

**Marciano Sánchez Bayle**

## **Observatorio de Salud: 6**

### **La contrarreforma sanitaria del Partido Popular**

*En esta nueva entrega del “Observatorio de Salud” que coordina el Grupo de Investigación sobre Desigualdades en Salud de la Universidad Pompeu Fabra ([www.upf.edu/greds-emconet/](http://www.upf.edu/greds-emconet/)), mientrastanto.e presenta un nuevo trabajo de Marciano Sánchez Bayle, presidente de la International Association of Health Policy y portavoz de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública, titulado “La contrarreforma sanitaria del Partido Popular”. En él se describen detalladamente las consecuencias del Real Decreto Ley 16/2012 del PP, que, si no somos capaces de impedirlo, dismantelará el Sistema Nacional de Salud. El texto trata temas de envergadura como el cambio del modelo sanitario, la exclusión de los inmigrantes irregulares, los cambios en la cartera de servicios que se ofrecen, los copagos y la política del medicamento, entre otros.*

\* \* \*

Como señalé en otro artículo publicado en *mientrastanto.e* (“La sanidad en la encrucijada”, marzo de 2012), el gobierno del Partido Popular (PP) está empeñado en el dismantelamiento de la sanidad pública en España. Una primera etapa fue la de los recortes con la excusa de la crisis, recortes de una magnitud y unas características muy distintas según las CC.AA., y la segunda, también al hilo de los recortes, se ha iniciado con la aprobación del RD Ley 16/2012, por lo que merece la pena señalar cuáles son sus puntos clave y cómo se está llevando a cabo su desarrollo y aplicación práctica.

El *RD Ley de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones*, tiene un título que está situado en la óptica orwelliana de 1984, donde se pronuncian palabras que encubren el significado real o que incluso significan lo contrario que la realidad, porque las medidas ni eran urgentes (muchas están por desarrollar), ni garantizan la sostenibilidad, ni mejoran la calidad y mucho menos la seguridad del SNS. El RD Ley, además, incluye un batiburrillo de disposiciones sin ninguna lógica (incluso una regulación de los bancos de células de cordón umbilical) y con una deficiencia técnica tan notoria que, tres semanas después de ocupar doce páginas del *BOE*, tuvieron que publicarse otras cinco de “corrección de errores” (un verdadero récord de incompetencia). Como resulta casi imposible analizarlo todo en un artículo, voy a centrarme en cuatro aspectos que me parecen cruciales.

#### **Cambio del modelo sanitario**

Tanto en el RD Ley como en el *Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto, por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud*, que es uno de sus desarrollos, se vincula el derecho a la atención sanitaria con el aseguramiento. Esta vinculación del derecho no sólo es contradictoria con la universalización del derecho a la atención sanitaria, que deja de ser un derecho ciudadano, vinculado a los derechos humanos básicos, tal y como lo señalan la

ONU y la OMS, sino que además entra en contradicción con lo aprobado en la reciente Ley General de Salud Pública (2011), en la que precisamente se articulaban los mecanismos para que, por fin, se llevara a efecto la universalización del derecho a la atención sanitaria, que es uno de los principios de la Ley General de Sanidad (LGS) de 1986, si bien en ella se señalaba que se haría “de forma progresiva” (adicional quinta). Tampoco deja de resultar extraño que el RDL no derogue la disposición de la Ley General de Salud Pública (LGSP) que atañe a la universalización (adicional sexta), aunque ciertamente puede deberse al evidente grado de improvisación con que se ha elaborado el RDL.

Se produce, pues, un retroceso del modelo sanitario, un viraje hacia el modelo basado en el aseguramiento que no es muy explicable, en primer lugar porque el Sistema Nacional de Salud (SNS), desde el Pacto de Toledo (1995), se financia con independencia de la Seguridad Social y a través de los impuestos, lo cual se ha desarrollado posteriormente en los acuerdos sobre financiación de las CC.AA., donde, además, han ido tomando un protagonismo cada vez mayor los impuestos sobre el consumo (IVA e impuestos especiales). Resulta por tanto contradictorio que se vincule la atención sanitaria al aseguramiento cuando no se financia por este medio, y que personas que financian la sanidad mediante sus impuestos no tengan derecho a ella por no estar aseguradas. Además, va contra la tendencia del SNS hacia su progresiva universalización, iniciada en la LGS y, como se ve en teoría, finalizada por la LGSP.

