

LA SANIDAD EN LOS MOMENTOS DE CRISIS

Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública
(FADSP)

Nuestro país, como el resto del mundo, está entrando en una situación de crisis económica cuyos resultados y duración son por el momento imprevisibles, pero que en todo caso supondrá, durante unos años, una disminución de la actividad económica y de los ingresos fiscales del Estado y, por otro lado, un incremento del desempleo y de la necesidad de que los ciudadanos dispongan de unos potentes sistemas de protección social.

El contexto de la financiación autonómica

El modelo de financiación autonómica acordado en 2001 supuso un cambio importante en la forma de financiar la sanidad, que ***pasó de un modelo redistributivo basado en impuestos directos e indirectos***, que se repartían en función de la población de cada CCAA, a ***otro basado en impuestos transferidos, que gravan la renta, el consumo y la actividad económica*** (35% del IVA, 33% del IRPF y otros impuestos sobre venta de pisos, tabaco, alimentos, etc.), y que tienen una **estrecha relación con el nivel de desarrollo y la actividad económica de cada territorio**.

Este modelo tiene, inevitablemente, **una repercusión negativa sobre la financiación de aquellas CCAA con menor nivel de desarrollo y de actividad comercial**. Situación que contribuye a agravar los problemas de recursos sanitarios de las CCAA con mayores índices de envejecimiento y de dispersión poblacional, que suelen coincidir con aquellas que tienen un déficit

crónico de infraestructuras sanitarias, arrastradas históricamente y que se agravaron como consecuencia de los acuerdos de transferencias que no tuvieron en cuenta las necesidades de salud de los ciudadanos.

Otro elemento a tener en cuenta fue el período que sirvió de base para el cálculo de las aportaciones (1999, año final de una serie temporal en la que descendió el porcentaje del PIB dedicado a sanidad), y el planteamiento de que "nadie pierda", que llevó a consolidar la financiación recibida por algunas CC.AA .

La crisis económica puede poner en riesgo la suficiencia financiera del sistema sanitario en las CCAA con menor actividad económica. Según la mayoría de los expertos, el crecimiento económico español se va a reducir entre 1 y 2 puntos del PIB. Un punto del PIB supone un billón de euros. Como el 35% del mismo se corresponde a lo recaudado por la hacienda del Estado, la reducción en los ingresos públicos puede oscilar entre 350.000 y 700.000 millones de euros. Como el IVA, el IRPF y los impuestos especiales sobre la actividad económica transferidos a las CCAA suponen el 20% de esta cantidad, **la restricción de la financiación sanitaria puede alcanzar los 70.000–140.000 millones de euros.**

Esta situación supone un **doble problema para la Financiación Sanitaria**: Por un lado se va a reducir la capacidad recaudatoria del Estado, que aporta los **fondos de compensación** que garantizan la suficiencia económica del sistema en muchas CCAA (el actual modelo de financiación no permite de recaudar los fondos suficientes para mantener las prestaciones sanitarias en las CCAA menos desarrolladas), y por otro lado va **mermar la recaudación por IVA, IRPF e impuestos transferidos** dependientes de la actividad económica y comercial, que se reducirá por la crisis. En este contexto, no parece muy razonable mantener las rebajas fiscales de impuestos directos a los grupos sociales de mayor nivel económico anunciadas en las elecciones.

A estas reducciones de ingresos fiscales habría que añadirle **limitaciones de la capacidad de endeudamiento de los Estados y las CCAA** (directrices de la Unión Europea por el Tratado de Maastricht), y la

pérdida de los Fondos de Nivelación Europea para nuestro país, lo cual hará aún más problemática la financiación sanitaria.

Por último, habría que señalar otros dos problemas que afectan al sostenimiento económico del sistema sanitario:

- Un **gasto farmacéutico del 24% del sanitario total**, que supera en casi el doble a la media de los países desarrollados de la Unión (UE-15), que no llegan al 15%. Aunque es cierto que en los últimos tiempos se ha producido una desaceleración del crecimiento del gasto farmacéutico por recetas de la Seguridad Social (incremento interanual a febrero de 2008 de 5,09% con un rango de 3,52 de Galicia a 6,18% de Cantabria), no debería olvidarse que el gasto farmacéutico hospitalario no es bien conocido, pero que tiene un aumento muy superior (15,8%), habiendo pasado de ser el 15,77% del total del gasto farmacéutico en 1999 al 21,52% en 2005.
- Una elevada utilización tecnológica, en bastantes ocasiones poco o nada justificada, que se calcula - y no deja de ser sintomático que no existan estudios al respecto, excepto en lo que tiene que ver con el gasto farmacéutico-, en torno al 20-30% del gasto sanitario por este concepto.

En este contexto económico se van a producir tensiones entre dos tendencias:

- La crisis económica es un momento especialmente sensible para los sectores desfavorecidos de la población, que van a verse más castigados por el desempleo y la disminución de sus ingresos, por lo que van a precisar de una mejora de los mecanismos de protección social (entre ellos la Sanidad), si se quiere evitar un deterioro importante de sus condiciones de vida.
- La disminución de los ingresos fiscales y el aumento de algunas de las partidas del gasto público (por ejemplo, desempleo o medidas anticíclicas), que pueden favorecer la adopción de medidas de restricción del gasto público y que disminuirán los recursos de un sistema sanitario que ya tiene problemas de suficiencia financiera.

