

AJUPE

Asociación de Jubilados y Pensionistas



UNIÓN SINDICAL OBRERA

LA SANIDAD PÚBLICA EN ESPAÑA

Presente y futuro

67 Propuestas

*Para la mejora organizativa y de gestión en la
Sanidad Pública*

MADRID, Mayo '2012

Elaboración:

Carlos SOLAS RUIZ

Edita:

AJUPE-USO

USO Confederación

E-Mail: ajupe@uso.es

**La sanidad pública gratuita y universal es una
conquista social de los ciudadanos a lo largo de
décadas, por tanto, un patrimonio exclusivo de
estos y no de unos políticos sin ninguna
sensibilidad social.**

C.S.

INDICE

Página

Introducción al documento.....	6
La situación económica del país.....	9
❖ Breve introducción	
❖ Evolución de las deudas de las CCAA.	
❖ Deuda acumulada por las CCAA.	
❖ Déficit de las CCAA.	
❖ Previsión de crecimiento económico por CCAA.	
❖ Convergencia de las CC.AA. respecto a la UE	
❖ Cuadro macroeconómico de España 2012/2013	
❖ Los Presupuestos Generales del Estado'2012	
¿Que es la salud?.....	13
❖ La salud pública	
Breve historia de la sanidad pública.	14
Los conceptos de la salud/Dimensiones de la calidad de vida.	16
❖ Los conceptos de salud	
❖ Las dimensiones de la calidad de vida	
Que es la Organización Mundial de la Salud (OMS).	18
La sanidad pública en España.	19
❖ Breve introducción	
❖ La protección de la salud en España	
❖ Población cubierta por el SNS	
❖ El Sistema Nacional de Salud-SNS	
❖ Financiación del SNS	
❖ La estructura de atención al paciente	
❖ Las deudas de la Sanidad publica	
❖ Los recortes presupuestarios y su incidencia en la atención sanitaria	
❖ Recortes sanitarios y fraude fiscal	
❖ Las principales deficiencias de la sanidad pública	
❖ La excelencia de la sanidad publica por CCAA.	
❖ Ranking de la incidencia de la sanidad en varios países	
❖ Ranking de los mejores hospitales por especialidad	
❖ Los problemas sanitarios entre CCAA. limítrofes	
❖ El futuro de la sanidad publica según la Ministra de Sanidad Sra. Mato	
❖ El cambio el modelo sanitario	

La sanidad publica en cifras.	30
❖ Infraestructuras de la sanidad publica	
❖ Presupuestos iniciales sanitarios por CCAA	
❖ Gasto “Per capita” en sanidad por CCAA.	
❖ Costes económicos de la Ley de Dependencia	
❖ Profesionales sanitarios colegiados	
❖ Personal colegiado por cada 1.000 habitantes	
❖ Los salarios de los médicos en España	
❖ Los salarios de los médicos hospitalarios en algunos países de Europa	
❖ Nº de consultas medicas por persona y año en Europa	
❖ Deuda por habitante por suministro de fármacos en los hospitales públicos	
❖ Evolución del gasto sanitario publico en fármacos	
❖ Nº de recetas expedidas por paciente y año y coste económico por receta	
Ley de Dependencia.	34
Los recortes sanitarios a personas con enfermedades raras.	36
La sanidad publica camino de la privatización.	37
La Ley General de Salud Pública.	41
❖ Lo más destacable del contenido de la Ley	
❖ Breve comentario	
La Industria Farmacéutica en España.	43
Los medicamentos “genéricos”.	46
❖ Breve introducción	
❖ ¿Qué son los medicamentos genéricos?	
❖ ¿Qué son los medicamentos genéricos intercambiables?	
❖ ¿Cuáles son las diferencias entre los medicamentos genéricos y los originales?	
❖ ¿Tienen ventajas sanitarias los medicamentos genéricos?	
❖ ¿Tienen problemas los medicamentos genéricos?	
La imposición del “Copago sanitario y farmacéutico y el “céntimo sanitario” en España.	48
❖ Breve introducción	
❖ ¿Que es el copago sanitario?	
❖ ¿Que es el copago farmacéutico?	
❖ ¿Que es el céntimo sanitario?	

El copago sanitario y farmacéutico en Europa.	51
❖ (Portugal, R. Unido, Italia, Francia, Alemania, Suecia, Noruega, Irlanda, Grecia, Austria y Bélgica)	
La nueva reforma de la Sanidad Pública (RD-L 16/2012 de 20 de Abril).	56
❖ Introducción	
❖ Las reformas que contiene el RD-L	
❖ Las reformas sanitarias por venir	
LAS 70 PROPUESTAS DE AJUPE-USO PARA LA MEJORA ORGANIZATIVA Y DE GESTION DE LA SANIDAD PÚBLICA EN ESPAÑA.	65
❖ Introducción	
❖ Las 70 Propuestas de AJUPE-USO	

INTRODUCCION AL DOCUMENTO:

La idea de elaborar el presente documento salió de la reunión celebrada el 24 de Octubre de 2011, donde se evaluó las conclusiones de la Tertulia sobre la Sanidad Pública en España, organizada por AJUPE-USO Rioja. En las conclusiones se analizaron varias cuestiones importantes como; el desconocimiento de la Sanidad Pública en su conjunto, el desconocimiento por ejemplo, de lo que realmente es el “copago”, los recortes y sus incidencias varias sobre las prestaciones, las críticas de la gente normal sobre la sanidad real, que nada tenían que ver con lo que venden políticos y responsables sanitarios. En definitiva, que se vio la necesidad de elaborar un documento sencillo pero útil, sobre lo que es la Sanidad Pública en España, que podría ayudar a nuestros cuadros, delegados y afiliados a conocer algo mejor una materia tan importante como es la estructura, la situación actual y sobre todo futura de su sanidad pública. El resultado es el siguiente:

Desde hace unos años, los diferentes gobiernos, central y autonómicos nos han vendido y la mayoría de los ciudadanos se lo creyó, que nuestro país disponía de uno de los mejores sistemas sanitarios públicos del mundo. Solamente hizo falta una crisis económica sostenida en el tiempo, para poner en verdad la realidad de la sanidad pública en España. Lo único cierto y evidente es el progresivo deterioro del Estado del Bienestar, donde la sanidad pública que es un de sus pilares fundamentales, la sanidad pública en concreto, esta sufriendo un importante deterioro en su calidad, en su asistencia y en la rapidez de atención a los pacientes. El discurso que sostienen los políticos y los responsables sanitarios de que la sanidad pública continua a un buen nivel, es una soberana mentira, ya que todos los días conocemos casos de los múltiples problemas que los enfermos se encuentran para ser atendidos dignamente en cualquiera de los niveles de asistencia. Mientras que la sanidad pública no cuente con una financiación plena a las necesidades reales y con una gestión altamente profesionalizada, el deterioro progresivo de la sanidad pública en España será un hecho inevitable.

Una crisis económica, que ciertamente esta siendo profunda y duradera, que a muchos gobiernos les ha cogido a contrapié, inmersos en el ejercicio de unas políticas económicas basadas la mayoría de ellas en el continuo despilfarro del dinero público. Este despilfarro del dinero público, junto a una deficiente gestión a cargo en la mayoría de los casos, de políticos o amígueles de estos, sin idea de la problemática real del sector sanitario, y menos de llevar a cabo una gestión óptima de los recursos económicos, humanos y de infraestructuras disponibles. La crisis ha puesto al descubierto que las Autonomías son incapaces de mantener en pie el sistema sanitario público en condiciones óptimas. La deuda declarada por estas, más la que existe debajo de las alfombras, certifica lo dicho.

En muchos casos, se ha optado por la construcción de centros hospitalarios fuera de las necesidades objetivas. A día hoy muchos de estos hospitales tienen cerradas plantas y servicios. Varios hospitales y centros sanitarios optaron por la compra de aparatos y material de alto coste económico, muchos de los cuales están en los almacenes sin desembalar. Y es que ha sido norma demasiado frecuente en el conjunto de la sanidad pública el gasto y

desaprovechamiento total de materiales, medios y de los recursos humanos disponibles.

El resultado, que la sanidad pública en nuestro país esta cuesta abajo y sin freno, con el peligro que en esta carrera termine por atropellar de forma grave a los ciudadanos. De hecho, en los dos últimos años el nivel de la asistencia sanitaria pública ha bajado muchos puntos y me temo que si siguen los recortes económicos para el sector, la asistencia a los pacientes será aun más deficiente y más tardía. El no haber ejercido una política de austeridad y de buen control del dinero disponible por casi ningún gestor de la sanidad pública, la situación actual no puede ser otra que la que es. Un dato, solamente durante los últimos cuatro años el gasto farmacéutico en los hospitales públicos se ha disparado hasta el 55 %, hasta los 5.800.millones de € al año, mientras que los fármacos recetados en las áreas primarias y de especialización han descendido un 10 %.

Los Gobiernos españoles, tanto el anterior como el presente, inmersos en la cumplida obediencia a los dictados y mandatos de la Unión Europea y otros Organismos Económicos Internacionales, han ejercido y ejerce el presente, unas políticas de reducción del gasto tan erróneas como perjudiciales para el mantenimiento de un Estado del Bienestar como mínimo digno, una vez que este esta siendo uno de los más importantes paganos de estas políticas económicas restrictivas. Políticas que están llevando a una imparable cuota de desempleo, a un crecimiento de la pobreza muy preocupante, a una disminución del ahorro de los ciudadanos y sobre todo a un desanimo generalizado de la población que no ve salida a la actual situación, lo cual tiene el riesgo de explotar en cualquier momento, con las imprevisibles consecuencias que ello puede conllevar.

La sanidad pública española, tiene un importante reto de presente y de futuro, como es el progresivo envejecimiento de la población y por consiguiente de una mayor demanda de asistencia sanitaria en todos los niveles. Hay varios expertos en materia sanitaria, que plantean de forma urgente la necesidad de un Pacto en materia sanitaria, que entre otras cosas estudie en profundidad las necesidades actuales y de futuro y fije vías de financiación estables y reales de la sanidad pública como única forma de no estar viviendo en el sobresalto permanente.

Mientras, los ciudadanos estamos viendo como desde el Gobierno no se hace el debido esfuerzo para erradicar de una vez por todas el importante fraude fiscal existente o acabar con la economía informal, la mayor de la Unión Europea, la cual supera ya el 25 % del PIB nacional. Según los expertos, si el Gobierno tomara la medidas necesarias y eliminará los fraudes fiscales y sociales existentes y todos los ciudadanos abonaríamos igualitariamente nuestros impuestos en función a los ingresos reales, pocas serian las medidas económicas restrictivas que se vería obligado a tomar a pesar de la persistencia de la crisis.

Unas medidas restrictivas, que en la sanidad pública no solamente afectan a la calidad y atención de los servicios, sino que también afectarían en los próximos meses ya de una forma generalizada, al abono de servicios sanitarios y farmacéuticos hasta ahora gratuitos, como son entre otros el **“Copago sanitario y farmacéutico”**. Es decir, un nuevo impuesto social más, el

cual va a afectar muy negativamente a muchos ciudadanos, en especial a los millones con escasos o inexistentes recursos económicos.

Parece evidente que la política sanitaria a desarrollar por Gobierno del Sr. Rajoy va a estar centrada en hacer más difícil el acceso de los ciudadanos a la sanidad pública, más que en recortar servicios, lo que suele ocurrir en estos casos, es que finalmente ocurren las dos cosas. Creo sinceramente que el Gobierno se está equivocando en el enfoque y resultado de la reforma sanitaria, ya que están poniendo a la sanidad pública en el disparadero del sector privado. En este sentido hay que dejar clara, la percepción de que muchas de las medidas que se están tomando en el conjunto de la sanidad pública van encaminadas a su progresiva privatización, se comenzó hace un tiempo con varios servicios auxiliares; limpieza, lavandería, comidas, etc., más tarde con el traspaso de varios servicios sanitarios a hospitales y clínicas privadas, a la gestión privada de los hospitales públicos y finalmente terminar con todos los ciudadanos con pólizas de asistencia sanitaria privada y con una sanidad pública exclusivamente asistencial para las personas sin recursos. De hecho, durante los últimos años el crecimiento de la sanidad privada en España supera el 5 % anual, el sector espera que este crecimiento sea superior en los próximos años. Más claro el agua.

Es cierto que en democracia, las urnas legitiman a los gobiernos, como es el caso, pero ello, no puede significar que estos desarrollen unas políticas económicas, sociales y laborales claramente escoradas a los intereses del gran capital y de las empresas, haciendo dejación de los legítimos intereses y derechos de la mayoría de ciudadanos. Soy consciente de la complicada situación económica por la que atraviesa el país y que el Gobierno debe tomar medidas para revertir la situación, pero también soy consciente de que se pueden hacer otras políticas donde el esfuerzo este repartido realmente en función a la situación económica y patrimonial de cada ciudadano, pero esto en España no ocurre, ni hay ninguna voluntad política para que ocurra, por tanto con esta lamentable situación tengo que ser muy crítico y así lo hago coherentemente.

Ante esta lamentable situación de deterioro progresivo de la sanidad pública en nuestro país. Desde AJUPE-USO queremos denunciarla, y a la vez proponer algunas soluciones en el ámbito de la gestión sanitaria, no en el técnico-sanitario que no es de nuestra competencia. Así mismo, pretendemos que el presente documento sea un instrumento de trabajo para nuestros dirigentes, cuadros y delegados, para que conozcan el sector y su situación real de forma objetiva y a partir de ahí puedan presentar propuestas para su mejora en todos los ámbitos de actuación. El documento como instrumento de trabajo, ayuda a conocer de forma básica, aspectos tan importantes, como ¿que es la Salud?, su historia, los conceptos de la salud, ¿que es el COPAGO?, ¿que son los medicamentos genéricos?, los aspectos más importante de la reciente Ley General de Salud Pública y un extenso comentario de los contenidos del reciente RD-L 16/2012 de 20 de Abril. Y así mismo, el documento cuenta, quizá como más importante con las ***70 Propuestas para la Mejora Organizativa y de Gestión de la Sanidad Pública en España***, entendiendo desde AJUPE-USO, que además de hacer crítica, hay que aportar posibles soluciones.

LA SITUACION ECONOMICA DEL PAIS

Breve introducción:

No cabe duda que según sea la actividad económica de un país, las cosas se ven con mejor o peor optimismo por parte de los ciudadanos. Pues bien, en España dada la situación de profundo deterioro de la economía, del empleo, de los recursos de las familias, muchas de ellas ni para sobrevivir y sobre todo de las negras perspectivas que tenemos en el horizonte, la percepción acertada de los ciudadanos, es que casi estamos llegando a la situación límite, sobre todo esos 5 millones de desempleados y sus familias. Durante los últimos años, el Gobierno socialista del Sr. Zapatero, nos estuvo mintiendo conscientemente sobre la situación económica real que España tenía, no puso remedios a ella a su debido tiempo y ahora nos encontramos con que las posibles soluciones a aplicar para salir de la crisis van a ser doblemente costosas, sobre todo para la clase trabajadora y para la parte de la sociedad con más necesidades de ayudas sociales públicas.

En este sentido, el Tribunal de Cuentas en su informe anual correspondiente al año 2009 publicado en 2010, señalaba que el Gobierno socialista del Sr. Zapatero, no solo ocultó la verdad de la situación económica, sino que en los dos primeros años de la crisis, siguió actuando con una prodigalidad del gasto público que llevó al país a arrojar unas pérdidas netas de 79.487 millones de € (14.509 millones en 2008 y 63.978 millones en 2009), equivalente al 8 % del PIB., eso sí, responsabilidades ninguna, ni para el inepto Sr. Zapatero, ni para sus más ineptos responsables económicos.

A continuación, vamos a realizar un repaso a través de los números, de cual es la situación económica del país y sus perspectivas en corto-medio plazo, las cuales son realmente de pavor. Una deuda externa insostenible, las CC.AA. fuertemente endeudadas, las empresas cerrando o reduciendo su actividad, es decir, no generando riqueza y por el contrario, mandando más trabajadores a la calle.

El conocer la situación económica real del país, seguramente ayudará a comprender más fácilmente que las medidas de reducción del gasto público que los gobiernos ponen en marcha, no son ni equitativas, ni justas, ni convenientes, ya que esta bien que se acabe con el gasto innecesario y con el despilfarro de las administraciones, pero ello, no se puede hacer a costa de estrangular el crecimiento económico, el único que finalmente crea empleo. Mientras que no se hace nada o casi nada para actuar sobre el fraude fiscal y social existente.

Las medidas restrictivas que se han realizado y las que se realizarán aun más duras en los meses próximos, en su mayoría recaerán de forma directa sobre los aspectos sociales, es decir sobre el Estado del Bienestar, que tanto dicen defender la mayoría de los políticos, pero que resulta ser el pagano más injusto de sus inmorales e imparciales políticas de ajuste.

Por si no fuera ya mala la situación económica del país, al cierre el documento, nos encontramos con que la Unión Europea no acepta el déficit para 2012 propuesto por el Gobierno español, ya que lo reduce en medio punto, lo que supone realizar unos ajustes añadidos de otros 5.000 Millones de €, con lo cual vamos a haber que partidas presupuestarias se reducen, me temo que más ajustes en la sanidad, en la enseñanza y en los temas sociales en general, así como la subida del impuesto del IVA en el futuro horizonte si las cosas no se enderezan, que parece que no, el cual puede subir hasta un 2-3 %, lo cual sería otro importante golpe a las economías familiares y otro inconveniente más para el consumo interno y para el crecimiento económico y el empleo.

Evolución de la deuda total de las CC.AA.:

La evolución de las deudas de las diferentes CC.AA. es uno de los factores más importantes de la actual situación insostenible del déficit existente, veamos como ha evolucionado esta deuda entre los años 1995-2011: (Importe de la deuda - % del PIB)

1.995, 26.829 (6,0); 1997, 34.295 (6,8); 1.999, 37.565 (6,5); 2.001, 43.706 (6,4); 2.003, 46.005 (6,3); 2005, 57.070 (6,3); 2.007 (60.126 (5,7); 2.009, 89.750 (8,6); 2011 Tercer trimestre 135.151 (12,6)

Fuente: Banco de España

Deuda acumulada de cada CC.AA.: (Importe e incidencia sobre el PIB):

Los importes de la deuda acumulada de cada una de las CC.AA. su incidencia sobre su PIB, es el siguiente: (En millones de € y %)

Andalucía 13.738 (9,5) ; Aragón 3.338 (10,3) ; Asturias 2.042 (8,8) ; Baleares 4.501 (16,8) ; Canarias 3.419 (8,2) ; Cantabria 1.329 (9,7) ; Castilla y León 5.090 (8,6) ; Castilla La Mancha 6.612 (18,3) ; Cataluña 39.268 (19,7) ; Extremadura 2.011 (11,0) ; Galicia 6.971 (12,4) ; Madrid 15.191 (7,9) ; Murcia 2.259 (10,0) , Navarra 2.075 (7,9) ; País Vasco (11,1) ; La Rioja 933 (11,8) ; C. Valenciana 20.469 (19,9) ; Total CC.AA. 135.151 (12,6)

Fuente: Banco de España

Déficit total de las CC.AA en 2011: En millones de € (% del PIB)

Andalucía 4,500 (3,22) ; Aragón 979 (2,88) ; Asturias 843 (3,64) ; Baleares 1.000 (4,0) ; C. Valenciana 3,300 (3,83) ; Canarias 730 (1,78) ; Cantabria 542 (4,04) ; Castilla y León 1.382 (2,35) ; Castilla La Mancha 2.847 (7,30) ; Cataluña 7.561 (3,72) ; Extremadura 812 (4,59) ; Galicia 170 (1,61) ; Murcia 1.000 (4,33) ; Navarra 355 (1,89) ; P. Vasco 7.561 (2,56) ; La Rioja 160 (1,97).

Fuente: CC.AA.

Previsión de crecimiento del PIB/2012 por C.A.:

La estimación del crecimiento económico (PIB) para el presente año y en cada Comunidad Autónomas el siguiente:

Andalucía -6,4 ; Aragón -0,7 ; Asturias -0,7 ; Galicia - 0,4 ; Cantabria -0,4 ; Navarra -0,1 ; La Rioja -0,3 ; Castilla y León -0,8 ; Cataluña -0,4 ; Madrid -0,4 ; Castilla La Mancha -0,8 ; Extremadura -0,7 ; Valenciana -0,8 ; Baleares -0,7 ; Canarias -0,0 ; Murcia -0,9 ; Pasco -0,2.

Fuente: FUNCAS

Convergencia de las CC.AA. respecto a la U.E. (PIB/habitante %):

Este es un importante baremo para conocer la convergencia de nuestras CC.AA. con la Unión Europea, los resultados no pueden ser peores, ya que únicamente Madrid, Cataluña, La Rioja y Aragón ofrecen posiciones optimas. El resto de las CC.AA. unas más que otras, ocupan posiciones por debajo de la media europea, lo cual es negativo para la propia C.A. y para el país, ya que es un claro reflejo de la situación económica en general que esta viviendo. Pero lo peor es que algunas CC.AA. año a año están perdiendo puestos por su baja actividad económica y baja competitividad...

Asturias 85,1 ; Cantabria 889,6 ; Pasco 120,1 ; Aragón 99,9 ; Galicia 82,3 ; Castilla y León 88,8 ; Madrid 116,6 ; Castilla La Mancha 71,3 ; Extremadura 62,5 ; Andalucía 68,6 ; Murcia 76,9 ; Canarias 76,9 ; Baleares 94,4 ; C. Valenciana 80,0 ; La Rioja 100,6 ; Cataluña 105,3 ; Ceuta 74,0 ; Melilla 70,4.

Fuente: FUNCAS

Cuadro Macroeconómico de España 2012/2013: (%)

Las previsiones económicas para el presente año y el próximo, aunque algunas situaciones mejoran, la mayoría continúa en situación crítica, entre ellas las relacionadas con el desempleo o la Deuda Pública. En todo caso, el presente año va a ser muy malo y algo menos el próximo, si las cosas no se tuercen aun más.

La Comisión Europea hace unas provisiones para España/2012 de un PIB del -1,0 y del IPC del 1,9 %.

