

FUNDACIÓN 1 DE MAYO

# Informes

98 · JULIO 2014



**LA CRISIS,  
LAS PRIVATIZACIONES,  
LOS RECORTES Y LA  
SANIDAD PÚBLICA**

[WWW.1MAYO.CCOO.ES](http://WWW.1MAYO.CCOO.ES)

## **LA CRISIS, LAS PRIVATIZACIONES, LOS RECORTES Y LA SANIDAD PÚBLICA**

FUNDACIÓN 1º DE MAYO  
C/ Longares, 6. 28022 Madrid  
Tel.: 91 364 06 01  
1mayo@1mayo.ccoo.es  
www.1mayo.ccoo.es

COLECCIÓN INFORMES, NÚM: 98  
ISSN: 1989-4473

© Madrid, Julio 2014

# LA CRISIS, LAS PRIVATIZACIONES, LOS RECORTES Y LA SANIDAD PÚBLICA

MARCIANO SÁNCHEZ BAYLE  
SERGIO FERNÁNDEZ RUIZ

COLABORADORES DE LA FUNDACIÓN 1º DE MAYO

## LA CRISIS, LAS PRIVATIZACIONES, LOS RECORTES Y LA SANIDAD PÚBLICA

### PRESENTACIÓN

Han pasado ya dos años desde la aprobación del RD Ley 16/2012, 1,5 años después de la aprobación del Plan de Sostenibilidad y 2,5 años después de los recortes presupuestarios en la Sanidad Pública y es un buen momento para evaluar el impacto de estas medidas en la atención sanitaria que recibe la población.

Desgraciadamente la información pública y la transparencia de las administraciones sanitarias son mínimas y la información pública existente esta convenientemente “maquillada” por lo que no es útil para conocer la realidad de la situación y solo es un elemento de confusión.

Por ese motivo vamos a hacer un breve repaso a la situación de la Sanidad y a las repercusiones conocidas de estas políticas combinadas de recortes, desmantelamiento y privatización que esta sufriendo la Sanidad Pública.

Seria deseable el poder hacer también un análisis sobre el impacto que han tenido sobre la salud, la morbilidad y la mortalidad, pero se trata de un empeño muy complicado, tanto por la dificultades para obtener datos contrastados, como por el hecho de que el efecto de las políticas sanitarias solo tienen repercusiones en la salud en el medio plazo y porque es obvio que otros aspectos de la crisis (el desempleo, la bajada de recursos económicos, etc.) tienen de manera independiente efectos sobre la salud.

### LA PRIVATIZACIÓN SANITARIA

La privatización sanitaria es un hecho que viene de antiguo. Al poco de aprobarse la Ley General de Sanidad (1986) ya comenzaron a producirse fenómenos que favorecían la privatización sanitaria y cuestionaban el modelo de Sanidad Pública que propugnaba la LGS (Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña 1990, Informe Abril 1991).

Los fenómenos de privatización han tenido una intensidad variable según las Comunidades Autónomas atendiendo tanto al grupo político en el gobierno como a otras circunstancias. En cualquier caso el fenómeno privatizador se profundizo y diversifico a partir de la finalización de las transferencias sanitarias en 2001 y del primer gobierno del Partido Popular a nivel central, y se ha acentuado en los últimos años.

Como hemos señalado reiteradamente, la falta de transparencia informativa es uno de los grandes déficit de nuestro sistema sanitario, de manera que resulta complicado obtener datos concretos de las administraciones sanitarias y mas aún si se pretende que sean homogéneos para todas las Comunidades Autónomas.

Un análisis de la situación debe pues hacerse desde la información disponible, y así el Informe de la FADSP (<http://www.fadsp.org/index.php/sample-sites/notas-de-prensa/778-informe-sobre-la-privatizacion-sanitaria-de-las-ccaa>) evalúa aspectos de aseguramiento, financiación privada (en seguros sanitarios y gasto de bolsillo), recursos del sector privado y porcentaje de gasto sanitario público dedicado directamente a contratación con los centros privados, así como la existencia de formulas de colaboración público-privadas establecidas en las Comunidades Autónomas. Solo se han utilizado los datos que se encuentran publicados en fuentes disponibles a nivel público (Ministerio de Sanidad, Ministerio de Hacienda, Instituto Nacional de Estadística, IDIS).

Las variables analizadas han sido las siguientes:

1. Porcentaje de población cubierta por Mutualidades de Funcionarios
2. Gasto en seguros privados per capita (€/año)
3. Gasto sanitario de bolsillo per capita (€/año)
4. Porcentaje de camas hospitalarias privadas sobre el total
5. Porcentaje del equipamiento de alta tecnología en hospitales privados sobre el total
6. Porcentaje del gasto sanitario dedicado a contratación con centros privados
7. Presencia de modelos de colaboración público-privada

Hay que ser conscientes de que las cifras de contratación del sistema público con el sector privado están infraestimadas por dos motivos, por la presencia del modelo MUFACE que en su mayoría dedica fondos públicos a financiar seguros privados, y luego porque existen muchos casos de contratación directa de los centros sanitarios con el sector privado (pruebas diagnósticas, etc) con lo que estas partidas no aparecen contabilizadas de manera diferenciada y se incluyen en los presupuestos de los centros públicos.

Los seis primeros apartados se han puntuado de 1 a 4 según la posición de cada comunidad en los cuartiles de cada variable, considerando el mas bajo el de menor puntuación. La variable 7 se ha puntuado asignando un punto a aquellas Comunidades Autónomas donde existen estos fenómenos y 0 a aquellas en las que están ausentes.