Las repercusiones sobre la Sanidad Pública

Desgraciadamente, lo más probable es que sea ésta segunda línea la predominante, por lo que probablemente las medidas concretas avancen en el reforzamiento de una política de ajuste duro en los sistemas sanitarios públicos. Las repercusiones previsibles de estas políticas se dejarán notar en los siguientes aspectos:

1. Infraestructuras. Una disminución de los presupuestos sanitarios comprometerá, en un primer momento, a las inversiones en infraestructuras que, por otro lado, son las que tienen una mayor visibilidad y “rentabilidad” política. De ahí el auge de los modelos de la llamada “colaboración público-privada” en sus dos vertientes: las concesiones administrativas del modelo de Valencia, que se han extendido ya a la Comunidad de Madrid, y la iniciativa de financiación privada (PFI), que hasta ahora sólo muestra experiencias en Madrid y Castilla León, pero que parece que existen expectativas de que se amplíen a otras CCAA.

Estas iniciativas privatizadoras se pretenden implantar pese a que existen multitud de evidencias que demuestran su ineficacia, en cuanto a mejorar la salud de las poblaciones, y su ineficiencia económica. La experiencia en el Reino Unido ha sido analizada de manera muy detallada y se encuentra disponible en gran parte en la revista “Salud 2.000”¹, y en España, aunque todavía hay una experiencia limitada, hay cada vez más información disponible².

Estamos ante un paso mas en los mecanismos para introducir el mercado en los sistemas sanitarios públicos, que tuvieron su primera expresión en la puesta en funcionamiento de las fundaciones, cuyas supuestas virtudes de eficacia y eficiencia fueron analizadas y desmontadas desde la FADSP. Y aunque se consiguió que esta fórmula cargara con los estigmas de la privatización y de la mala gestión, no es menos cierto que han prosperado otras iniciativas en una línea parecida (empresas públicas y consorcios), y que

¹ Ver artículos de Allyson Pollock, Peter Fisher y Colin Leys en los números 110, 111, 113, respectivamente, y el Documento de trabajo del Laboratorio de la Fundación Alternativas (43/07); o en ingles BMJ, Keep our NHS public, Unison, etc.

² Ver artículo de Salud 2000, nº 91 sobre la experiencia de Alzira, o el folleto Análisis de la Iniciativa de Financiación Privada en www.fadsp.org

la descentralización sanitaria en las CCAA ha propiciado un amplísimo abanico de fórmulas de gestión sobre las que existe una mínima transparencia y por lo tanto ninguna evaluación.

Otro aspecto a tener en cuenta es la capacidad de estos sistemas para hipotecar el desarrollo de los servicios de salud a medio y largo plazo. La experiencia británica, y la de la propia Comunidad de Madrid, señalan que los costes financieros de la operación incrementan notoriamente los gastos, comprometiendo los presupuestos sanitarios, lo que es aún más grave en este entorno de limitaciones presupuestarias que hemos señalado anteriormente. Seguir avanzando en estas fórmulas sin haber instaurado previamente un sistema de evaluación suficientemente claro, público y contrastable, es un suicidio para las expectativas de consolidación de la Sanidad Pública, y una evidencia de que lo que hay detrás son intereses económicos y políticos a corto plazo, sin ninguna capacidad de control sobre sus repercusiones a medio y largo plazo y sobre la sostenibilidad del sistema sanitario público.

2. Profesionales

Un segundo bloque de problemas tiene que ver con los profesionales sanitarios. La crisis va a favorecer una pérdida global de empleos en el sector (las nuevas fórmulas de gestión precisamente se caracterizan por una disminución significativa en el número de profesionales empleados), pero también se fomentará una pérdida de la calidad de los empleos (precarización, mayor carga de trabajo, laboralización, etc.), así como el fomento de sistemas salariales en los que los incentivos toman un peso cada vez mayor.

Es indudable que en esta estrategia se abren algunas contradicciones de cuyo grado de desarrollo va a depender en gran parte su viabilidad práctica. Por un lado existe una tendencia hacia el desplazamiento de tareas hacia profesionales menos cualificados para disminuir los costes de la mano de obra, pero tampoco debe olvidarse que en nuestro país los recursos profesionales del sistema sanitario público tienen una distribución un tanto atípica (muchos médicos en relación a profesionales de enfermería y muchos especialistas respecto a médicos generales), y por otro se tiende a una ampliación del número de profesionales para facilitar un amplio sector en paro-subempleo, que es lo que permite mantener malas condiciones salariales y laborales (por

eso se explica, además de por su afán privatizador, la presión del gobierno de la Comunidad de Madrid para abrir facultades privadas de medicina). La inmigración de profesionales desde otros países presiona en el mismo sentido.

