

EL SISTEMA SANITARIO EN ESPAÑA

ANALISIS DE LA SITUACION

Y ALTERNATIVAS PARA SU MEJORA

La Sanidad Pública es, con la educación y las pensiones, uno de los pilares del Estado del Bienestar y en esencia es un ejercicio de solidaridad de los mas sanos y con mayores recursos económicos con quienes están mas enfermos y tienen menos recursos. El carácter público es fundamental tanto en su financiación como en su provisión porque es lo que asegura la cobertura de las necesidades de salud y no de los intereses del mercado y permite la equidad, solidaridad y accesibilidad que son las bases de cualquier sistema de protección social.

Si esto es así en cualquier momento, la crisis económica le confiere una importancia especial porque es una situación en que la necesidad de cuidados de salud se incrementa (es bien conocido que la enfermedad aumenta en relación con el paro y pobreza) y además un porcentaje creciente de la población carece de capacidad económica para buscar atención alternativa en la medicina privada.

En nuestro país corren malos tiempos para la Sanidad Pública y ello resulta bastante paradójico, porque tenemos un sistema sanitario que tiene una gran consideración internacional por su accesibilidad, cobertura universal, gratuidad en el momento del uso y prestaciones de gran calidad, a mas de hacerlo a unos costes muy bajos.

No obstante conviene no perder de vista que existen bastantes problemas que habría que solventar. Los principales serían:

1) Problemas de financiación

El sistema sanitario esta subfinanciado crónicamente, pero además a partir de las transferencias han sido las CCAA las que han tomado las decisiones sobre los presupuestos que se dedicaban a la sanidad, de manera que se ha abierto una gran brecha entre ellas. Por poner solo un ej, para 2009 el presupuesto per capita aprobado oscila entre 1.125,33 € (Valencia) y 1.595,28 (País Vasco) con un promedio de 1.351,57 €. Esta diferencia entre los máximos y mínimos lejos de haberse disminuido ha aumentado desde la finalización de las transferencias, tal y como se recoge en la tabla siguiente, donde se observa que el % de diferencia sobre la media se ha incrementado en 11,96 puntos desde entonces.

Presupuestos sanitarios CCAA (€/habitante/año)

	2002	2009
Media	836,90	1351,57
Máximo	943,80	1595,98
Mínimo	752,44	1125,33
Diferencia entre máximo y mínimo	191,36	470,65
% de diferencia sobre la media	22,86	34,82

Elaboración propia (Fuente: Presupuestos CCAA e INE)

Naturalmente estas diferencias tan acusadas de financiación favorecen diferencias también cada vez mayores en dotación (profesionales de medicina y enfermería, camas, etc) lo que a la postre produce distorsiones

en el funcionamiento del sistema (listas de espera, etc) y rompe con la equidad y la accesibilidad del sistema de salud.

Entre las principales causas de esta situación, que pone en peligro al sistema sanitario, estarían:

- El bajo nivel del gasto público en España, sobre todo si lo comparamos con los países europeos desarrollados de la UE-15 (38,8% frente a 46,1% lo que supone un 15,8% menos en el año 2007), y que tiene como consecuencia que se destine a sanidad pública un punto menos de PIB respecto de los mismos (5,7% frente a 6,7% en 2007).

