



LA SANIDAD PUBLICA DOS AÑOS DESPUES

Los efectos de dos años de aplicación del RD Ley 16/2012

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

Entendemos por eso que es un buen momento para hacer un balance de los resultados del mismo. En el RD Ley se planteaban 6 aspectos fundamentales, que se han unido a otros dos que han ido funcionando en paralelo pero también con importantes repercusiones sobre la Sanidad Pública, y que vamos 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 mas 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 fraccio 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 gays 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 más 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 más 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.

4) Nuevo medicamentazo

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 está 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 los pensionistas (entre un 16 y un 20%) no retiran los medicamentos prescritos. 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.)

5) 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.

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.

6) 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.

7) 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.

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 (ver 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.).

8) 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 está 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 2012). La Sanidad ha pasado a ser el 5º problema del país y el 4º que mas afecta personalmente a los ciudadanos (10,9%) según la última encuesta del CIS (marzo de 2014).
- La mortalidad se incremento en 2012, ya lo había hecho en 2011, y la tasa de suicidios aumento mas de un 11% en 2012 (no existen datos mas recientes).
- 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 a Glance 2013, FMI 2013)

Conclusiones

El balance de los dos años pasados desde la aprobación del RD Ley 16/2012 es profundamente negativo. Ha empeorado el funcionamiento del sistema sanitario público, se han incrementado las desigualdades, se ha privatizado no solo la financiación (los copagos) sino también la provisión de una parte importante de nuestro sistema sanitario.

La eficiencia del sistema sanitario no ha mejorado, ha disminuido el gasto pero a costa de trasladar gasto público a los bolsillos de los enfermos, generando desigualdades, de disminuir las prestaciones en cantidad, y de deteriorar la calidad.

La retirada o no aplicación de algunas medidas (por ejemplo los copagos sobre transporte o los medicamentos dispensados en la farmacia hospitalaria) son el efecto del amplio rechazo social que han producido las mismas y una evidencia mas de que las movilizaciones si son unitarias, masivas y sostenidas en el tiempo, consiguen resultados.

Si el Ministerio de Sanidad y el Gobierno fueran autoridades responsables derogarían este RD Ley que solo ha producido problemas sin aportar soluciones, porque es evidente que no ha mejorado la calidad ni la seguridad de las prestaciones del Sistema Nacional de Salud. Como es también una evidencia que carecen de responsabilidad y de interés por la salud de la población, solo queda el que se vean obligados a hacerlo ante la presión política, social y profesional.

***Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública
23 de Abril de 2014***