El cuadro Macroeconómico de previsiones económicas de España para los años 2012/2013, son lo siguientes:

PIB real -1,3 - 0,5 - Consumo privado -2,0 - -0,9 ; Consumo publico -3,1 - -1,8 ; Construcción -7,3 - -4,0 - Vivienda -6,5 - -1,5 ; Demanda interna 3,2 - 1,3 ; Exportaciones 1,6 - 8,2 ; Importaciones -4,8 - 2,1 ; Demanda externa 1,9 - 1,9 ; Empleo -4,2 - -1,9 ; Tasa de paro sobre P/Activa 24,4 - 24,5 ; IPC 1,7 - 1,1 ; Balanza C/C. % sobre el PIB -3,5 - -1,1 ; Deuda % sobre el PIB 72,5 - 74,4 ; Renta hogares disponible -1,5 - 0,8 ; Tasa de ahorro 10,2 - 10,9.

Fuente: BBVA

Los Presupuestos Generales del Estado 2012:

Después de un largo parto, finalmente el Gobierno hizo publico los contenidos de los PGE'2012, los cuales como se esperaba, están confeccionados a base de fuertes recortes, de los que como era previsible los aspectos sociales no se salvan, siendo sanidad, enseñanza y dependencia los más perjudicados.

Unos presupuestos y a pesar de lo defiende el Gobierno, representan fuertes recortes sociales, tan importantes como la reducción presupuestaria en materia de Dependencia (283 millones que se repartían entre las CC.AA.), mientras que el presupuesto general del Ministerio de Sanidad se reduce el 13,7 % (365 Millones de €) y así un largo etc.

Unos PGE que como era previsible han cargado sus recortes sobre El Estado del Bienestar, sin contemplar que los recortes sociales afectan en especial a las personas con menos recursos económicos, que a la vez son los que más están sufriendo las consecuencias de la crisis económica. Mientras, los ciudadanos vemos con sorpresa como a la vez que el Gobierno plantea unos PGE fuertemente restrictivos, plantea una amnistía fiscal para todos los defraudadores que durante años han estado dejando de ingresar sus impuestos a Hacienda.

Este Gobierno, no puede justificar ciertas medidas económicas y sociales tomadas, por el simple hecho de que el salir de la crisis económica, las exigencias de la Unión Europea y otros organismos económicos internacionales o la herencia socialista recibida así lo exigen. Los presupuestos presentados por el Gobierno suponen en la práctica no avanzar en la salida de la crisis, ya que si los PGE son sirven para reactivar la economía, como es el caso, supondrán un nuevo retraso para salir de la misma.

Por otra parte, los PGE en la práctica son el fiel reflejo del modelo económico del Sr. Rajoy y del Partido Popular, cuyo apoyo incondicional va a estar centrados en favorecer a la banca y a las grandes empresas, así como en privatizar todo lo publico que les sea posible. En pocas palabras, que el 20-N salimos de Málaga para meternos en Malagòn. Es lo que la mayoría de españoles eligieron en las urnas democráticamente, pero ahora nos toca a todos apechugar con ello.

¿QUE ES LA SALUD?

La salud en general:

La Organización Mundial de la Salud-OMS, define a la salud como:

“EL ESTADO COMPLETO DE BIENESTAR FISICO, MENTAL Y SOCIAL”

Es decir, que el concepto salud trasciende a la ausencia de enfermedades y afecciones. La salud puede ser definida como el nivel de eficacia funcional y metabólica de un organismo a nivel micro (cedular y macro (social)).

Consecuentemente, la salud en general se puede dividir en salud física y salud mental, aunque en realidad son dos conceptos interrelacionados. Para el cuidado de la salud física se recomienda la realización frecuente y regular de ejercicios, junto a servirse de una dieta equilibrada y saludable. Por otra parte, la salud mental se refiere al bienestar emocional y psicológico, en el cual el ser humano puede utilizar sus capacidades **cogitas** y emocionales, desenvolverse en sociedad y así poder resolver las demandas cotidianas de la vida.

Otras definiciones más globales de la salud, la sitúan como:

- La ciencia y el arte de organizar y dirigir los esfuerzos colectivos destinados a proteger, promover y restaurar la salud de los habitantes de una comunidad.
- El desarrollo de una salud pública óptima, es responsabilidad de los gobiernos, a los que les corresponde la organización de todas las actividades comunitarias que directa o indirectamente contribuyan a una mejor salud del conjunto de la población.

La salud pública:

La salud pública es la ciencia que protege la salud de las comunidades a través de la educación, promoción de estilos de vida saludables y la investigación para prevenir enfermedades y lesiones. La salud pública incluye la aplicación de muchas disciplinas distintas.

Los profesionales de la sanidad pública trabajan para prevenir que surjan inicialmente o que vuelvan a ocurrir situaciones de salud a través de programas educativos, desarrollo de políticas públicas en sanidad, administración de servicios, así como de la investigación, a diferencia de los profesionales de la sanidad privada, quienes fundamentalmente enfocan su trabajo en tratar individuos después de que han desarrollado alguna enfermedad o lesión.

La salud pública ha alcanzado grandes logros en el siglo XX, contribuyendo a mejorar la calidad de vida de los ciudadanos en varios aspectos, tales como ; el incremento de expectativas de vida, disminución de la tasa de mortalidad infantil, ha reducido considerablemente las enfermedades transmisoras de muchas muertes en el pasado, y así un largo etc.

BREVE HISTORIA DE LA SALUD PÚBLICA:

La historia de la salud pública, brevemente la podemos resumir en lo siguiente:

- La salud pública como ciencia apenas tiene poco más de un siglo de existencia. Pero el instinto de conservación de la salud de los pueblos existe desde los comienzos de la humanidad, sin embargo la inclusión de la restauración de la salud colectiva, es relativamente reciente.
- El pueblo egipcio según Herodoto, era el más higiénico de los pueblos. Ya que practicaban la higiene personal, conocían y desarrollaban gran número de fórmulas farmacéuticas y prestaban una gran atención a las aguas de bebida y fecales.
- Los hebreos llevaron aun más lejos las prácticas higiénicas y de salud, al incluir en la Ley Mosaica, considerada esta como el primer código de higiene escrito (1,500 A.C.). En este Código se escribe como debe ser el aseo personal, las letrinas, la higiene de la maternidad, la higiene de los alimentos y la protección del agua.
- Los griegos prestaban más atención a la limpieza personal, a la práctica del ejercicio físico y a las dietas alimenticias, que a los problemas de saneamiento del medio. Mientras que el imperio romano se destacó por sus actividades en los casos de la higiene personal y de la ingeniería sanitaria a través de la construcción de acueductos que permitían llevar el agua a las ciudades.
- Ya en la edad media, se produjo una reacción contraria a todo lo que recordaba al imperio romano, se descuidó los hábitos de la higiene personal y de la conservación de las infraestructuras de saneamiento. Que junto a los movimientos migratorios bélicos y los bajos niveles socioeconómicos de la inmensa mayoría de los ciudadanos, condujo a que se produjeran grandes epidemias entre las poblaciones.
- Más tarde, en Inglaterra, Edwin Chadwick, impulsó las Leyes de Salud Pública, las cuales contemplaban una serie de medidas de sanidad, sobre todo para las grandes ciudades industriales. Con la implantación de estas medidas, se logró reducir la mortalidad de algunas enfermedades infecciosas que azotaban a las poblaciones trabajadoras, la cual vivía en pésimas condiciones de insalubridad.
- En Alemania, Rudolf Virchow, un gran patólogo de la época, en el año 1848 proponía impulsar desde la política. El desarrollo de la medicina a gran escala, mostrando con ello, que las transformaciones socio-políticas podían generar mejores condiciones de vida a los trabajadores y así mejorar la salud de las poblaciones.
- Los trabajos desarrollados por el Profesor Koch a mediados del siglo XIX propiciaron un gran movimiento de “cazadores de microbios”. Ello condujo a un mayor estudio de los microorganismos específicos y una mayor atención a la salud pública, lo que permitió

desarrollar unas políticas sanitarias más eficaces, al combatir las suciedades del agua potable, drenajes, etc.

- Más adelante, en los países más adelantados, se pusieron en marcha diferentes políticas sanitarias más eficaces y más universales de atención a los ciudadanos, principalmente a través de la implantación y desarrollo de la llamada sanidad pública tutelada por los propios gobiernos.

- En España, hasta mitad del siglo XX existían diferentes coberturas en materia de salud. Pero fue a partir de la aparición del Seguro Obligatorio de Enfermedad en el año 1942 cuando de verdad se comenzó a poner en marcha de forma organizada los distintos sistemas sanitarios y de seguros de protección individual y colectiva.

- A partir de la aprobación de la Ley General de la Seguridad Social en el año 1974, se homologa el sistema de salud obligatorio para todos los afiliados a la Seguridad Social, vinculando la asistencia sanitaria gratuita a la contribución de cotizaciones por parte de trabajadores y empresarios.

- La aprobación de la Constitución en el año 1977, introdujo algunos artículos como el 43 y 49 de gran trascendencia, el primero reconoce el derecho a la salud de todos los españoles y el segundo hace especial hincapié en la protección de la salud a las personas disminuidas. En el año 1986 se aprueba La Ley General de Sanidad. La cual determina entre otras cosas la desvinculación entre el Ministerio de Sanidad y Seguridad Social. Esta Ley fue reformada el pasado mes de Octubre de 2011.

- En el año 1994, estudios realizados constataron la quiebra técnica de la seguridad Social española, arrastrada por el continuo aumento del gasto sanitario que aun soportaban, junto a la insuficiencia material de recursos obtenidos mediante las cotizaciones sociales de trabajadores y empresarios.

- Los Pactos de Toledo, certificaron la eliminación del vínculo financiero que existía entre la seguridad Social y el sistema público de salud. A partir de estos Pactos, la financiación de la sanidad pública se realiza a través de los Presupuestos Generales del Estado y de las CC.AA.

- A día de hoy, la sanidad pública en España, ya transferida en su práctica totalidad a las Comunidades Autónomas inmersas en un estado de deterioro económico y fuertemente endeudada, motivada especialmente por el despilfarro continuado de recursos, la deficiente gestión y la falta de financiación estable y necesaria.

LOS CONCEPTOS DE LA SALUD /DIMENSIONES DE LA CALIDAD DE VIDA

La Profesora Yusbelly DIAZ, ha realizado un extenso e interesante examen de lo que es la salud y sus variantes, De forma resumida, veamos algunos de sus aspectos:

Los conceptos de la salud:

- La salud es un logro del más alto nivel de bienestar físico, social y de la capacidad de funcionamiento que permiten los factores sociales en los que viven inmersos el individuo y la colectividad.
- La salud y la enfermedad forman un proceso continuo, donde en un extremo se encuentra la muerte prematura, muchas veces prevenible, y en el otro extremo se encuentra un elevado nivel de salud, al que difícilmente llega todo el mundo.
- En la parte media de este continuo equilibrio homeostático se encontraría la mayor parte de la población, donde la separación entre salud y enfermedad no es absoluta, ya que es muy difícil distinguir lo normal de lo patológico.
- La salud en términos físicos, forma parte de uno de los pilares de la calidad de vida y del bienestar, en definitiva de la felicidad de la persona.
- El objetivo de alcanzar la salud óptima, no solamente corresponde a la medicina, o a los políticos, sino fundamentalmente a la propia persona.
- En los países desarrollados, la salud se consigue en buena parte, previniendo los efectos secundarios que la riqueza produce sobre el individuo; obesidad, ausencia de ejercicio físico, tabaquismo, depresión, accidentes de tráfico o la creciente contaminación ambiental.
- La salud es el bienestar, felicidad y satisfacción de la persona que le permite una capacidad de actuación o de funcionar en un momento dado de la vida. Es un concepto subjetivo propio de cada individuo, que está muy influido por el entorno en que este vive, como el tipo de sociedad, la cultura o las escalas de valores que posee.

Las dimensiones de la calidad de vida:

Son cuatro las dimensiones de la calidad de vida, en las que la salud del individuo tiene un importante protagonismo, veamos las tres dimensiones:

La dimensión física:

- Es la percepción del estado físico o de salud, entendida como la ausencia de enfermedad. Es decir, los síntomas producidos por la enfermedad y los efectos negativos del tratamiento para su curación.

La dimensión psicológica:

- Es la percepción el individuo de su estado cognitivo y afectivo como el miedo, la ansiedad, la pérdida de autoestima o la incertidumbre por su futuro.

La dimensión social:

- Es la percepción del individuo de las relaciones interpersonales y de los roles sociales en la vida, como es la necesidad del apoyo familiar y social.

El entorno social:

- El entorno social de una persona incluye sus condiciones de vida, su nivel de ingresos, los estudios que ha realizado y la comunidad a la que pertenece. Todos estos factores tienen un poderoso influjo en la salud. Las grandes diferencias entre los entornos sociales contribuyen a crear amplias disparidades en materia de salud. Existen grandes diferencias en cuanto a la esperanza de vida e índices de enfermedades entre pobres y ricos, personas que han tenido una buena educación o deficiente e incluso entre trabajadores manuales y profesionales.

¿QUÉ ES LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD-OMS?

La Organización Mundial de la Salud-OMS es la autoridad directa y coordinadora de la acción sanitaria en el marco de las Naciones Unidas-OMS. Es la responsable de desempeñar una función de liderazgo en los asuntos sanitarios mundiales, configurar la agenda de investigaciones en salud, establecer normas, articular opciones de políticas basadas en la evidencia, prestar apoyo técnico a los países y vigilar las tendencias sanitarias mundiales. En el siglo XXI, la salud es una responsabilidad compartida, que exige el acceso compartido e equitativo a la atención sanitaria y la defensa colectiva frente a amenazas transnacionales.

La Directora General de la OMS, recientemente en unas declaraciones efectuadas en Brasil, señaló: ***“Los gobiernos deben poner la salud de sus ciudadanos por delante de los intereses empresariales, a la instando a los gobiernos a que eliminen las desigualdades en la atención médica de los ciudadanos. La política de salud a desarrollar por los gobiernos debe ser ecuánime y no promotora de desequilibrios”.***

Siguió afirmando: ***“Existen motivos económicos poderosos para aumentar las inversiones en salud, y especialmente en la prevención de las enfermedades crónicas no contagiosas como el cáncer, la diabetes o las relacionadas con el tabaco, el alcohol y la mala alimentación”.***

LA SANIDAD PÚBLICA EN ESPAÑA:

Breve introducción:

El actual Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, tiene su origen en el antiguo Ministerio de Sanidad que se creó en la Legislatura Constituyente de 1.977, integrando las funciones y competencias en materia de salud, hasta entonces en manos del Ministerio de la Gobernación de la era franquista. Este Ministerio, asumió así mismo, las funciones y competencias de la hasta entonces Subsecretaría de la Seguridad Social. Durante los años de democracia, este Ministerio cambió varias veces de nombre, pero de una forma u otra fue donde se fue desarrollando con más intensidad lo que llamamos la sanidad pública a través del llamado Servicio Nacional de Salud (SNS). La sanidad pública en España hasta hace unos pocos años contó con un prestigio importante, tanto nacional como internacional. Actualmente la sanidad pública en nuestro país está transferida a las Comunidades Autónomas, las cuales deciden plenamente sobre sus propios modelos sanitarios, lo que está llevando a no pocos problemas. Sigue existiendo el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, pero con prácticamente ninguna competencia en materia sanitaria, salvo la coordinación con la U.E. algunas campañas sanitarias puntuales y poco más. Para mantener el nombre, el Ministerio se ha rellenado con otras áreas como la social y la de Igualdad.

Actualmente, la sanidad pública española aplica el modelo SNS-Sistema Nacional de Salud con cobertura universal a todos los ciudadanos residentes en el país y con una financiación pública por parte del Estado y de las Comunidades Autónomas. Un modelo sanitario que está implantando en muchos países europeos ya que teóricamente garantiza un óptimo racionamiento de los recursos disponibles en beneficio de todos los ciudadanos.

Pero quizá, lo que más pueda preocupar de los 17 modelos sanitarios públicos existentes, es la cada vez más aclamada necesidad de que la sanidad pública hoy transferida a las Comunidades Autónomas vuelva a ser gestionada por el Estado, a lo que el que suscribe se adhiere este sentido se pronunció la Presidenta del Colegio de Médicos de Valencia, al señalar **“La frase más repetida de la clase médica es que devuelvan las transferencias en materia sanitaria. Existe una descomposición nacional de prestaciones y un serio desajuste. Continúa; No puede haber una educación y una sanidad distinta según la autonomía”**. Así mismo desde el Colegio de Médicos de Valencia se ha indicado que **“no es el momento de tener primos y amigos de partido en los servicios públicos, los cuñados y sobrinos están bien para las cenas, pero no para gestionar nuestro dinero”**. En estos mismos términos o parecidos son muchos los profesionales los que se están decantando, así como posicionamientos similares de varios Colegios de Médicos. El problema no es que se devuelvan las transferencias sanitarias al Estado, el verdadero problema es que en su día, transferencias como la de sanidad, la de enseñanza o la de justicia debieron quedar en manos del estado.

La Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública-FADSP, tiene unas interesantes propuestas tendientes a la racionalización y la desmedicación, en lugar de

recortes, para lograr reducir el gasto sanitario. Esta Federación denuncia que un tercio de los fármacos que utilizan las personas mayores de 65 años es innecesario, y que si se prescindirá de ellos se ahorraría unos 1.200 millones de € anuales. FADSP, señala así mismo, que el 12 % de los ingresos hospitalarios son motivados por reacciones adversas a los fármacos, lo que podría prevenirse en la mudad de los casos y permitía un ahorro adicional en torno a los 840 millones de €. Dicha federación así mismo denuncia el abuso de las tecnologías diagnosticas y terapéuticas de alto coste, cuya utilización se sitúa en España un 23 % por encima de la media europea y un 33 % de la estadounidense. Una buena forma de ahorrar a través de no despilfarrar innecesariamente.

La protección de la salud en España:

La Constitución Española de 1978 establece en su artículo 43, el derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria de todos los ciudadanos. Los principales criterios sustantivos que permiten el ejercicio de este derecho se concentran en:

- Financiación pública universal y gratuidad de los servicios sanitarios.
- Derechos t deberes definidos para los ciudadanos y para los poderes públicos.
- Descentralización política de la sanidad en las Comunidades Autónomas.
- Prestación de una atención integral de la salud procurando altos niveles de calidad debidamente evaluados y controlados.
- Integración de las diferentes estructuras y servicios públicos al servicio de la salud en el Sistema Nacional de Salud.

El Sistema Nacional de Salud (SNS):

El Servicio Nacional de Salud (SNS), se configura como el conjunto coordinado de los servicios de salud de la Administración del Estado y los servicios de salud de las CC.AA. que integra todas funciones y prestaciones sanitarias que de acuerdo con la ley, son de responsabilidad de los poderes públicos.

Las competencias de cada una de las partes que componen el SNS, se la siguiente:

Administración del Estado:

- Bases y coordinación e la sanidad
- Sanidad exterior
- Política de medicamento
- Gestión de INGESA

Comunidades Autónomas:

- Planificación sanitaria
- Salud Publica
- Gestión servicios de salud

Corporaciones locales:

- Salubridad
- Colaboración en la gestión de los servicios públicos

Población cubierta por el Sistema Nacional de Salud:

El acceso a los servicios sanitarios públicos se realiza a través de la Tarjeta Sanitaria individual que identifica como usuario del SNS...Son titulares a derecho a la protección a la salud y atención sanitaria, los siguientes:

- Todos los españoles y los extranjeros residentes en el territorio nacional en los términos previstos en el artículo 12, de la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de Enero.
- Los ciudadanos de los Estados miembros de la Unión Europea, que tiene los derechos que resultan del derecho comunitario europeo y de los tratados y convenios que se suscriban por el Estado español y les sean de aplicación.
- Los ciudadanos de Estados no pertenecientes a la Unión Europea. Que tiene los derechos que les reconocen las leyes, los tratados y convenios suscritos.

A partir de la aprobación del RD-L 16/2012, de 20 de Abril, los derechos de asistencia sanitaria pública de los ciudadanos van a cambiar en breve. Veremos la aplicación real de esta nueva y restrictiva legislación.

Financiación del Sistema Nacional de Salud:

La atención a la salud constituye uno de los principales instrumentos de las políticas redistributivas entre los ciudadanos, cada persona aporta impuestos en función de su capacidad económica y recibe servicios sanitarios en función de las necesidades de salud.

La asistencia sanitaria para enfermedad común y accidente no laboral, es una prestación no contributiva financiada a través de los impuestos e incluida en la financiación general de cada Comunidad Autónoma.

La estructura de atención al paciente:

La sanidad pública en España está organizada en tres niveles de asistencia a los ciudadanos, siendo de cada uno los siguientes cometidos:

De atención primaria:

- Los Centros de Atención Primaria o Ambulatorios de la Seguridad Social, son en general el primer lugar de asistencia médica a partir de tener cualquier síntoma de enfermedad o lesión. Cada ciudadano tiene asignado un Centro de Atención Primaria, en función a la cercanía con su domicilio. En estos centros atiende al paciente el Médico de Familia y Pediatra cuando se trata de niños.

De atención especializada:

- Este segundo nivel de la asistencia sanitaria, comprende la atención al paciente por médicos en la mayoría de las especialidades de las materias sanitarias, entre ellas; las psiquiátrica, la salud mental, la drogodependencia.
- La atención de segundo nivel, viene a ser la encargada en general de la transmisión del paciente a los servicios hospitalarios.
- El paciente para ser asistido en este nivel de especialidad medica, tiene que obligatoriamente pasar previamente por el primer nivel asistencial de atención primaria.

De atención hospitalaria:

- Es el tercer y ultimo nivel de la asistencia sanitaria. Este comprende el ingreso, tratamiento y curación en hospitales públicos o concertados. También comprende todos los servicios de operaciones quirúrgicas y maternidad entre otros.
- La asistencia sanitaria pública en España en todos sus niveles tiene notables retrasos en su atención a los pacientes, ya que las listas de espera están generalizadas, sobre todo en el segundo y tercer nivel. Listas de espera que aunque han existido siempre, a partir de los recortes presupuestarios han ido en aumento.

Las deudas de la Sanidad Pública:

Las deudas que le reclaman a la sanidad publica los diferentes proveedores suma la cifra de los 15.700 millones de €, si contamos las deudas contraídas a laboratorios, industria tecnológica sanitaria, farmacias, por conciertos sanitarios y a clínicas privadas. El año 2010 la deuda contraída alcanzaba los 8.555 millones de €, en el año 2011, la deuda aumento a los 11.598 millones de € (+35,6 %). Deuda que va aumentando considerablemente día a día con la demora de impago.