Gasto público general en la Unión Europea. Porcentaje del PIB, 1990-2007

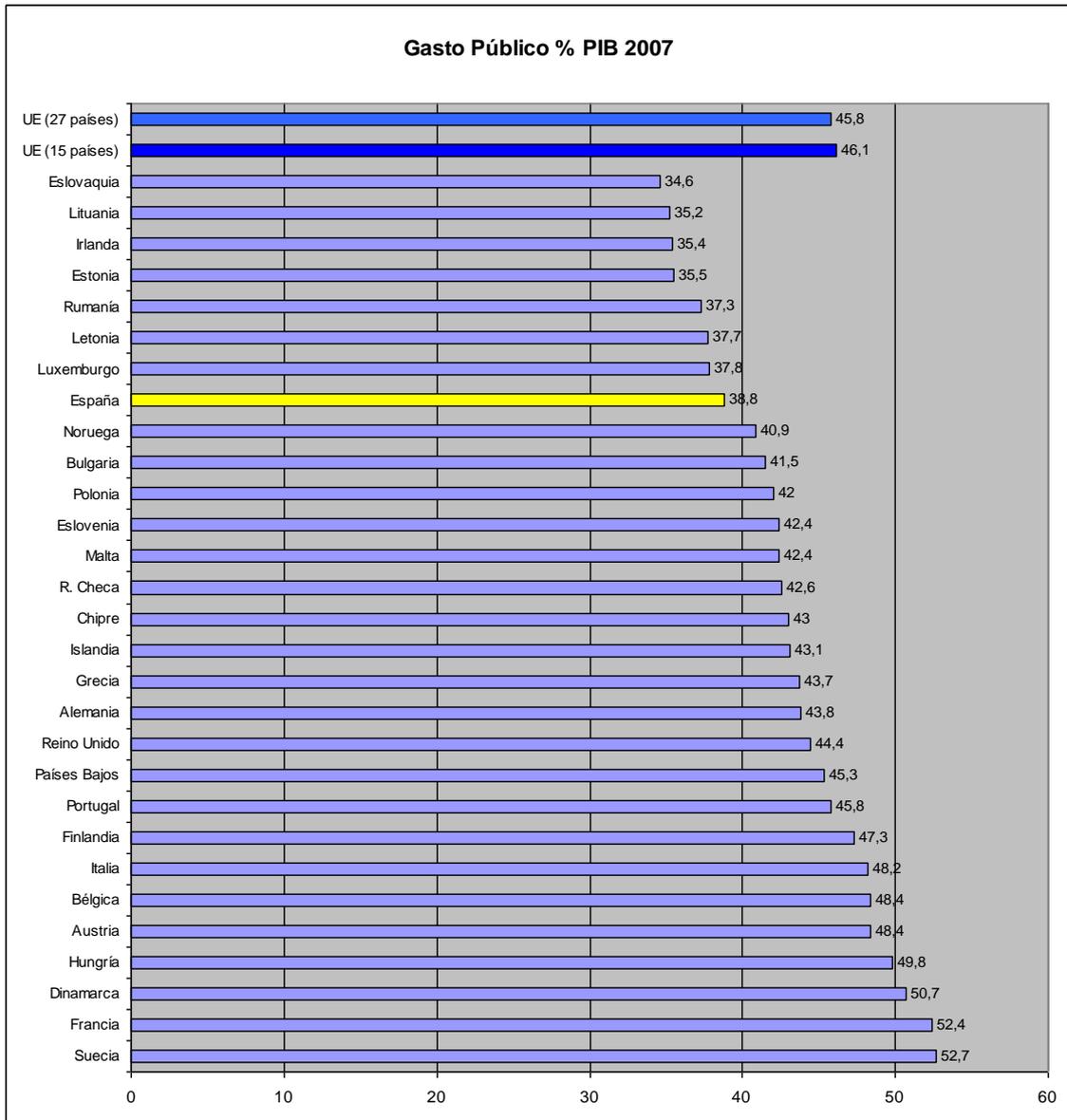
España	44,4	43,2	41,6	41,1	39,9	39,1	38,6	38,9	38,4	38,9	38,4	38,5	38,8
UE (15 países)	52,4	50,1	48,4	47,5	47,0	45,4	46,4	46,8	47,5	47,1	47,2	46,6	46,1

Fuente: Eurostat

Gasto sanitario público en % de PIB

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
España	5,2	5,1	5,2	5,2	5,5	5,7	5,7
UE-15	6	6,1	6,3	6,4	6,5	6,6	6,7
UE-25	:	:	:	6,4	6,4	6,6	6,6

Fuente: Eurostat. 2009.



Fuente: Eurostat

Entre los motivos que explican esta situación están la baja presión fiscal (45,6% frente a 40,2 de media de la UE-15 en 2005) y un menor endeudamiento público (36,2% del PIB en el período 1994-2007, un 40% inferior al de dichos países). Podemos decir en base a esto que España es una de los países más neoliberales de la UE y que esta orientación de la política económica explica los problemas de uno de los pilares del Estado del Bienestar como es la sanidad pública.