¿Por qué se produce este cambio? La teoría oficial sostiene que por dos motivos: para eliminar el llamado “turismo sanitario” y para poder excluir a los inmigrantes irregulares. Evidentemente, ambos casos son muy distintos; el de los irregulares lo comentaremos más adelante, pero en cuanto al llamado “turismo sanitario” (personas de otros países, habitualmente de la UE, que aprovechan su estancia en España para recibir atención sanitaria) se trata de una cortina de humo, porque la regulación de la UE establece desde hace tiempo los mecanismos de reembolso, que precisan simplemente dos premisas que en España se han descuidado sistemáticamente (registrar los datos de las personas atendidas y facturar el coste real de las actuaciones realizadas) porque el dinero llega con más o menos un año de retraso y lo hace a las consejerías de Hacienda de las CC.AA., que nunca o casi nunca lo repercuten sobre los presupuestos sanitarios, lo cual desincentiva que los centros lo registren.

La realidad es que ambos aspectos tienen poco impacto económico y no precisan de este cambio de modelo para llevarse a cabo, lo que hace sospechar que lo que realmente se pretende es volver a un modelo de seguros, fragmentando el aseguramiento para favorecer a los seguros privados (lo que es más evidente con el RD 1192/2012), de manera que se avance hacia una situación en que muy probablemente se establezca un sistema de seguros privados para los sectores económicamente más poderosos (probablemente favorecidos por desgravaciones fiscales, con lo que todos subvencionaremos estos seguros), un sistema de Seguridad Social pública de baja calidad y prestaciones limitadas para los trabajadores, y un sistema de beneficencia de calidad ínfima para el resto de la población. Este proceso de transformación de sistemas públicos universales en modelos de seguros es desde hace tiempo uno de los objetivos de la globalización neoliberal, tal y como se ha señalado en numerosas publicaciones.

### **La exclusión de los inmigrantes irregulares**

En medio de esta transformación del sistema de salud, se ha producido la exclusión de los

inmigrantes irregulares de la atención sanitaria, y se ha hecho, a pesar de las declaraciones oficiales, no tanto por sus efectos económicos (el número de inmigrantes está disminuyendo a causa de la crisis y consumen pocos recursos sanitarios) ni por el hecho de que no contribuyan a la financiación sanitaria (como se ha señalado antes, todas las personas la financian con el consumo, independientemente de su situación administrativa), sino sobre todo por la ideología xenófoba de los sectores más conservadores.

Los resultados de esta exclusión son bien conocidos: por un lado, un serio problema humanitario con algunos casos especialmente dramáticos que aún no se sabe muy bien cómo se resolverán (enfermos en diálisis, en tratamientos oncológicos, con VIH, etc.); problemas de salud pública al desaparecer el control, diagnóstico y tratamiento precoz de un grupo significativo de la población; problemas de funcionamiento del sistema sanitario porque, al dejarles las urgencias como única vía de atención, saturarán un dispositivo asistencial ya de por sí saturado, y, por último, resultados económicos previsiblemente escasos o nulos dado que el coste de atender las enfermedades más evolucionadas en urgencias superará el coste actual de la atención normalizada. Entretanto se han producido todo tipo de declaraciones y propuestas confusas por parte del Ministerio de Sanidad y la afirmación de varias CC.AA. (País Vasco, Andalucía, Cataluña, Canarias y Navarra) de que seguirán dando atención sanitaria a este colectivo, así como el rechazo y la declaración de desobediencia de un sector de profesionales bastante significativo.