Y como siempre, salen lucidos con ideas para desarreglar aun más las cosas. En este caso, el Director General de Farma industria, que plantea la posibilidad de que los ciudadanos se hagan cargo del gasto de medicamentos destinadas a las dolencias menores y que la sanidad pública asuma el costo farmacéutico de dolencias más importantes. Este mismo Sr. ha indicado, que si la solución del impago de las deudas de las CC.AA. a la industria farmacéutica no se soluciona con rapidez se puede producir un desabastecimiento puntal de medicamentos a la sanidad publica, aunque es cierto que hay farmacias que no cobran desde hace más de un año.

Los recortes presupuestarios y su incidencia en la atención sanitaria:

Las partidas presupuestarias previstas por el conjunto de CC.AA. en materia sanitaria para el presente año 2012, son de 54.600 millones de €, un 2,2 % menos que lo presupuestado el pasado año 2011.

Después de haber leído y contrastado mucho sobre lo que se ha escrito sobre la sanidad pública en España, se puede llegar a la conclusión que uno de los problemas más grave que tiene, le vienen de la falta de financiación pública, que le permita mantener un sistema sanitario realmente estable. Es cierto que la sanidad pública en España al igual que en otros países, cada vez tiene una mayor demanda y de ampliación servicios, así como de una mayor rapidez y calidad de los mismos, pero es algo tan natural, que los gobiernos y las autoridades sanitarias deben prever en todo momento. De hay las continuas protestas de los usuarios. Por otra parte la actual crisis económica esta poniendo en relieve que la sanidad pública que tenemos en nuestro país, al menor recorte presupuestario, la deja patas arriba en servicios e eficacia. La crisis también a puesto en evidencia que la sanidad pública no dispone de unos cimientos de sostenibilidad económica reales, así como de una gestión altamente profesionalizada como seria lo deseable, la cual en general ha recaído en demasiados casos en manos de gente sin ningún tipo de experiencia o de amiguetes del Consejero de Sanidad de turno. Los resultados, la mayoría de la infraestructura sanitaria pública en bancarrota con deudas millonarias a proveedores y laboratorios farmacéuticos.

El proclive al despilfarro del dinero público por muchos de sus gestores, ha hecho que en algunos casos la situación actual sea económicamente insostenible. Durante años las autoridades sanitarias auspiciadas por políticos con ganas de inauguraciones suntuosas, se dedicaron a construir hospitales, lo cual esta bien, pero cuando se hace con racionalidad en función a las necesidades reales, Se han construido grandes hospitales en varias capitales de provincia, a la vez que miles de ciudadanos para realizar una consulta de especialista o hospitalaria, se tienen que recorrer 50, 60,70 y más kilómetros, en algunos casos varias veces por semana. Lo lógico, como se esta haciendo en otros países, es descentralizar y construir hospitales más pequeños para acercarlos lo más posible a las necesidades reales de las poblaciones más pequeñas y alejadas de las grandes ciudades. Como la teoría política suele ser esa de <ande o no ande, que la inauguración sea la más grande, **“así nos va”**.

Además de los recortes sanitarios ya en marcha, a la vista de la situación de déficit del Estado (8,5 % del PIB en 2012), todo parece indicar que las CC.AA. van a seguir reduciendo gastos e inversiones en materia sanitaria, con lo que inevitablemente la sanidad pública seguirá sufriendo un importante deterioro asistencial, el cual inevitablemente lo pagaran los ciudadanos. De hecho, los recursos económicos que se destinan “Per cápita” a la atención sanitaria ha bajado durante los dos últimos años y es más que previsible que siga bajando en los próximos a la vista de los datos económicos que se manejan, lo cual quiere decir que el nivel de la asistencia sanitaria también ira descendiendo, la pregunta es **¿Hasta dónde?**

Pero los problemas de la sanidad pública no acaban aquí, continúan, ya que el Gobierno plantea de forma oficial un nuevo recorte en el gasto farmacéutico de 2.000 millones de €, cuyo objetivo es recortar la partida farmacéutica hasta el 15 % del presupuesto en salud.

Por si fuera poco con lo que hay, ya hay algunos responsables sanitarios de Comunidad Autónoma que están lanzando la idea de cobrar la asistencia sanitaria a los turistas nacionales que les visitan y que tienen necesidad de asistir a la sanidad pública en la región, Es el caso de la Comunidad Valenciana. Si hace escasamente 5 meses se aprobó la Nueva ley General de Sanidad Pública, donde se especifica que la sanidad pública en España es única y al servicio de todos los residentes legales en España, no tiene explicación que en algunas CC.AA, se esté pensando en cobrar a los españoles de otras CC.AA. Todo ello es fruto de que no hay criterios fijos y serios a respetar por todos y en el caso sanitario más evidente todavía, donde cada Comunidad Autónoma hace de su capa un sayo, sin que el Ministerio de Sanidad, ni el Gobierno sean capaces de poner orden en tanto desmán. Los políticos tienen que coger conciencia, que mientras mantienen importantes gastos públicos innecesarios, hay partidas presupuestarias intocables, como pueden ser las de sanidad, enseñanza u otras de carácter social. Uno de los problemas es la evidente desconciación social de la mayoría de los políticos actuales, a los cuales eso del Estado del Bienestar les suena a música extraña sin ningún valor.

Recortes sanitarios y fraude fiscal:

Un reciente análisis de la Consultora i2 INTEGRITY, señala que con el dinero que el Ministerio de Hacienda deja de ingresar cada año en concepto de fraude fiscal y economía sumergida, se podría financiar el sistema sanitario público de nuestro país en su totalidad.

La economía sumergida en nuestro país se sitúa cerca del 25 % (10 puntos por encima de la media europea). De esta cifra el Estado deja de percibir solamente en concepto de impuestos alrededor de 70.000 millones de € anuales. Por otra parte solamente las cuotas del IVA dejadas de ingresar en el último año podrían acercarse a los 18.000 millones de €, cantidad superior a la suma del gasto sanitario de las CC.AA. de Madrid, y Cataluña juntas.

Según el informe de los Técnicos de Hacienda (GESTHA 2011) “La lucha contra el fraude fiscal en la Agencia Tributaria”, las grandes fortunas y las grandes empresas evadieron a Hacienda 42.711 millones de € en el año 2010, un 71 % del fraude total en España. Por su parte, las PYMES y los autónomos, que representan el 97 % del tejido empresarial del país son responsables del 17 % del fraude fiscal total, ya que evadieron alrededor de 17.000 millones de €. El fraude de particulares (plusvalías, arrendamientos, rentas del trabajo, etc.) se sitúa en torno a los 1.500 millones de €.

Gertrudis Alarcón, Directora General de i2 INTEGRITY primera consultora antifraude de España a señalado al respecto ***“En este contexto, más que nunca son necesarias iniciativas anticorrupción como las que recomienda el Pacto Mundial de Naciones Unidas. Tenemos que luchar en tres ámbitos a la vez : 1) Internamente, introduciendo programas dentro de***

las empresas y sus operaciones.2) Externamente, publicando informes en los que se citen ejemplos y casos prácticos sobre las experiencias y buenas practicas llevadas a cabo en las compañías y 3) Colectivamente, uniendo fuerzas en casa sector empresarial y añadiendo grupos de interés ,para la lucha contra el fraude, los delitos económicos y la corrupción, de forma que sea una batalla de la sociedad en su conjunto. La corrupción no se evita con decretos, se batalla contra ella si la sociedad quiere extinguirla, De lo contrario, reina sin escrúpulos". Más claro el agua.

Sin duda, las cifras aportadas con total garantía de ser ciertas, dejan claro que vivimos en un país donde el fraude fiscal y social campa a sus anchas ante la nula voluntad de los gobiernos y de la sociedad por atajarlo con firmeza. Y resulta aun más triste, que el fraude consentido a los ricachones capitalistas y grandes empresarios, este llevando a que al mismo Gobierno consentidor del fraude a realizar profundos recortes sociales, congelación y reducción de salarios, a una reforma laboral indecente y un largo etc. Ahora el Gobierno del Sr. Rajoy está tomando algunas medidas suaves del control de capitales y de evitación de pagos en efectivo, ello a cambio de una amnistía fiscal, el peor ejemplo que se puede dar a los ciudadanos, máxime en una situación de crisis como la actual, sencillamente increíble.

Y resulta igualmente escandaloso e inmoral, que los clubs de futbol tengan contraída una deuda con Hacienda por encima de los 750 Millones de € (Los expertos dicen que la cantidad real es mucho mayor), mas otra millonada de millones de € de deuda con la Seguridad Social por no abonar las cuotas sociales de sus futbolistas, técnicos, administrativos y trabajadores. Y aun es más inmoral si cabe, que desde los gobiernos anteriores y presente se consienta esta situación y no se haga nada por que las deudas las paguen como seria preceptivo a cualquier empresa, máxime cuando estas deudas han ido aumentando de forma considerablemente en plena crisis económica. Mientras los gobiernos consienten impunemente esta situación, no tienen rubor, ni la mínima moral para ejecutar importantes recortes económicos, especialmente sociales de los que se ven seriamente perjudicados la mayoría de los ciudadanos, los cuales en la infinita mayoría no son socios de clubs de futbol, ni siquiera van al futbol o se interesan mínimamente por la marcha del mismo.

Las principales deficiencias de la sanidad pública:

Frente a las indudables virtudes que también tiene nuestra sanidad pública, también hay que reconocer las notables deficiencias que esta tiene. Entre estas, las siguientes:

- Importante escasez de Centros Especializados para enfermos crónicos, así como de camas hospitalarias para estos enfermos.
- Deficiente atención a los enfermos psiquiátricos, debido a la falta de infraestructuras sanitarias y sociales para estos enfermos.
- Deficiente atención sanitaria en materia de geriatría en la mayoría de los niveles asistenciales, debido a la falta de unidades especializadas en la atención primaria y hospitalaria.

- Falta de la asistencia general en la especialidad de odontología. Una situación que supone importantes gastos económicos a las familias.
- Progresivo traslado de pacientes de la sanidad pública a la privada, mientras que la privada esta trasladando enfermos de larga curación a la sanidad publica, lo que representa unos importantes gastos sanitarios.
- Excesiva burocracia en el funcionamiento normal del Sistema sanitario publico.
- El Sistema sanitario publico continua ejerciendo el modelo curativo en vez del más eficaz y barato modelo preventivo.
- Cada vez se están haciendo más evidentes las desigualdades de asistencia sanitaria a los ciudadanos en función de su lugar de residencia.
- Falta de la necesaria financiación pública, para que el sistema en su conjunto realice una sanidad pública ágil, eficaz y con las máximas garantías de seguridad para los pacientes.
- La diversidad de modelos sanitarios, uno por cada Comunidad Autónoma, no cual es el reflejo de que no existe un modelo sanitario nacional.

La excelencia de la sanidad pública por CC.AA.:

Según los datos del Informe 2010 elaborado por la Federación para la Defensa de la Sanidad Publica-FDSP, las CC-AA. con mejores servicios sanitarios son Navarra, Asturias, Castilla La Mancha, Castilla y León y Aragón, por el lado contrario, las CC.AA. con deficiente sanidad publica se encuentran Madrid, Galicia y C. Valenciana, casualmente con Gobierno Autónomo del Partido Popular.

Los resultados globales del informe son los siguientes:

CONCEPTOS - SERVICIOS	CALIFICACIÓN (PUNTUACIÓN), CC.AA.	
	5	1
<i>Gasto sanitario por habitante</i>	<i>P. Vasco</i>	<i>Baleares</i>
<i>Camas por 1.000 habitantes</i>	<i>Andalucía</i>	<i>Cataluña</i>
<i>TAC por millón de habitantes</i>	<i>Extremadura</i>	<i>La Rioja</i>
<i>Mortalidad Infantil por cada 1.000 habitantes</i>	<i>Navarra</i>	<i>Asturias</i>
<i>Tarjeta Sanitarias por medico atención primaria</i>	<i>Castilla y León</i>	<i>Baleares</i>
<i>Tarjeta Sanitarias por enfermero/a</i>	<i>Castilla y León</i>	<i>Madrid</i>
<i>Gasto farmacéutico por persona</i>	<i>Baleares</i>	<i>Galicia</i>
<i>Variación del gasto farmacéutico (+-)</i>	<i>Cataluña</i>	<i>Murcia</i>
<i>% recetas medicamentos genéricos</i>	<i>Andalucía</i>	<i>Galicia</i>
<i>Valoración de los pacientes sanidad publica</i>	<i>Navarra</i>	<i>C. Valenciana</i>
<i>Mejora de la sanidad (opinión pacientes)</i>	<i>Andalucía</i>	<i>P. Vasco</i>
<i>Errores médicos (Opinión pacientes)</i>	<i>Asturias</i>	<i>Canarias</i>
<i>Satisfacción general con la sanidad publica</i>	<i>Asturias</i>	<i>Canarias</i>
<i>Preferencia por la sanidad privada</i>	<i>La Rioja</i>	<i>Aragón</i>
<i>Mejora de la sanidad con gestión de la C.A.</i>	<i>Cataluña</i>	<i>Baleares</i>
<i>Rapidez en atención en especialidades</i>	<i>Navarra</i>	<i>Cantabria</i>
<i>Cita en atención primaria en 24 horas</i>	<i>La Rioja</i>	<i>Baleares</i>
<i>Mejora en las listas de espera</i>	<i>Navarra</i>	<i>Cantabria</i>

*Calificación: (5) Buena (1) Deficiente

En cuanto a gasto farmacéutico, Extremadura, Galicia y Asturias son las CC.AA. con más gasto farmacéutico.

En cuanto a la tasa de mortalidad infantil por CC.AA. las más altas las ostentan Asturias con 5,9 bebés por cada 1000 partos, seguida del P. Vasco con 4,30, Andalucía con el 4,1 o Canarias con el 4,0. La mortalidad más baja se da en Cataluña, con 2,6 bebés fallecidos por cada 1000 partos.

Ranking de la incidencia de la sanidad en varios países:

A continuación algunos datos sobre la incidencia de la sanidad en varios países europeos y EE.UU.:

Cobertura de la sanidad pública al % de la población:

España 96 – Alemania 85 – Bélgica 87 – Austria 80 – EE.UU. 29

Gasto sanitario Público y Privado (PIB %):

España 7 – Alemania 8,9 – Bélgica 8,16 – Austria 8,58 – EE.UU. 8,3

Esperanza de vida de la población (Media):

España 84,9 – Alemania 82,9 – Bélgica 82,8 – Austria 83,2 – EE.UU. 80,6

Tasa Mortalidad Infantil:

España 3,3 – Alemania 3,5 – Bélgica 3,4 – Austria 3,8 – EE.UU. 6.5

Ranking de los mejores hospitales por especialidad:

OCU-Salud ha publicado una interesante encuesta realizada en base a la opinión de 281 médicos, sobre la valoración de los diferentes hospitales para la atención de especialidades en casos graves.

Especialidad	Hospital
Aparato Digestivo	Hospital Clínico (Barcelona)
Cardiología	H. Univ., Vall d'Hebron (Barcelona)
Cirugía Ortopédica-Traumatología	H. Univ. de Bellvitge (L'Hospitalet)
Endocrinología	Hospital Clínico (Barcelona)
Ginecología	Hospital Clínico (Barcelona)
Nefrología	Hospital Clínico (Barcelona)
Neumología	Hospital Clínico (Barcelona)
Neurología	Hospital Clínico (Barcelona)
Oftalmología	Inst. De Microcirugía Ocular (B.)
Oncología	H. Univ., Vall d'Hebron (Barcelona)
Pediatría	Universitaria La Paz (Madrid)
Otorrinolaringología	Clínica Univ. de Navarra (Pamplona)
Urología	Fund. Puigvert (Barcelona)

La lectura es clara de donde están las mejores especialidades hospitalarias del país, Cataluña arrasa seguida de Madrid, C. Valenciana, Navarra y para de contar. Y sobre todo resalta llamativo el alto número de hospitales privados en la lista.

Los problemas sanitarios entre CC.AA. limítrofes:

Por si la sanidad pública no tendría pocos problemas, en los últimos meses a aflorado otro, el de la asistencia sanitaria a residentes de CC.AA. autónomas limítrofes. El más sonado por su repercusión en los medios de comunicación, ha sido el que mantienen las Comunidades de La Rioja y el P. Vasco. Pero hay otras CC.AA. que tienen problemas, La Rioja con Navarra, Cantabria con el P. Vasco, Castilla La Mancha con Madrid y la Comunidad Valenciana con todas, ya que se niega a la atención sanitaria en especialidades medicas a todos los ciudadanos no residentes en esa Comunidad. Es decir, como hay 17 modelos sanitarios en el país cada cual a su bola y a sus intereses particulares. Incluso por encima de los intereses de los ciudadanos a que se les respete su derecho de ser atendidos por la sanidad pública en el lugar en que se encuentren.

En tiempos de crisis y de ajustarse el cinturón, algunas CC.AA. pretenden que se les compense por los servicios sanitarios que prestan a los ciudadanos con residencia limítrofe en otras CC.AA...El principio, ello puede parecer justo, que cada Comunidad Autónoma se haga cargo del coste de la plena atención sanitaria de todos sus ciudadanos. Lo que no tiene lógica, que en esta batalla entre CC.AA. sean los enfermos los que paguen el pato, al no ser atendidos debidamente y en tiempo.

A este respecto, a la Presidente de la Comunidad Foral de Navarra se le pregunto por el conflicto que mantiene con el Gobierno de La Rioja, esto contesto:

“Creo que hay que tener mucho cuidado con esta cuestión, porque los españoles debemos tener igualdad en el sistema sanitario y si empezamos hacer unos ajustes rigurosos, como los de que tengo que tener un convenio firmado para atenderte, pues puede haber problemas. Este tema es muy serio y hay que abordarlo desde un acuerdo a nivel nacional, porque al final las fronteras entre comillas entre las Comunidades Autónomas no son para las personas, porque todos somos españoles”.

La solución de ultima hora que se ha dado a este problema consiste en que las CC.AA. perciban una determinada cantidad por la asistencia de pacientes de otras, pero el dinero saldrá del Fondo de Compensación, con lo cual se rompe uno de los principios de la asistencia sanitaria única y para todos, a la vez que se refuerza la idea de que cada Comunidad Autónoma puede hacer con su sanidad lo que le venga en gana, incluso poner precio a la asistencia sanitaria a otros españoles, por el simple hecho de residir en otro lugar. Mal ejemplo y peor solución.

El futuro de la sanidad pública en España, según la Ministra Sra. Mato:

La Ministra de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, tuvo hace unos días su primera comparecencia en la Comisión de Sanidad de la Cámara Baja, en ella dijo algunas cosas interesantes que a continuación transcribimos, para que no se nos olviden en los próximos tiempos. :

• “El Gobierno tiene el propósito irrenunciable de alcanzar una gran pacto por la sanidad y los servicios sociales. Este pacto, se basará en dos acuerdos entre Estado y CC.AA., uno por la sanidad y otro por los servicios sociales, si bien los dos tendrán como principal centro de actuación al ciudadano. Este pacto social y sanitario tendrá su expresión en una propuesta, que me comprometo hoy aquí a trasladar a las fuerzas políticas, para llegar a acuerdos que permitan articular un Proyecto de Ley de Servicios Básicos para su debate en las Cortes”.

• “En concreto, el acuerdo por la sanidad tendrá entre sus ejes la garantía de la sostenibilidad del sistema, una cartera básica de servicios común con suficiencia financiera y un calendario de vacunación único. El acuerdo contara con un nuevo modelo de prestación farmacéutica y otro de gestión asistencial, además de avanzar en la extensión de las tecnologías aplicadas a la sanidad.”.

• “Dentro del acuerdo por los servicios sociales, se apostará por definir un catalogo de Servicios Sociales para el conjunto del territorio y criterios comunes para garantizar una atención de calidad. Así mismo, avanzar desde el punto de vista farmacológico y desde el punto de vista de diagnóstico.”

• “Hay que priorizar la prestación de servicios para la atención de personas dependientes y que contribuya, además, a la generación de empleo, mayoritariamente femenino en el ámbito rural. Del mismo modo, el Ejecutivo se propone establecer unos criterios comunes para determinar la capacidad económica de los usuarios del Sistema de dependencia. En definitiva, se trata de aprovechar acuerdos para hacer el sistema sanitario y el de servicios sociales compatibles, funcionales y más eficaces”.

Esperamos no tener que recordar a la Sra., Ministra sus palabras debido al incumplimiento de las mismas.

El cambio de modelo sanitario:

Por otra parte, parece ser que el Gobierno tiene la idea de afrontar con rapidez un cambio en el modelo sanitario actual con el fin de ahorrar gastos. Es decir, más recortes encubiertos. Entre las medidas a tomar parecen que algunas de ellas serán las siguientes:

• Cartera única de servicios, que pretende unificar las prestaciones de la sanidad pública en el conjunto de las CC.AA., excluyendo servicios no básicos.

- *Racionalización de las prestaciones*, es decir, reducir algunas de las prestaciones actuales gratuitas, eliminarlas o hacerlas de pago o copago.
- *Nueva política de fármacos*, se trata de poner en práctica una nueva forma de compras más centralizada, reducir aun más el gasto en medicamentos y eliminar de los catálogos farmacéuticos productos ya pasados o mejorados por otros.
- *Reorganización de la asistencia sanitaria*, se trata de reducir costes en la asistencia sanitaria en general, Se tratará entre otras, eliminar el turismo sanitario, así como una mejor racionalización de los servicios.
- *Reordenación del personal sanitario* trata de realizar una mejor cobertura sanitaria con los recursos existentes, mejorando la especialización médica, así como sus horarios y salarios.

En principio, las intenciones no son negativas, el problema serán las consecuencias reales para los usuarios de la sanidad pública, por es previsible que entre col y col, lechuga, es decir que se aproveche la circunstancia para introducir más recortes.

LA SANIDAD PÚBLICA EN CIFRAS:

En este apartado, vamos a visualizar algunas cifras de lo que es la sanidad en España, tanto en el aspecto sanitario como en el farmacéutico, cifras la mayoría de ellas actualizadas a estas fechas y con garantía de su veracidad.