Presión Fiscal. Ingresos totales por impuestos y contribuciones sociales como porcentaje del PIB. Países de la UE-25, 2001-2005

	2001	2002	2003	2004	2005
España	33,5	33,9	33,9	34,5	35,6
UE (25 países)	40,3	39,6	39,6	39,5	39,9
UE (15 países)	40,5	39,9	39,9	39,8	40,2

Fuente: Observatorio Social de España 2008

- El modelo de financiación autonómica y sanitaria esta basada en un conjunto de impuestos transferidos, en su mayor parte indirectos, que gravan la actividad económica en detrimento de las CCAA de menor nivel de desarrollo y que son muy sensibles a la reducción de actividad comercial y productiva consecuencia de la actual crisis
- El incremento de población no contemplado por este modelo de financiación (aprobado en 2001) tuvo como referente para el reparto de recursos la población de 1999 y no ha tenido en cuenta la llegada de inmigrantes de los últimos años (la población española paso de 41 millones en 2002 a 45,3 en 2008) que ha supuesto casi 5 millones más de usuarios.
- La crisis económica que ha reducido el crecimiento del PIB del 3% anual a valores negativos (cada punto de PIB supone un billón de euros) lo que supone una reducción de 73.500 millones de euros para la financiación sanitaria del conjunto del Estado. Esta reducción tan importante vendría a agravar aún más el déficit que soportan las CCAA y que algunos expertos estiman en 13.300 millones y coincide con un incremento de las necesidades asistenciales como consecuencia del paro y del empobrecimiento de la crisis (CCOO asegura que cada millón de parados generará 167.000 enfermos y 6.000 suicidios en los próximos diez años)
- El gasto sanitario no responde a criterios de racionalidad y está hegemonizado por los hospitales (53%) y farmacia 23%) en detrimento del de Atención Primaria (15%) y Salud Pública (1,5%)

2) Política farmacéutica

En España tenemos un gasto farmacéutico muy elevado que se sitúa en torno al 25% del gasto sanitario público, aunque habitualmente solo se conoce el gasto financiado con recetas de la seguridad social, por cierto que

es fácilmente accesible mensualmente en la pagina web del ministerio de Sanidad, en contraste con el gasto hospitalario que es desconocido para el publico en parte debido a que es competencia de las distintas CCAA. El crecimiento del gasto farmacéutico se encuentra en unos márgenes alrededor del 6% anual (el de las recetas) y el hospitalario en torno al 14% (el último dato conocido es el del estudio sobre gasto sanitario del Ministerio de Hacienda de 2008 con datos de 2006), pero hay una percepción de que el gasto hospitalario ha continuado creciendo en cifras probablemente superiores.

El tema es muy grave porque debemos de tener en cuenta que los aumentos presupuestarios de la Sanidad en las CCAA para 2009 se sitúan en un 2,9% de promedio lo que significaría que, de mantenerse esta tendencia de aumento en el gasto farmacéutico este se comería una parte creciente del presupuesto y quedaría una parte cada vez menor para la asistencia sanitaria.

No menos cierto es que el gasto sanitario per capita tiene una irregular distribución entre CCAA, en parte seguramente influenciado por el envejecimiento de la población que no se distribuye homogéneamente entre ellas (es conocido que a mayor edad existe una mayor prevalencia de enfermedades y por lo tanto un mayor consumo de fármacos).

La tabla siguiente recoge el gasto farmacéutico per capita en 2008, el crecimiento del mismo sobre 2007, el porcentaje del gasto farmacéutico sobre el presupuesto y el porcentaje de gasto en genéricos por CCAA (en **negrita** los máximos y mínimos para cada categoría).

	Gasto farmacéutico per capita (€/año)	aumento GF 08/07 (%)	% gasto farmacéutico	% GENERICOS
Andalucía	239,46	6,85	20,04%	14,47
Aragón	294,90	8,05	20,78%	6,65
Asturias	313,40	6,95	21,51%	7,26
Baleares	197,05	6,97	16,84%	11,80
Canarias	256,06	9,28	18,14%	5,50
Cantabria	264,26	6,97	19,43%	9,57
Castilla y León	275,47	7,86	21,51%	10,07
Castilla La Mancha	285,82	8,71	21,37%	9,05
Cataluña	250,02	7,14	19,92%	11,37
Comunidad Valenciana	308,74	7,40	27,43%	5,51
Extremadura	300,09	6,12	19,05%	7,73
Galicia	312,28	6,87	22,95%	3,93
Madrid	198,84	5,20	17,50%	11,77
Murcia	291,76	7,97	21,47%	5
Navarra	254,04	5,98	17,44%	7,39
País Vasco	261,01	6,00	16,35%	9,62
La Rioja	265,28	9,13	17,84%	6,26
Media	268,73	6,87	19,88%	9,20
IC 95%	250,68 – 286,78	6,67 – 7,84		

