

COMPARECENCIA COMISIÓN PARA LA RECONSTRUCCION SOCIAL Y ECONÓMICA

Marciano Sánchez Bayle, portavoz de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública

La actual pandemia pasará, pero no sabemos si quizás para siempre, o vuelva todos los años en forma de epidemia estacional, o se quede en situación endémica, en todo el mundo o solo en algunos países. En cualquier caso habrá que prepararse para nuevas situaciones más o menos parecidas, porque los cambios que nuestro sistema económico y social ha producido en el ecosistema y la globalización neoliberal tienen unos costes que aunque con frecuencia los olvidamos, la realidad nos los recuerda, a veces como ahora de manera trágica.

DIAGNÓSTICO DE SITUACIÓN

Para poder hacer propuestas para la Reconstrucción de nuestro sistema sanitario público primero hay que tener un mínimo diagnóstico de la situación en que se encuentra, y aunque es cierto que goza de un gran aprecio y consideración internacionales no lo es menos que tienen numerosos problemas por resolver, algunos de los cuales se han agudizado desde la última crisis económica, y que la pandemia ha puesto en evidencia sus debilidades. La relación que sigue no pretende ser exhaustiva sino señalar los principales problemas que, en nuestra opinión, aquejan al SNS y cuyo abordaje es urgente:

1. Infr FINANCIACIÓN SANITARIA

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

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

2. Elevado gasto farmacéutico

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

2016 y 2017; 4,7 entre 2017 y 2018 y 4,6% entre 2018 y 2019, es decir todo el incremento de presupuestos sanitarios lo absorbió el gasto farmacéutico incontrolado

3. Debilidad de la Atención Primaria

La Atención primaria (AP) fue especialmente castigada por los recortes, sus presupuestos pasaron de ser el 14,88% del Gasto Sanitario Público en 2010 al 13,50 en 2017. De resultas de ello se produce una situación con pocos recursos y mucha presión asistencial (en 2018 el 38,77% de los médicos/as de familia tenían > 1.500 TSI), además hay más profesionales de medicina que de enfermería cuando los estándares internacionales recomiendan una relación de 1,5 de enfermería por cada 1 de medicina. La presión asistencial ha disparado las demoras, en 2018 según el Barómetro Sanitario el 24% de la población señala recibir cita con 6 o más días de demora y en alguna comunidad autónoma (Cataluña) se eleva al 48,3%. De resultas de ello se produce un aumento de la utilización de urgencias (14,74% entre 2010 y 2017). Más información en el [Informe: Repercusiones de la Crisis sobre la Atención Primaria. Evolución en las CCAA](#) disponible en la web www.fadsp.org.

4. Insuficiente numero de camas hospitalarias

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

5. Recursos humanos insuficientes y mal planificados

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

6. Privatizaciones en aumento

Durante estos años las privatizaciones no han cesado de incrementarse lo que encarece aún más el coste de la atención sanitaria y disminuye los

recursos de los centros sanitarios de gestión tradicional, debilitando la capacidad de los centros sanitarios públicos.

Se ha evidenciado un aumento de los seguros privados y del gasto de bolsillo que ha pasado del 19,5% sobre el gasto sanitario total en 2009 al 23,6% en 2018 (20,6% promedio OCDE, 15.8% UE) lo que favorece la inequidad. Por otro lado se mantiene el modelo de las Mutualidades de funcionarios que favorece la inequidad y la financiación de seguros privados con fondos públicos.

7. Elevadas listas de espera

Las listas de espera no han parado de crecer en este tiempo. Así se ha pasado en las Listas de Espera Quirúrgica de una tasa de 13,65/1000 habitantes en 2016 a 15,53 en diciembre de 2019 y de una demora media de 115 días a 121 en el mismo periodo. La Lista de Espera de Consultas también ha evolucionado negativamente: pasando de una tasa de 45,56 en 2016 a 63,72 en 2019 y de una demora media de 72 días a 88 en el mismo periodo.

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

8. Salud Pública postergada

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

9. Problemas de coordinación en el SNS

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

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

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

11. Residencias de mayores privatizadas y descontroladas

La mayoría de las plazas de residencias mayores están en manos del sector privado (72,91% de las plazas) y frecuentemente son propiedad de

empresas de capital riesgo que buscan maximizar los beneficios a costa de empeorar sus condiciones. En general tienen una mala dotación de personal e infraestructuras, lo que se ha visto favorecido por el escaso o nulo control por parte de las administraciones autonómicas. Por otro lado no se ha fomentado la atención de las personas mayores en su domicilio a pesar de que es uno de los objetivos de la Ley de Dependencia