Infraestructuras de la sanidad pública:

Las principales cifras de las infraestructuras de la sanidad en España son las siguientes: (año 2011)

- ❖ **10.154 Consultorios locales.**
- ❖ **2.979 Centros de Salud.**
- ❖ **794 Hospitales (De ellos, 457 Públicos + 15 públicos gestionadas por entidades privadas.**
- ❖ **Un Hospital por cada 58.127 personas.**
- ❖ **Una cama hospitalaria por cada 286 persona.**
- ❖ **7.318 Grupos de Alta Tecnología.**

La estructura hospitalaria por CC.AA., es la siguiente: Total de hospitales (Privados)

- **Andalucía 102 (57) ; Aragón 29 (9) ; Asturias 20 (11) ; Baleares 22 (11) ; Canarias 36 (23) ; Cantabria 8 (4) ; Castilla La Mancha 32 (11) ; Castilla y León 37 (22) ; Cataluña 213 (150) ; C. Valenciana 63 (30) ; Extremadura 16 (7) ; Galicia 41 (25) ; Madrid 80 (48) ; Murcia 26 (15) ; Navarra 13 (7) ; P. Vasco 44 (26) ; La Rioja 5 (2) ; Ceuta 2 ; Melilla 1**

En el área de asistencia sanitaria:

Presupuestos iniciales de las CC.AA. en materia de sanidad pública para 2012: (En millones de €) (+-en relación a 2010 en millones de €)

• *Andalucía 9.393,6 (-433,78) ; Aragón 1.846,94 (-60,69) ; Asturias 1.655,55 (+15,69) ; Baleares 1.187,5 (+11,15) ; Canarias 2.471,17 (-385,94) ; Cantabria 729,8 (-66,13) ; Castilla y León 3.461,61 (-120,03) ; Castilla La Mancha; Cataluña 8.506,55 (-1381,73) ; C. Valenciana 5.492,0 (-228,26) ; Extremadura 1.480 (-183,59) ; Galicia 3.590,92 (-197,39) ; Madrid 7.168,0 (+86,77) ; Murcia 1.855,8 (-93,03) ; Navarra 914,6 (-72,16) ; Pasco 3,396,0 (-234,28) ; La Rioja 419,2 (+7,21) ; Total España 51.854,41 (-4.964,74).*

Fuente: Ministerio de Sanidad

Presupuestos iniciales de las CC.AA. en materia sanitaria para 2012: (Gasto Per cápita (+- diferencia en relación a 2010 en €)

• *Andalucía 1.180,00 (-5,66) ; Aragón 1.419,37 (-47,50) ; Asturias 1.507,15 (-11,25) ; Baleares 1.066,33 (+0,45) ; Canarias 1.295,36 (-133,39) ; Cantabria 1.347,47 (-177,03) ; Castilla y León 1.360,62 (-7,62) ; Castilla La Mancha 1.346,52 (0,0) ; Cataluña 1.298,84 (-170,60) ; C. Valenciana 1,122,79 (-147,98) ; Extremadura 1.509,72 (-174,98) ; Galicia 1.333,39 (-70,62) ; Madrid 1,108,14 (-3,62) ; Murcia 1.334,25 (-144,36) ; Navarra 1.543 (-118,61) ; Pasco 1.623,08 (-65,30) ; La Rioja 1.443,94 (-145,93) ; Media España 1.343,95 (-140,13).*

Fuente: Ministerio de Sanidad

Costes de la Ley de Dependencia en cada una de las CC.AA: En millones de € (Nº de dependientes con prestaciones)

• *Andalucía 1.451,68 (195,100) ; Aragón 185,18 (21.843) ; Asturias 144,43 (14,026) ; Baleares 91,39 (10.190) ; Canarias 103,39 (11.262) ; Cantabria 138,96 (15.053) ; Castilla y León 479,95 (61.452) ; Castilla La Mancha 351,59 (38.833) ; Cataluña 985,54 (118.306) ; C. Valenciana 473,20 (44.723) ; Extremadura 156,12 (18.625) ; Galicia 287,33 (35.224) ; Madrid 883,06 (79.885) ; Murcia 169,37 (27.299) ; Navarra 71,72 (8.248) ; P. Vasco 430,63 (43.811) ; La Rioja 80,24 (7.697) ; Total España 6.536,75 (753.553).*

Fuente: IMSERSO

El número total de personas dependientes en España es de 1.059, 474, de los cuales 305.941 perciben prestación, mientras hay otros que perciben más de una prestación.

Profesionales sanitarios colegiados: (Totales año 2009)

• *Médicos 213.977; Odontólogos 25.697; Podólogo 5.027; Fisioterapeutas 31.299; Enfermería 250.139; Farmacéuticos 61.975; Veterinarios 28.188.*

Fuente: Colegios Profesionales

•**Personal sanitario inscrito en los Colegios Profesionales:** (2010 – por cada 1.000 habitantes)

•**Personal medico 4,8; Personal de enfermería 5,7; Fisioterapeutas 0,8; Odontólogos y entomólogos 0,6; podólogos 0,1; farmacéuticos 1,4.**

Fuente: INE

Los salarios de los médicos en España:

Los salarios de los médicos de la sanidad publica varían según en la Comunidad Autónoma donde presten su trabajo. De ello resulta que son los médicos en Cataluña los que menos cobran, con diferencia con los de potras CC.AA. que en algunos casos pueden llegar hasta los 10,000 € anuales, además de tener un horario de trabajo anual de 40 horas semanales, cuando en el resto de CC.AA, suele ser de 35 y en alguna excepción de 37,5.

El salario de un medico con antigüedad y acreditada profesionalidad viene a percibir en función de la Comunidad Autónoma, el siguiente salario bruto anual:

• **Cataluña 49.000 €; Andalucía 50.000 €; Galicia 58.000 €; Madrid 52,600 €; C. Valenciana 57.000 €.**

En el caso de especialistas de hospital, los salarios brutos anuales serian llosa siguiente: (Sin guardias)

• **Cataluña 56.000 €; Extremadura 58.000 €; Navarra 59.000 €**

Los salarios de médicos hospitalarios en algunos países de Europa: (salarios mínimos y máximos, según funciones y competencias), (En €)

• **Rumania 376 – 876 ; Hungría 476 – 1.061 ; Polonia 809 – 1.740 ; Portugal 1.350 – 3.060 ; R. Unido 2.180 – 9.794 – España 2.394 – 4.565 – Irlanda 2.902 – 6.596 – Alemania 3.842 – 7.488 – Italia 4.500 – 10.000 – Francia 4.569 – 7.699 – Bélgica 6.250 – 16.600 – Dinamarca 6.333 – 13.334.**

Fuente: CESM

Nº de consultas medicas por persona y año en Europa:

El número de veces que los ciudadanos europeos visitan la consulta médica al año, son las siguientes :(año 2009)

• **Austria 6,9; Rep. Checa 11,2 ; Dinamarca 4,6 ; Estonia 6,3 ; Finlandia 4,2 ; Francia 6,9 ; Alemania 8,2 ; Hungría 12,0 ; Luxemburgo 6,3 ; Holanda 5,7 ; Polonia 6,8 ; Portugal 4,1 ; España 7,1 ; Suecia 2,9 ; R. Unido 5,0 ; Eslovenia 5,6**

Fuente: OCDE

Costes económicos por bajas laborales por enfermedad:

Más de un millón de trabajadores faltan diariamente al trabajo en España por baja laboral, lo que representa un fuerte impacto en la productividad y competitividad de nuestra economía.

La evolución del gasto por prestaciones económicas por bajas laborales en los últimos años, es la siguiente (En millones de €):

•2.001 3.534,20; 2002 3.970,82; 2003 4.338,22; 2004 4.971,69; 2005 5.490,22; 2006 5.870,39; 2007 6.295,05; 2008 6.615,15; 2009 7.230,00; 2010 8.070,00.

Fuente: AMAT

El coste total anual de las bajas laborales para la economía son de 64.000 Millones de € anuales, lo que es igual al 6 % del Producto Interior Bruto-PIB. Las Mutuas de Trabajo denuncian que al menos el 13 % de estas bajas laborales son fraudulentas.

En el área farmacéutica:

Retraso en el pago de fármacos hospitalarios:

El retraso en el pago por las administraciones sanitarias autonómicas a los proveedores de fármacos a centros hospitalarios, es el siguiente: (En días) A 31/12/2011

• Cantabria 804 ; C. Valenciana 884 ; Castilla y León 816 ; Baleares 848 ; Castilla La Mancha 742 ; Andalucía 746 ; Murcia 633 ; Aragón 451 ; La Rioja 439 ; Asturias 476 ; Madrid 363 ; Galicia 306 ; Canarias 220 ; Extremadura 161 ; Cataluña 257 ; Navarra 73 ; Pasco 70 ; Ceuta y Melilla 28 ; Media España 525.

Fuente; FARMAINDUSTRIA

Deuda por habitante en CC.AA. con el suministro de fármacos a los centros hospitalarios: (Deuda en Millones de € y (deuda por habitante)

• Cantabria 180,9 (305,0) ; C. Valenciana 1.292,5 (253) ; Castilla y León 573,4 (224) ; Baleares 216,3 (194) ; Castilla La Mancha 408,2 (193) ; Andalucía 1.523,7 (181) ; Murcia 265,1 (180) ; Aragón 202,6 (150) ; La Rioja 46,6 (144) ; Asturias 153,6 (142) ; Madrid 762,3 (117) ; Galicia 264,7 (95) ; Canarias 120,9 (57) ; Extremadura 54,3 (49) ; Cataluña 252,3 (33) ; Navarra 14,4 (22) ; P. Vasco 37,0 (17) ; Ceuta y Melilla 0,8 (5) ; Media España 6.369,3 (135).

Fuente: FARMAINDUSTRIA

Evolución del gasto de la sanidad pública en fármacos: (Años y gasto anual en millones de €)

• *2007 11.191; 2008 11.971; 2009 12.506; 2010 12.208; 2011; 11.136.*

Nº de recetas por paciente y gasto en € por receta: (En farmacias)

• *2007 18,7 (13,27); 2008 19,3 (13,45); 2009 20 (13,39); 2010 20,4 (12,75); 2011 20,6 (11,44).*

Fuente: FARMAINDUTRIA

LA LEY DE DEPENDENCIA:

El óptimo desarrollo de la ley de Dependencia es otra de las preocupaciones de AJUPE-USO, máxime cuando la misma afecta de forma directa y especial a las personas mayores.

Después de 5 años de vigencia de la Ley de Dependencia, uno de los logros del Gobierno socialista del Sr. Zapatero, a día de hoy es más un deseo que una realidad viva, ya que se calcula que casi 300.000 beneficiarios no reciben atención, a pesar de tener reconocido el derecho.

En la reciente reunión de los Consejeros de Asuntos Sociales y de Sanidad con la Ministra Sra. Mato, según esta, reconocieron que no se han cumplido las expectativas en materia de dependencia, debido a que se han constituido 17 modelos diferentes y se ha discriminado a buena parte de los ciudadanos al aplicarse criterios distintos, tanto en los baremos para valorar la dependencia de cada cual, como en las cuantías económicas a percibir.

El desfase presupuestario que esta sufriendo la Ley de Dependencia y que tanto afecta a las personas mayores, se debe a que el cálculo de beneficiarios se ha visto desbordado en casi 325.000 personas dependientes. En la actualidad son más de 1,5 millones de personas los beneficiarios con derecho a prestación, de las cuales varios cientos de miles no reciben ningún tipo de asistencia, lo cual es muy preocupante, máxime cuándo los continuos recortes de presupuestos seguirán afectando al normal desarrollo de la Ley de Dependencia, eso si, en unas CC.AA. más que en otras.

La Ley sigue sin levantar cabeza, ya que en varias CC-AA. su desarrollo y cobertura de servicios asistenciales y sanitarios es muy deficiente, tanto en el número de personas con reconocimiento de las prestaciones, cuantía de las mismas y lentitud con las que se tramitan. Es inconcebible por inmoral, que un Gobierno, alegando problemas económicos y de financiación, paralice durante el presente año 2012 a través del Decreto de 30 de Diciembre de 2011, el desarrollo previsto de la Ley de Dependencia, lo cual no solo va a afectar al reconocimiento de nuevos dependientes con derecho a prestaciones sociales y económicas, sino que también afectara de forma a los que estas prestaciones las tienen ya reconocidas.

Los profesionales en materia de dependencia, no coinciden con las medidas tomadas por el Gobierno, al señalar que ***“Es totalmente arbitrario que la efectividad del derecho dependa de la agilidad de cada Comunidad Autónoma a la hora de gestionar los tramites, pero a así va a ser, las que hayan sido más ágiles, habrán salvado a más dependientes”***. Y es que nuevamente, tenemos que insistir en que los derechos de los ciudadanos se pueden ver alterados muy negativamente en función de la Comunidad Autónoma donde se resida. Con lo cual, eso que dice la Constitución de que todos los españoles somos iguales y recibiremos el mismo trato, es nuevamente papel mojado.

Y volvemos a las mismas de lo que ocurre con la sanidad pública, el Gobierno y el Parlamento aprueban una Ley absolutamente necesaria, plantea su desarrollo y ejecución a las CC.AA., estas pensando que va a ser una nueva fuente de financiación, la asumen, pero se encuentran con la crisis y con que el Estado nos les da el dinero prometido para poner en marcha los contenidos asistenciales, sanitarios y económicos que contempla la Ley, Con lo cual una nueva decepción de las personas dependientes y de sus familias, que tienen que seguir realizando el trabajo y el gasto económico que supone el tener un dependiente en la familia.

Las previsiones financieras necesarias para financiación de la Dependencia actual y en los próximos años es la siguiente (Millones de €):

2012; 3,3 – 2013; 3,7 – 2014; 4,2 – 2014; 4,4

El número de beneficiarios de prestaciones de Dependencia por cada Comunidad Autónoma, es la siguiente: (% de la población)

Andalucía 195.650 (2,32) – Aragón 22.527 (1,67) – Asturias 13.857 (1,28) - Baleares 10.168 (0,91) – Canarias 11.118 (0,52) – Cantabria 15.050 (2,54) - Castilla y León 61.370 (2,40) - Castilla La Mancha 38.763 (1,83) - Cataluña 126.133 (1,67) – C. Valenciana 43.877 (0,86) – Extremadura 18.616 (1,68) - Galicia 35.635 (1,27) – Madrid 79.351 (1,22) – Murcia 26.695 (1,82) – Navarra 8.400 (1,31) – P. Vasco 41.190 (1,89) – La Rioja 7.619 (2,36) – Cautas y Melilla 1920 (1,19) – Media de España 757.939 (1,61).

Prestaciones por Dependencia

Una Ley que según se vendió por parte del Gobierno socialista del Sr. Zapatero, además de dar cobertura social a un importante número de personas con dependencia, crearía no menos de 300.000 puestos de trabajo entre asistentes, sanitarios y personal de servicios auxiliares, ni una cosa ni otra. Las últimas estadísticas presentadas por la administración sobre la evolución del desarrollo de la Ley de Dependencia, dejan claro que en contadas CC.AA...El resto está prácticamente paralizado. Solamente Castilla y León, Madrid, País Vasco y Andalucía tienen más altas de dependientes que bajas, mientras que nueve CC.AA. tienen más bajas de dependientes que altas. Nuevamente tenemos que insistir, lamentablemente para la mayoría

de los políticos des concienciados socialmente, el mantenimiento del Estado del Bienestar es cosa del pasado.

Lo ultimo sobre dependencia, el Secretario de Estado de la Seguridad Social ha señalado que en el pago de cotizaciones a los familiares que cuidan a los dependientes en sus domicilios existe un agujero por un valor de más de 700.000 €, una deuda que parece procede de la anterior legislatura socialista. Lo cierto que esto de la Dependencia es una VERDADERA VERGUENZA, tanto en cuanto a los recortes asistenciales económicos injustificados, la falta de reconocimiento en varias CC.AA. de las calificaciones de dependencia y de la falta de seriedad de como se han tomado varios gobiernos autonómicos este importante asunto, tanto desde el punto de vista asistencial como sanitario.

LOS RECORTES SANITARIOS A PERSONAS CON ENFERMEDADES RARAS

De entre lo mucho y variado, que he tenido que leer y contrastar para la elaboración de este documento, me ha llamado la atención en especial un artículo escrito en Mallorca Diario sobre los recortes sanitarios que afectan a personas con enfermedades raras. De por si, el sufrir una enfermedad rara en España, ya es un grave problemas, por que en general no se investigan estas enfermedades por que resulta caro y los laboratorios tampoco sacan medicamentos por que la investigación de nuevos productos con un relativo consumo también es caro y no es rentable..

En España, se estima que son 3 Millones de personas las que tienen una enfermedad poco frecuente. En casi la mitad de los casos el pronostico vital esta en juego. Ya que las enfermedades raras se les puede atribuir el 35 % de las muertes de los niños menores de un año. En este sentido, la Federación Española de Enfermedades Raras-FEDER, alerta del grave riesgo que los recortes sociales y sanitarios están teniendo en el deterioro de la salud de las personas afectadas por estas patologías. En el último análisis publicado por el Observatorio de las Enfermedades Raras, señala que el 37 % de las personas encuestadas y el 52 % de las Asociaciones están sufriendo un importante deterioro en la asistencia sanitaria, así como en las prestaciones sociales. Se han incrementado los tiempos de espera para acceder a consulta o para la derivación a otras CC.AA.

La Federación se queja y con razón, de que ninguna persona con una enfermedad poco frecuente debe visir sin acceso al diagnostico, al tratamiento y a las prestaciones sociales, incluyendo las etapas más severas de la enfermedad. El acceso a las terapias y tratamientos es otro tema de preocupación, ya que el 43 % de las personas consultadas han tenido problemas para recibir su tratamiento habitual durante el ultimo año, así mismo, el 39 % ha sufrido recortes reales en el suministro de su terapia.

Entre los problemas más generalizados que sufren estos pacientes, se encuentran las

dificultades para encontrar fármacos, el acceso a la rehabilitación o a la ausencia de respuesta por las autoridades sanitarias a las solicitudes para tratamientos en unidades de dolor. Además sus Asociaciones debido a las restricciones económicas de las Administraciones, se están viendo en la necesidad de reducir el personal técnico de atención especializada a los enfermos y a sus familias.

FEDER, esta impulsando la designación de centros, servicios y unidades de referencia para mejorar la equidad en el acceso diagnóstico, al tratamiento y el tratamiento socio-sanitario de las familias, así mismo trata de garantizar la atención efectiva de todas las personas en todas y cada una de las CC.AA., mejorar el acceso a los tratamientos, terapias, medicamentos huérfanos y productos sanitarios.

LA SANIDAD PÚBLICA CAMINO DE SU PRIVATIZACION:

Que hay intentos claros por parte del Gobierno central y de varios autonómicos de caminar hacia la privatización parcial o total de la actual sanidad pública, es un hecho indudable a pesar de las declaraciones en contra de políticos y responsables sanitarios. Los hechos son los que son y el camino esta bien marcado, en todo caso será cuestión de tiempo y de oportunidad para realizarlo.

Con la actual crisis económica y sus consecuencias, estamos viendo como la sanidad publica esta dejando cada vez más espacios a la sanidad privada y al conjunto de servicios que la conforman. Y es que en pocos años, se ha pasado de todo público a privatizar todo lo publico posible, es el caso de la sanidad publica, donde la mayoría de los servicios auxiliares están ya privatizados y los estrictamente sanitarios en camino. Mientras que actualmente en muchos hospitales públicos se están cerrando plantas enteras, varios servicios y especialidades, todo ello con el único propósito de ahorrar gastos. Según informes, la actividad de la sanidad privada durante los últimos años esta creciendo de forma importante (alrededor del 5 % anual) y con perspectivas de hacerlo con más intensidad en los próximos años.

A pesar de que son muchas las empresas que por razones económicas, están eliminando las pólizas de seguro privado que tenían concertadas con sus directivos, empleados y trabajadores, el hecho y consecuencias del deterioro progresivo de la sanidad publica, especialmente en lo referente a las largas listas de espera, muchos ciudadanos están contratando pólizas de asistencia sanitaria a través de aseguradoras y clínicas privadas, con lo cual el sector sanitario privado sigue creciendo.

El desembarco de oportunistas a la caza de trozos de gestión más rentables de la sanidad pública, con los que hacer lucrativos negocios a costa de la salud de los ciudadanos, lleva a que según los expertos en pocos años, la sanidad en España puede estar mayoritariamente gestionada directa e indirectamente por el sector privado. Y es que la falta de recursos económicos de la mayoría de las CC.AA. para mantener un sistema sanitario publico digno, esta abriendo un profundo camino para la avanzar más rápidamente en la privatización.

Aprovechando que la Sra. Ministra de Sanidad como aboga por una mayor colaboración entre la sanidad pública y privada, recientemente se ha hecho público un informe elaborado por la auditoría Russell Bedford en la que se asegura que la sanidad pública podría ahorrar más de 13.000 millones de € (el 25 %) anuales a través de una más estrecha colaboración en la gestión público-privada. Para ello propone entre otras cosas, las siguientes:

- Creación de una Central de Compras sanitaria privada.
- Gestión privada de servicios como análisis de sangre, radiología, limpieza, cocina, lavandería y tratamiento de residuos.
- Cesión del mantenimiento o explotación de hospitales y centros sanitarios a empresas privadas a través del cobro de un canon negociado anualmente.(La Administración mantendría el control e inspección, así como la capacidad normativa y sancionadora)

Ya hay algunas CC.AA. que se están pensando seriamente esta fórmula propuesta, incluso llegan más lejos, vender directamente centros hospitalarios o alquilar quirófanos a la sanidad privada, como es el caso del hospital de La Seo d'Urgel que dejó de programar intervenciones quirúrgicas por las tardes y ahora los quirófanos los tiene en alquiler a las clínicas privadas por 400 € la hora.

También el consejero delegado de SANITAS Sr. Ereño, recientemente ha señalado que ***“ Actualmente es necesario un gran pacto entre la sanidad pública y la privada que evite duplicidades, en la que la sanidad privada se encargue de gestionar la prevención, el momento anterior a la enfermedad y las enfermedades crónicas, Se debe reconocer que la gente que cuenta con seguro privado ahorra al Estado, señalo así mismo que “Lo que realmente esta en entredicho no es la sostenibilidad del sistema sanitario publico, sino también de la privada, ya que a la sanidad se plantea a un importante reto, como hacer frente al incremento del coste sanitario que procede de la mejora del sistema de salud, debido a la evolución del sistema por el desarrollo de la tecnología medica y de una mayor seguridad”.***

Ya sabe la Sra. Ministra de Sanidad donde recurrir, según vaya avanzando en la política privatizadora de la sanidad pública, cuyo futuro cada vez se ve más claro que va a ser este, la privatización.

En la sanidad privada en España, desde hace unos años y ahora con más intensidad, se están dando serios movimientos de adquisición de compañías privadas de gestión hospitalaria por parte de fondos de capital riesgo tanto extrajeras como nacionales, lo cual da idea de las Perspectivas de futuro que ven el sector. Contra más deterioro de la sanidad pública, más posibilidades de crecer en lo privado.