### **Cambio de la cartera de servicios**

El RDL dedica su artículo II a lo que denomina “de la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud”, que desarrolla los planes del gobierno para el recorte de las prestaciones sanitarias que Rajoy ya había anunciado en el discurso de investidura, con los eufemismos habituales, señalando que se quería establecer una cartera común de servicios sanitarios públicos, como si ésta no existiera desde el REAL DECRETO 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. Ya entonces era de esperar que ese empeño en negar la evidencia —la existencia de una cartera de servicios comunes del SNS— y señalar su necesidad, no tenía otro objetivo que recortar las prestaciones.

Pues bien, el RDL confirma lo esperado. La cartera de servicios se fragmenta en tres modalidades: básica, accesoria y suplementaria, y se señala que sólo la básica tendrá carácter gratuito en el momento del uso, introduciendo mecanismos de copago en las otras dos.

Pero ahí no acaba la cosa, pues el RDL faculta al Ministerio de Sanidad, previo acuerdo del Consejo Interterritorial, para que, en el plazo de seis meses, promulgue una orden ministerial que fije las prestaciones incluidas en la cartera básica, es decir, y para entendernos, que éstas se van a recortar y que algunas de las actuales saldrán de la cartera básica para ir a parar a las carteras accesoria y/o complementaria, sujetas por lo tanto a copagos, o que simplemente quedarán excluidas de todas ellas, con lo que serán sufragadas íntegramente por el bolsillo de quienes necesiten estas prestaciones.

Estamos, pues, ante otra importante agresión a los derechos de los ciudadanos, a los que se les recortan aún más sus derechos a las prestaciones asistenciales, y todo ello en un contexto en que se aumentan los copagos por los medicamentos y se establecen por temas tan importantes

como el transporte sanitario, dietas, prótesis, etc. Todo ello tendrá unos efectos económicos dudosos y, desde luego, provocará una importante desatención de las personas más enfermas y con menos recursos, así como un efecto de incentivo a la contratación de seguros sanitarios, aunque sólo sea para poder hacer frente a este aluvión de exclusiones y copagos.

## Los copagos

El RDL modifica el copago de los medicamentos, aumentándolo e incluyendo a los pensionistas. Se establecen tres tramos para los trabajadores activos (ojo: “trabajador activo” no quiere decir con trabajo, por lo que se incluye a los parados) que suponen una aportación del 40% para los de rentas menores a 18.000 €, del 50% para las rentas entre 18.000 y 100.000 €, y del 60% para las rentas superiores, y una aportación del 10% para los pensionistas con topes máximos de aportación mensual (8 € para las rentas menores a 18.000 €, 18 € para las rentas entre 18.000 y 100.000 €, y 60 € para las rentas superiores a 100.000 €).

Lo primero que llama la atención es la fijación que parecen tener nuestros gobernantes con las rentas mayores de 100.000 €, que son un porcentaje insignificante de la población (253.000 personas según los datos de 2010, que ahora, con la crisis, serán muchas menos), y más aún tras el descubrimiento de que hay pensionistas que declaran rentas superiores a 100.000 €, un grupo que, de existir, difícilmente superará el millar de personas. Lo lógico sería establecer un tramo superior en la declaración de la renta y aumentar así fácilmente la recaudación, pero no se hace a buen seguro por dos motivos: por la demagogia de las declaraciones de los políticos de turno y para seguir diciendo que no se suben los impuestos, cuando es obvio que a los pensionistas se les acaba de aplicar, en la práctica, una brutal reducción de sus pensiones por la vía de la prestación farmacéutica.