12. Un enfoque inapropiado del sistema sanitario

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

Pese a la evidencia de grandes problemas de equidad en salud en todo el mundo (y no sólo en los países de rentas bajas), los avances y descubrimientos científicos de la medicina en las últimas décadas hicieron suponer que el desarrollo tecnológico y científico, eran por sí mismos capaces de resolver los problemas de enfermedad a los que se enfrentaba la humanidad. La pandemia del covid19 nos ha venido a sacar del error, a mostrar que no vivimos en la “edad de oro”, sino que hemos construido un modelo biomédico, en estrecha relación con la globalización neoliberal, que promueve la investigación y las tecnologías sanitarias como fuentes de negocio y que entiende la atención sanitaria como “medicina comercializada”, incluso en el marco de equidad que representan los sistemas sanitarios públicos. Pero existe otro enfoque que debe tenerse en cuenta, desde “la determinación social de la salud”: los microorganismos son sólo agentes y la verdadera razón del rebrote de las infecciones reside en el subdesarrollo, en el cambio climático, las prácticas de la industria agro-alimentaria, el comercio y el turismo globalizados, los insecticidas, los plaguicidas... Si no solucionamos estos problemas lo más probable es que se repitan situaciones parecidas en un futuro no lejano.

En todas estas cuestiones hay importantes diferencias entre las CCAA, porque sus políticas sanitarias y de salud han diferido bastante en este tiempo, probablemente demasiado. Por eso hay que establecer bastantes matices al abordar el caso concreto de cada una de ellas, que deben tenerse en cuenta tanto a la hora del diagnóstico como de la aplicación de alternativas para solucionar los problemas detectados.

MEDIDAS URGENTES PARA RECONSTRUIR LA SANIDAD PÚBLICA

Ante esta situación desde la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública entendemos que hay que adoptar medidas para reforzar nuestra Sanidad Pública, y hacerlo con urgencia antes de que la experiencia se diluya en la conciencia colectiva. Estas medidas deberían de pasar por:

1. **Financiación suficiente de la Sanidad Pública.** Hay que incrementar de manera importante la financiación sanitaria, pero hay que asegurarse de un aumento significativo en € por habitante y año para situarnos en el promedio de la UE (en 2018 en España fueron 1.617€ frente a por ej 3.879 de Alemania, 3.278 de Francia o 2.275 del promedio de la UE), porque relacionarlo al PIB, como hace el compromiso entre PSOE y UP de superar el 7% sobre el PIB, puede suponer incluso una disminución de las cantidades totales, con la prevista disminución del PIB, debido a la crisis económica provocada por la pandemia. Lo lógico sería en el medio plazo elaborar el Plan Integrado de Salud que establezca las necesidades de salud de la población y cuantifique las exigencias presupuestarias para hacerlas frente. Por otro lado es importante avalar una financiación finalista, podría ser un fondo específico para rescatar la Sanidad Pública gestionado por el Consejo Interterritorial, que complemente los presupuestos autonómicos y disminuya de forma significativa las diferencias en los presupuestos por habitante que existen actualmente entre las CCAA (y que en 2020 superaban los 500€). En este orden de cosas convendría garantizar la inclusión de los funcionarios en el Sistema Nacional de Salud, integrando las prestaciones sanitarias de las Mutualidades de Funcionarios en la Sanidad Pública. También es importante evitar que los posibles incrementos presupuestarios acaben en manos de laboratorios farmacéuticos (como vienen siendo habitual gracias a su poder de influencia sobre las administraciones y sobre los prescriptores). En todo caso conviene recordar que según el Observatorio Social de la Caixa (abril 2020): *El gasto sanitario en España tiene un alto efecto redistributivo, siendo el mayor de las prestaciones sociales en especie. En la última década, los recortes introducidos en algunas partidas han disminuido su progresividad en partidas como el gasto farmacéutico.*

2. **Mejorar la coordinación interautonómica.** La pandemia ha puesto de relieve las debilidades de la coordinación entre las CCAA y el Ministerio de Sanidad a la hora de proponer y hacer operativas políticas sanitarias comunes. Hay que establecer un nuevo marco de cooperación interautonómico para avanzar de manera coordinada en el futuro reforzando el Consejo Interterritorial como coordinador de las estrategias de salud de los 17 Servicios de Salud promueva un Plan de Salud consensuado por las diferentes CCAA sin que suponga un nuevo centralismo. El Consejo debería permitir afrontar las nuevas pandemias desde el acuerdo, la colaboración y la coordinación intercomunitaria.