La incidencia de las compañías aseguradoras en el sector privado de la salud es el siguiente: (% de mercado)

•Grupo Caixa 23,9; Sanitas 16,7; Asisa 13,5; Mapfre 6,3; Ergo 6,2; IMQ 3,0; M. Madrileña 2,8; Otros 27,6.

En cuanto a cuota de presencia en hospitales privados, es la siguiente: (% de ingresos)

•Capio 8,8; Adesias 6,6; USP 5,5; Quirón 3,7; Hospiten 2,8; HM 2,7; Nisa 2,7; Otros 67,2.

Dentro del sector hospitalario privado se está dando una importante guerra, ya que el sector hospitalario quiere quitar el resto todo el peso posible a las Compañías Aseguradoras. En este sentido para asegurarse el éxito de esta política, recientemente se han unido dos de las empresas hospitalarias más importantes del país, Grupo Quirón con 930 camas y USP Hospitales con 1.305 camas. La unión de estos hospitales les supone una cuota de ingresos del 9,2 % del total del sector hospitalario privado. Las concentraciones hospitalarias van a continuar, ya que hay varias fusiones en negociaciones, alentadas por el deterioro progresivo que durante los últimos años se está dando en la sanidad pública.

Los expertos del sector sanitario, también temen que es posible que en unos años la sanidad pública deje de existir, tal y como la conocemos en la actualidad, y en todo caso quede como una asistencia sanitaria residual para las personas mayores y enfermos crónicos, una vez que para la sanidad privada estos colectivos no son rentables.

Si se producen estas previsiones de los expertos, la triste realidad es que en un futuro, solamente la persona o familia que disponga de notables recursos económicos dispondrá de una sanidad rápida, segura e eficaz en sus resultados, y las personas y familias que no disponga de recursos económicos para contratar una póliza sanitaria privada, se tendrán que apañar como puedan, es decir, a través de unas prestaciones sanitarias prácticamente residuales. De hecho ya son más de 7 millones de españoles los que cuentan actualmente con un seguro sanitario privado que según del Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad-IDIS, genera un ahorro a la sanidad pública de 1.488 € anuales, ya que no consumen recursos públicos sanitarios o los consumen parcialmente. Este análisis, nos lleva a plantearnos muy seriamente donde terminara el necesario Estado del Bienestar en España y uno de sus pilares fundamentales, concretamente la sanidad pública.

De hecho, el Gobierno autonómico de Castilla La Mancha, ya ha entregado recientemente cuatro hospitales públicos al sector privado para su gestión, situación que ya se ha dado también con varios hospitales en Madrid y en la C. Valenciana y esta misma fórmula está en estudio en otras CC.AA, e incluso ya hay estudios de viabilidad a fin de externalizar la asistencia primaria o ambulatoria en varias CC.AA. las más adelantada Castilla La Mancha. Y esto ya parece imparable.

En un interesante artículo publicado en Nueva **Tribuna.es**, Edmundo Rayanas explica ¿Qué

significa la privatización sanitaria?, en los siguientes términos:

<El primer argumento utilizado, es que se gasta mucho en la sanidad pública, con un costo que nuestra economía no puede soportar. Eso es mentira como luego veremos.

Debemos saber, que nuestro país es uno de los países de la Unión Europea a 15 que menos gasta por habitante en sanidad. Su coste es de 1.673 € frente a la media europea que es de 2.103 €. Solo el 4,1 % de la población adulta trabaja en el sector sanitario de nuestro país, uno de los más bajos. Países europeos de parecido desarrollo económico emplean al 6,6 %.

En los últimos años, el crecimiento sanitario ha sido del 2,7 %, mientras que en los países de la OCDE ha sido del 4,1 %. Como indica Vincent Navarro el gran crecimiento sanitario en España lo ha sido en el sector privado. España es uno de los países en los que la población más paga por servicios sanitarios privados. Y ello es consecuencia del subdesarrollo del sector sanitario público. La solución pasa inevitablemente por no recortar en la sanidad pública, sino invertir más.

El gran problema no es el gasto del Estado sino la falta de ingresos. En el año 2007, los ingresos del Estado era del 41,1 % de su PIB y la de los países de la zona euro era del 45,5 % del PIB el año 2011, los ingresos del Estado baja al 34,5 % de su PIB, mientras que en la zona euro se sitúa en el 44,4 % de su PIB. Este es el problema, un problema de fiscalidad, donde los ricos se niegan a pagar lo que deben en función a su riqueza económica>.

Y como en este país cada uno va a lo suyo, el Consejo Delegado de SANITAS, vuelve a reclamar al Gobierno que proceda a la reducción fiscal a los pólizas de salud privadas, ya que esta medida ayudaría a reducir el costo de la sanidad pública, Y es que este Sr., debe pensar que todos somos tontos. Lo que trata este Sr. es avanzar en la privatización de la sanidad pública a través de aumentar la cuota de pólizas privadas, que al ser subvencionadas por el Estado, el resultado es que todos los españoles que pagamos impuestos, a los pudientes que pueden disponer de pólizas privadas y con ello de una mejor y más rápida asistencia sanitaria, les paguemos buena parte del coste de estas pólizas. Esperamos que el Gobierno no acceda a esta petición. Hay que recordar que fue el Gobierno del Sr. Aznar el que introdujo una deducción fiscal del 15 % por la contratación de pólizas de salud privada, que posteriormente fue eliminado por el Gobierno del Sr. Zapatero

LA LEY GENERAL DE SALUD PÚBLICA:

El Boletín Oficial del Estado-BOE, de fecha 5 de Octubre de 2011, publicaba el Texto de La Ley 33/2011, de 4 de Octubre General de Salud Publica, la cual fue aprobada por el Congreso de los Diputados, el 21 de Septiembre, obteniendo una amplia mayoría de votos.

El texto de la Ley cuenta con un Preámbulo, un Título Preliminar, seis Títulos con 18 Capítulos, 60 Artículos y dos Disposiciones. Todo ello en 64 paginas de extensión de texto.

Lo más destacable del contenido de la Ley;

Del estudio de la Ley, lo que más cabe discarlo siguiente:

- Reconocimiento al derecho de asistencia sanitaria publica a todos los ciudadanos mediante la universalización del Sistema Nacional de Salud-SNS. La que permitirá a más de 200.000 personas disponer de asistencia sanitaria publica y que hasta no tenían. Esta medida afecta de forma positiva, entre otros a los desempleados que agoten la prestación o el subsidio por desempleo.
- La a sanidad publica, la Lay le reconoce como un sujeto con autoridad y personalidad propia, capaz de actuar y mediar entre la parte asistencial y otros organismos que inciden sobre la salud de los ciudadanos.
- La Ley propone que la salud debe ser entendida como bienestar físico, psíquico y social, como el resultado de varios factores que se dan en el ámbito familiar, laboral, social, educativo, medio ambiente, en la alimentación o incluso en el estilo de vida de cada cual.
- La Ley en su posterior desarrollo tendrá que determinar los ámbitos de salud publica, que en función a su especial incidencia para el conjunto de los ciudadanos, sea de interés fomentar y promover una investigación seria e eficaz.
- La Ley propone integrar la salud en todas las políticas, a partir de que el conjunto de los todos los organismos del Estado, Central, Autonómicos y locales, favorezcan la salud, el bienestar y el desarrollo humano de los ciudadanos.
- La Ley abre garantías de calidad de la sanidad pública a los ciudadanos. Instituciones, empresas y organizaciones sociales.
- La Ley establece unos principios de actuación de obligado cumplimiento y de promoción de la salud, aunque no concreta en que consisten esas exigencias.
- La Ley plantea que las actuaciones dirigidas a la mejora de la salud, deben ser una tema transversal, incorporándolo en todas las políticas sanitarias que se desarrollen. Para ello, establece una estrategia de salud pública que definirá las áreas de actuación.
- La Ley contempla entre sus objetivos prioritarios, la equidad y la reducción de las desigualdades sociales en materia sanitaria.
- La Ley establece la creación e una cartera de servicios básicos para todos los ciudadanos en el ámbito de la asistencia de la sanidad publica.
- Ello a través de una serie de programas y actuaciones. Todos ellos sin definir.

- Se contempla la creación de un Centro Estatal de Salud, que se encargara del asesoramiento técnico en materia de sanidad pública en el ámbito de la Administración General del Estado.
- La Ley apuesta por la aplicación de principios tan importantes como la transparencia, el rigor científico, la seguridad y la imparcialidad.

Breve comentario:

Es muy difícil no estar de acuerdo con los principios que recoge la Ley, pero a tener en cuenta que muchos de ellos son meros brindis al sol. Lo primero de los aspectos más importantes que la Ley tenía que haber recogido de forma explícita, era el acabar de una vez por todas con la alta politización de la sanidad pública, uno de sus grandes problemas, que por lo visto ningún partido en el Gobierno lo quiere hacer, ello a pesar de las repetidas propuestas presentadas en ese sentido,

Mientras que los servicios y la atención sanitaria a los ciudadanos las sigan fijando los responsables políticos y sanitarios de cada una de las Comunidades Autónomas, será imposible el realizar unas prestaciones igualitarias a todos los ciudadanos. Lo que procede es fijar unos servicios de atención mínima para todos los ciudadanos y que ello sea de obligado cumplimiento en todas las CC.AA. las mismo hay que determinar la inversión mínima anual "Per cápita" las diferente CC.AA. en materia sanitaria, que garantice el cumplimiento de unas prestaciones sanitarias rápidas, seguras e eficaces.

En vez de crear más Organismos en la sanidad pública, lo que el Gobierno debe hacer, es dar funciones y competencias al Ministerio de Sanidad, a fin de que este rentabilice mínimamente su existencia. Otro de los problemas de Ley, como casi todas las Leyes que se publican en nuestro país, todo lo importante del texto se deja para posteriores desarrollos, Cuando esto ocurre, no se sabe cuando, los desarrollos nada tienen que ver con los textos originales de Ley y menos con los principios con los que se elaboro esta en su día. Y es curioso que con todo lo que esta cayendo sobre la sanidad pública en el país, nadie, ni Gobierno, ni CC.AA., ni profesionales, ni sindicatos y asociaciones, nadie habla de los contenidos de La Ley General de Salud Pública y es que todos se han debido de olvidar de su existencia y sobre todo de sus contenidos.

Conclusión, que la Ley podría ser aceptable en sus principios, pero tiene serias dificultades para llevarlos a cabo, al menos en el corto-medio plazo en función a la situación económica del país.

LA INDUSTRIA FARMACÉUTICA EN ESPAÑA:

Históricamente la Industria Farmacéutica en nuestro país ha basado la mayor parte de sus importantes ventas en acciones de marketing comercial enfocado casi en exclusiva hacia el médico con el visitador médico como persona interpuesta, los cuales se encargaban de visitar al médico, ofrecerle las novedades y señalarle las características del producto, pero también a influirle en la toma de decisión en cuanto al producto a recetar, para ello utilizaban los famosos viajes financiados por los laboratorios, lo que en definitiva se trataba de que el médico estrechara lazos con la farmacéutica y así hacer a sus productos prioritarios a la hora de recetar. Afortunadamente con el correr de los años, esta metodología en el marketing de la Industria Farmacéutica ha ido cambiando a mejor, con menos presiones hacia los médicos. A día de hoy, el descenso de financiación para viajes y eventos médicos es muy importante, el nuevo marketing se ha trasladado a la farmacia y a los medios de comunicación.

La Industria Farmacéutica, en uno de los sectores que más está clamando por las consecuencias de la crisis económica, a partir de las deudas que le tienen contraída en especial las Comunidades Autónomas. Deudas totales que pueden alcanzar los 10.000 Millones de €.

Junto a la queja de la deuda, la industria farmacéutica se queja de que el Gobierno anterior por acuerdo con las CC.AA. ya realizó un recorte de 2.400 M. € en adquisiciones farmacéuticas, además en el pasado año por medio de un Decreto Ley se redujo el precio de los fármacos en otros 2.500 M. €. Es cierto que desde el Gobierno Central y desde algunas CC.AA. se están tomando medidas para solucionar en parte el tema de deuda, pero lo cierto es que es mucho el dinero que supone la misma, y los pocos recursos para hacer frente a la misma. Ello ha llevado a que algunos laboratorios han amenazado con el corte de suministros de fármacos, cosa que algunos lo han cumplido en parte, al reducir estos suministros en parte, hasta que no se les garantice el cobro de forma urgente.

El sector farmacéutico español, tiene una notable actividad, a pesar de que buena parte de su producción farmacéutica es a partir de patentes extranjeras y de laboratorios extranjeros instalados en España. A pesar de ello, es el sector que más invierte en algo tan importante como es en la Investigación y Desarrollo-I+D. Durante el año 2010, el sector invirtió en esta materia cerca de 1.000 M. €, lo que representa el 21 % de todo lo invertido en el país en ese año, en materia de I+D.

Actualmente la Industria Farmacéutica en nuestro país, cuenta con 211 laboratorios que dan trabajo a 5.000 personas, además genera otros 42.000 puestos de trabajo indirectos. La Industria Farmacéutica en España a pesar que en general trabaja con unos precios de un 20 % más baratos que los laboratorios de otros países europeos, siempre a trabajado unos importantes márgenes comerciales, lo que les ha permitido rentables beneficios económicos. Así que las penas de estos, serán menos penas.

El director General de Farmaindustria con motivo de su Informe en el IX Seminario Industria

farmacéutica y Medios de Comunicación, celebrado en Ciudad Real durante el pasado mes de Febrero, respecto al gasto farmacéutico señaló ***“España en gasto farmacéutico esta en los niveles de 2007, en gasto Per capita al de 2006, aunque el número de recetas siguen creciendo, con un gasto medio por receta idéntico al de 2001. En definitiva que estamos ingresado menos, vendiendo más producto”***. Continuo señalando ***que “Considerar la sanidad como un capítulo prioritario en los presupuestos públicos, establecer una cartera de servicios acorde con los ciudadanos, acabar con las ineficiencias y conseguir la corresponsabilidad de todos los agentes implicados en el mejor uso de los bienes y servicios de salud, son las necesidades más acuciantes de sanidad publica en España”***

El gasto farmacéutico por español en los últimos años, ha sido el siguiente: (en €)

•2004, 220; 2005. 227 ; 2006 , 237 ; 2007 , 247 ; 2008 , 259 ; 2009 , 267 ; 2010 , 259 .

Es decir, que desde el año 2004 al 2009 el gasto farmacéutico por persona fue en aumento año a año, sin embargo ya en 2010 con las medidas restrictivas del gasto y el descenso del costo de los fármacos, el gasto comenzó a reducirse, tendencia que parece se esta dando actualmente.

Hay que señalar, que la Industria Farmacéutica debido a su alto grado de competencia entre laboratorios, de siempre ha estado criticada por sus relaciones nada claras con la mayoría de los médicos en el intento de que estos receten sus productos y no los de la competencia. Los regalos, los viajes, la financiación de congresos, etc., de los laboratorios a los médicos, no parece que haya sido una relación comercial excesivamente clara y trasparente en muchos casos. La situación se complica más cuando estos presuntos trapicheos se realizan en la sanidad pública, donde sus responsables los conocen y todos sus responsables lo consienten o miran para otro lado.

Y dentro del sector farmacéutico, otros que no están de acuerdo con la situación actual, son los farmacéuticos de calle, los cuales están viendo reducir el número de ventas y las cuantías de estas y la consiguiente merma de beneficios económicos. La liberación farmacéutica a la hora de poder instalar más farmacias, al sector clásico que en la mayoría de las ciudades y pueblos existía, les ha salido una importante competencia. España, es el tercer país de la Unión Europea con más farmacias, una por cada 2.201 habitantes. Dinamarca dispone de una farmacia por cada 17.368 habitantes.

A raíz de la situación de impagos de la sanidad publica a la Industria Farmacéutica, las multinacionales del sector han amenazado al Presidente del Gobierno con el descrédito de España. De hecho Las cámaras de Comercio de Alemania y Suiza en nuestro país, así como el lobby farmacéutico, exigen que se les pague o “el made in Spain” sufrirá las consecuencias. En carta dirigida al Sr. Rajoy firmada por la Cámara de Comercio Alemana en España, La Asociación Económica Hispano-Suiza, La Cámara de Comercio e Industria Francesa de Barcelona y las patronales de Productos sanitarios FENIN y de medicamentos FARMAINDUSTRIA.

Entre otras lindezas, le señalan lo siguiente:

- Si el Gobierno no actúa sobre la deuda sanitaria, se deteriora aun más la credibilidad y la imagen de España como país fiable para inversores y compañías.
- Proponen una serie de medidas, algunas de exclusivo beneficio de la Industria Multinacional Farmacéutica, alegando que “estas medidas tranquilizarían a los accionistas internacionales, evitando la desaparición de muchas empresas, la pérdida de muchos puestos de trabajo y la ruina de no pocos empresarios”.
- Para hacer frente a la deuda por parte de las CC.AA., proponen al Gobierno medidas que pasan por “Establecer plazos temporales concretos de pagos, la identificación de un interlocutor único del Gobierno central, y el diseño de un mecanismo respaldado por el Gobierno central que establezca un calendario de pagos fiable, con la garantía de que el dinero efectivamente va a llegar a las empresas del sector.
- Proponen varias formulas de como tienen que ser los presupuestos de las CC.AA, en materia sanitaria de forma que se les garantice sus cobros con puntualidad.
- Así mismo, le recuerdan al Gobierno que “la creciente preocupación de la población española por el futuro del Sistema Nacional de salud, a la que contribuye sin duda las noticias relativas al incesante incremento de la deuda sanitaria”

Aparte de que indudablemente la Industria Farmacéutica tiene pendiente una importante deuda por cobrar, los contenidos de la carta son realmente preocupantes, aunque así es el estilo de las empresas multinacionales. Prepotencia y ordeno y mando, cumplen o me voy a la menor ocasión. Hay que considerar frente a estas ricas multinacionales del sector Farmacéutico, que en España hay miles y miles de empresas y empresarios a los que las administraciones les deben muchísimo más dinero y están aguantando como pueden y hasta que puedan. El Gobierno del Sr. Rajoy parece que les ha hecho caso a la misiva de las multinacionales farmacéuticas y en breve tiempo se les a abonar sus deudas, así por lo menos los más ricos, estarán más contentos A los otros que les den.

La ultima batalla de la Ministra Sra. Mato, la tiene con varios laboratorios farmacéuticos, que por lo visto están ofertando precios de los medicamentos con importantes reducciones de precios, a los servicios sanitarios de algunas CC.AA., parece que el caso de Andalucía, es el más claro y reciente. Es probable que los laboratorios farmacéuticos entren en esta guerra sucia, pero es más grave que responsables políticos y/o sanitarios de CC.AA. entren en este juego, por ello se impone con urgencia la puesta en marcha de una sola central de compras para todo el sistema sanitario público.

LOS MEDICAMENTOS “GENERICOS”:

Breve introducción:

Otro de los inventos del Gobierno y de las autoridades sanitarias para pretendidamente ahorrar dinero publico en el sector sanitario, es la imposición a los médicos de recetar los llamados medicamentos “genéricos”, en vez de hacerlo con los medicamentos originales o de marca.

De tal forma, que el pasado 1º de Noviembre de 2011, entro en vigor la prescripción obligatoria por Principio Activo (medicamentos genéricos) en todo el Sistema Nacional de Salud. Se tiene conocimiento de que a ultima hora los laboratorios de medicamentos originales han realizado un notable descenso de los precios a fin de restar en lo posible mercado a los genéricos. Al final puede ser que sea demasiado bombo para tan poca orquesta.

No creemos que el recetar medicamentos genéricos sea una solución, ni siquiera parcial, a los problemas económicos de la sanidad publica, el problema principal como ya se ha dicho e lo largo del documento, es un problema de malísima gestión de los recursos existentes. Concretamente referido a las medicinas, cuando desde el Gobierno se dice que la medida esta objetivada por el excesivo gasto en medicinas que soporta la seguridad Social, no es del todo cierto. De una forma u otra, la medida de recetar medicamentos genéricos de originales, no va representar un ahorro visible, tal y como señalan los expertos, ni tampoco va ha reducir el numero de recetas medicas.

A pesar de las reticencias que aun existe con los medicamentos genéricos, hay que señalar que la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios-AEMPS, durante el pasado año 2011 autorizo la comercialización de 1.934 medicamentos de uso humano, de estas autorizaciones 1.489 (77%) de ellos correspondían a medicamentos genéricos

Como más importante, vamos a realizar un repaso de forma básica y comprensible de lo que son los medicamentos “genéricos” y sus propiedades reales, según lo publicado por la Organización Mundial de la Salud-OMS.

¿Qué son los medicamentos “genéricos”? :

Lo primero que conviene aclarar, es que los llamados medicamentos genéricos tienen diferentes significados en función de los diferentes ámbitos de que se trate. Aunque en general la denominación mas generalizada es la siguiente;” ***Es el medicamento que aprueba la equivalencia terapéutica igual al medicamento original y sale a los mercados cuando el medicamento original a expirado los derechos de patente***”.

Para distinguir un medicamento genérico de un original, al medicamento genérico se le reconoce por tener impreso en sus envases la Denominación Oficial Española-DOE o en su

defecto por la Denominación Común Internacional-DCI nombre del medicamento y a continuación las siglas EFG-Especialidad Farmacéutica Genérica.

¿Qué son los medicamentos genéricos intercambiables?

Son aquellos medicamentos creados por laboratorios diferentes a los de las patentes originales, que teóricamente tienen las mismas características que los medicamentos originales o de patente. Los medicamentos intercambiables no disponen de estudios de bioequivalencia para establecer la semejanza con el medicamento original.

¿Cuáles son las diferencias entre los medicamentos genéricos y los originales? :

El medicamento genérico debe llevar en el envase el nombre del ingrediente activo para ser autorizada su comercialización. Autorización que debe ser concedida por las autoridades sanitarias. La apariencia del envase puede ser igual o distinta al original e incluso el sabor o color del propio medicamento en relación al original.

¿Tienen ventajas los medicamentos genéricos?

La principal ventaja de los medicamentos genéricos sobre los de patente original, es su bajo coste de producción y por tanto ser más baratos en el mercado para el enfermo consumidor. Un medicamento genérico según el país, puede estar en el mercado a un precio de venta al público del 80 % más bajo que el original.

Es muy habitual en los últimos años, que el mismo laboratorio del medicamento original, será el mismo laboratorio que elabora y vende el medicamento genérico, con el fin de no conceder cuota de mercado a otros laboratorios de la competencia.

¿Tienen problemas los medicamentos genéricos?