Lo segundo es la forma en que se establecen los topes máximos de aportación, es decir, que los pensionistas tendrán que pagar el 10% de los medicamentos y, seis meses después, se les devolverán los excesos de gasto. Este mecanismo plantea gravísimos problemas en la práctica, siendo el fundamental que se erige en un obstáculo para el acceso a los medicamentos, porque, como conviene recordar, según los datos de Hacienda a 1 de diciembre de 2012, el 8,51% de los pensionistas cobraban menos de 300 € mensuales y el 54,02% menos de 650 €, existiendo incluso un grupo de 147.402 personas que cobraban hasta 130 € al mes; es decir, la mayoría de los pensionistas viven en el umbral de la pobreza y van a tener muy serios problemas para poder adelantar el 10% de los medicamentos que consumen de manera generalizada (más del 80% de los pensionistas toman medicamentos y más del 70% toman tres o más medicamentos de manera habitual). Por otro lado, la devolución por parte de las CC.AA. del exceso de gasto en el plazo de seis meses conlleva una gestión problemática: ¿tendrán que solicitarlo los pensionistas de manera individualizada?, ¿se hará de oficio?, ¿qué sucederá con los que fallezcan en ese periodo? (que inevitablemente serán algunos, y que quizás explique en parte esa demora en el cobro, para ahorrarse el reembolso). En cualquier caso, lo previsible teniendo en cuenta la demora habitual en el pago a los proveedores por parte de las CC.AA., es que lo de los seis meses muy probablemente quedará en “una buena intención”, con los problemas añadidos que supondrá para los afectados. Y la fórmula utilizada para el cobro también tiene sus problemas.

Conviene recordar algunos aspectos básicos que hacen que el copago sea ineficaz e ineficiente. El primero y fundamental es que es incapaz de discriminar entre la demanda adecuada y la

inadecuada, y que por lo tanto su capacidad de influencia sobre el consumo de recursos está mediatizada por el nivel de renta de las personas; además, penaliza a las personas más enfermas, que son las que más necesitan utilizar el sistema sanitario. Por otro lado, tiene costes de transacción que pueden ser elevados y ocasiona un aumento de la utilización, muchas veces inapropiada, de recursos en aquellas partes del sistema sanitario que no están sujetas a copagos (el caso de las urgencias y las hospitalizaciones está bien estudiado). A la postre es injusto, insolidario y fomenta la inequidad (los interesados pueden consultar el informe “Copago sanitario, ¿eficiencia, eficacia o negocio?”, publicado por la Fundación Primero de Mayo: <http://www.fadsp.org/media/nuevatribuna/editmaker/pdf/LibroCopago.pdf>).

¿Estamos sólo ante unos responsables sanitarios que son unos incompetentes con la misma sensibilidad social que una piedra pómez o hay algo más? Desde hace tiempo, algunos venimos señalando que el interés por introducir el copago tiene más trasfondo de lo que parece. Hay una especial insistencia en establecer el copago que, a primera vista, no se entiende. En efecto, hay muchos datos que muestran que el copago no sólo no modera el gasto, sino que es incapaz de discriminar la demanda apropiada de la inapropiada y que tiene efectos muy negativos sobre las personas más enfermas y con menos recursos. Siendo así, ¿por qué hay tanto interés en ponerlo en marcha? Hay al menos tres motivos evidentes: en primer lugar, se quiere mercantilizar la atención sanitaria y acabar con su carácter solidario y redistributivo para convertirla en un producto de consumo más, en una mercancía, y ya se sabe que el acceso a las mercancías está ligado a la capacidad económica de cada uno y no a las necesidades de las personas; en segundo lugar, porque establecer sistemas de pago en el acceso a las prestaciones sanitarias favorece a los seguros sanitarios por dos vías: porque comparativamente se vuelven más baratos y porque se pueden articular seguros privados que cubran estos copagos; y en tercer lugar, porque el “ruido” en torno al copago crea una cortina de humo sobre los despilfarros del gasto sanitario, es decir, sobre el elevado gasto farmacéutico y la sobreutilización tecnológica, que son los problemas reales de nuestro sistema sanitario.

En el RDL no sólo se introduce el copago de los pensionistas en la prestación farmacéutica, tal y como lo había anunciado el gobierno, sino también en el transporte sanitario, las dietas y las prótesis y ortesis. Por supuesto, todos estos copagos comparten con el farmacéutico su carácter injusto e insolidario y, por tanto, graves consecuencias para la equidad, en este caso ampliados, porque el RDL señala que no habrá topes para su aplicación y que, como consecuencia, no se podrá esperar recuperar lo abonado, aunque sea tarde, y que se establecerá teniendo en cuenta el coste real.