De acuerdo a estos criterios se han puntuado a todas las Comunidades Autónomas, obteniendo un resultado promedio de 15,58 puntos con una DS (Desviación Standar) de 0,91 (rango entre 9 y 23 puntos), sobre un máximo de 25 puntos posibles.

De acuerdo con los percentiles de los resultados obtenidos se clasifican las Comunidades Autónomas en tres grupos: alto grado de privatización (igual o mayor al percentil 75), privatización intermedia (entre percentil 25 y 75) y bajo grado de privatización (igual o menor del percentil 25).

Comunidades Autónomas con un elevado grado de privatización:

- Madrid (23)
- Cataluña (21)
- Galicia (19)
- Baleares (18)
- Canarias (18)

Comunidades Autónomas con un grado intermedio de privatización:

- Aragón (17)
- País Vasco (17)
- Castilla y León (16)
- Murcia (16)
- Valencia (16)
- Navarra (15)
- Cantabria (14)

Comunidades Autónomas con bajo grado de privatización:

- Andalucía (12)
- Asturias (12)
- La Rioja (12)
- Castilla la Mancha (10)
- Extremadura (9)

Merece la pena tener en cuenta cinco cuestiones:

- La primera es que los datos se corresponden de manera fundamental a 2012 y algunos a 2013 por lo que, previsiblemente se habrán modificado a peor en la mayoría de las Comunidades Autónomas (por ejemplo no se evalúa el impacto de los últimos recortes presupuestarios y del RD Ley 16/2012).
- Por lo tanto reflejan mayoritariamente la situación previa a las últimas elecciones autonómicas y como mucho las transformaciones realizadas en el año y medio siguiente a las mismas.
- Finalmente, y como suele ser habitual en los estudios sobre los sistemas sanitarios de las Comunidades Autónomas, se objetiva una gran desigualdad entre las mismas (la ratio entre la puntuación máxima y mínima es de 2,55), lo que es una barbaridad y evidencia que en este tema, privatización de los servicios sanitarios, hay diferencias excesivas que evidencia una falta de cohesión del Sistema Nacional de Salud.
- Hay que ser conscientes de que alguno de los datos analizados (gasto de bolsillo en Sanidad) está sobre todo relacionado con la riqueza de las Comunidades Autónomas porque identifica sobre todo el gasto en prestaciones no cubiertas por el SNS (por ejemplo la odontología).
- Como siempre la gran limitación del estudio esta en la ausencia de transparencia de las administraciones sanitarias que dificulta enormemente el encontrar datos homogéneos para todas las Comunidades Autónomas y es un fraude a la ciudadanía que es la que las sufraga con sus impuestos.

- La tabla siguiente recoge el resultado de los aspectos analizados (media de las Comunidades Autónomas, máximo y mínimo y valores de la Comunidad de Madrid):

	Madrid	Media CCAA	Máximo   Mínimo
% población cubierta por Mutuas	5,78	4,54	Extremadura (6,14) País Vasco (1,95)
Gasto en seguros privados (€/hab/año)	244	115,94	Madrid (244) Navarra(49)
Gasto sanitario de bolsillo (€/hab/año)	452	376,88	Aragón (471) Extremadura (280)
% camas privadas sobre el total	33,17	26,96	Cataluña (56,47) C La Mancha (6,52)
% alta tecnología en centros privados	31	24,47	Galicia (39) Cantabria (8)
% gasto sanitario público destinado a conciertos	8,50	7,61	Cataluña (24,1) Aragón (4)

En este proceso privatizador que, como se ha señalado ya estaba encabezado por la Comunidad de Madrid, se han producido algunas novedades que conviene resaltar:

### 1. La paralización de la privatización de 6 hospitales públicos y centros de salud

Después de quince meses de movilizaciones en defensa de una Sanidad Pública por parte de los y las profesionales y diferentes organizaciones en la Comunidad de Madrid, el Gobierno Regional renunció a seguir con su plan privatizador de seis hospitales semi - públicos (Infanta Sofía, Infanta Leonor, Infanta Cristina, Del Henares, Del Sureste y del Tajo), inaugurados en 2008 y de los centros de salud.

La privatización total de seis hospitales modelo PFI (iniciativa de financiación privada) de la región fue el primer gran anuncio político de Ignacio González, en octubre de 2012 con el famoso plan de medidas de sostenibilidad, tras el abandono de Esperanza Aguirre de la presidencia de la Comunidad de Madrid.

El presidente, Ignacio González, anunció en el mes de enero de 2014, al tiempo que se conocía la destitución del Consejero de Sanidad que lideró el proyecto, Javier Fernández Lasquetty, la renuncia a seguir adelante con su plan privatizador de hospitales y centros de salud.

Sin embargo, los recursos presentados en los juzgados por distintas organizaciones contra el plan privatizador siguieron adelante durante unos meses. Hasta que en el mes de abril, la Conse-

jería de Sanidad finalmente presentó un escrito en todos los tribunales afectados en el que confirmaba que daba por finalizado el concurso con el que pretendía ceder la gestión de seis hospitales a tres empresas (Sanitas, Ribera Salud e HIMA San Pablo).

Este plan afectaba a unos 5.000 trabajadores y trabajadoras sanitarios y cambiaba la gestión sanitaria a 1,2 millones de madrileños/as. El Tribunal Superior de Justicia de Madrid acordó en enero pasado primero mantener la suspensión cautelar que pesaba sobre el proceso desde septiembre de 2013, y posteriormente dar por finalizados los procedimientos correspondientes a los recursos interpuestos frente a la privatización de los seis hospitales.

