hacia la colaboración y coordinación. En ello influye tanto la incapacidad del Consejo Interterritorial y del Ministerio de Sanidad para ejercer un liderazgo efectivo como la inexistencia de un Plan Integrado de Salud, cuya elaboración esta pendiente desde la aprobación de la Ley General de Sanidad (1986).

10. Inexistencia de fondo de reserva de material sanitario y dependencia de terceros países

No existe un fondo de reserva de material sanitario, que en alguna de las CCAA se redujo aún más por motivos económicos, y por otro lado hay una excesiva dependencia del suministro de terceros países (en la mayoría de los casos ajenos a la UE), lo que dificulta el suministro en momentos críticos.

11. Residencias de mayores privatizadas y descontroladas

La mayoría de las plazas de residencias de mayores están en manos del sector privado (72,91% de las plazas) y frecuentemente son propiedad de empresas de capital riesgo que buscan maximizar los beneficios a costa de empeorar las condiciones. En general, tienen una mala dotación de personal e infraestructuras, lo que se ha visto favorecido por el escaso o nulo control por parte de las administraciones autonómicas. Por otro lado, no se ha fomentado la atención a las personas mayores en su domicilio, a pesar de que es uno de los objetivos de la Ley de Dependencia.

12. Un enfoque inapropiado del sistema sanitario

Además, nuestro sistema ha estado orientado esencialmente al tratamiento de las enfermedades crónico-degenerativas que tienen su origen en determinantes medioambientales (contaminación, alimentación, estilos de vida), económicos (pobreza, paro, marginación, viviendas inadecuadas) y sociales. Pero los cambios introducidos por el neoliberalismo (cambio climático, contaminación, recortes los servicios de salud pública y una globalización incontrolada con un incremento exponencial de desplazamientos de personas y mercancías) ha reintroducido las epidemias infecciosas que parecían superadas para siempre y reducidas a países pobres, para las que nuestro sistema no estaba adaptado.

Ahora se deja todo a la suerte de conseguir vacunas y/o tratamientos eficaces, pero existe otro enfoque que debe tenerse en cuenta, desde “la determinación social de la salud”: los microorganismos son sólo agentes y la verdadera razón del rebrote de las infecciones reside en el subdesarrollo, en el cambio climático, las prácticas de la industria agro-alimentaria, el comercio y el turismo globalizados, los insecticidas, los plaguicidas... Si no solucionamos estos problemas, lo más probable es que se repitan situaciones parecidas en un futuro no lejano.

*

La pandemia ha demostrado la importancia de tener un sistema sanitario público de calidad con acceso universal, ¿Qué habría sucedido si se mantuviera la exclusión de cientos de miles de personas implantada por Rajoy y Mato en el RDL 16/2012? ¿Cómo hubieran evolucionado las cosas con un importante sector de la población sin acceso a la atención sanitaria, si las previsiones de los gobiernos del PP de una financiación para la Sanidad Pública del 5,13% del PIB se hubieran cumplido, si todas las privatizaciones previstas por el PP en Madrid, Valencia, etc. se hubieran convertido en realidad?

La población se ha dado cuenta de la importancia crucial de una buena Sanidad Pública, que es la garantía de acceso para todos/as de una atención sanitaria de calidad, y también del importante compromiso de los trabajadores del sector en los momentos críticos.

Por ello, tenemos que plantearnos las medidas a adoptar para reconstruir la Sanidad Pública, y hacerlo con urgencia, antes de que la experiencia se diluya en la conciencia colectiva o tengamos que enfrentar nuevos rebrotes de Covid o nuevas pandemias. Estas medidas deberían de pasar por:

1. Financiación suficiente de la Sanidad Pública

Hay que incrementar de manera importante la financiación sanitaria, para situarnos en el promedio por habitante de la UE. Lo lógico, en el medio plazo, sería elaborar un Plan Integrado de Salud que establezca las necesidades de salud de la población y cuantifique el presupuesto para hacerlas frente. Es importante un fondo específico para reconstruir la Sanidad Pública gestionado por el Consejo Interterritorial, que complemente los presupuestos autonómicos y disminuya de forma significativa las diferencias en el presupuesto por habitante que existen actualmente entre ellas (y que en 2020 superaban los 500€).

2. Mejorar la coordinación interautonómica

La pandemia ha puesto de relieve las debilidades de la coordinación entre las CCAA y el Ministerio de Sanidad a la hora de proponer y hacer operativas políticas sanitarias comunes. Hay que establecer un nuevo marco de cooperación para avanzar de manera coordinada en el futuro, reforzando el Consejo Interterritorial y promoviendo un Plan de Salud consensuado por las diferentes CCAA. El Consejo debería permitir afrontar las nuevas pandemias desde el acuerdo, la colaboración y la coordinación intercomunitaria.

3. Potenciar la Salud Pública

La pandemia ha evidenciado la debilidad de nuestros sistemas de salud pública, poco desarrollados y penalizados por los recortes. Hay que reforzar el dispositivo de la Salud Pública y desarrollar la Ley de Salud Pública, aprobada en 2011 y puesta en hibernación por los gobiernos del PP. Estos servicios deberían coordinar sus estrategias con la Atención Primaria y las administraciones locales para combatir los determinantes y los sistemas de alerta y contención de las nuevas epidemias de enfermedades contagiosas. Los servicios de epidemiología y lucha con las enfermedades infecciosas deberían reforzarse y mejorar su capacitación. El sistema de información de las diferentes CCAA debería estar controlado y gestionado por la Sanidad Pública.