3. Copagos: un impuesto sobre la enfermedad

La implantación de modelos de mercado tiene una lógica implacable. Otro de los pasos corresponde al establecimiento de prioridades de atención por motivos económicos, es decir a los copagos. Si el sistema va a favorecer una contracción de los recursos y una pérdida de calidad del empleo profesional, el resultado previsible es un deterioro de su funcionamiento y la creación de listas de espera cada vez mayores, hipotecando en la práctica el teórico derecho a las prestaciones del Sistema Nacional de Salud. La salida “natural” es el establecimiento de sistemas que “ordenen” la demanda, y el modelo del mercado es bien conocido: este orden se sitúa no en las necesidades de salud de las personas, sino en su poder económico. El establecimiento de copagos para el acceso a las prestaciones, o para tener una prioridad en la asistencia es una propuesta que viene siendo repetida desde hace tiempo por la Sra. Geli (Consejera de Sanidad de Cataluña), y no debe olvidarse que cuanto más amplios sean los segmentos de mercado dentro del sistema sanitario, más probable será su instauración.

Existen muchos estudios sobre lo que significan los copagos: aparte de una injusticia, son un obstáculo para que las personas con menos recursos y más necesidades de salud accedan a los servicios sanitarios, como ha señalado la propia OMS Europa (The Solid Facts 2003). Pero el problema más serio es que se trata de un impuesto a la enfermedad y que coloca el derecho a la atención sanitaria por detrás de la capacidad económica de las personas, rompiendo así con lo que es la base del SNS: un esfuerzo solidario de los más ricos y más sanos con los más pobres y más enfermos.

Algunas Alternativas

La situación es complicada porque lo más fácil es dejarse llevar por la dinámica de la mercantilización, máxime cuando sus problemas solo van a ser visibles a medio plazo. Además, las competencias autonómicas favorecen una gran disparidad de actuaciones, lo que la hace aun más difícil su monitorización.

En todo caso habría que avanzar en el desarrollo de los siguientes aspectos:

1. **Se necesitan indicadores fiables y públicos**, de funcionamiento y de calidad, de todas las intervenciones que se realicen. La actual tormenta de iniciativas dispares solo favorece una mayor falta de transparencia y una ausencia de evaluación de los resultados.
2. **Hay que ajustar el modelo de financiación con la finalidad de hacerlo más redistributivo para las CCAA con menor desarrollo económico**, contemplando variables como el envejecimiento y las necesidades sanitarias de la población. Afrontar la repercusión de la crisis económica sobre la sanidad y la necesidad de garantizar una financiación justa y equitativa, plantea la necesidad de **cambiar el actual modelo de financiación, basado en impuestos que gravan la el desarrollo y la actividad económica a nivel autonómico, por otro de naturaleza más equitativa**, que no incremente las desigualdades sanitarias y que no ponga en riesgo el mantenimiento de las actuales prestaciones sanitarias en las CCAA menos desarrolladas.
3. **Es necesario incrementar la aportación económica del Estado** para compensar el diferencial de crecimiento del PIB entre algunas CCAA y la media de las mismas.
4. **Hay que aumentar los fondos estatales destinados a sanidad**, hasta equipararnos a los países de la UE (1,4 puntos de % de PIB).

5. **Es preciso establecer mecanismos que aseguren el carácter finalista de las nuevas aportaciones destinadas a la Sanidad**, para evitar que haya CCAA (como sucedió con Madrid en la pasada legislatura) que destinaron a otros fines parte de los fondos destinados a Sanidad.
6. **Se deben desarrollar estrategias para reducir el gasto farmacéutico:** No autorizando la financiación de nuevos fármacos si no aportan alguna novedad (los nuevos son muchos más caros y no suelen aportar nada a los existentes), controlando la presión de la industria farmacéutica sobre los médicos prescriptores o promocionando la prescripción de medicamentos genéricos.
7. **Buscar formas de financiación de los nuevos centros e infraestructuras por el sistema público.** No se puede olvidar el carácter anticíclico de las inversiones en infraestructuras, especialmente en un momento en que la caída de la actividad del sector de la construcción es uno de los motores de la crisis.
8. **Fomentar políticas profesionales** de mejora en la utilización de los recursos profesionales, en la calidad del empleo y en el fomento de la identificación de los profesionales con el SNS, desarrollando la carrera profesional, la dedicación exclusiva y sistemas de participación profesional.
9. **Asegurar dotaciones suficientes de profesionales**, tanto en Atención Primaria como en especializada, de acuerdo con las necesidades de salud de la población
10. **Mantener la gratuidad en el momento del uso del sistema sanitario**, como una de las claves para la accesibilidad y universalidad del SNS.

En resumen, la crisis económica plantea serios peligros para la Sanidad Pública, porque puede ser usada para descapitalizar lo público y para abrir cada vez más espacio a lo privado. Hay que evitar que la crisis económica se convierta en una excusa para el deterioro y privatización del SNS y, por el contrario, hay que aprovechar la necesidad que una crisis económica plantea de protección a los mas desfavorecidos social y económicamente, para reforzar los sistemas de cohesión y de solidaridad, uno de cuyos pilares fundamentales es la Sanidad Pública.

Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública

Junio de 2008