Aparte de esta distribución autonómica irregular, nuestro país tiene además algunas anomalías respecto al gasto farmacéutico que deberían de corregirse:

- a) Genéricos: El porcentaje de genéricos sobre el gasto farmacéutico es bastante bajo en comparación con los demás países europeos (en Europa se mueven en torno al 20%, con máximos del 25-30% en Reino Unido y Alemania).
- b) Distribución/dispensación: En España las oficinas de farmacia tienen porcentajes de beneficios excesivos (>30%) sobre todo si se tiene en cuenta que se trata de negocios comerciales en régimen de casi – monopolio (apertura regulada y restringida), por otro lado la distribución (que en general también esta controlada por los farmacéuticos con oficina de farmacia) tiene grandes márgenes y utiliza en ocasiones practicas ilegales como las bonificaciones que no se controlan.

- c) Marketing sin control: la industria bombardea a los profesionales con todo tipo de regalos/corruptelas (desde bolígrafos a comidas, viajes a congresos nacionales e internacionales) que influyen en la prescripción y encarecen el precio (aproximadamente un 30% del PVP se gasta en estas iniciativas)
- d) “Deformación” a cargo de la industria: las farmacéuticas esponsorizan todo tipo de actividades formativas, siempre y cuando coincidan con sus intereses. Lo mismo pasa con la investigación.

3) Irracionalidad en la utilización de los recursos

- Variabilidad no justificada (los ingresos hospitalario por mil habitantes oscilan entre 97,8 en Castilla la Mancha y los 153,4 de Balears o los actos quirúrgicos por mil habitantes entre 71,8 en Cantabria a 114 en Cataluña)
- Uso intensivo de tecnología sin mejora de la salud
- El 15% decisiones clínicas no se basan en evidencia científicamente probada
- España es el País Europeo con la tasa mayor de uso de antibióticos, y también uno en donde más resistencias a los mismos se han evidenciado)
- El 9,3% de los pacientes ingresados en los hospitales presenta algún efecto adverso.
- Las diferencias en las tasa poblacionales de utilización de procedimientos o tecnologías son muy importantes

Variabilidad geográfica en la utilización de tecnologías hospitalarias

	Apendicetom. urgente	Mastectom. Conservadora Cáncer Mama	Prostatect. Cáncer próstata	Hospitalizac. por psicosis esquizofrénica	Artroplastia de rodilla
Tasa estandarizada mediante método directo	9,72	4,56	2,22	5,82	7,7
Coficiente de variación ponderado por el tamaño de las poblaciones	0,25	0,38	0,51	0,47	0,41

Fuente: Elaboración propia de Sanidades autonómicas ¿solución o problema). Circulo de Sanidad 2009.

4) Falta de cohesión

Se ha dicho que en realidad existen 17 servicios de salud distintos, y aunque es un poco exagerado, la realidad es que hay muchas más diferencias de lo que justifica la situación de salud de la población. Y ello tanto a nivel organizativo, como de prestaciones y sobre todo de sistemas de información que ahora resulta casi imposible de conseguir de una manera comparable.

Hace falta un órgano de dirección/coordinación del Sistema Nacional de Salud (SNS) y ello hasta ahora no se ha materializado a pesar de algunos esfuerzos del Ministerio en estos últimos años y de la Ley de Cohesión del SNS que pretendía acabar con esta situación, y está claro que el Consejo Interterritorial del SNS no ha querido o podido cumplir con esta función de coordinación y gobierno del sistema sanitario.

5) Poco desarrollo de políticas de salud

La salud, en los servicios regionales y a nivel del SNS es una bella consigna que aparece en todos los discursos pero que está cada vez más lejos cuanto más nos acercamos a la realidad de los dispositivos y servicios que están enfocados primordialmente a atender las demandas asistenciales de la población y en más de un caso a fomentarlas de manera poco responsable (un buen ejemplo es la vacunación contra el virus del papiloma humano). La vigilancia epidemiológica está también infradotada y las políticas activas de salud son poco relevantes y a veces dirigidas más hacia actividades con impacto mediático que a actuaciones con capacidad real de producir transformaciones, así sucede por ejemplo con los planes aprobados por el Ministerio para temas/patologías concretas (obesidad, cardiovasculares, etc) de resultados inciertos más allá de los titulares televisivos y con poca o ninguna presencia en la práctica de los centros sanitarios.