Actualmente en varios países se están dando serios debates entre expertos en medicamentos e investigadores, en cuanto a que se si tienen las mismas propiedades curativas los medicamentos originales y los genéricos. Parece ser, que aunque ambos medicamentos deben contar con los mismos principios activos y componentes, algunos medicamentos genéricos pierden efectividad cuando se trata de tratamientos prolongados. De todas las formas, como la industria farmacéutica esta sumida desde siempre en el oscurantismo y en feroz competencia, es muy difícil saber quien dice la verdad, máxime cuando los médicos y muchas autoridades sanitarias mantienen “estrechas relaciones” con la industria farmacéutica y normalmente no se mojan para aclarar la estricta viabilidad de los medicamentos genéricos.

➤ Importante:

En la siguiente página Web se pueden consultar los medicamentos genéricos autorizada su venta por las autoridades sanitarias y por tanto ser recetados por los médicos y vendidos en farmacias:
es.wikipedia.org/wikimedamentos_similares

LA IMPOSICIÓN DEL “COPAGO” SANITARIO Y FARMACEUTICO Y EL “CÉNTIMO SANITARIO” EN ESPAÑA:

Breve introducción:

Como una de las consecuencias de la prolongada crisis económica y su incidencia sobre la sanidad pública, desde hace un tiempo se está discutiendo dentro de un gran confusiónismo de los ciudadanos, provocado en especial por los Gobiernos Central y Autonómicos y los responsables sanitarios de ambos, sobre la implantación en España del llamado COPAGO sanitario y farmacéutico. Confusión que va en aumento cuando desde el Gobierno central, se dice que no al copago, a la vez que en varias Comunidades Autónomas, se están poniendo en práctica el cobro directo o indirecto de este innecesario impuesto, con el agravante de que en algunos casos se está imponiendo su cobro de forma camuflada como es la existencia del llamado “céntimo en los carburantes”, impuesto ya en la mayoría de las CC.AA.

Un copago, que desde los responsables sanitarios de las CC.AA. trata de evitar el abuso de los ciudadanos en las asistencias a las consultas médicas y también contra el abuso en el consumo de medicinas. En ambos casos, las afirmaciones de estos responsables son totalmente inciertas, ya que en el caso de la asistencia de los ciudadanos españoles a las consultas médicas está en la media de la mayoría de los países de la Unión Europea y en lo referido al excesivo consumo de medicinas, en todo caso esto se debe a una deficiente planificación y seguimiento médico en la expedición de recetas, una vez que hoy en día los médicos tienen debidamente informatizada la vida sanitaria de los pacientes, así como de las medicinas que les recetan. Por tanto, no tiene lugar que se alegue que hay abuso ciudadano de medicinas.

Los problemas están centrados; primero ; en el caso de las consultas médicas, el problema está centrado en especial en la utilización de los servicios de urgencia hospitalarios, de los que muchos ciudadanos se ven obligados a su utilización en muchas ocasiones debido a las largas listas de espera existentes en el primer y segundo nivel de asistencia sanitaria pública, segundo; la utilización de medicamentos que tampoco sus costes finales no están alejados de la media europea, se debe en buena parte a la falta de un estricto control médico a la hora de recetar. Muchas veces los médicos acuciados por los importantes retrasos que llevan en sus consultas, no tiene más remedio que aligerar estas a partir de recetar muchas veces innecesariamente, ya que no dispone del tiempo necesario para realizar una profunda revisión del paciente y poder recetarle óptimamente. Estas situaciones llevan a que al poco tiempo las medicinas recetadas no tienen ningún efecto sobre la enfermedad del paciente y hay que volverles a recetar otras medicinas, lo que en definitiva es duplicar el gasto sanitario de forma innecesaria. En cuanto a los ciudadanos que tienen por costumbre el solicitar medicinas para almacenarlas en su domicilio. El médico tiene que ser tajante en la negativa a recetar medicinas no necesarias salvo en tratamientos inmediatos.

Pero mientras la Ministra de Sanidad Sra. Mato dice por el momento no al copago, el Ministro de Hacienda Sr. Montoro exige a las CC.AA. la implantación del copago sanitario y farmacéutico y el céntimo sanitario en los carburantes como forma de ayudar a cuadrar las cuentas de gastos de la sanidad pública. A pesar de lo que digan los dirigentes del Partido Popular con la boca grande, lo que piensan y aplicaran realmente en un futuro próximo es que las medicinas no van a ser gratis y que estas se pagaran en función a las rentas de cada cual, la pregunta inmediata es ¿Con las de verdad o con las de mentira?, ya que dado el fraude generalizado instaurado en este país, nuevamente serán los de siempre los que pagaran las medicinas, los que tienen nomina y religiosamente pagan sus impuestos en función a sus ingresos reales.

La conclusión más sensata y certera respecto a la progresiva implantación del copago en España, es que se trata de un nuevo impuesto a los ciudadanos a fin de ayudar a la financiación de la sanidad pública, en vez de tomar las medidas necesarias, para que este impuesto no sea necesario imponer, el cual en todo caso va a recaer con especial incidencia sobre las personas mayores, una de las más castigadas por la crisis económica y también afectara de forma especial a los enfermos crónicos los cuales tienen mas necesidad de la asistencia medica y de adquisición de medicinas.

Pero veamos en que consiste el copago sanitario y farmacéutico, así el “céntimo sanitario”:

¿Qué es el COPAGO sanitario?

En pocas palabras, el copago sanitario es un impuesto o tasa que penaliza a los enfermos que acuden a la sanidad pública, sea al médico de cabecera o de familia, al médico especialista, urgencias hospitalarias o ingreso hospitalario. En todos los casos el enfermo debe abonar una tasa de determinada cuantía económica por la utilización de cada uno de estos servicios sanitarios. Los copagos sanitarios suelen comenzar con tasas relativamente pequeñas las cuales se van elevando progresivamente, hasta convertirse con el paso del tiempo para algunos enfermos, especialmente mayores y crónicos en un desembolso anual importante.

¿Qué es el COPAGO farmacéutico?

Es una tasa o impuesto que se impone en la adquisición de los medicamentos en la farmacia, previa receta médica de la Seguridad Social. Su cuantía económica suele rondar entre 1 y 3 € por receta. Para algunos enfermos, el copago farmacéutico puede suponer un importante desembolso anual. Esta tasa afectaría en especial a las personas mayores, jubilados y pensionistas y sus esposas, que hasta ahora tienen los medicamentos gratuitos, así como a los enfermos crónicos que tienen tratamientos de fármacos largos e intensivos o como a muchas personas con enfermedades de alto coste farmacéutico.

¿Qué es el Céntimo Sanitario?

Otra especie de copago camuflado, es el invento de la mayoría de las CC.AA. a través del llamado “céntimo sanitario”, un nuevo impuesto que grava los carburantes adquiridos para los vehículos en las gasolineras.

Hasta el momento todas las CC.AA. las están aplicado, salvo; La Rioja, P. Vasco y Aragón, las cuales parecen que no lo aplicaran. Otras dos, Navarra y Baleares lo tienen actualmente en estudio y Canarias que por el momento queda excluida de su aplicación. Un impuesto que muchos conductores no saben que lo pagan, entre otras cosas, por que nadie les a informado de su existencia.

El nuevo impuesto se carga sobre los carburantes como hidrocarburos, gasóleos y gasolinas, en unas cuantías que varían según la Comunidad Autónomas, no general es que oscilen entre los 1,7 y 4,8 céntimos (más IVA, 18 %).

Este impuesto fue creado en el año 2002 a través de la Ley de Acompañamiento de los Presupuestos Generales del Estado de ese mismo año, con la posibilidad de poder implantarlo los Gobiernos de las CC.AA, salvo los de Ceuta, Melilla y Canarias, debido a la existencia de tributos especiales en estas. Un impuesto que esta siendo fuertemente cuestionado por la Unión Europea.

Breve conclusión:

Durante los últimos días, desde el Gobierno del Sr. Rajoy ya a comenzado a decirse que lo del copago no, pero si, de tal forma que la propia Secretaría General del Partido Popular y Presidenta de la C.A. de Castilla La Mancha, el pasado día 12 de Abril de forma publica se mostraba partidaria de la imposición del copago en los medicamentos en función de la renta de cada cual. Así mismo, tampoco se mostró contraria al copago sanitario, aunque es una decisión que los responsables de cada Comunidad Autónoma deben tomar. Conclusión, que antes desde la oposición y ahora desde el Gobierno, el Partido Popular se desdice. Lo mismo ocurre con los médicos, que en principio estaban en desacuerdo con el copago, pero ahora también están de acuerdo con su implantación, los últimos en declararlo han sido los médicos de familia. Al final, todos por el copago, total son los ciudadanos los que lo pagan.

EL COPAGO SANITARIO Y FARMACEUTICO EN EUROPA:

Es cierto que en la mayoría de los países de Europa, en unos existe el copago desde hace años y en otros a raíz de la crisis económica, se esta poniendo en practica con la cuartada gubernamental de ayudar a financiar parte del gasto social en sanidad.

Como podremos observar, el copago en los distintos países es muy diferente tanto en servicios sanitarios como en las cuantías económicas del mismo.

A continuación, la situación actualizada de lo que es copago en varios países europeos:

PORTUGAL:

- El copago en Portugal existe desde 1986, se impuso para tratar de disuadir a los ciudadanos de utilizar la sanidad pública de forma innecesaria. Pero ha sido desde el primero de Enero del presente año, cuando el copago se esta imponiendo con toda su intensidad. Actualmente el enfermo debe abonar 2,2 € por cada visita medica en ambulatorio y 5,2 € por cada uno de los primeros 10 días en caso de ingreso hospitalario, el asistir a una urgencia hospitalaria cuesta entre los 20 y los 50 € dependiendo de la asistencia sanitaria recibida.
- Están exentas del copago las familias con ingresos menores de 600 € mensuales, enfermos crónicos, jubilados, embarazadas y niños hasta los 12 años.
- En Portugal, existe un millón y medio de personas que no tienen medico de familia.

REINO UNIDO:

- En el R. Unido la sanidad pública es gratuita, salvo el dentista que tiene copago.
- Acaba de entrar en vigor en este país la mayor restructuración de la sanidad pública desde su creación poco después de finalizar la II Guerra Mundial. La nueva reforma contempla entre otras cosas, la eliminación de las Fundaciones que hasta ahora gestionaban el presupuesto sanitario y a traslado estos poderes a los médicos de cabecera en los ambulatorios, quienes podrán delegar esta responsabilidad a empresas subcontratadas se lo desean. Se autoriza que las instalaciones de los servicios sanitarios públicos puedan ser utilizadas por el sector sanitario privado, También se permite el acceso de nuevas empresas de proveedores de productos y servicios. Todo ello con el propósito de conducir a la sanidad publica a su progresiva privatización.
- Cada receta medica tiene una tasa de 7 libras (Algo mas de 8 €), además del importe del medicamento. Los enfermos crónicos pueden conseguir todos sus medicamentos abonando una tasa anual de 127 €.

ITALIA:

- El copago sanitario y farmacéutico entro en vigor el pasado 1º de Enero de 2012.
- El mismo contempla una tasa de 10 € por cada consulta medica en especialidad, 25 € por asistir a las consultas de urgencia en los hospitales públicos.
- La imposición del copago sanitario esta ya en marcha, su importe depende de los acuerdos de las autoridades en cada región.

FRANCIA:

- En Francia el copago esta vigente desde el año 2005. De este no se salva nadie salvo los menores de 18 años, las mujeres embarazadas de más de 6 meses y las personas sin recursos económicos.
- El copago en diferentes cuantías afecta a todas las consultas medicas, análisis y a las pruebas diagnosticas. En las consultas medicas normales, los pacientes abonan un 1 € fijo por consulta con un máximo de 50 ala año, mientras que en los casos de hospitalización la cuota es de 18 € diarios.
- Las urgencias son gratuitas.
- En cuanto al copago farmacéutico, esta pensado en la utilización de los genéricos, Según los casos y enfermedad del paciente este abona una cantidad u otra, que oscilan entre el 15 % y el 100 % del costo del medicamento.
- En Francia a los pacientes se les permite elegir medico y centro hospitalario, a cambio deben de pagar por adelantado y luego solicitar su abono al sistema sanitario nacional, que lo suele hacer casi en su totalidad.

ALEMANIA:

- Desde el año 2007, en Alemania el seguro medico es obligatorio para cualquier residente en el país. Es un sistema mixto en el predominan los seguros públicos, que cubren al 90 % de los ciudadanos. El Estado no retiene cuotas sanitarias, sino que cada usuario elije una caja y lo notifica a la empresa para que proceda a trasladar de forma mensual el importe mensual correspondiente a la misma. La cotización media es del 15,5 %, un n8, 5 % lo paga el trabajador y el 7,3 % el empresario.
- En Alemania todos los ciudadanos abonar el copago sanitario y farmacéutico, incluidos los jubilados y pensionistas. En la sanidad pública alemana existen varios modelos de copago. Para la adquirió de las medicinas se debe abonar una tasa consistente en el 10 % del coste de las mismas, con un mínimo de 5 € y máximo de 10 €
- En caso de hospitalización, el paciente debe abonar 10 € por cada día de estancia con un máximo de 28 días laborables al año. Por la asistencia sanitaria primaria, odontólogo o especialistas, los pacientes deben abonar una tasa trimestral de 10 €. Las visitas médicas al pediatra son gratuitas.
- En todo caso, el copago sanitario y Farmacéutico esta limitado al 2 % de los ingresos familiares. En caso de enfermos crónicos, el límite es del 1 %.

SUECIA:

- Los ciudadanos suecos pueden elegir médico y centro sanitario donde ser atendidos, pero tienen que abonar una tasa por cada atención médica que se sitúa entre las 100 y 150 coronas (entre 15 y 20 €). Cuando el paciente haya abonado 85 €, las consultas ya son gratuitas. Por el ingreso del paciente en un hospital público este tiene que abonar 7 € diarios durante toda su estancia.
- Las operaciones son gratuitas.
- En la adquisición de medicamentos, una vez superada la tasa anual de 185 €, estos son gratuitos.

NORUEGA:

- Prácticamente lo mismo que Suecia. Las visitas médicas tienen establecida una tasa de 20 €
- Las personas sin recursos y desempleados no abonan los servicios sanitarios.
- Los pensionistas abonan los copagos pero tienen subvenciones compensatorias.

IRLANDA:

- En general, la asistencia sanitaria pública es únicamente gratuita para las personas sin recursos económicos acreditados, para las mujeres embarazadas y niños hasta los seis meses.
- Las personas mayores también abonan por la asistencia sanitaria y las medicinas, pero disponen de subvenciones compensatorias por un máximo de 400 € anuales.
- Las personas que disponen de Tarjeta Médica (el 68 %), tienen que abonar una tasa de 100 € anuales para poder asistir a consultas de urgencia y ser enviados por los médicos de cabecera.
- En caso de hospitalización el paciente debe abonar una tasa de 100 € por día, hasta un máximo de 1.000 € al año.
- Para la adquisición de medicinas, cada familia paga un tope de 120 € a lo largo de un mes. A partir de superada esta cantidad los medicamentos son gratuitos.

GRECIA:

- La sanidad pública es gratuita, aunque se pagan los extras. Por una segunda opinión médica o poder elegir médico tiene una tasa de 50 por consulta.
- En Grecia está extendido el llamado “sobrecito” consistente en abonar de forma tan voluntaria como ilegal a una enfermera se le suelen abonar 10 €, a un médico entre 100 y 300 € o a un anestésista hasta 500 €, con el fin de recibir trato preferente en las grandes listas de espera existentes.
- Para la adquisición de medicamentos, se abona una tasa del 25 % de su coste. Jubilados, pensionistas y enfermos crónicos también pagan por sus medicamentos.

AUSTRIA:

- En Austria, según el lugar de residencia el coste del copago es distinto. No obstante por hospitalización se abonan entre 8 y 17 € diarios, con un máximo de 28 días laborables al año.
- Por cada receta medica se abona una tasa de 5 €. Existen límites en el abono del copago para jubilados, pensionistas, enfermos crónicos y personas sin recursos económicos.

BÉLGICA:

- La sanidad belga se financia mayoritariamente a través del copago.
- Los ciudadanos tienen la libertad de elegir médico, pero están obligados a pagar las tarifas que libremente imponen estos. Posteriormente, el Sistema de Seguridad Social les reembolsa parte de lo abonado, que generalmente suele ser del 80 %, salvo en el caso de los niños que el abono es del 100 %.
- Los medicamentos corren íntegramente a cargo del enfermo, salvo en el caso de los antibióticos que son gratuitos.

Breve conclusión;

Seguramente que después de leer como está esto del copago por Europa, más de un español pensará que lo nuestro es jaja, pero no es así. Los empresarios y trabajadores españoles se nos descuenta mensualmente una cantidad de la nómina que va a parar a la Seguridad Social, de esta se abonan las pensiones a jubilados y pensionistas, hasta ahora una parte del sobrante se destinaba al llamado Fondo de Reserva de las Pensiones Públicas y el resto se lo quedaba el Estado con el pretexto de ajustar el déficit anual. Por otra parte, el mantenimiento de la sanidad pública es única responsabilidad del estado y de las CC.AA. a través de los impuestos que casi todos pagamos. Lo que no tiene sentido, es que los realmente pagamos impuestos en su justa medida, entre otras cosas para mantener el sistema sanitario público, tengamos que volver a pagar más impuestos por la utilización de este en forma de copago.

Tal y como está el patio en Europa en materia de copago, es lo que nos espera a los españoles más pronto que tarde. Es evidente que las palabras de los políticos no tienen valor alguno, de forma que el copago se impondrá en la sanidad pública española. De hecho son varias las CC.AA., que ya lo están haciendo. Solo falta que el Gobierno central aprovechando la mala coyuntura económica y, lo imponga de forma firme y generalizada, cosa que es muy posible lo haga más pronto que tarde.

Al cierre del documento, nos encontramos con el acuerdo del Parlamento de Cataluña para la implantación del copago sanitario en este territorio, consistente en abonar un 1 € por receta con un máximo anual. Lo más llamativo del acuerdo es que ha contado con la abstención del Partido Popular para que el Gobierno de CIU haya podido sacar adelante esta propuesta, lo que supondrá un ahorro sanitario de 180 millones de €. Lo que no se dice es que este ahorro es

que nuevamente saldrá de los bolsillos de los ciudadanos, muchos de ellos en situación económica precaria, cuando no extrema. Y más llamativo es, que desde el Partido Popular se siga clamando por un no al copago y a la vez se diga que el acuerdo del Parlamento catalán esta en derecho, claro que en derecho, pero con la ayuda de ellos. Y es que el cinismo político no tiene límites.

LA NUEVA REFORMA DE LA SANIDAD PÚBLICA: (Contenidos del RDL16/2012, de 20 de Abril)

Introducción:

El Gobierno, aunque por etapas esta configurando una seria reforma de la sanidad pública en España, más bien llamados "*recortes*" debido a su incidencia real sobre los ciudadanos. Estas son unas de las medidas ya tomadas y otras las que sin duda vendrán en el corto plazo, una vez que en el interno del Gobierno se están estudiando como lo deja entrever las declaraciones de responsables del propio Gobierno y barones autonómicos del Partido Popular.

Con la publicación del Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de Abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, el Gobierno pone una primera piedra de forma oficial a unos primeros recortes(es de esperar que habrá más), que son más amplios y diversos que los anunciados desde el Gobierno en tiempo pasado.

Creo que todos estaremos de acuerdo de la necesidad de reformar la sanidad pública en nuestro país, a fin de hacerla más eficaz, más segura y sobre todo más rápida en la atención a los pacientes, en lo que no se puede estar de acuerdo es en la dirección en que esta reforma se esta haciendo, donde nuevamente somos los ciudadanos de siempre, los únicos paganos a partir de sufrir importantes recortes en los servicios sanitarios y de tener que pagar por la asistencia sanitaria llamada *accesoria*.(Ambulancias no de urgencias, material ortopédico),entre otros.

No toda, pero si mucha de la culpa de que la sanidad pública en España este en la lamentable situación de la que vamos conociendo, la tienen unos políticos y unos gestores sanitarios donde la mayoría de ellos totalmente ineptos para desarrollar un trabajo tan importante como el dotar a un país de una sanidad pública eficiente, rápida y segura. A esta situación también a contribuido el constante despilfarro del dinero público destinado a la sanidad pública, donde la realización de infraestructuras sanitarias innecesarias a sido una constante en varias CC.AA. o también a la compra de caros aparatos tecnológicos sanitarios para luego no poder ser utilizados por que no se disponía del personal especializado necesario. Y también a esta lamentable situación ha contribuido los constantes intentos privatizadores de varias áreas sanitarias y de servicios, lo cual la ido progresivamente deteriorando a la sanidad pública en servicios a prestar y calidad de los mismos.

El resultado de lo anterior, nos lleva a que actualmente nos encontramos con una sanidad pública con enormes deudas a proveedores y con unas perspectivas nada halagüeñas de financiación real y todo ello bajo las garras del sector sanitario privado ayudado por unos políticos sin idea de la importancia de lo público, que no perdonan ocasión para ir haciéndose con pedazos de la sanidad pública, hasta que finalmente consigan su plena privatización, algo no descartable en el medio plazo.

Unas reformas sanitarias, que estando de acuerdo con algunas de ellas, es evidente que desde AJUPE-USO estamos en notable desacuerdo con otras. Así lo denunciamos repetidamente a lo largo del presente documento. El Gobierno del Sr. Rajoy se esta equivocando y hay que decirlo alto y claro.

Las reformas que contiene el RD-L:

A continuación vamos a exponer y comentar los principales contenidos del Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de Abril:

La larga introducción o exposición de motivos del RDL:

- Como siempre ocurre en estas ocasiones, la introducción o exposición de motivos, suele servir para intentar justificar lo injustificable como es el caso. Se podían haber ahorrado buena parte del texto de la misma, ya que el resultado habría sido el mismo.

Acceso a la asistencia sanitaria publica:

- Se cambian y endurecen las condiciones para obtener la condición de asegurado al sistema sanitario público, en especial para las personas extranjeras en situación irregular y a los jóvenes de 26 años o más, así como a los desempleados de larga duración. Situación que se contradice con el contenido de la reciente Ley General de Salud Publica, la cual reconoce a la salud publica española como universal y con acceso a la misma a todos los ciudadanos residentes en España, sin más requisitos.