Lo mismo sucedió con primero la paralización de la aplicación de euro por receta y luego con su supresión por el Tribunal Constitucional, demostrando la poca entidad jurídica de las decisiones del gobierno madrileño del Partido Popular.

Con estos golpes judiciales y sobre todo la lucha incansable por parte de los profesionales, las organizaciones y la ciudadanía hicieron claudicar al Gobierno Regional en sus pretensiones. Ha sido la presión social, las continuas movilizaciones durante quince meses de la ciudadanía y la cercanía de unas elecciones Europeas, Autonómicas y generales, lo que les ha hecho replantearse en sus decisiones.

Este proceso de movilizaciones ha servido de ejemplo y acicate a otras Comunidades Autónomas, donde aún continúan con intensidad. Desde que empezaron las movilizaciones en Madrid y continuaron otras Comunidades, se ha conseguido paralizar la privatización de hospitales en Castilla la Mancha y Extremadura.

Este proceso provocó la destitución del Consejero de Sanidad, Fernández Lasquetty, y el nombramiento del nuevo Consejero, Javier Rodríguez, que cuando fue nombrado ocupaba el cargo de portavoz en la comisión de sanidad. Es diputado desde la II Legislatura, ocho legislaturas como miembro en la Asamblea de Madrid.

La actitud que ha tomado el nuevo Consejero es intentar ser más dialogante y recuperar las relaciones con los profesionales, como manifestó en su toma de posesión del cargo. En su táctica de acercamiento y conciliación se ha reunido con los profesionales y los sindicatos pero en el fondo sus posiciones ideológicas son iguales a las de su predecesor.

Parece obvio que con este comportamiento lo que pretende es desactivar las movilizaciones y tranquilizar a los profesionales pero mantener su privatización encubierta con los recortes y las derivaciones a los hospitales privados.

La ciudadanía no debe olvidar que esto es un paro parcial de su plan ideológico. La reciente destitución de varios directores de centros de salud que se habían destacado en las movilizaciones y la puesta en marcha de una política represiva en los centros sanitarios evidencia que no se ha cambiado de política, sino solo de métodos de actuación. En ningún momento ni el Gobierno Regional, ni el Presidente Ignacio González, ni el nuevo Consejero han renunciado expresamente a sus intenciones privatizadoras que mantienen intactas hasta conocer el resultado de las elecciones en 2015.

## 2. Las privatizaciones continúan:

Por eso las privatizaciones continúan, y merece la pena resaltar algunos procesos:

- Extracción de Sangre

La extracción periférica de sangre se ha cedido a la Cruz Roja mediante un convenio especial con la Consejería de Sanidad. Esta privatización, que no figuraba en el “Plan de Sostenibilidad” supone un notable encarecimiento de los costes de la extracción y además poner en manos privadas una donación altruista como es la sangre, para ser explotada con criterios económicos. Se han realizado importantes movilizaciones en su contra y hay una campaña de boicot a las donaciones periféricas que han disminuido de una manera significativa, incrementándose por el contrario las que se realizan en los centros hospitalarios que continúan bajo control público.

- Derivaciones a centros privados

Uno de los mecanismos utilizados para favorecer la privatización silente es la sistemática derivación desde los centros de llamada (“lógicamente privados”) de las citaciones en consultas externas, pruebas diagnósticas e intervenciones quirúrgicas a los centros privados.

A pesar de las declaraciones de la Consejería de Sanidad en sentido contrario y de su supuesto interés en que todo el mundo se atienda en el sistema público, la realidad es que se constatan 2 actuaciones confluentes: por un lado la ya señalada derivación a los centros privados (en noviembre de 2013 se detectó que se producían derivaciones para intervenciones quirúrgicas en el 58,7% de los casos y para pruebas diagnósticas en el 67,4%), y por el otro se disminuye el rendimiento de los centros públicos infrautilizando sus recursos (por poner un ejemplo el número de resonancias magnéticas por equipo por los centros públicos es del 36% menos por equipo que en los centros privados, lo que hace que un 17,4% de estas pruebas se deriven a la privada sin necesidad ya que con un rendimiento similar todas podrían ser atendidas en centros públicos).

También es conocido que con frecuencia la calidad de las exploraciones que se realizan en el sector privado es muy baja y obliga a repeticiones innecesarias lo que aumenta el coste y las molestias para la ciudadanía.

No obstante una gran parte de la ciudadanía se niega a estas derivaciones, de manera que por ejemplo en diciembre de 2013 la mayoría de los pacientes en lista de espera quirúrgica se habían negado a ser derivados a centros privados. Este movimiento es creciente y ha ido en aumento en los últimos meses. Poniendo en evidencia que no es un problema de recursos y ni siquiera económico sino que la Consejería de Sanidad tiene fondos para derivaciones a centros privados a la vez que los niega a los centros públicos para hacer una utilización intensiva de los centros propios que le saldría menos costoso (por lo tanto no es una cuestión de eficiencia sino de deterioro intencionado del sistema público).

## LOS RECORTES ECONÓMICOS

Paralelamente se ha producido una disminución muy importante de los recursos destinados a la Sanidad. En 2009 el presupuesto liquidado para la Sanidad Pública fue de 70.464 millones €, y en 2011 fue de 67.626 millones € (según datos del Ministerio de Sanidad), mientras que en 2014 lo presupuestado para la Sanidad Pública es de 57.632 millones € (datos del Ministerio de Hacienda), es decir 12.832 millones € menos (un descenso del 18,21%).