6) Infradesarrollo de la Atención Primaria y de sus relaciones con la Atención Especializada

Se supone que la base de todo el sistema sanitario público es una potente Atención Primaria de Salud, sin embargo la realidad suele avanzar en el sentido contrario, para empezar ya casi solo se habla de Atención Primaria, lo de salud se ve que era demasiado, pero además se esta viviendo una profunda crisis en la AP que proviene de varios hechos que se han ido consolidando en los últimos 10 años:

- Aumento de la presión asistencial resultado de la no ampliación de las plantillas de acuerdo con el crecimiento de la población.
- Postergación presupuestaria de la AP
- Mitificación de la medicina hipertecnológica y afín al espectáculo
- Hiperespecialización del sistema sanitario
- Medicalización de la vida cotidiana
- Desmoralización de los profesionales de AP
- Falta de interés de la mayoría de las administraciones sanitarias en una atención que se presta poco a la utilización electoralista.

Otra vez se detectan importantes diferencias entre CCAA, tanto en lo que respecta a personal como a la oferta de servicios, pruebas diagnósticas y terapéuticas y en cuanto al numero de habitantes por profesional de enfermería, medicina general y pediatría. A pesar de ello la mayoría de las personas atendidas en AP considera que la atención prestada fue buena o muy buena y sin embargo el porcentaje de quienes prefieren la medicina privada es bastante alto (superior al 25% en el mejor de los casos).

La tabla siguiente recoge estos resultados según fuentes del Ministerio de Sanidad y Consumo (en negritas valores máximo y mínimo de cada categoría).

CCAA	O. SER	O. PDIAG	O. PTER	ACPD	H. MED	H. PED	H. ENF	AP	ATAP
Andalucía	85,00	66,60	90,90	85,40	1.416,00	1.125,00	1.795,00	56,40	85,70
Aragón	83,00	73,30	90,90	91,30	1.243,00	1.016,00	1.464,00	59,60	91,40
Asturias	79,50	77,70	83,30	89,40	1.553,00	808,00	1.592,00	66,70	88,80
Baleares	49,00	71,70	84,10	98,00	1.820,00	1.153,00	2.050,00	47,40	87,70
Canarias	69,80	57,70	77,30	83,40	1.679,00	1.059,00	1.773,00	41,90	77,10
Cantabria	91,50	77,70	83,30	86,70	1.327,00	986,00	1.594,00	60,90	90,40
Castilla la Mancha	37,20	55,50	75,00	86,00	1.286,00	1.295,00	1.426,00	66,80	85,90
Castilla-León	72,20	68,80	81,80	86,70	921,00	1.300,00	1.247,00	76,40	85,50
Cataluña	97,00	97,70	100,00	89,40	1.443,00	995,00	1.598,00	47,90	80,70
Comunidad Valenciana	92,70	71,10	70,40	87,40	1.567,00	933,00	1.874,00	61,20	79,30
Extremadura	45,70	64,40	70,40	94,70	1.192,00	1.185,00	1.237,00	56,90	84,40
Galicia	75,90	62,20	72,70	89,40	1.429,00	964,00	1.888,00	64,50	85,10
Madrid	65,00	53,30	75,00	86,00	1.708,00	980,00	1.971,00	62,40	83,70
Murcia	63,80	57,70	93,20	90,00	1.691,00	1.210,00	2.007,00	50,40	89,10
Navarra	57,80	64,40	81,80	86,00	1.446,00	974,00	1.445,00	53,60	82,40
País Vasco	87,90	77,70	75,00	90,00	1.746,00	930,00	1.808,00	67,20	87,90
La Rioja	46,90	44,40	65,90	50,90	1.377,00	1.008,00	1.553,00	56,50	86,10