3. **Potenciar la Salud Pública.** Si algo ha puesto en evidencia la pandemia es la debilidad de nuestros sistemas de salud pública, poco desarrollados

desde siempre pero penalizados especialmente con los recortes. Hay que reforzar el dispositivo de la Salud Pública y desarrollar la Ley de Salud Pública, aprobada en 2011 y puesta en hibernación por los gobiernos del PP. Estos servicios deberían coordinar sus estrategias con la Atención Primaria y las administraciones locales para combatir los determinantes de las enfermedades crónicas degenerativas (alimentación, contaminación, sedentarismo, tabaquismo, etc.) y los sistemas de alerta y contención de las nuevas epidemias de enfermedades contagiosas (Gripe A, Ebola, SARS, Coronavirus...) asociados a el cambio climático y la globalización. Los servicios de epidemiología y lucha con las enfermedades infecciosas deberían reforzarse y mejorar su capacitación. El sistema de información de las diferentes CCAA debería estar controlado y gestionado por la Sanidad Pública.

4. Impulsar y desmedicalizar la Atención Primaria. Durante la epidemia la Atención Primaria, allí donde ha seguido funcionando, ha jugado en papel fundamental a la hora de atender la demanda de enfermedad, diagnosticar nuevos casos, controlarlos en los domicilios o informar a las familias sobre medidas para evitar contagios. Desde los Centros de Salud se ha atendido a pacientes en residencias de mayores, y mantenido las consultas telefónicas y presenciales para diagnosticar, informar y tranquilizar a la población. Este nivel asistencial ha demostrado su capacidad para acercar los servicios asistenciales a la población y gracias al conocimiento de los antecedentes personales, familiares y de su historial clínico, garantizando una atención cercana y segura las personas y familias que forman la comunidad. Pero para que pueda funcionar adecuadamente se precisa reforzar su papel en el sistema sanitario, aumentado su presupuesto (hasta el 25% del total sanitario) , el personal, sobre todo el de enfermería (potenciando la enfermería comunitaria) y otras categorías profesionales como la de psicología, fisioterapia, trabajo social para desmedicalizar las consultas y satisfacer las demandas de la población, que el actual modelo transforma en enfermedades y tratamientos medicamentosos , estableciendo criterios mínimos por TSI, mejorando sus medios y potenciando la atención domiciliaria, la prevención y la promoción. La gestión de los procesos asistenciales deberían estar coordinados desde la Atención Primaria. Una renovada AP debería recuperar su carácter comunitario mejorando su coordinación con los hospitales, servicios de salud pública, alerta epidemiológica, recursos sociales, atención a la dependencia e instituciones municipales, con la participación e implicación de la población en el marco de las Áreas Sanitarias. La Atención Primaria debería hacerse responsable de la asistencia a las personas mayores en las residencias, lo que exige que los Centros de Salud donde haya residencias deberían incrementar sus equipos especialmente en enfermería, psicología, fisioterapia y trabajo social

5. Incrementar las camas hospitalarias de la red de gestión pública. Tenemos un déficit muy importante de camas hospitalarias que se ha convertido en crítico durante la pandemia. Son necesarias entre 50 y 70.000 camas hospitalarias más en todo el país, la mayoría de ellas de larga y media estancia. La saturación de las camas de los hospitales de agudos por los pacientes contagiados por el virus y la paralización de la atención a enfermos con otras patologías plantea la necesidad de crear una red Camas de crónicos de las que apenas disponemos que sirva de colchón para futuras pandemias y

mejore la eficiencia hospitalaria. Convendría también a medio plazo realizar un plan estratégico de atención especializada para adaptarla a los nuevos retos de salud.

6. **Acabar con las privatizaciones y recuperar lo privatizado.** Como ya se ha dicho la respuesta a la pandemia ha venido desde la Sanidad Pública porque el sector privado está interesado en la búsqueda de beneficios y no en garantizar la salud de la población. Las privatizaciones han sido una pesada losa sobre el sistema sanitario y han mermado de manera significativa su capacidad de respuesta. Es ahora el momento de detener la deriva privatizadora, que de manera más o menos silenciosa, ha continuado avanzando en estos años. Es necesario abolir la Ley 15/97 de Nuevas Formas de Gestión y aprobar una legislación que acabe radicalmente con este goteo privatizador, blindando la Sanidad de gestión pública, y además comenzar a recuperar lo privatizado en este tiempo, especialmente los hospitales de Colaboración Público Privada, los laboratorios centrales, servicios de diagnóstico por imagen, reducir la concertación con centros privados limitándola a su carácter subsidiario respecto de la pública, suprimir las desgravaciones de los seguros privados complementarios y exigir el cumplimiento de las incompatibilidades y la dedicación exclusiva a los trabajadores del sistema público.

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

8. **Realizar un plan de abordaje de las listas de espera.** Las listas de espera, ya muy elevadas en el sistema sanitario, se han incrementado notablemente debido a la focalización de todo el sistema en la atención al covid19. Debemos poner en funcionamiento un plan específico, a medio y largo plazo para reducirlas a lo técnicamente imprescindible, este plan tiene que articular los recursos del conjunto de la Sanidad Pública (primaria y especializada) y sumar una garantía de derechos + recursos + sistemas organizativos + sistemas de información y rendición de cuentas, y que tiene que tener un carácter estable.