No obstante, el copago en el ámbito del transporte tiene algunas características especiales que conviene resaltar.

La primera es que, a la desigualdad que generan los copagos por nivel económico y situación de salud, añade la desigualdad entre el área rural y la urbana, y entre unas CC.AA. y otras. Conviene recordar que en España hay, además de dos autonomías insulares (Canarias y Baleares), otras tres CC.AA. que superan los 75.000 km<sup>2</sup> de superficie (Castilla y León, 94.225; Andalucía, 87.598, y Castilla-La Mancha, 79.462) y que, además, hay algunas CC.AA. de muy baja densidad de población (Extremadura, Castilla-La Mancha, Castilla y León y Aragón, con unas densidades de población de 26,65, 26,89, 27,15 y 28,21 habitantes/km<sup>2</sup> respectivamente), así que al menos en esas CC.AA. la dispersión de la población dificulta de manera notable a la

gente su acceso a los centros sanitarios, especialmente a los de atención especializada.

A ello tenemos que sumar el hecho de que el ámbito rural está más empobrecido y tiene un mayor porcentaje de personas mayores, con discapacidades y dificultades de movilidad con medios propios. Por ejemplo el *Estudio sobre la población rural en España* (La Caixa, 2009) señala que 1.947.347 personas vivían en 2007 en el área rural en hogares sin ningún vehículo, y que los hogares que no disponían de automóvil superaban el 60% en doce provincias (situadas en Andalucía, Castilla y León, Castilla-La Mancha y Extremadura). Esta situación previsiblemente habrá empeorado con la crisis económica.

Claro está que, en este contexto, los nuevos copagos van a suponer un obstáculo muy serio para que las personas que viven en el ámbito rural reciban la atención sanitaria que precisan; por supuesto, lo mismo sucede en las ciudades, pero en éstas el transporte público y las menores distancias favorecerán las alternativas a las personas que no tienen graves discapacidades, que siempre verán limitado su acceso a las prestaciones asistenciales. No hace falta recordar que cientos de miles de personas se trasladan a los centros especializados para dializarse, recibir un tratamiento oncológico o rehabilitación. Todas estas personas van a tener que afrontar un obstáculo añadido y una mayor dificultad para el acceso, y ésta, medida en términos económicos, va a ser mayor cuanto más lejos vivan de los centros sanitarios en que precisan ser atendidos. Por poner un solo ejemplo: en Castilla-La Mancha la aplicación del copago en el transporte supondría un desembolso de unos 9 millones de euros anuales a los castellano-manchegos, de acuerdo con lo presupuestado en esta comunidad para transporte sanitario en 2009.

Una segunda cuestión a tener en cuenta es que en los últimos treinta años se ha actuado de manera decidida en la ambulatorización de los procesos de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de los enfermos. En la idea de que esta actuación disminuía los costes y favorecía una mejor calidad de la atención sanitaria, estos copagos pueden fomentar una tendencia inversa en la que a muchas personas, para garantizar su diagnóstico y tratamiento, se les prolongará la hospitalización, con los costes que ello representa.

En resumen, un desastre que aumenta la desigualdad entre los más pobres y los más ricos, entre los enfermos crónicos y los que tienen patologías agudas, entre los que viven en las ciudades y los que lo hacen en el ámbito rural. Convendría recordar los apartados 2 y 3 del artículo 3 de la Ley General de Sanidad:

2. La asistencia sanitaria pública se extenderá a toda la población española. El acceso y las prestaciones sanitarias se realizarán en condiciones de igualdad efectiva.
3. La política de salud estará orientada a la superación de los desequilibrios territoriales y sociales.