Estos datos deben ser vistos con alguna prudencia básicamente por dos motivos, el primero es que en un caso se trata de gasto liquidado y en otro presupuestado y es bien conocido que históricamente se produce una desviación al alza (en torno al 5%) aunque en 2014 la vigilancia a que somete el Ministerio de Hacienda a las CCAA es probable que disminuya de una manera muy significativa esta desviación, y el segundo es que el presupuesto de 2014 incluye el gasto sanitario de las administraciones locales (915 millones € en el último dato público, 2011), que como es conocido han dejado de tener competencias sanitarias por lo que es muy probable que esta cantidad se disminuya significativamente.

Otro hecho bien conocido, que viene de antiguo, pero que no se ha mitigado con la crisis es la gran variación en la financiación sanitaria per cápita entre las Comunidades Autónomas, que como promedio ha bajado de 1.359,37 € en 2009 a 1.204,97 en 2014, pero manteniendo una diferencia superior a los 500 € per cápita entre la que mas y la que menos dedica a la Sanidad (561,72€ en 2014 entre País Vasco, la que mas destinada a la Sanidad, y Andalucía, la que menos destina). Es evidente que esta gran disparidad provoca una importante desigualdad en el funcionamiento y en la capacidad efectiva de garantizar las mismas prestaciones, en cantidad y calidad, en todas las Comunidades Autónomas, siendo por lo tanto una fuente de inequidad.

En todo caso no parece que este horizonte vaya a mejorar en 2015, las propuestas de rebajas fiscales del Partido Popular hacen temer unos mayores recortes en la financiación sanitaria en el próximo año.

### Disminución de personal en los centros públicos

Como era de esperar estos grandes recortes presupuestarios han producido una significativa disminución del personal de los centros sanitarios públicos que, como siempre debido a la crónica falta de transparencia, no son conocidos en detalle pero que han sido cifrados por CCOO en 53.000 trabajadores y trabajadoras menos en la Sanidad Pública en 2014 respecto a 2009, 7.500 de ellos en la Comunidad de Madrid.

El sector se caracteriza además por una elevada tasa de temporalidad y la presencia de un numeroso porcentaje de trabajadores y trabajadoras eventuales. Por otro lado muchas Comunidades Autónomas están utilizando las jubilaciones como otro mecanismo de disminución de personal (recuérdese que oficialmente solo se cubren el 10%, pero en muchos casos el porcentaje de cobertura real es aún menor).

## **LAS LISTAS DE ESPERA**

La lista de espera quirúrgica se ha incrementado notablemente, aunque los datos suelen estar sometidos a todo tipo de “maquillajes”. Según los datos del Ministerio de Sanidad (que no están desagregados por Comunidad Autónoma) había 559.335 personas en la lista de espera quirúrgica en diciembre de 2013, con una demora media de 98 días (70 días en 2009).

En la Comunidad de Madrid, en diciembre de 2013 había 72.695 personas en la misma (un aumento del 51,55% desde septiembre de 2004), con una peculiaridad y es que el 50,20% de ellos son personas que han rechazado su derivación a un centro privado, y que por ello esperan mas tiempo. También se ha incrementado el tiempo de espera, de manera que la espera oficial pasó de 11 días a 16,1 (recuérdese que es un dato manipulado porque solo se computa desde que ha sido visto por el anestesista), y había 6.244 pacientes que esperaban mas de 181 días (413 mas de 365 días).

Lo mismo sucede con las demoras de citas con los especialistas (67 días de promedio en diciembre de 2013 en el conjunto de las Comunidades Autónomas) y con las pruebas diagnósticas, que se han incrementado debido a los tremendos recortes de personal que ha sufrido el sistema sanitario público.

Pero también se han incrementado las demás esperas, de manera relevante en Atención Primaria: en la Comunidad de Madrid para la cita del medico general un 45,7% superaban las 48 horas (máximo 7 días), lo que también sucedía en el 37% de los casos de las citas en consultas de enfermería (máximo 11 días) y en el 31% para técnicas (máximo 10 días).

En el caso de los Servicios de Salud Mental, en concreto en Madrid, la presión para reducir las listas de espera está produciendo un deterioro de la calidad de la atención. La demora es especialmente grave en la listas de espera de psicología clínica de adultos e infanto-juvenil, que en muchos centros sobrepasa los 7 meses. La respuesta de la Consejería para reducir las listas de espera en Salud Mental ha sido incrementar el numero de primeras consultas en todos los centros, lo que en un contexto de aumento de demanda y con Centros de Salud Mental con plantillas congeladas o reducidas desde el año 2007 supone reducir de forma drástica el tiempo disponible para el seguimiento adecuado de los pacientes, ya que las siguientes citas se demoran como mínimo un mes en el mejor de los casos.

## **LAS TRAMPAS DE LA «TRANSPARENCIA INFORMATIVA»**

Uno de los grandes problemas de nuestro sistema sanitario es la falta de información disponible de manera actualizada. Aunque el Ministerio de Sanidad ha puesto en marcha un denominado “Portal Estadístico del SNS”, cuyo principal problema es que ofrece datos antiguos (en general de 2011 o anteriores) lo que dificulta la evaluación de las políticas de recortes que como se ha comentado se han incrementado notablemente en los últimos años.

Por supuesto la información existe y esta en manos de las Comunidades Autónomas que son, con la cooperación del Ministerio, las que la mantienen secuestrada o bien la proporcionan notablemente distorsionada.

