Propuestas urgentes para la Sanidad Pública tras la pandemia

**Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública**

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

**Las evidentes deficiencias**

La pandemia ha puesto en evidencia algunos problemas que nuestro sistema sanitario arrastraba hacía tiempo. El primero una baja financiación que viene de antiguo y que ha disminuido por los recortes, el gasto sanitario público se situaba en torno a 0,5-1 punto por debajo del promedio sobre el PIB de la UE y ha disminuido desde 2009 entre 0,7 y 1 punto en nuestro país. Luego un número muy bajo de camas hospitalarias por 1000 habitantes que disminuyeron en más de 12.000 entre 2010 y 2018, poco personal del sistema sanitario, especialmente de enfermería, una atención primaria debilitada, escasez de material de reserva y una importante privatización, a lo que hay que sumar unas residencias con poco personal y de baja cualificación y en manos mayoritariamente del sector privado, de fondos de capital riesgo, con un mínimo control, lo que ha sido propiciado por los gobiernos del PP.

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

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

**El apoyo a la Sanidad Pública**

La pandemia ha demostrado la importancia de tener un sistema sanitario público de calidad con acceso universal, ¿Qué habría sucedido si se mantuviera la exclusión de cientos de miles de personas implantada por Rajoy & Mato en el RDL 16/2012? ¿Cómo hubieran evolucionado las cosas con un importante sector de la población sin acceso a la atención sanitaria? ¿Como si las previsiones de los gobiernos del PP de una financiación para la Sanidad Pública del 5,13% del PIB se hubieran cumplido? ¿Como si las privatizaciones previstas por el PP en Madrid, Valencia, etc, se hubieran convertido en realidad? Por supuesto no puede saberse con exactitud, pero es evidente que todo habría ido mucho peor, no debe ser casualidad que las dos CCAA con mayores problemas por el Covid19 sean las 2 más privatizadas y las que menos presupuesto per cápita tienen, las que han recortado y deteriorado más salvajemente sus sistemas sanitarios públicos.

La población se ha dado cuenta de la importancia crucial de una buena Sanidad Pública que es la garantía de acceso para todos/as de una atención sanitaria de calidad, y también del importante compromiso de los trabajadores de la misma en los momentos críticos.

El apoyo ciudadano a la Sanidad Pública es muy importante, porque como dice el Roto en uno de sus geniales viñetas “cuando llego la pandemia los privatizadores se ocultaron”, porque entonces sus vergüenzas quedaron a la vista, y se comprobó lo que ya se conocía, y algunos repetíamos hace tiempo, el sector privado se preocupa por obtener beneficios empresariales, no por asegurar los derechos de las personas y la calidad de los servicios públicos.

Ahora bien, hay que conseguir que esta hegemonía de lo público cristalice después de la pandemia, y lo haga en avances sustanciales en el reforzamiento de los servicios públicos esenciales como la Sanidad y los servicios sociales (el papel de las residencias privatizadas en la extensión y elevada mortalidad en España del Covid19 ha sido un ejemplo paradigmático de los riesgos de las privatizaciones). Conviene estar vigilantes porque los “lobbies” del neoliberalismo están ahí y continuaran su erosión de los servicios públicos, en parte aprovechando los errores del gobierno, y por supuesto los de todos los demás.

**Lo que necesitamos hacer**

Por eso tenemos que plantearnos las medidas a adoptar y hacerlo con urgencia antes de que la experiencia se diluya en la conciencia colectiva. Estas medidas deberían de pasar por:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Se trata de propuestas a desarrollar de manera urgente para potenciar la Sanidad Pública y garantizar su recuperación. Además, sería conveniente analizar la respuesta sanitaria durante la pandemia, una vez haya remitido esta, para poder evaluar la respuesta del sistema sanitario, y los errores y aciertos que se produjeron en su abordaje. Desde la FADSP nos comprometemos a hacerlo en el mayor breve plazo posible porque entendemos que es importante para poder sacar lecciones para el futuro de nuestra Sanidad Pública.

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

***Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública***

***Mayo de 2020***