9. **Crear un fondo de reserva de material sanitario.** Las carencias de material sanitario que han agravado la pandemia han sido provocadas por la ausencia de reservas estratégicas del mismo (agravadas por el adelgazamiento economicista de las existentes en algunas CCAA como Madrid) y por la ausencia de fabricantes en el país. Necesitamos poner en marcha una reserva estratégica de material sanitario que podría estar gestionado por el Ministerio de Sanidad, y poner en marcha una Industria Sanitaria Pública que acabe con la dependencia de otros países.

10. **Control del gasto farmacéutico y potenciar la fabricación pública de medicamentos.** El aumento del presupuesto sanitario será inútil, si como ha sucedido durante los gobiernos del PP, se traslada directamente a la industria farmacéutica (más del 18% de aumento en 5 años; 5,4% de aumento en 2019, 9,3% en farmacia hospitalaria). Hay que garantizar que el gasto farmacéutico crece por debajo de los presupuestos sanitarios públicos (entre el 0,5-1% menos) y ello debe de hacerse mediante la fijación de precios acorde con los costes reales, promocionando la utilización de medicamentos genéricos, la utilización de las centrales de compras para todo el Sistema Nacional de Salud y promocionando una industria farmacéutica pública que acabe con los desabastecimientos y la especulación (el papel durante la pandemia del centro de farmacia militar ha sido importante y podría ser un germen de la misma). Por otro lado deberían anularse los copagos establecidos por el RDL 16/2012 que son un obstáculo para el acceso a los medicamentos que necesitan para las personas mas enfermas y con menores ingresos. Es necesario crear un organismo de gestión pública que evalúe y controle las nuevas tecnologías antes de su difusión por el sistema que podría depender del Consejo Interterritorial para dar participación a las CCAA.

11. **Favorecer la investigación sanitaria pública.** La investigación ha sido abandonada en nuestro país de una manera irresponsable. Aunque no se puede hacer una relación directa entre la investigación y los resultados inmediatos, es obvio que sin investigación, sin ciencia, no hay avances en el futuro, y además se esta a expensas de la utilización de las patentes de otros. Hay que asegurar al menos el 1,5% del presupuesto sanitario público destinado a la investigación, y favorecer medidas que consoliden los equipos de investigadores en nuestro sistema público. La investigación debería estar dirigida a mejorar la salud de la población y es necesario acabar con las plataformas público privadas controladas por los laboratorios, industria tecnológica y fondos de inversión, que están utilizando fondos, recursos y pacientes del sistema público para investigar nuevos medicamentos y aparatos tecnológicos que patentan en su propio beneficio.

12. **Fomentar una red pública de residencias de mayores.** El desastre de las residencias ha sido uno de los amplificadores de la pandemia, que están asociados a su privatización en manos de fondos de inversión, entidades religiosas que recortan personal, reducen la calidad de las instalaciones, hacinan pacientes e incumplen los protocolos que garantizan la seguridad de los residentes. Debería realizarse con carácter urgente una auditoria de todas ellas e intervenir las que supongan un riesgo para la salud. Es necesario crear una red de residencias de titularidad y gestión pública de tamaño adecuado que eviten grandes concentraciones, con unos recursos suficientes, en infraestructuras y en personal, y cuidados acordes con las necesidades de las personas que viven en ellas y potenciar los recursos previstos por la Ley de la Dependencia para que las personas mayores puedan mantenerse en sus domicilios con el apoyo de cuidadores y recursos públicos

Se trata de propuestas a desarrollar de manera urgente para potenciar la Sanidad Pública y garantizar su recuperación. Además seria conveniente analizar la respuesta sanitaria durante la pandemia, una vez haya remitido

esta, para poder evaluar la respuesta del sistema sanitario, y los errores y aciertos que se produjeron en su abordaje. Desde la FADSP nos comprometemos a hacerlo en el más breve plazo posible porque entendemos que es importante para poder sacar lecciones para el futuro de nuestra Sanidad Pública.

La población y los trabajadores de la Sanidad han realizado un esfuerzo importante de solidaridad y de contención en este tiempo que ha logrado contener el avance de la pandemia en nuestro país. Ahora es necesario que las administraciones públicas y los representantes políticos respondan de una manera eficaz y eficiente para asegurar que no vuelve a repetirse la misma, y que si lo hace, o se presentan nuevas epidemias, tenemos los recursos suficientes para dar una respuesta que garantice la salud de todos/as. Desde la sociedad, los trabajadores de la Sanidad y las organizaciones sociales tenemos que exigirlo.

***Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública
2 de junio de 2020***