Un buen ejemplo de lo dicho es la puesta en marcha por parte de la Consejería de la Sanidad de

Madrid de lo que denomina “Observatorio de resultados del Servicio Madrileño de Salud” y que ha vendido como un ejercicio de “transparencia informativa”.

Vaya por delante que cualquier tipo de información pública es bienvenida, sin embargo una análisis de la información puesta a disposición del público en la web de la Consejería evidencia que la información esta muy sesgada o no aparece y es bastante antigua.

Se ofrecen datos de 2012, cuando los datos de 2013 existen y están en manos de la Consejería y probablemente se ocultan porque son peores que los de 2012.

No aparecen cuestiones claves de los centros sanitarios. En hospitales: número de camas y plantillas, y en los centros de salud las plantillas y las Tarjetas Sanitarias Individuales asignadas por profesional.

Las demoras en las consultas de atención primaria y para técnicas en los centros de salud no aparecen. En hospitales la demora en la primera consulta se mide solo en el mes de diciembre de cada año con lo que es muy fácil de manipular, no apareciendo demoras para segunda consulta (las mayores existentes) ni para pruebas diagnósticas.

Por otro lado los resultados son más que cuestionables. Por poner solo un ejemplo discrepan notablemente de los recogidos en el Barómetro Sanitario de 2012, es decir la misma fecha, que recuerdese son los siguientes:

	Madrid	Media CCAA
Índice de satisfacción	6,47	6,57
El sistema sanitario funciona bien o bastante bien	70,13 %	70,65%
Empeoro la atención sanitaria en AP	29,16%	25,18%
Empeoro la atención sanitaria en consultas de atención especializada	22,86%	22,05%
Empeoro la atención sanitaria en hospitalización	25,03%	21,09%

Datos que en Madrid como en el resto del país han empeorado desde 2010 tal y como puede observarse en la siguiente tabla.

<b>Datos 2010/2011</b>	Madrid	Media CCAA
Índice de satisfacción	6,64/ 6,57	6,63 / 6,59
El sistema sanitario funciona bien o bastante bien	72,61 / 71,6	73,9/73,1
Empeoro la atención sanitaria en AP	11,94 / 8,88	15,28 / 11,83
Empeoro la atención sanitaria en consultas de atención especializada	11,17/ 7,47	13,10 /10,52
Empeoro la atención sanitaria en hospitalización	12,08 / 7,87	14,82 / 10,71

Y que obviamente son incongruentes con los reflejados en la publicación oficial de la Consejería de Sanidad, aunque es habitual que la información que facilita la Comunidad de Madrid este convenientemente “maquillada” y sea poco fiable.

Por otro lado conviene recordar que la percepción de la Sanidad como problema de la ciudadanía ha ido incrementándose en los Barómetros del CIS y que en el último es el 5º problema general, el 4º en cuanto al que afecta personalmente a la población encuestada.

### **LAS EXCLUSIONES DE LA COBERTURA SANITARIA**

Como resultado de la aprobación del RD Ley 16/2012 se ha producido la exclusión de la cobertura sanitaria de inmigrantes no regularizados, así como de aquellos ciudadanos que tengan una estancia fuera del país superior a 90 días. Hasta ahora los principales problemas documentados tienen que ver con los inmigrantes irregulares y se sabe que, a pesar de algunas instrucciones de la Consejería de Sanidad para asegurar la atención por ejemplo a las personas con enfermedades infecto- contagiosas, se han producido numerosos casos de desatención y problemas de acceso a las prestaciones sanitarias incluso para grupos y situaciones que estaban explícitamente cubiertos por el RDL (embarazadas, urgencias, niños y niñas, etc.). Por supuesto no se conoce el número de personas afectadas y solo se tiene constancia de las denuncias. En términos generales la mayoría de los profesionales del sistema sanitario procuran seguir prestando asistencia a este grupo de población, pero este esfuerzo tiene muchas limitaciones (no se pueden hacer pruebas diagnósticas, derivaciones a los especialistas, etc.).

El grupo de personas con estancias en el extranjero mayores de 90 días es aún menos conocido porque se trata de población generalmente joven (van al extranjero empujados por el paro) y difícil de detectar, incluso para la Administración, por lo que resulta muy complicado el conocer cuales es la incidencia que tiene esta exclusión sobre su salud.

### **LOS COPAGOS**

Otro de los aspectos regresivos del RD Ley 16/2012 ha sido el incremento del copago farmacéutico incluyendo a los y las pensionistas, y el establecimiento de nuevos copagos sobre transporte sanitario, productos dietéticos, prótesis y ortesis.

El copago farmacéutico, el único aplicado hasta el momento y no con carácter generalizado (Navarra y País vasco retrasaron su implantación y cuando se les obligo a ello han establecido un sistema de retornos para las rentas bajas que en la práctica lo anulan) ha tenido como resultado según la versión del Ministerio de Sanidad una disminución del gasto farmacéutico que por otro lado no es real (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).

No se ha realizado un estudio por parte de las administraciones sanitarias para evaluar lo que hay detrás de esta disminución del gasto farmacéutico público, por supuesto una parte esta trasladándose a gasto privado, pero también se están produciendo fenómenos muy extendidos de personas, lógicamente las de menores ingresos y mas problemas de salud, que no compran todos o una parte de los medicamentos prescritos. Hay informes de la FADSP, organizaciones de pensionistas y de médicos de familia que señalan el problema en niveles preocupantes (en torno al 20% de las personas con bajos ingresos 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.)