O. SER = oferta de servicios

O. PDIAG = oferta de pruebas diagnosticas

O. PTER = oferta procedimientos terapéuticos

ACPD = acceso a pruebas diagnosticas segundo nivel asistencial

H. MED = habitantes > 14 años/ médico general

H. PED= habitantes <14 años/pediatra

H. ENF= habitantes / enfermera

AP = porcentaje de personas que elegirían la Sanidad Pública para ir al medico general/pediatra

ATAP= porcentaje de personas que consideran que fueron atendidas bien o muy bien por su médico general

Por medio no se ha avanzado de manera significativa en la integración de actividades entre Primaria y Especializada que es una de las claves para el buen funcionamiento del conjunto del sistema sanitario público. Las experiencias de gestión por áreas de salud que prometían una mejor integración de los niveles asistenciales están todavía por demostrar su utilidad. Existe un programa del Ministerio de Sanidad y las CCAA (AP21) que propone 44 estrategias de mejora de la AP que, planteando medidas interesantes para favorecer una mayor calidad de la AP han tenido poca operatividad práctica hasta el presente.

7) Listas de espera

Un problema importante es la lista de espera, tradicionalmente quirúrgica, a la que se ha sumado la de pruebas diagnósticas, consultas de especialistas y más reciente para médico general y pediatra de Atención Primaria. Lo primero que hay que tener en cuenta que la lista de espera en un sistema público de cobertura universal y prestaciones amplias como es el nuestro es el mecanismo de ajuste entre la demanda de servicios sanitarios y la oferta necesariamente limitada y menos flexible. Naturalmente si las esperas son muy prolongadas se convierten en un mecanismo disuasorio y discriminatorio porque la capacidad de superarlas se sitúa en la capacidad económica de las personas.

En España la información sobre listas de espera sufre un secuestro por parte de las Administraciones Sanitarias. Existe una información del Ministerio de Sanidad sobre listas de espera quirúrgica, que al aparecer agregada para todo el país (con excepción de Madrid que no está incluida por su descarada manipulación a la hora de contabilizarlas) no permite conocer las desigualdades que se producen entre las CCAA, si bien la percepción que hay sobre las mismas es que son claramente excesivas y con frecuencia inaceptables.

Sus causas son múltiples e interrelacionadas: un número de camas insuficientes (tenemos uno de los índices de camas/1.000 habitantes menores

de la Unión Europea de 27 países), mal aprovechamiento de los recursos públicos (infrautilizados durante horas), escasez de algunos especialistas, protocolos inadecuados de derivación y elevada presión asistencial de los médicos de AP que hacen que muchos problemas que podrían resolverse a este nivel acaben en el especialista, sobre utilización tecnológica, mentalidad de consumismo sanitario de una parte de la población, etc.

En todo caso se trata de un serio problema que deslegitima el sistema sanitario público, en muchos casos se utiliza como excusa para la derivación de enfermos al sector privado y puede acarrear problemas de salud importantes.

8) Inexistencia de políticas profesionales

La política profesional es básicamente inexistente a nivel de cada servicio regional y del conjunto del SNS, dándose la curiosa paradoja de que los servicios autonómicos compiten entre si por los profesionales e incluso lo hacen los gerentes de los distintos centros dentro de cada comunidad autónoma y área.

Todavía andamos envueltos en una absurda polémica sobre si hay pocos o muchos médicos en nuestro país cuando en el conjunto del SNS trabajan alrededor del 61% de los médicos españoles (o sea que lo que faltan son ofertas de trabajo en el sector público), pero nada se dice de la evidente falta de profesionales de enfermería y de su infrautilización con unas funciones que están claramente por debajo de su titulación.

La nueva regulación de especialidades, necesidad planteada en 1986 en la Ley General de Sanidad, todavía no se sabe cuando aparecerá, y por lo tanto seguimos con un sistema obsoleto de especialidades que favorece la recirculación de profesionales en el sistema MIR, la excesiva parcelación de la asistencia sanitaria y la existencia de bolsas de paro de especialistas al lado de carencias significativas. La dedicación exclusiva, fundamental para fomentar la identificación de los profesionales con el sistema público de salud ha sido

abandonada en la mayoría de las CCAA (en mas de un caso a iniciativa de gobiernos socialistas), impidiendo el desarrollo de una ética y de un cuerpo profesional público. La carrera profesional, supuestamente organizada para favorecer una incentivación de los mejores profesionales en cuanto a resultados y dedicación, se ha transformado en unos quinquenios regularmente retribuidos.