- Son las personas extranjeras el colectivo donde el RDL hace más hincapié en cuanto a su control de acceso a la sanidad pública, lo cual es entendible desde el punto de vista de coste sanitario de personas que ni cotizan ni pagan impuestos, pero no es entendible desde el punto de vista humano y solidario, una vez que los responsables de que haya en nuestro país la cantidad existente de extranjeros irregulares o “sin papeles” han sido los sucesivos gobiernos que han realizado unas nefastas políticas de inmigración, en especial la llevada a cabo por el anterior Gobierno socialista del Sr. Zapatero, que permitió la entrada en el país a infinidad de extranjeros para luego legalizar a una parte y dejar en el vacío a la mayoría, los cuales se han convertido en carne de cañón de empresarios desaprensivos que los explotan laboralmente y otros están padeciendo la pobreza extrema a lo que esta contribuyendo entre otras cosas la larga crisis económica que el país esta padeciendo desde hace ya cuatro años.

- Creemos desde AJUPE-USO que con las personas residentes en España hay que dotarles de cobertura sanitaria y social plena a fin de que puedan vivir ellos y sus familias con la minima dignidad. Paralelo a ello, el Gobierno debe de aprobar una nueva Ley de Extranjería clara y sin fisuras, de forma que no se permita la entrada al país a personas que no vengan con trabajo garantizado, a fin de que no se vean arrastradas a llevar una vida penosa y sin perspectivas en nuestro país.

Cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud:

- Se trata de llevar a la práctica que todos los ciudadanos tengamos las mismas prestaciones sanitarias al margen del lugar donde se resida.
- La Cartera Común básica de servicios asistenciales del Sistema Nacional de Salud, comprende todas las actividades asistenciales de prevención, diagnóstico, así como el transporte sanitario urgente con cargo a la sanidad pública. Algo tan deseado como reclamado, pero difícil de llevar a cabo, ya que cada Comunidad Autónoma hace de la sanidad pública lo que le viene en gana. Como ejemplo, los actuales problemas existentes entre varias de ellas por la asistencia sanitaria a personas residentes en otras CC.AA. en zonas limítrofes.

Cartera de Común de Servicios complementarios de las CC.AA.:

Se trata de la creación de una nueva cartera de servicios no básicos o accesorios que incluye todas aquellas actividades, servicios o técnicas, sin carácter de prestación, que no se consideran esenciales y/o que son coadyuvantes o de apoyo para la mejora de la patología de carácter crónico, estando sujetas a la aportación y/o reembolso por parte del usuario, es decir las que hay que pagar.

En pocas palabras, se trata de excluir a varias atenciones, servicios y prestaciones sanitarias hasta ahora gratuitos y que si el paciente las quiera seguir disfrutando las tiene que pagar. Es decir, que la imposición del Copago realmente es un multipago, cuyo coste de reembolso por parte del paciente se registrará por las normas y costos que decida en cada momento el Sistema Nacional de Salud.

Con todo ello, la reforma sanitaria y a pesar de las proclamas gubernamentales, continua igual y en muchos casos peor, eso si con una diferencia, que ahora los ciudadanos nos vamos a ver en la necesidad de pagar varios servicios, una vez que las CC.AA. tienen la opción de poner en marcha dos tipos de carteras de servicios sanitarios, la Cartera Básica y la Cartera Suplementaria, las cuales desarrollan las siguientes funciones:

Cartera Básica:

Cubre de forma completa a través de la financiación del SNS todas las actividades asistenciales, de prevención, de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, y así mismo incluye el transporte sanitario urgente.

Cartera Supletoria o Accesorio:

Incluyen todas aquellas prestaciones sanitarias dispensadas de forma ambulatoria y sujeta a aportación económica por parte del paciente.

La atención sanitaria a las personas extranjeras:

El RDL es más duro con las prestaciones sanitarias a las personas extranjeras, diferenciando entre los pertenecientes al espacio económico europeo y los extranjeros “sin papeles”, de la siguiente manera:

Extranjeros pertenecientes al espacio de la U.E.

A estas personas, se les exigirá estar en las siguientes situaciones A) Estar estudiando B) Estar trabajando C) Que dispongan de recursos suficientes económicos que les permitan no acudir a la sanidad pública durante su tiempo de residencia en España D) Disponer de un Seguro Sanitario que les cubra todo tipo de riesgos sanitarios.

Personas extranjeras “sin papeles”:

Exclusivamente recibirán como asistencia sanitaria pública, los servicios de urgencias ambulatorias y hospitalarias, así como asistencia en los casos de embarazo, parto y postparto.

Los jóvenes extranjeros menores de 18 años disfrutaran de un tratamiento sanitario igual al de los nacionales.

Su adaptación a las TSI, deberán estar cumplimentadas antes del próximo 31 de Agosto.

Importe de las aportaciones de los ciudadanos por servicios sanitarios y medicamentos:

- Las CC.AA. En el ámbito de sus competencias podrán aprobar sus respectivas carteras de servicios que incluirán cuanto menos, los contenidos de Cartera Común de Servicios del Sistema Nacional de Salud en sus modalidades básica de servicios asistenciales, garantizando en todo caso a los apacientes una asistencia sanitaria optima, segura y rápida.
- Las CC.AA. respetando los contenidos de la Cartera Básica del Sistema Nacional de Salud pondrán a disposición de los ciudadanos más servicios sanitarios, que en todos los casos los abonaran estos. Es decir que no cambia nada, salvo que tenemos que pagar más por la sanidad pública, sin que esta nos garantice más calidad, más seguridad y más rapidez en la asistencia.

Aportaciones de los ciudadanos por servicios sanitarios y medicamentos:

•Las aportaciones de los ciudadanos por algunos de los servicios, sanitarios y farmacéuticos serán las siguientes :

A) Las personas activas con una renta anual igual o superior a los 100.000 €, deberán abonar el 60 % del coste total del servicio o medicamento.

B) Las personas con rentas anuales comprendidas entre los 18.000 y los 100.000 € deberán abonar el 40 % del coste total del servicio o medicamento.

C) Las personas cuya renta sea anualmente inferior a los 18.000 € deberán abonar el 40 % del coste total del servicio o medicamento.

D) Las personas pensionistas deberán abonar el 10 % del coste total del servicio o medicamento, con un tope de 18 € anuales. Las personas pensionistas que superen unos ingresos de 100.000 € anuales, deberán abonar el 60 % del coste total del servicio o medicamentos.

E) El nivel de aportación de los mutualistas y clases pasivas de la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado, del Instituto Social de las Fuerzas Armadas y La Mutualidad General Judicial, será del 30 % del coste total de los medicamentos y servicios sanitarios.

El importe de las aportaciones, que excedan lo establecido en el RDL será objeto de reintegro por parte de la correspondiente Comunidad Autónoma donde el paciente resida. Ello se realizara con una periodicidad máxima de 6 meses

Estarán exentos de la aportación económica por medicamentos y servicios sanitarios, las personas y sus beneficiarios en los siguientes casos:

- Los afectados por el síndrome toxico
- Personas con discapacidad en los supuestos contemplados en la legislación vigente.
- Personas preceptoras de rentas de integración social
- Personas preceptoras de pensiones no contributivas
- Desempleados que han perdido el derecho a percibir el subsidio de desempleo en tanto subsista su situación
- Los tratamientos derivados de accidentes de trabajo y/o enfermedades profesionales

Fondo de Garantía Asistencial:

•Se crea el llamado Fondo de Garantía Asistencial con carácter extra presupuestario, con el objetivo de garantizar la cohesión y equidad en el Sistema Nacional de Salud, mediante la cobertura de los desplazamientos de las personas de una Comunidad Autónoma a otra. Seguramente que es la forma de evitar los actuales conflictos existentes entre CC.AA. por los

gastos que suponen la asistencia sanitaria de ciudadanos a residentes en zonas limítrofes. Lo que no se aclara es como se va a financiar este fondo y en que cuantía por cada Comunidad Autónoma, ya que no todas ellas tienen los mismos flujos de asistencia sanitaria de estas especiales características.

Nuevas recetas medicas de fármacos;

Las actuales recetas médicas se adaptaran a los criterios básicos de diferenciación de la situación económica y social de cada ciudadano, que figuraran en la Tarjeta Sanitaria Individual-TSI, los cuales se imprimirán en las nuevas recetas médicas para su identificación por el farmacéutico.

Los códigos de identificación para el copago farmacéutico y de servicios sanitarios es el siguiente:

- Código TSI 001 Para los usuarios exentos de aportación
- Código TSI 002 Para los usuarios con aportaciones del 10 %
- Código TSI 003 Para los usuarios con aportaciones del 40 %
- Código STI 004 Para los usuarios con aportaciones del 50 %
- Código TSI 005 Para los usuarios con aportaciones del 60 %
- ATEP Para las recetas de accidentes de trabajo o enfermedades profesionales
- NOFIN Para las recetas de medicamentos y productos sanitarios no financiados

A los ciudadanos nos clasifican en seis apartados en función de nuestros ingresos anuales reales (A los que tenemos nomina o pensión), a los otros que son los que defraudan ¿Como los van controlar?,pues fácil, los que perciben más de 100.000 € al año, no es fácil verlos por los ambulatorios de la Seguridad Social, ya que la mayoría de ellos disponen de buenas pólizas de asistencia sanitaria privada, con lo que la conclusión es, que los de siempre, los menos pudientes vemos a ser los paganos de las nuevas medidas sanitarias y farmacéuticas.

La nueva Tarjeta Sanitaria Individual-TSI:

- El Gobierno para garantizarse entre otras cosas que el copago sanitario y de otros servicios sanitarios aprobado sean una realidad, va a poner en marcha la implantación de una nueva Tarjeta Sanitaria electrónica para todos los afiliados al SNS, una tarjeta que llevará incorporado un “chip” que a los ciudadanos nos identificara como clase A.B.C. o D.A. partir de esa identificación a pagar lo que corresponda por medicamentos y servicios.
- La nueva tarjeta también tiene otros buenos servicios, ya que permitirá a todos los ciudadanos el acudir a cualquier centro sanitario publico en toda España, lo que evitara los problemas actuales que en algunas CC.AA. existen al poner problemas a cierta asistencia sanitaria a los no residentes en las mismas.

- Problemas de la nueva cartilla, entre otros, su alto coste económico de implantación, ya que son necesarias cerca de 45 millones de las mismas. Por otra parte, no menos importante es que para tener actualizada permanentemente la tarjeta se necesita una coordinación de al menos el Ministerio de Hacienda, Ministerio de Sanidad, Ministerio del Interior (Cuando se trate de personas extranjeras), DNI y en algunas ocasiones del NIF, algo difícil de conseguir conociendo como operan y con que rapidez las Administraciones Publicas en nuestro país, con lo cual a los ciudadanos nos puede traer más problemas que beneficios. Una tarjeta que los ciudadanos tendremos que pagar por ella entre los 2,5 y 8 € según la Comunidad Autónoma.
- Además hay serios matices respecto a las nuevas tarjetas, que los convertimos en sencillas preguntas : ¿Las farmacias van a disponer de dispositivos de lectura de las tarjetas?, ¿Los médicos y farmacias van a conocer a través de la lectura de las tarjetas del grado de ingresos de los ciudadanos?, ¿Cuando una persona jubilada llegue al tope de los 18 € de gasto farmacéutico mensual, seguirá pagando por sus medicinas y luego se las reembolsaran?, hay más preguntas, pero con esta bastan para darse cuenta de la complejidad de en la implantación de la nueva tarjeta sanitaria.

Céntimo sanitario:

- Son ya 11 las Comunidades Autónomas donde esta establecido este “impuesto sanitario” que agrava con una media de 4,5 céntimos de € cada litro de carburante y que en teoría va destinado su recaudación a financiar parte de la sanidad publica en las CC.AA., estas impuesto data del año 2002. En las únicas CC.AA., que por el momento no esta establecido este impuesto son P. Vasco, La Rioja, Navarra, Baleares, Canarias y Aragón.

Comité Asesor para la Prestación Farmacéutica

- Se crea el comité Asesor de la Prestación Farmacéutica del Sistema Nacional de Salud, el cual estará compuesto por un número máximo de siete miembros designados por el/la titular del Ministerio de Sanidad, de entre los profesionales de reconocido prestigio, con experiencia y trayectoria acreditada en evaluación fármaco-económica.

Se crea el nuevo órgano, sin demasiadas competencias y funciones, salvo la de opinar y asesorar sobre los medicamentos y productos sanitarios, como si dentro del propio Ministerio de Sanidad, no existiesen este tipo de profesionales para desarrollar este cometido con las máximas garantías.

Además, el que estas personas que componen el Comité Asesor, sean elegidas por el/la Ministro de Sanidad conlleva a que este órgano pueda estar escorado permanentemente a los intereses del Ministerio y del Gobierno de turno.

Progresividad:

- Es un invento que no se sabe de quien del Gobierno, que en todo caso pretende que la gente pudiente del país, abone ciertas cantidades por su asistencia a la sanidad publica. Propuesta que tiene un serio riesgo, o una intención clara y premeditada, que los ciudadanos y sus familias con ciertas posibilidades económicas, al obligarles a pagar por la asistencia sanitaria publica, decidan hacerse una póliza de asistencia en la sanidad privada. Es decir, potenciar la privatización de la sanidad publica de forma sutil y a la vez potenciar el desarrollo de la sanidad privada.

Centrales de compras:

- El desarrollar una red de Centrales de Compra o incluso una única para todo el sistema sanitario publico, es algo que desde AJUPE-USO estamos reclamando desde hace tiempo. Las dudas vienen en el sistema de gestión de estas centrales, las cuales deben ser totalmente transparentes en su gestión, erradicando los amiguismos tan conocidos con la industria Farmacéutica entre otras.

Control del gasto sanitario:

- Es otra medida en marcha de la que casi todos debemos de estar de acuerdo. La sanidad pública tiene que acabar de una vez por todas con el despilfarro del dinero público de años atrás. Lo que no puede significar la reducción del gasto, recaiga sobre la calidad, la rapidez y la atención a los ciudadanos, algo que ya esta ocurriendo. Las múltiples denuncias diarias de los ciudadanos así lo atestiguan.

Sostenibilidad del sistema:

- El que se arbitren medidas reales y duraderas en cuanto a la financiación total del sistema sanitario público, es fundamental para que este desarrolle una labor de una mejor asistencia en general para los ciudadanos. Lo que no es de recibo, que parte de esta financiación se pretenda que recaiga en forma de artilugios sobre los usuarios del sistema que ya pagamos nuestros impuestos, para que entre otras cosas dispongamos de una sanidad publica eficiente, rápida y segura, universal y totalmente gratuita

Consejo Interterritorial:

- El que se pretenda dar más contenido y agilidad a la labor del Consejo Interterritorial, puede ser bueno para la sanidad en general. Junto a ello, se deben tomar medidas para que el Ministerio de Sanidad no continúe siendo un instrumento sin contenidos ni funciones claras sobre el conjunto de la sanidad pública. El Ministerio de Sanidad al margen de las competencias de cada cual, debe ser la referencia de un modelo eficaz y solidario de la sanidad publica en España.

Las reformas sanitarias por venir:

Las reformas que vendrán en los próximos meses:

Las reformas sanitarias no han hecho nada más que comenzar, en los próximos meses tendremos más y todas ellas más costosas para el bolsillo del ciudadano, además de ir perdiendo calidad en las prestaciones sanitarias. Algunas de esas propuestas que ya están es estudio son las siguientes:

Catalogo farmacéutico:

- Es otro invento que se esta poniendo en practica en alguna Comunidad Autónoma como es el caso de Galicia, por el cual se elabora un listado de fármacos, por el que la sanidad publica únicamente financia el fármaco más barato de cada especialidad disponible para un mismo principio activo. Además de ahorrar, lo cual esta muy bien, hay que conservar la calidad de los tratamientos farmacéuticos, máxime cuando estos son de larga duración.

Priorización en las prestaciones sanitarias:

- Según parece, se esta estudiando a fin de reducir los gastos sanitarios, el hacer una lista de prioridades de asistencia sanitaria publica para todos los ciudadanos. La pregunta inmediata es ¿Quedaran excluidas de la gratuidad el resto? Veremos si esto finalmente se pone en práctica y como afecta de forma real a los ciudadanos.

Atención sanitaria domiciliaria:

- Es otra de las cuestiones que se han propuesto para su estudio, el desarrollar una atención sanitaria domiciliaria, lo cual ahorraría a la sanidad publica muchos recursos, si este modelo se generalizará el fondo es una medida que en caso de ponerse en marcha, lo que supondría es el cargar nuevamente más trabajo y dedicación sobre la familia. La responsabilidad de la plena asistencia sanitaria en centros hospitalarios es únicamente del Estado a través del sistema nacional de salud. El cargar con más responsabilidades a las familias, no es de recibo y hay que ponerse a ello, si finalmente se quiere desarrollar.

Gestión privada de los hospitales públicos y áreas sanitarias:

- Otra tendencia puesta en marcha en la sanidad pública por alguna CC.AA., es la cesión de la gestión de hospitales o diversas áreas sanitarias a la gestión privada. Esto ya esta ocurriendo en Cataluña, Madrid, Asturias y algunas más en estudio para su implantación. Finalmente la cesión en la gestión se le puede llamar como se quiera, pero es un paso más hacia la privatización de diversas áreas de atención sanitaria.

LAS 70 PROPUESTAS DE AJUPE-USO PARA MEJORA ORGANIZATIVA Y DE GESTION DE LA SANIDAD PÚBLICA EN ESPAÑA:

Introducción:

Las propuestas que ha continuación se detallan, no tienen carácter científico ni tampoco sanitario, ni es nuestra misión hacer este tipo de propuestas, es responsabilidad de los altos técnicos en materia sanitaria. Desde AJUPE-USO hacemos una serie de propuestas de orden organizativo y de gestión del sistema sanitario publico, que puedan ayudar a mejorarlo en servicios, agilidad y en una mejor atención a los ciudadanos.

Varias de las propuestas, han sido recogidas de las conclusiones de la Tertulia sobre La Sanidad Pública en España organizada por AJUPE-USO Rioja y celebrada en Logroño, el pasado 17 de Octubre de 2011. Propuestas en su mayoría salidas a partir de las experiencias de los propios participantes en la tertulia.

En el debate de la Tertulia se dio una unánime coincidencia en señalar que el derecho a la salud de los ciudadanos no es un negocio, ni una mercancía especulativa, es un derecho fundamental recogido en nuestra Constitución. Por ello, desde AJUPE-USO, exigimos a los poderes públicos dotar a la sanidad pública de los recursos económicos necesarios para su permanente mejora y desarrollo al servicio de todos los ciudadanos.

PROPUESTAS:

1. No a la politización de la sanidad pública.

- Eliminación total de la actual politización de las estructuras y en todos los niveles de la sanidad publica, a cambio de elegir unos nuevos responsables de dirección y de gestión altamente profesionalizados en materia sanitaria.

2. No a la implantación del “COPAGO”

- No rotundo a la implantación del COPAGO sanitario y farmacéutico y al “céntimo sanitario”, porque este no es el problema ni la solución a los graves problemas que tiene la sanidad pública en España. Los problemas y soluciones hay que buscarlos en el despilfarro, en la deficiente gestión y en la falta de financiación estable del sistema.

3. No a la privatización de la sanidad pública

- No rotundo a los constantes intentos de privatización parcial o total de la sanidad pública en Apáñala sanidad pública es uno de los elementos básicos del Estado del Bienestar y por tanto ni parcial ni total, puede estar en manos privadas, El Estado y las Comunidades Autónomas se pueden convertir en los instrumentos financieros del sistema y los beneficios económicos se los lleven las empresas privadas a través de su gestión.

4. Elaboración y puesta en práctica del Manual Ético del Buen Gobierno de la Sanidad Pública

- Urge la elaboración y puesta en práctica del Manual Ético del Buen Gobierno de la Sanidad Pública, el cual se aplique en todos los niveles de la sanidad ; políticos, gestores y profesionales, que permita hacer de la sanidad pública un instrumento ético altamente profesional y profesionalizado

5. No más recortes en los servicios sociales públicos.

- AJUPE-USO se niega de forma rotunda a que la salida de la crisis se pretenda hacerlo a costa de serios recortes en los servicios públicos, entre los que se encuentra de forma preferente la sanidad pública. Por ello, exigimos a los poderes públicos que busquen otras formulas y medios que permitan realizar políticas restrictivas del gasto. Preservar una sanidad pública óptima ayuda también a controlar el gasto.

6. Desarrollo de las políticas de investigación sanitaria.

- Desde el Gobierno se tiene que promocionar una política efectiva y permanente de desarrollo de la investigación en materia sanitaria. España necesita impulsar proyectos de investigación propios que se ajusten a las necesidades reales del país, y así evitarse en lo posible la dependencia externa.

7. Liderazgo del Ministerio de Sanidad.

- El Ministerio de Sanidad se le deben devolver buena parte de las competencias perdidas, y así liderar y controlar de forma efectiva que no se repitan los desmanes y despilfarros en la sanidad pública, a la vez imponer un solo modelo sanitarios en todas las CC.AA. y para todos los ciudadanos. Si el Ministerio va a seguir sin funciones y competencias como actualmente, la propuesta de AJUPE-USO, es que se elimine.

8. Unificación de los 17 diferentes modelos sanitarios existentes.

- Acabar de una vez por todas, con los 17 actuales modelos sanitarios, uno por cada Comunidad Autónoma y elaborar y poner en práctica un solo modelo de obligado cumplimiento para todas las CC.AA. que garantice su existencia y viabilidad sin sobresaltos permanentes. Que permita una sanidad pública de calidad igualitaria para todos los ciudadanos.

9. Nombramiento del Ministro/a de Sanidad.

- La elección y nombramiento del Ministro/a de Sanidad debe recaer en personas con amplia experiencia profesional y de gestión en el sector sanitario público, cuya legitimación profesional acreditada le permita operar con la mayor eficacia en un Ministerio nada fácil de gestionar.

10. Legislación sanitaria única.

- Si la sanidad pública quiere ganar en efectividad y buen servicio a todos los ciudadanos, tiene que empezar por algo tan simple como eliminar las 17 y más legislaciones sanitarias existentes actualmente. El Ministerio de Sanidad en el marco del Consejo Interterritorial debe proponer para su aprobación una nueva legislación sanitaria pública. Algo que no va en contra de las competencias y funciones de las CC.AA, y si en favor de que todos los ciudadanos al margen del lugar donde residan, conozcan la legislación sanitaria por la cual regirse en todo momento y circunstancias.

11. Mejora de la atención de la sanidad primaria.

- Como indican varios expertos, uno de los más graves problemas que tiene la sanidad pública en nuestro país, es las deficiencias de la sanidad primaria. Lo que lleva a que se tiene que realizar un esfuerzo para mejorar esta, con más formación continua de los profesionales. De hecho el 90 % de los pacientes que llegan a los hospitales enviados desde la atención primaria no son causas de ingreso.