4. Impulsar y desmedicalizar la Atención Primaria

La Atención Primaria, allí donde ha seguido funcionando, ha jugado un papel fundamental a la hora de atender la demanda de enfermedad, diagnosticar nuevos casos, controlarlos en los domicilios, o informar a las familias sobre medidas para evitar contagios. Desde los Centros de Salud se ha atendido a pacientes en residencias de mayores, y mantenido las consultas telefónicas y presenciales para diagnosticar, informar y tranquilizar a la población. Para que pueda funcionar adecuadamente, se precisa reforzar su papel en el sistema sanitario, aumentando su presupuesto (hasta el 25% del total sanitario), el personal, sobre todo el de enfermería (potenciando la enfermería comunitaria) y otras categorías profesionales. Una renovada AP debería recuperar su carácter comunitario y hacerse responsable de la asistencia a las personas mayores en las residencias, lo que exige incrementos significativos de personal.

5. Incrementar las camas hospitalarias de la red de gestión pública

El déficit de camas hospitalarias se ha convertido en crítico durante la pandemia. Son necesarias entre 50.000 y 70.000 camas hospitalarias más en todo el país, la mayoría de ellas de larga y media estancia. Convendría también a medio plazo realizar un plan estratégico de atención especializada para adaptarla a los nuevos retos de la salud.

6. Acabar con las privatizaciones y recuperar lo privatizado. La respuesta a la pandemia ha venido desde la Sanidad Pública porque el sector privado está interesado en la búsqueda de beneficios y no en garantizar la salud de la población. Las privatizaciones han sido una pesada losa sobre el sistema y han mermado de manera significativa su capacidad de respuesta. Es el momento de detener la deriva privatizadora, que ha continuado avanzando en estos años. Hay que abolir la Ley 15/97 y aprobar una legislación que acabe radicalmente con este goteo privatizador, blindando la Sanidad de gestión pública, y además comenzar a recuperar lo privatizado en este tiempo.

7. Aumentar los trabajadores del sistema público de salud

Los recortes propiciaron una disminución importante de los trabajadores del sistema sanitario, que ya eran comparativamente pocos respecto a otros países de la UE y la OCDE. Hay que comprometerse con unas dotaciones suficientes de personal en todas las CCAA y también con la formación de los profesionales, aumentando las plazas de formación postgrado (MIR, EIR, etc.), proporcionando una formación continuada a los mismos independiente de los intereses comerciales, fomentando la dedicación exclusiva, etc.

8. Realizar un plan de abordaje de las listas de espera

Las listas de espera, ya muy elevadas en el sistema sanitario, se han incrementado notablemente debido a la focalización de todo el sistema en la atención al covid19. Debemos poner en funcionamiento un plan específico, a medio y largo plazo, para reducirlas a lo técnicamente imprescindible.

9. Crear un fondo de reserva de material sanitario

Las carencias de material sanitario que han agravado la pandemia han sido provocadas por la ausencia de reservas estratégicas del mismo (y agravadas por el adelgazamiento economicista de las existentes en algunas CCAA, como Madrid), así como por la ausencia de fabricantes en el país. Necesitamos poner en marcha una reserva estratégica de material sanitario, que podría estar gestionada por el Ministerio de Sanidad.

10. Control del gasto farmacéutico y potenciar la fabricación pública de medicamentos

El aumento del presupuesto sanitario será inútil si, como ha sucedido durante los gobiernos del PP, se traslada directamente a la industria farmacéutica (más del 18% de aumento en 5 años; 5,4% de aumento en 2019, 9,3% en farmacia hospitalaria). Hay que garantizar que el gasto farmacéutico crece por debajo de los presupuestos sanitarios públicos (entre el 0,5-1% menos) y ello debe de hacerse mediante la fijación de precios acorde con los costes reales, promocionando la utilización de medicamentos genéricos, la utilización de las centrales de compras para todo el SNS y una industria farmacéutica pública que acabe con los desabastecimientos y la especulación.

11. Favorecer la investigación sanitaria pública

La investigación ha sido abandonada en nuestro país de una manera irresponsable. Aunque no se puede hacer una relación directa entre investigación y resultados inmediatos, sin investigación, sin ciencia, no hay avances en el futuro, y además se está a expensas de la utilización de las patentes de otros. Hay que asegurar al menos el 1,5% del presupuesto sanitario público destinado a la investigación, y favorecer medidas que consoliden los equipos de investigadores en nuestro sistema público.

12. Fomentar una red pública de residencias de mayores

El desastre de las residencias ha sido uno de los amplificadores de la pandemia, y está asociado a su privatización en manos de fondos de inversión. Hay que realizar con urgencia una auditoria

de todas ellas e intervenir las que supongan un riesgo para la salud. Es necesario crear una red de residencias de titularidad y gestión pública, con unos recursos suficientes, y potenciar los recursos previstos por la Ley de la Dependencia para que las personas mayores puedan mantenerse en sus domicilios con el apoyo de cuidadores y recursos públicos.

*

Las propuestas relacionadas han de ser desarrolladas de manera urgente si se quiere potenciar la Sanidad Pública y garantizar su reconstrucción. La población y los trabajadores de la Sanidad han realizado un esfuerzo importante de solidaridad y de contención en este tiempo, con el que se ha logrado contener el avance de la pandemia en nuestro país. Ahora es necesario que las administraciones públicas respondan de una manera eficaz y eficiente para asegurar que no vuelva a repetirse lo mismo, y que si se presentan nuevas epidemias tengamos los recursos suficientes para dar una respuesta que garantice la salud de todos/as. La sociedad en su conjunto, los trabajadores de la Sanidad y las organizaciones sociales tenemos que exigirlo.

[Marciano Sánchez Bayle es portavoz de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública]?