9) Ausencia de mecanismos de participación

La participación ciudadana es básicamente inexistente a pesar de algunas experiencias interesantes en alguna comunidad autónoma como Castilla La Mancha, y la profesional ya ni se plantea.

10) Problemas de organización y liderazgo profesional

La organización de los servicios sanitarios ha pasado de una cultura muy jerarquizada y burocrática con jefes inamovibles de modos y conocimientos muy esclerotizados, a otra en la que para huir de esa situación se ha potenciado la libre designación a criterio de los políticos de turno, y donde lo importante no son los conocimientos, valía científica y organizativa ni la capacidad de liderazgo sino la adscripción política y el amiguismo que han ido creciendo con el mayor descaro (por poner solo un ej todas las jefaturas de los nuevos hospitales de Madrid son de libre designación sin concurso de meritos), al final solo se premia la incompetencia y la capacidad de estar a bien con los jefes, eso ha ido minando las relaciones profesionales. Las direcciones y gerencias son lo mismo en grado superlativo.

11) Ofensiva privatizadora

A lo largo de los últimos se han ido aplicando una parte importante de estas propuestas como la promoción del aseguramiento privado mediante desgravaciones fiscales de los seguros complementarios de empresa; la fragmentación de la red hospitalaria pública en múltiples empresas

independientes entre si gestionadas de acuerdo al modelo empresarial como las Fundaciones Sanitarias, Consorcios, Concesiones Administrativas, Sociedades Anónimas; la privatización de la financiación construcción y gestión de los nuevos hospitales (Concesión de Obra o Contratos de Colaboración Público-Privada PFI); la privatización de la Atención Primaria ; la cesión de la asistencia integral de áreas sanitarias a empresas privadas; el incremento de los conciertos y las subcontratas de servicios con el sector privado (cocina, limpieza, seguridad, mantenimiento, administración, radiología, laboratorio, anatomía patológica, cuidados terminales, urgencias extrahospitalarias) o la potenciación del modelo MUFACE para prestar asistencia a los funcionarios públicos y altos cargos de la administración a través de aseguradoras privadas.

Cabría destacar dentro de esta política de apoyo a la privatización la retirada de los incentivos económicos a la dedicación exclusiva de los profesionales del sector público. El sector sanitario privado parasita al público ya que únicamente el 9,5% de su clientela es privada. Como consecuencia el gasto público descendió del 81% en 1980 a 70% en 2005, lo que supone que el sector privado alcanza ya el 30% del gasto sanitario en España, uno de los más altos de la UE.

Esta ofensiva privatizadora busca el fomento de los intereses económicos privados en detrimento del derecho a la salud de los ciudadanos.

Y como era de esperar ha avanzado especialmente en CCAA gobernadas por el PP como Madrid (8 nuevos hospitales, mas los 4 mas proyectados) o Valencia (Alzira, Denia, Torrevieja, etc), que se extiende también a la Atención Primaria (EBAs en Cataluña, Valencia incluyéndola en las concesiones hospitalarias, proyecto de área única en Madrid, etc). Y todo ello sin que se haya demostrado en ningún momento que mejoren la atención sanitaria y en algún caso que, por el contrario, suponen un empeoramiento. Pero para ser justos hay que señalar que algunas CCAA han avanzado en sentido contrario reforzando la red pública (Extremadura, Castilla La Mancha) y que incluso en alguna como en Galicia se ha llevado a cabo la integración en la red pública de

los experimentos pseudo privados (fundaciones) aunque los últimos resultados electorales no auguran nada bueno.

12) Falta de coordinación con el sistema de atención sociosanitaria

Falta de coordinación con el sistema de atención sociosanitaria que tiene además un escaso desarrollo, lo que hace recaer sobre los centros de agudos enfermos y patologías que podrán ser atendidos a un menor coste. Para superar esta situación algunas CCAA (Extremadura y Castilla La Mancha) han integrado en una única consejería sanidad y sistema sociosanitario, aunque todavía es pronto para conocer los resultados. Parece que en la misma línea van la unificación del Ministerio de Sanidad y Política Social, pero aún es pronto para valorar su impacto sobre la situación preexistente.