Probablemente debido a la conflictividad social y profesional los otros copagos no llegaron a aplicarse, aunque siguen estando vigentes en el BOE. Un caso esperpéntico es el intento de aplicar el copago sobre los medicamentos retirados en las farmacias hospitalarias que ninguna de las Comunidades Autónomas ha llevado a cabo a pesar del empeño del Ministerio de Sanidad.

## **LAS OTRAS AMENAZAS A LA SANIDAD PÚBLICA**

Hay otras cuestiones a tener en cuenta que suponen serias amenazas para la Sanidad Pública. A resaltar:

### **• Ley sobre IVE:**

Ante la aprobación del Anteproyecto de Ley de la vida del concebido y de los derechos de la mujer embarazada, estamos ante una propuesta muy regresiva desde el punto de vista sanitario y de los derechos de las mujeres, y este cambio legislativo, si llega a producirse, nos situara como uno de los países con una legislación mas restrictiva en el ámbito europeo.

El aborto es un problema de salud pública y no una materia ideológica en la que quienes gobiernan puedan imponer sus creencias personales al resto de la población. La Ley actual que por supuesto es perfectible pero en otro sentido, el de garantizar la cobertura del IVE en la Sanidad Pública, está resolviendo las demandas de IVE en España con una calidad y equidad razonables. Conviene recordar que los abortos clandestinos son una de las principales causas de muertes maternas en todo el mundo, según la Organización Mundial de la Salud.

### **• Salud Mental:**

Hay una preocupante tendencia a la externalización/privatización de los servicios, especialmente los de apoyo y/o rehabilitación. Por ejemplo en la Comunidad de Madrid, en Junio de 2013 se firmó un acuerdo marco para la contratación de los centros concertados de la Red de Rehabilitación Psicosocial para personas con enfermedad Mental dependiente de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales (Centros de Rehabilitación Psicosocial, Centros de Día, Minirresidencias, Cen-

tros de Rehabilitación Laboral y Equipos de Apoyo Social y Comunitario) que cambia las condiciones por las que se financian estos servicios. Se pasa a pagar por plaza ocupada/día lo que implica que los pacientes con más dificultades para vincularse a estos servicios, los más graves, son menos rentables.

### • **Los cambios en las competencias de la Administración Local**

El día 1 de Enero entró en vigor la Ley 27/2013 de 27 de Diciembre, llamada de Racionalización y Sostenibilidad de la Administración Local; una Ley con un sesgo tan economicista que olvida lo más importante, los derechos ciudadanos.

Esta ley cercena la autonomía local, consagrada por la propia Constitución Española (arts. 137,140 y 142). Es decir limita toda posibilidad de que los Ayuntamientos lleven a cabo las políticas sociales que hasta ahora venían desarrollando.

La Ley elimina el art. 25.2, i) de la Ley Reguladora de Bases de Régimen Local (LRBRL) de 1985, donde se contemplaba la participación en la gestión de la atención primaria de la Salud.

Igualmente se suprime el art. 28, de la LRBRL mediante el cual los municipios podían realizar todas aquellas actividades publicas que entendieran en beneficio de la ciudadanía, en particular, las relativas a la Sanidad, la protección del Medio Ambiente, Educación, Cultura, la promoción de la Igualdad...

Sin embargo, la nueva Ley en su art. 27 sí contempla la conservación o mantenimiento de los centros sanitarios por parte de los Ayuntamientos. Es decir, rebajan a las Corporaciones Locales a meras empresas de mantenimiento.

El gobierno del Partido Popular evidencia, una vez más, su miedo a la ciudadanía, pues, con esta nueva legislación, quiere impedir la implicación de los ciudadanos y ciudadanas y de su administración mas próxima en los órganos de gestión y participación de ámbitos de las políticas sociales tan importantes como la Sanidad, Educación, Juventud, Inmigración, Mayores, Personas con Discapacidad, Igualdad y Servicios sociales, como ya se denunciaba por los gobiernos locales, el Partido Popular elimina a los municipios como entidades básicas en la organización territorial del Estado.

Es un miedo a la democracia, entendida como implicación de la ciudadanía de manera cotidiana en los aspectos de la gestión pública que le afectan o interesan, y no sólo como individuos aislados que introducen su voto en una urna cada cuatro años. Y si hay algo que a todas las personas les interesa es, precisamente, su salud y la de sus seres más próximos, como ya ha quedado demostrado en la implicación ciudadana en su lucha contra la privatización de nuestra Sanidad.

### • **Las unidades de gestión clínica:**

Ante el gran rechazo social y profesional que han tenido las medidas privatizadoras, el Ministerio de Sanidad, con la complicidad de los autodenominados “Foros de la profesión médica y de enfermería”, están propugnando la implantación de unidades de gestión clínica como mecanismos de fragmentación del sistema sanitario público, propiciando la presencia en las mismas de entidades e intereses privados y la laboralización del personal, en un intento de desarticular la red sanitaria pública para favorecer su privatización por parcelas, haciéndolo además de una manera que tenga poca visibilidad pública para evitar la confrontación.

**• El Tratado Transatlántico de comercio e inversión (TTPI):**

Una nueva amenaza se ciernen en estos momentos sobre el sistema de salud público. Mas allá de los copagos, los recortes, y la ruptura del carácter universal que ha supuesto la marginación de los inmigrantes, las actuales negociaciones del Tratado Transatlántico de Comercio e Inversión (TTIP en su Denominación inglesa) entre la Comisión Europea y EE.UU. constituyen, de aprobarse la exigencias de la industria farmacéutica, un nuevo capítulo para erosionar el acceso gratuito, público, universal e igualitario a la salud de todos los ciudadanos.