Cabe recordar que el RDL 16/2012 no ha derogado ni cambiado la Ley General de Sanidad, en clara contradicción con sus contenidos, en este y en otros muchos temas. Conviene tener presente que estamos en el inicio de una contrarreforma sanitaria en toda regla, que, como muchas otras medidas, quiere colarse de contrabando.

## **La política del medicamento**

EL RDL tiene un apartado muy importante, al menos en su extensión, dedicado a la política del medicamento en el que se establecen temas relevantes como la financiación de los medicamentos más baratos, la sustitución en las oficinas de farmacia, las devoluciones de acuerdo con los niveles de ventas y la exclusión de medicamentos de la financiación pública.

Este último tema se recoge en el artículo 4.3 y en la *Resolución de 2 de agosto de 2012, de la Dirección General de Cartera Básica de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia, por la que se procede a la actualización de la lista de medicamentos que quedan excluidos de la prestación farmacéutica en el Sistema Nacional de Salud*, que deja fuera de la financiación pública 417 medicamentos.

Si se analiza la lista, se puede comprobar que, junto con medicamentos claramente inútiles y de muy escaso consumo, se han incluido otros de gran utilidad para el control de síntomas muy frecuentes, especialmente importantes para los enfermos crónicos (si bien es cierto que, ante la presión de la opinión pública, se abre la posibilidad del empleo de algunos de los excluidos en algunas enfermedades crónicas). Un hecho significativo es que se hace referencia a que dejarán de ser financiados los que tampoco lo estén en el entorno europeo, lo que evidencia un profundo desconocimiento de la realidad europea o una mala fe flagrante, ya que en Europa las situaciones en cuanto a estos fármacos son muy variables de unos países a otros y no hay ninguno que se encuentre en la misma situación (financiado o no financiado) en todos ellos, de manera que al final se ha utilizado un criterio arbitrario sin necesidad de mucha justificación.

Conviene no olvidar que estos medicamentos, que van a seguir usándose, pasarán a ser financiados al cien por cien por los bolsillos de todos los ciudadanos (pensionistas, activos, parados, etc.) independientemente de su nivel de renta, y que el hecho de que pasen a ser de venta libre permite a la industria farmacéutica, como el propio RDL establece, que los precios pasen a renegociarse al alza.

Por supuesto, no se trata de estar en contra de la exclusión de la financiación de prestaciones sanitarias, lo que se ha llamado “desinversión”, que debe ser un procedimiento, transparente, basado en la evidencia, realizado con la participación de los implicados y suficientemente explicado a la población para dejar de financiar servicios, o en este caso medicamentos que, o bien carecen de efectividad demostrada, o bien tienen una relación de coste-efectividad desfavorable si se compara con alternativas terapéuticas o, si no las hay, comparándola con estándares más o menos establecidos de coste-efectividad. Sobre desinversión en medicamentos hay numerosos ejemplos en Canadá, Australia, Reino Unido e Italia. Lo que se ha realizado en este caso es un puro y simple recorte, una transferencia de gasto público a gasto privado, con las consecuencias que ello supone para las personas con más problemas de salud y peor situación económica, y el riesgo de que se intente sustituir algunos medicamentos más baratos y eficaces por otros de mayor precio que siguen estando financiados, lo que ya se objetivó en el primer *medicamentazo*. Una vez más, se comprueba con este RDL que las ganancias son para las multinacionales a costa de las pérdidas para la salud, el sistema sanitario y los ciudadanos.

No resulta extraño en estas circunstancias el apoyo dado al RDL por la patronal farmacéutica, Farmaindustria, porque a la postre todas las medidas favorecen sus intereses y sus beneficios a costa de los ciudadanos.

### **Otros aspectos del RDL**

Como se señaló al principio, el RDL aborda muchas más cuestiones, como la compra centralizada por parte del SNS, la política de personal en la línea de los recortes ya puestos en práctica por otras iniciativas del gobierno central y de los de las CC.AA., una regulación de las áreas de capacitación específica y su regulación (acreditación de centros, comités y diplomas) y la regulación de las donaciones de células madre (en realidad, el único punto positivo del RDL, aunque evidentemente no tenga ninguna relación ni con su objetivo ni con su título).