ALTERNATIVAS DE LA FADSP PARA LA MEJORA DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO

El centro del debate es recuperar la ideología de los bienes públicos esenciales y de la salud como un derecho de las personas, y por lo tanto la imposibilidad de que estos sean atendidos de manera eficaz y eficiente por dispositivos que no respondan a la lógica del servicio público. Se precisa una recuperación de estas señas ideológicas que, coyunturalmente, tienen un apoyo en los desastres provocados por los fundamentalistas del mercado y en el reconocimiento generalizado de que el Estado debe de asumir las funciones de sostenimiento de las bases para el buen funcionamiento de la sociedad.

En lo concreto habría que avanzar en varios aspectos:

- 1) Incrementar el gasto público hasta equipararnos a los países de la UE-15 aumentando la presión fiscal de las rentas más altas y combatiendo el fraude
- 2) Introducir cambios en el modelo de financiación autonómica que garanticen la suficiencia financiera, acaben con el déficit que afecta a los servicios de salud autonómicos, recupere su naturaleza redistributiva y el carácter finalista de la misma
- 3) Afrontar la crisis con medidas dirigidas a incrementar el sector público y el empleo sanitario
- 4) Mecanismos de reparto fundamentados en las necesidades de salud de la población para lo que es imprescindible la elaboración de un Plan Integrado de Salud como instrumento para favorecer las políticas de salud y la cohesión del SNS
- 5) Potenciar la labor de coordinación el Consejo Interterritorial de Salud, dotándole de mas capacidad a la hora de tomar decisiones vinculantes a todas las CCAA, y condicionar las transferencias de fondos al cumplimiento de objetivos de salud
- 6) Política farmacéutica encaminada a:
 - Aumentar la utilización de medicamentos genéricos

- Control estricto de las actividades de “marketing” de las empresas farmacéuticas
 - Fomentar la utilización racional de medicamentos mediante guías y protocolos farmaco – terapéuticos.
 - Establecer una línea directa por parte de las Administraciones sanitarias de información/formación de los prescriptores.
 - Reducción de los márgenes de las oficinas de farmacia
 - Educación para la salud de la población sobre el consumo responsable de farmacos
- 7) Favorecer la identificación de los profesionales con el servicio público de salud especialmente desarrollando la dedicación exclusiva y mecanismos de reconocimiento profesional
 - 8) Potenciar la Atención Primaria de Salud: recursos profesionales suficientes, favorecer medios diagnósticos y terapéuticos, fomento de actividades de prevención y promoción.
 - 9) Mejora y fomento de la integración de los servicios asistenciales
 - 10) Mejorar la racionalidad de las decisiones generalizando instrumentos como vías clínicas, guías clínicas, protocolos de actuación de las patologías más prevalentes.
 - 11) Poner en marcha el registro de profesionales de la salud ya contemplado en la LOPS
 - 12) Inmediata configuración de las especialidades médicas estableciendo un sistema troncal de especialidades
 - 13) Establecimientos de garantías de demoras máximas según patologías.
 - 14) Poner en marcha mecanismos efectivos de participación social y profesional
 - 15) Potenciar el carácter público del sistema de salud, deteniendo las privatizaciones, potenciando el sistema público en las nuevas infraestructuras y reintegrando a la red pública a los centros privatizados o con sistemas de gestión privada.
 - 16) Mejorar la coordinación del sector sanitario con el sociosanitario incrementando los recursos de este último (camas de crónicos, centros de día, residencias asistidas, etc)

Para avanzar en este sentido y lograr los objetivos señalados anteriormente, es imprescindible el articular un amplio movimiento social y profesional para detener la tremenda ofensiva de desmantelamiento de los servicios públicos que se está viviendo en nuestro país.

Es fundamental el papel de las organizaciones políticas, sindicales, sociales y profesionales, así como el de las Administraciones Públicas que deben ser las garantes del derecho constitucional a la protección de la salud.

La salida de la crisis actual no puede basarse en la restricción de derechos y menos aún en la ampliación de medidas desreguladoras y ultraliberales, que han sido precisamente sus causantes, sino en un nuevo pacto social que amplíe y garantice los derechos de los ciudadanos y asegure la protección de los bienes básicos fundamentales como es el caso de la salud.

Nos estamos jugando una parcela muy importante de nuestro futuro y de los derechos conquistados con el esfuerzo de la mayoría de la población. Todavía estamos a tiempo de conseguir un cambio en la situación.

Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública

Mayo de 2009