El Tratado, que se está negociando con un secretismo y falta de transparencia que hace temer lo peor, está pasando prácticamente inadvertido para la opinión pública en España. Sin embargo su influencia sobre los ciudadanos-consumidores puede resultar muy negativa. Creemos que el acuerdo en marcha va a reducir drásticamente la protección al consumidor, ya que la armonización de las regulaciones que se pretenden implantar tira hacia la baja, lo que dificultará el acceso de los pacientes a los medicamentos y a las tecnologías de la salud y encarecerá el gasto farmacéutico. Además debilitará las políticas de salud y medio ambiente y pondrá en manos de la industria decisiones claves en materia de salud pública.

En este sentido una investigación hecha por la Dirección General de Competencia de la Comisión Europea en 2008 sobre el sector farmacéutico reveló que las compañías utilizan los derechos de propiedad intelectual de forma abusiva con el objetivo de limitar la competencia de genéricos, creando al mismo tiempo sobre los sistemas de salud europeos sobrecostes de miles de millones de euros que vienen a sumarse a las dificultades de financiación que ha introducido la crisis.

Al mismo tiempo el modelo de negocio de la industria farmacéutica se basa en gran medida en la innovación de escaso valor terapéutico. La mayoría de los nuevos medicamentos no son ni más seguros ni más efectivos que los que ya están disponibles. Para mantener este modelo rentable, la industria necesita altas medidas para proteger los monopolios sobre su modelo de innovación y para evitar la competencia de productos genéricos.

Sospechamos que los objetivos de la industria farmacéutica en la negociación del TTIP son incompatibles con el acceso a los medicamentos y la salud pública en la Unión Europea, como lo demuestra la intención de ampliar los períodos de monopolio a través de patentes y otras medidas de propiedad intelectual, la oposición hacia las regulaciones establecidas por los gobiernos democráticos de los estados miembros para proteger la salud pública, y su negativa a fomentar la transparencia de los datos de ensayos clínicos.

**ALGUNAS CONCLUSIONES**

Lo primero que hay que resaltar es la gran victoria que ha supuesto el conflicto que ciudadanos y profesionales madrileños han mantenido contra la privatización sanitaria.

Cada vez hay más evidencias de los resultados negativos de la combinación de recortes, desmantelamiento y privatización a los que el Partido Popular ha sometido a la Sanidad Pública madrileña: han disminuido los profesionales, ha empeorado la calidad de la asistencia, se han incrementado las listas de espera y se ha deteriorado la calidad de los servicios sanitarios.

Se ha cambiado la estrategia de privatización y se ha pasado de una ofensiva mas directa y general

a una mas solapada y parcial, pero continua la presión sobre el sistema sanitario público y el caso mas evidente es la potenciación de las derivaciones al sector privado infrautilizando los recursos públicos.

Los recortes presupuestarios, las privatizaciones, los copagos, el cambio del modelo sanitario a resultas del RD Ley 16/2012, etc., están deteriorando seriamente la Sanidad Pública y provocando muy serios problemas en su funcionamiento y en la calidad de sus prestaciones

Quedan también pendientes serias amenazas sobre la Sanidad Pública, como son la propuesta de nueva regulación del IVE, cambios en los pagos del modelo de rehabilitación en salud mental, la nueva legislación sobre administraciones locales, las unidades de gestión clínica, y el Tratado Trasatlántico de comercio e Inversión.

En resumen, aunque se han logrado algunos avances, sigue planteándose una política privatizadora de muy negativas consecuencias sobre la atención sanitaria y el derecho a la salud, así como nuevas amenazas para el mantenimiento de una Sanidad Pública universal y de calidad.

## PROPUESTAS PARA DEFENDER LA SANIDAD PÚBLICA

1. **Financiación suficiente y finalista.** Lo que supone incrementar el presupuesto para homologarlo con el promedio de los países de la OCDE, recuperando cuando menos los niveles de 2009, y asegurando un incremento paulatino del mismo para responder a las necesidades de salud de la población. Por otro lado es fundamental garantizar su carácter finalista para reducir de una manera significativa las diferencias en presupuestos per cápita entre las Comunidades Autónomas. Tener una buena financiación exige un sistema fiscal progresivo (que grave más a quien más tiene y que garantice políticas redistributivas) y una política que anteponga los derechos de la ciudadanía al pago de la deuda.
2. **Plan Integral de Salud:** Que establezca los objetivos y prioridades de salud y que sirva como guía para definir las necesidades de financiación del SNS
3. **No al Copago:** El copago solo penaliza a las personas más enfermas y con menos recursos. El mayor incremento de recursos a la sanidad debería proceder de la vía impositiva, impuestos generales y finalistas. Hay que negarse al establecimiento de nuevos copagos y eliminar los establecidos por el RD Ley 16/2012.
4. **Refuerzo de la atención primaria:** Fortalecer la atención primaria, mejorando la dotación de recursos y su financiación para que asegure una atención de calidad a la mayoría de los problemas de salud de la población.
5. **Disminución de lista de espera y de los problemas en los servicios de urgencias:** La disminución de la medicalización unida a la potenciación de la Atención Primaria y del incremento de su capacidad resolutoria, supondría una disminución de las listas de espera y un importante alivio para los servicios hospitalarios de urgencias.