12. Corresponsabilidad para una mejor sanidad pública.

- Además de realizar las reformas, ajustes presupuestarios necesarios y acabar con el despilfarro, para disponer de una sanidad pública eficiente se necesita de una corresponsabilidad importante de los políticos, de los profesionales y también de los propios ciudadanos, Sin este importante componente, es muy difícil mejorar la sanidad pública en nuestro país. Los ciudadanos deben adquirir una mayor conciencia sobre su propia salud y sobre la utilización del sistema sanitario público.

13. No a la venta o cesión del patrimonio publico de la Seguridad Social.

- No rotundo a la venta o cesión de hospitales u otros bienes muebles e inmuebles públicos propiedad de la Seguridad Social a la empresa privada sanitaria, ya que entre otras puede ser el camino más recto para la progresiva privatización de la sanidad publica.

14. Eliminación de las desgravaciones fiscales a los seguros sanitarios privados.

- Proceder a la eliminación de las actuales desgravaciones fiscales en los seguros sanitarios privados, ya que es una clara discriminación fiscal entre ciudadanos, además de un aliciente y camino para la progresiva privatización de la sanidad publica.

15. Fomentar la utilización responsable de los servicios sanitarios públicos.

- Se tienen que realizar constantes campañas de sensibilización dirigida a los ciudadanos a fin de conseguir de estos una utilización altamente responsable de los servicios sanitarios públicos, lo que supondría una mayor agilidad en la atención sanitaria y un considerable ahorro de medios.

16. Eficaz gestión de los recursos de la sanidad pública.

- Es exigible que políticos y gestores de la sanidad publica en todos sus ámbitos cojan conciencia de que cada € que se dedica a la sanidad publica se debe reinvertir en la propia sanidad publica. Los recursos que de forma directa o indirecta que termina en manos de la sanidad privada, es un elemento que debilita a la sanidad publica.

17. Responsabilidades jurídicas-penales para los políticos y gestores de la sanidad pública.

- Se deben arbitrar claras responsabilidades jurídico-penales para los políticos y gestores de la sanidad pública, que no cumplan con sus obligaciones o realicen una gestión política o profesional que dañe el patrimonio y la imagen de la sanidad publica.

18. El papel de los políticos en la sanidad pública.

- Otro de los problemas existentes en la sanidad publica y que se tiene que afrontar con rapidez, es el papel que desempeñan los políticos en la dirección y gestión de la sanidad publica. No se trata de excluir a nadie, pero si de dejar la gestión del sistema sanitario en manos de verdaderos profesionales de la sanidad y de la gestión, acabando de una vez por todas con el amiguismo, la parroquia política y la ineptitud en la gestión.

19. Desarrollo de la sanidad pública en línea.

- Las CC.AA. deben poner en práctica con urgencia su compromiso de avanzar en el desarrollo de la sanidad en línea, de forma que evite los problemas de los desplazados para recibir asistencia sanitaria en otras CC.AA. que la de residencia. La Tarjeta Sanitaria Individual debe servir para recibir asistencia en toda España como único documento.

20. Centralización y control de las compras de material sanitario.

- Se tiene que realizar desde el Ministerio de Sanidad una centralización y control de compras de materiales e instrumentos sanitarios tecnológicos de alto coste económico. Compras que se deben realizar cuando haya posibilidades de financiación y que tengan garantizada su necesidad, utilidad y rentabilidad en el uso de los mismos.

21. No a la cesión de la gestión privada de áreas de asistencia sanitaria pública.

- Negativa a la tendencia cada vez más extendida de ceder la gestión de hospitales y áreas de salud a la iniciativa privada, ya que es otro camino más hacia la progresiva privatización de la sanidad pública en nuestro país. La solución, es que los gestores de la sanidad pública sean tan buenos gestores como los del sector privado, ello en base a disponer de buenos profesionales sanitarios y de gestión.

22. Necesidad de un Pacto de Estado por la Sanidad y los Servicios Sociales Públicos.

- El Gobierno debe impulsar junto con los Partidos Políticos, Colegios de Médicos, profesionales sanitarios, CC.AA. y Organizaciones Sociales, la elaboración de un Proyecto de Pacto de Estado por la Sanidad Pública y los Servicios Sociales Públicos. Este Pacto entre otras cuestiones debe fijar con claridad las vías de financiación de la sanidad pública por parte del Estado y de las CC.AA.

23. Consejo Interterritorial.

- Potenciar las funciones y competencias del Consejo Interterritorial a fin de hacer de este organismo un instrumento ágil de coordinación de las políticas sanitarias a desarrollar en el conjunto del país. Y donde el Ministerio de Sanidad debe de tener un papel más decisivo y controlador de las políticas sanitarias en las CC.AA.

24. Elaboración de un Manual de Servicios Sanitarios mínimos.

- El Gobierno junto a las CC.AA, debe elaborar un Manual de Servicios Sanitarios mínimos que garantice la asistencia sanitaria igualitaria para todos los ciudadanos, el margen del territorio nacional donde residan. La sanidad pública en España debe de dejar de ser una fuente de desigualdades en los servicios y calidad de los mismos.

25. Sanidad Pública e Industria Farmacéutica.

- La sanidad pública española se tiene que deshacer de los patrocínios y presiones que resuene desde la Industria Farmacéutica. Ejercer un riguroso control sobre la labor de los comerciales farmacéuticos y sus relaciones con los médicos de la sanidad pública.

26. Eliminación de la masificación en las urgencias sanitarias.

- Eliminar en lo posible la continua masificación de pacientes en las consultas de urgencia, sean ambulatorias o hospitalarias. Ello a través de unos mejores y más rápidos servicios de atención diaria, de campañas de concienciación a los ciudadanos sobre la utilización de las urgencias médicas, así como estudiar si es conveniente la ausencia de consultas médicas ambulatorias durante 48 horas y en algunos hasta las 72 horas cuando un festivo se une al sábado y domingo.

27. Valorar el trabajo del personal médico y sanitario.

- Con demasiada frecuencia no se valora convenientemente el trabajo de todo el personal sanitario de la sanidad pública, ya que están más expuestos a las críticas que a que se reconozca su trabajo. Al mismo tiempo hay que exigir a algunos de estos profesionales una mayor dedicación y productividad en el desarrollo de su trabajo. Seguramente si estos profesionales tendrían más participación en las decisiones en el desarrollo de su trabajo, la situación mejoraría.

28. Acabar con las deudas sanitarias y farmacéuticas de las CC.AA.

- Las diferentes Administraciones deben acabar con estas deudas a proveedores y que tanto están afectando sobre los recursos del sistema y la atención a los pacientes.

29. Eliminación de la masificación en las consultas médicas ambulatorias.

- Proceder a la eliminación de la masificación de pacientes para recibir consulta médica, en especial en la sanidad primaria o ambulatoria. No es de recibo que al paciente se le obligue a solicitar día y hora de consulta y luego tenga que esperar hasta una hora para ser atendido en consulta. La solución pasa por en vez de eliminar consultas y personal médico ambulatorio ampliar este hasta lo razonablemente necesario

30. Recortar la burocracia innecesaria en el sistema sanitario público.

- Para un mejor funcionamiento ágil e eficaz, la sanidad publicasen España, tiene que recortar drásticamente la actual burocracia existente e innecesaria, mucha de ella con funciones y competencias duplicadas. Esto le permitiría un importante ahorro económico al sistema sanitario y así evitar algunos de los recortes en asistencia sanitaria.

31. Mejora de la seguridad asistencial, diagnóstico y quirúrgica.

- La sanidad pública debe mejorar la asistencia, diagnósticos y operaciones quirúrgicas y de tratamientos posteriores a los pacientes. Para ello, se deben implantar rigurosos mecanismos de control que eviten en lo posible errores médicos. Así mismo, se tiene que acabar con la defensa corporativa para quienes cometen errores médicos o sanitarios. En todas las áreas sanitarias Públicas, se deben implantar sistemas de evaluación y seguimiento del estado los pacientes más eficaces y seguros,

32. Mejora competitiva de la sanidad pública.

- Las autoridades políticas y gestores de la sanidad pública, tienen que poner a esta a la mejor altura en materia tecnológica, de servicios y de atención al paciente, que en la sanidad privada, sino quiere verse arrollada por esta en pocos años.

33. Elaboración por parte del Gobierno de la Ley de Cuidados Paliativos y Muerte Digna.

- De forma que se regule legalmente de una vez por todas, una asistencia sanitaria de calidad con el absoluto respeto a la dignidad de los pacientes en el proceso final de sus días. Y donde se recojan las garantías jurídicas de los profesionales que trabajan en este campo sanitario.

34. Agilización en las políticas de adquisiciones de materiales y servicios.

- La sanidad pública tiene que agilizar en materia de compras de materiales y adquisición y renovación de servicios externos más frecuentes. En muchos casos las burocracias establecidas impiden esta necesaria y conveniente agilidad. Una de las soluciones podrían ser la centralización de compras evitando la actual dispersión tan ineficaz como imposible de controlar, lo que en parte está dando pie a mucho de lo que ocurre dentro de la sanidad pública.

35. Desarrollar los necesarios Programas de Prevención sanitaria para las personas Mayores.

- Programas que deben contemplar desde las vacunaciones puntuales, hasta una sana y mejor nutrición, salud dental, actividad física, tabaquismo y alcoholismo. Así como la detección precoz de patologías y graves problemas geriátricos.

36. Incentivar las reuniones médicas y científicas.

- El Ministerio de Sanidad y las CC.AA. deben incentivar las reuniones y congresos de personal médico y científico, a fin de que estos procedan al intercambio de experiencias prácticas en materia sanitaria en todas sus áreas. Patrocinio de reuniones y congresos de la que tiene que ser eliminada la Industria Farmacéutica.

37. Nueva cultura en la gestión de la sanidad pública.

- La sanidad pública debe cambiar sus actuales hábitos de gestión. Si la sanidad publica quiere contar con el beneplácito general de los ciudadanos debe desarrollar una nueva cultura democrática de transparencia, de información y de rendición de cuentas y objetivos logrados.

38. Más estabilidad en el empleo en la sanidad pública.

- Para conseguir una sanidad publica de óptima calidad y de mejor atención al paciente, pasa en buena parte por que los profesionales de la sanidad tengan una estabilidad en empleo y unas remuneraciones en relación al trabajo y responsabilidad que desarrollan. Al personal medico y sanitario hay que dotarles de los materiales técnicos y tecnológicos que les permitan desarrollar su trabajo con la mayor eficacia y seguridad para el paciente.

39. Reforma del actual modelo de formación de los profesionales de la sanidad.

- Se precisa de una urgente reforma del actual modelo formativo de los profesionales de la sanidad, por otra que les amplíe de forma permanente de nuevos conocimientos médicos y sanitarios. Así como de los avances tecnológicos.

40. Acreditación profesional de los profesionales de la sanidad.

- El Ministerio de Sanidad debe crear un sistema de acreditación de capacidad profesional de los profesionales de la sanidad publica y privada, lo que permita a los pacientes en todo momento conocer el nivel técnico formativo actualizado de su medico y personal sanitario.

41. Desarrollo de una sanidad preventiva en todos los niveles.

- Para mejorar la calidad de sanidad y reducir sus actuales costes económicos, se tiene que el modelo de sanidad publica preferentemente preventiva y no curativa con se hace actualmente. En este aspecto, se habla mucho pero se hace poco desde los ámbitos de decisión política respecto de un modelo sanitario eficaz y más económico en sus costes.

42. Mejora en el trato general al paciente.

- La actual masificación de pacientes en las consultas médicas y hospitalarias no es la mejor receta para exigir un mejor trato a los pacientes. Son cada vez más las denuncias sobre el trato y la atención recibida por los pacientes en las consultas médicas y hospitalarias y en especial cuando se trata de consultas médicas de urgencia. Las autoridades sanitarias deben poner freno a esta lamentable situación, que cada vez se generaliza más, debido a los recortes sanitarios y sus consecuencias sobre la asistencia sanitaria en general.

43. Nuevos controles para evitar los errores médicos.

- Los responsables sanitarios de las Comunidades Autónomas, deben desarrollar metodologías de estricto control a fin de evitar los errores médicos. Ello consiste en cambiar las metodologías y protocolos actuales por otros que tengan más garantías de seguridad para el paciente en diagnósticos, tratamientos e intervenciones quirúrgicas

44. Mejora en la gestión de los historiales médicos de los pacientes.

- Implantar en el conjunto de la sanidad pública en España, un sistema de gestión de datos e historiales médicos de los enfermos seguros y prácticos, de forma que permitan a los profesionales de otras áreas o unidades medicas y ámbitos geográficos acceder a estos datos de forma inmediata, lo que permitirá una mejor y rápida atención sanitaria.

45. Consenso político y social sobre la sanidad pública.

- El Ministerio de Sanidad debe impulsar el consenso político y social sobre el buen gobierno de la sanidad pública en todos sus ámbitos.

46. Dotar de autoridad a los profesionales de la sanidad pública

- El Ministerio de Sanidad debe dar más autoridad a los profesionales de la sanidad pública en el desarrollo de su trabajo a través de instrumentos legales, de forma que estos, entre otros cometidos, puedan obligar a los pacientes al estricto cumplimiento de los tratamientos médicos y farmacéuticos.

47. Unificación de las políticas de recursos humanos en todo el sistema sanitario público.

- La sanidad pública debe realizar una única política de recursos humanos en todo el sistema sanitario español, que permita una mayor y mejor planificación de los recursos humanos disponibles. Es seguro, que una nueva política de recursos humanos en la sanidad pública mejoraría considerablemente la productividad general de los profesionales y se ganaría en una mejora sustancial en la atención sanitaria en general.

48. Información sobre la marcha del sistema sanitario público.

- El Ministerio de Sanidad debe informar periódicamente y de forma transparente y veraz a los ciudadanos, sobre actuaciones, utilización de recursos y resultados del sistema en materia de actuaciones sanitarias, evolución de las listas de espera, gastos del sistema y de cuantos datos pueden ser del interés del ciudadano a fin de acercar a este a la sanidad pública.

49. Fijación del gasto sanitario por habitante.

- En evitación de la consabida falta de recursos económicos en la sanidad pública y garantizar una asistencia sanitaria igualitaria a todos los ciudadanos, se impone la necesidad que los presupuestos de financiación de la sanidad pública se realicen en base a coste de referencia mínimo por ciudadano y de aplicación obligatoria en los 17 sistemas sanitarios existentes en el país.

50. Escrito control para evitar el despilfarro y la corrupción en la sanidad pública.

- Las autoridades sanitarias nacionales y autonómicas deben fijar unos rigurosos controles que eviten el despilfarro y la corrupción dentro del sistema sanitario público. Para ello proponemos la puesta en marcha de una Central de Compras única para todo el sistema sanitario, Centralización de las compras de material técnico. Sanitario y acabar con la convivencia de algunos profesionales con las industrias farmacéutica y tecnológica

51. Elaboración de un Reglamento Sanitario que garantice a los ciudadanos los tiempos máximos para la atención sanitaria (Eliminación progresiva de las listas de espera).

- El Ministerio de Sanidad junto a las CC.AA., deben elaborar un Reglamento Sanitario, por el cual se garantice a los ciudadanos los tiempos máximos para ser atendidos por los diferentes servicios sanitarios públicos. Única forma de acabar con las actuales listas de espera, ya que resulta extremadamente lamentable el progresivo deterioro de la sanidad pública en materia de atención puntual a los pacientes. Para ello, se tiene que ampliar el personal médico y sanitario para poder fijar en las consultas médicas primarias o ambulatorias un mayor tiempo dedicado a cada consulta médica, que actualmente en el mayor de los casos no sobrepasa los 5 minutos. Fijar los tiempos máximos de lista de espera para especialidades e intervenciones quirúrgicas hospitalarias. Para ello, los responsables sanitarios deben rentabilizar al máximo todos los recursos humanos y materiales de que disponen. Para ello tienen que fijar las plantillas médicas y sanitarias a las necesidades reales. Unos periodos máximos de atención médica, que deben ser de obligado e inexcusable cumplimiento en todos los ámbitos territoriales del sistema sanitario público.

52. Elaboración de un Catalogo mínimo de prestaciones sanitarias y farmacéuticas y sociales para todos los ciudadanos.

- El Ministerio de Sanidad debe elaborar un Catalogo de Prestaciones Mínimas Sanitarias, Farmacéuticas y Sociales para todos los ciudadanos, independientemente del lugar de residencia, y así evitar de una vez por todas, de las discriminaciones actuales existentes.

53. Una mayor coordinación en el desarrollo y prestación de servicios sanitarios y los servicios sociales.

- Para ser más eficaces, es necesario un mayor impulso y una mayor y mejor coordinación en el desarrollo y prestación de servicios sanitarios y los servicios sociales existentes de carácter público. Para ello, entre otras cosas se necesita una mayor coordinación entre las diferentes Administraciones Públicas responsables de estos servicios al ciudadano.

54. Concienciación en materia sanitaria.

- Desde el Ministerio de Sanidad y desde las CC.AA. se deben realizar de forma periódica campañas de concienciación dirigidas a los ciudadanos a fin de que hagan un uso sanitario y farmacéutico lo más objetivo a sus necesidades reales, de forma que la utilización de las consultas medicas, de los servicios de urgencia y la solicitud de fármacos sean los estrictamente necesarios. Concienciación ampliable a los médicos, los cuales deben de realizar una medicina de atención y estudio de la enfermedad del paciente amplia y certera a fin de eliminar consultas medicas y tratamientos innecesarios y costosos.

55. Estricto control del llamado “turismo sanitario”.

- Desde el Ministerio de Sanidad y de las CC.AA. se tiene que ejercer un estricto control de las personas extranjeras que sin derechos adquiridos sobre atención sanitaria en España, de forma fraudulenta están haciendo uso indebido de los servicios sanitarios públicos dentro del llamado “turismo sanitario”.

56. Funciones y competencias del Consejo Interterritorial y el Ministerio de Sanidad.

- Se tienen que fijar con claridad las funciones y competencias del Consejo Interterritorial, así como las del Ministerio de Sanidad que no puede seguir siendo un mero convocante y presidencia del mismo. La política sanitaria nacional debe elaborarse y controlar su ejecución desde el Ministerio de Sanidad con la participación de las CC.AA.

57. Establecimiento de incompatibilidades médicas y sanitarias en la sanidad pública.

- Para garantizar una mejor atención médica a los pacientes dentro de sanidad pública, se impone la implantación de incompatibilidades de los médicos y sanitarios de la sanidad pública con actividad medicas privadas. Para ello, la sanidad pública debe dignificar los salarios de médicos y personal sanitario., hasta situarlos en la media de la U.E.

58. Libre elección de medico y hospital.

- Implantación de la libertad de todos los ciudadanos a elegir su medico de atención primaria, especialistas y hospital donde el paciente quiera ser atendido en caso de tratamientos y/o intervenciones quirúrgicas de alto riesgo.

59. Participación ciudadana en la gestión de la sanidad pública.

- La sanidad pública en España tiene que abrirse a la participación ciudadana en la toma de decisiones, ya que estos deben ser la unidad principal de su propia existencia. Puede resultar una experiencia muy positiva que el propio ciudadano presente o futuro paciente de la sanidad pública, pueda conocer sus problemas y participar directamente en sus posibles soluciones.

60. Tratamientos especiales para personas mayores, enfermos crónicos o con enfermedades raras.

- La sanidad pública a la hora de planificar su actividad diaria y global de atención al paciente, debe poner especial atención en el tratamiento medico y sanitario de las personas mayores, de los enfermos crónicos y de las personas con enfermedades raras. Ello a través de programas específicos de una atención más ágil y personalizada.

61. Riguroso inventario de lo necesario e innecesario.

- La sanidad pública para ganar credibilidad, además de prestar una óptima atención sanitaria a todos los ciudadanos, tiñe que realizar un riguroso inventario de muebles e inmuebles, material y medios sanitarios, con el fin de eliminar todo lo innecesario y superfluo, que según los expertos es mucho. A parir de esa necesaria limpieza, ordenar los medios existentes y llevar a cabo una política de alta rentabilidad de los mismos, que recaiga en una mejor atención sanitaria.

62. Incorporación a la sanidad pública de nuevos tratamientos e instrumentos médicos.

- La sanidad pública en España para que sea de verdad gratuita e eficaz como se nos vende a los ciudadanos, tiene que incorporar al modelo actual una serie de tratamientos y especialidades ahora no existentes y que actualmente el paciente debe pagar en la sanidad privada. Esta situación, no descartable sea premeditada, favorece a la sanidad privada y desfavorece notablemente a mantener una buena salud de una notable parte de ciudadanos con escasos recursos económicos o con poca formación, que no les permite dar la necesaria importancia a la prevención puntal de la salud.

63. Puesta en marcha de una Industria Farmacéutica pública básica.

- Una de las formas más eficaces de conseguir un ahorro importante en medicamentos, es la puesta en marcha de una Industria Farmacéutica pública de productos básicos y de más consumo. Ello contribuiría a plantar seria competencia en precios a la industria farmacéutica privada y a la vez a desarrollar patentes de productos farmacéuticos propios.

64. Coordinación del sistema sanitario por parte del Ministerio de Sanidad.

- El Ministerio de sanidad debe retomar las funciones y competencias que le permitan coordinar y cohesionar el sistema sanitario en todo el territorio nacional, y así actuar como garantía de una sanidad igual para todos los ciudadanos.

65. Libertad de los profesionales médicos para recetar o no fármacos genéricos.

- No a la obligación de los profesionales médicos a recetar medicamentos genéricos en los casos de que no estén realmente convencidos de su real eficacia en el tratamiento. Estudios científicos recomiendan que los medicamentos genéricos no se receten ante posibles dudas de su real efectividad.

66. Cuidadores de personas mayores y dependientes.

- El Sistema Sanitario público español, además de mejorar la asistencia y atención a las personas mayores y/o dependientes, también debe realizar una política activa de prevención de los problemas de salud de los cuidadores, sean estos profesionales o familiares.

67. Transparencia en la gestión del Servicio Nacional de Salud.

- La sanidad pública en España, debe realizar un profundo ejercicio de transparencia en todos los niveles, de forma que los ciudadanos estén informados de forma puntual y veraz sobre financiación del sistema, gastos, calidad de la sanidad, recursos humanos, etc.

USO

LA RIOJA

UNIÓN SINDICAL OBRERA

USO La Rioja, Avenida de Colón, 30 bajo 26003 Logroño Teléfono, 941 233 782 - Fax, 941 250 844
E-mail: sgeneral@usorioja.es