El que ha provocado más ruido mediático es el primero, la compra desagregada de suministros. Con las transferencias, las compras las realizaba cada comunidad autónoma y luego incluso cada gerencia y/o centro, con lo que se perdieron las ventajas de las economías de escala y se pagaban precios muy elevados a los proveedores. La solución obvia, una agencia de compras del SNS, choca sin embargo con obstáculos tan incomprensibles para los profanos como insalvables en la práctica, nada menos que tres reuniones del Consejo Interterritorial se han decantado por esta agencia de compras, con avances pequeños aunque muy significativos (la compra conjunta por parte de ocho comunidades autónomas de las vacunas antigripales en 2011 logró un ahorro de 8,3 millones de euros), y aunque en el debate público sobre las nuevas medidas el ministerio había prometido la puesta en marcha de la agencia de compras, e incluso en la memoria económica señalaba un ahorro de 1.000 millones de euros por su implantación, en realidad se queda en una declaración de intenciones de efectos inciertos y desde luego, a corto plazo, muy inferiores a lo previsto y a lo conveniente (“El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud fomentará las actuaciones conjuntas de los servicios de salud de las comunidades autónomas para la adquisición de cualquier producto que por sus características sea susceptible de un mecanismo de compra conjunta y centralizado”, Adicional 4.1, RDL 16/2012).

En resumen, nos encontramos con una política muy agresiva que rompe con la accesibilidad de nuestro sistema de salud, ya que muchas de sus prestaciones se quedan hipotecadas a la capacidad económica de las personas. Se rompe, así, con el derecho constitucional a la protección de la salud y se deja desprotegida a una gran parte de la población en un momento de grave crisis económica.

Las peripecias del gobierno con la banca ponen de relieve que los recortes en Sanidad no son un problema de fondos (mientras se dedican más de 173.000 millones de euros a reflotar la banca, se dice que se toman estas medidas tan lesivas para ahorrar en Sanidad, 7.000 millones de euros), o sea que para asegurar el cumplimiento del déficit no era necesario el ahorro en Sanidad, sino que los intereses económicos y sociales que sustentan a este gobierno necesitaban ese dinero y lo sacan de los pensionistas y los enfermos. Es toda una lección práctica sobre lucha de clases; se ve que ellos lo tienen muy claro... a ver si aprendemos.

### **Bibliografía**

Fernández Ruiz S., "El copago en el transporte sanitario, un serio problema para la accesibilidad", *Nueva Tribuna*, 16/5/2012. Disponible en: <http://www.nuevatribuna.es/opinion/sergio-fernandez-ruiz/el-copago-en-el-transporte-sanitario-un-serio-problema-para-la-accesibilidad/20120516094614075327.html>

Sánchez Bayle M., Colomo Gómez C., Repeto Ziberman C. (eds.), *Globalización y salud*, Editorial Sanidad Publica, Madrid, 2005. Disponible en <http://www.fadsp.org/pdf/globalizacion%20y%20salud.pdf>

Sánchez Bayle M., Sánchez Llopis E., Palomo Cobos L., "Copago sanitario: ¿eficacia, eficiencia o negocio?", Fundación Primero de Mayo, 2011. Disponible en: <http://www.fadsp.org/pdf/LibroCopago.pdf>

Sánchez Bayle M., "La sanidad en la encrucijada", *mt.e*, febrero de 2012. Disponible en: <http://mientrastanto.org/search/node/marciano%20sanchez%20bayle#>

"RD Ley de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones", *BOE*, 24/4/2012.

"Corrección de errores del Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones", *BOE*, 15/5/2012.

"Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto, por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud", *BOE*, 4/8/2012.

"Resolución de 2 de agosto de 2012, de la Dirección General de Cartera Básica de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia, por la que se procede a la actualización de la lista de medicamentos que quedan excluidos de la prestación farmacéutica en el Sistema Nacional de Salud", *BOE*, 17/8/2012.