6. **Acabar con las derivaciones a la privada:** Desprivatización de los centros de llamadas de citas médicas garantizando las citas desde los dispositivos de los centros de salud y hospitales y con el objetivo del total aprovechamiento de los recursos públicos.
7. **Garantizar el aprovechamiento intensivo de los Servicios Públicos:** Contratar los recursos humanos necesarios para rentabilizar instalaciones y aparataje con el objeto de disminuir las listas de espera que se producen porque las administraciones sanitarias de las Comunidades Autónomas no quieren utilizar todos los recursos públicos que ya existen.
8. **Compromiso de atención sanitaria a toda la población:** Acabando con la exclusión de los inmigrantes irregulares y los españoles que vivan mas de 90 días en el extranjero, aprobando normativas que lo garanticen como ya ha sucedido en algunas Comunidades Autónomas.
9. **No más privatizaciones:** Detener el proceso de privatizaciones y recuperar los centros privatizados como mecanismo para garantizar la eficiencia y la calidad del SNS. Propiciar la gestión y provisión pública de los servicios sanitarios.
10. **Control del gasto farmacéutico:** Mediante la utilización racional de los medicamentos, controlando los precios, propiciando los genéricos, las subastas de medicamentos, mecanismos de financiación de riesgos compartidos, financiación por equivalentes terapéuticos, etc. También hay que establecer un estricto control sobre las medidas de “marketing” de la industria farmacéutica, garantizando una información/formación farmacoterapéutica independiente a los profesionales.
11. **Utilización racional de los recursos:** Hay que favorecer el desarrollo de la medicina basada en la evidencia y disminuir la utilización inapropiada de la tecnología sanitaria.
12. **Gestión pública de las donaciones de sangre:** La donación altruista de la sangre no puede ser objeto de negocio, hay que garantizar su extracción y procesamiento por los servicios sanitarios públicos.
13. **Salud Mental Comunitaria:** Reapertura de los centros públicos de salud mental, asegurando una dotación suficiente y unos adecuados procesos de rehabilitación basados.
14. **Transparencia informativa y rendición de cuentas:** deben facilitarse datos de acceso público en gasto y transferencias dentro del Sistema que identifiquen datos económicos, de servicios sanitarios e información clara de quienes son los responsables concretos de facilitar la información, para erradicar el oscurantismo existente.
15. **Hay que realizar un Libro Blanco sobre la situación de la salud y del sistema sanitario madrileño:** Analizando la situación de la Sanidad, sus posibles ineficiencias y sus

causas que se hagan propuestas de política sanitaria que garanticen unos buenos indicadores de salud de la población madrileña

16. **Reformulación de una nueva Ley General de Sanidad:** Los defectos de la Ley General de Sanidad (1986) en la creación del Sistema Nacional de Salud, con su desarrollo tardío, con abundancia de disposiciones transitorias y plazos incumplidos, sin mecanismos de coordinación adecuados, con una tendencia marcada a la insolidaridad interterritorial y entre grupos de población que disponen de sistemas de protección diferenciados, deben de promover el debate, reflexión y propuesta de desarrollar una nueva Ley de Sanidad, que introduzca mecanismos de coordinación adecuados, que elimine las desigualdades territoriales y que garantice la universalidad de la atención sanitaria a todas las personas.
  
17. **Gestión Clínica:** Denunciar los planes de las unidades de gestión clínica, para cerrar la puerta a un cambio de modelo con criterios mercantilistas y exigir la devolución del dinero público que se hubiera utilizado de forma irregular, si lo hubiera. Un ejemplo ha sido el varapalo, a la Consejería de Sanidad de Castilla y León, por parte del Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León, al considerar el plan de las unidades de gestión clínica, «disconforme con el ordenamiento jurídico».
  
18. **Retirar el anteproyecto de Ley del Aborto** y trabajar en una nueva ley, que contemple todas las situaciones posibles, no deje vacío legal, proteja efectivamente a quienes necesiten hacer uso de ella y, como es lógico, no obligue a ninguna mujer a actuar contra su deseo. Con una legislación que en definitiva, reconozca del derecho efectivo a la salud sexual por ley en el marco de la salud pública, y que:
  - Garantice la existencia de centros públicos, en todas las Comunidades Autónomas; donde se atienda la demanda de interrupción voluntaria del embarazo de las mujeres.
  - Regule la objeción de conciencia (OC) y que se garantice el respaldo y apoyo institucional y seguridad jurídica a las y los profesionales que practican IVE.
  - Incluya la IVE del embarazo en los estudios de la carrera de medicina, enfermería, psicología, trabajo social, por tratarse de una práctica sanitaria sujeta a derecho en el marco de la formación en salud sexual.
  - Diseñe políticas públicas en materia de prevención acordes con las necesidades de los distintos grupos de mujeres que interrumpen su embarazo, con protocolos específicos para los colectivos más vulnerables e incorporar la educación afectivo-sexual integral respetuosa con la diversidad sexual en el currículo escolar.
  
19. **Asegurar el derecho a la salud en el Tratado Trasatlántico de comercio e Inversión:** Exigimos tanto al Gobierno Español como a los negociadores de la Unión Europea que maximicen el interés público y aseguren el derecho a la salud por encima de los beneficios empresariales.
  
20. **Derogación de las normativas que son lesivas para la salud y la Sanidad Pública:** Derogación de la Ley 15/1997, de formas de gestión del Sistema Nacional de Salud, así como

de las leyes de ordenación sanitaria de las CCAA que permiten la gestión privada sanitaria, y el Real Decreto-ley (ya convalidado como Ley) 16/2012 “de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones”, en tanto son la base normativa en que se viene apoyando la expropiación privatizadora del SNS como las limitaciones de la asistencia sanitaria a amplios sectores de la población. ♦