

LA TRANSFORMACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD
DERECHOS HUMANOS, PERTINENCIA INTERCULTURAL, EQUIDAD DE GÉNERO
Y ARMONÍA CON LA MADRE NATURALEZA

A 40 años de Alma Ata

Reforma sanitaria española, su evolución histórica

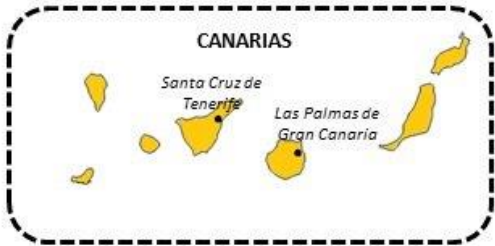


Guatemala, 4 nov. 2018

Evolución histórica

- Siglo XIII. Fuero Real.
- Sociedades gremiales: sistema de “igualas”
- S. XIX-ppios XX: Pequeñas mutuas y cajas de enfermedad
- 1908: creación del INP: mero gestor de seguros sociales hasta 1978. previsión privada/pública
- II República intento de ampliar cobertura sanitaria del INP, abortado por la Guerra Civil
- 1942: Creación del SOE, centrado solo en la curación, creación de ambulatorios y consultorios,
- 1963-1978: Ley de bases de la seguridad social(1963) financiación de reparto, gestión pública y participación del Estado.
- 1978: hacia la consolidación del estado del Bienestar. Español, que finalizan las transferencias sanitarias
 - Aprobación de la Constitución
 - Disolución del INP y creación del INSALUD que pervive hasta 2002
 - Primeras trasferencias de competencias sanitarias (Pais Vasco y Cataluña)
 - Mapas sanitarios; requisitos previos para reestructurar la Atención primaria
 - Creación de la Especialidad de Medicina Familiar Comunitaria
- 1984: R/D de Estructuras básicas de Salud. Elemento legislativo clave en el desarrollo de la Atención Primaria
- 1986 la Ley general de Sanidad universaliza la asistencia sanitaria y un cambio importante en la financiación y responsabilidad estatal a través de los impuestos y de los presupuestos generales del Estado

Estado descentralizado: COMUNIDADES AUTÓNOMAS DE ESPAÑA



1984: R/D 137 de ESTRUCTURAS BÁSICAS DE SALUD.

- Delimitación de la población (zonas básicas de salud)
- Define: C.de Salud y los EAP, el trabajo del equipo multidisciplinar
- Atención individualizada y personalizada
- Mantiene el pago por «cartilla», capitación, y finalmente se ha conservado como modelo mixto (salario más capitación propiamente dicha, en torno al 15% de los ingresos mensuales);
- Distribución población en cupos y la asignación de médico/enfermera a los asegurados
- Médico general como *gatekeeper* del resto del sistema, al menos de manera teórica
- Cuadro de especialistas al que derivar obligatoriamente los pacientes
- Ausencia de copagos (con la excepción farmacéutica).
- Gerencia Única entre los Centros de Salud y el Hospital de Referencia
- Libre elección de médico y de Hospital por los ciudadanos
- Observatorio de Calidad con publicaciones periódicas de resultados de prácticas clínicas hospitalarias

LEY 14/ 1986 GENERAL DE SANIDAD

- **Primera etapa del Gobierno socialista.**
- **Es un mandato Constitucional y necesidades organizativas.**
- **Se inspira en los principios de la Declaración de Alma Ata.**
- **La Ley configura un SNS eje del modelo para que todas CCAA estén suficientemente dotadas.**
- **Los servicios sanitarios son responsabilidad de las CCAA bajo dirección/coordiación del Estado.**
- **Establece la asistencia sanitaria universal y gratuita con criterios de accesibilidad y continuidad y longitudinalidad.**
- **Crea el Consejo Interterritorial del SNS como órgano de coordinación sanitaria del Estado.**
- **Establece Catálogo de Prestaciones del SNS, a través de la Cartera de Servicios.**
- **Financiación estatal de todas las prestaciones sanitarias y un porcentaje de prestación farmacéutica.**
- **Regula normativa para Conciertos sanitarios con entidades privadas titulares de centros.**
- **Establece las competencias sanitarias de los Ayuntamientos.**
- **La Ley de Sanidad fue complementada el año 2003 por la *Ley 16/2003 de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.***

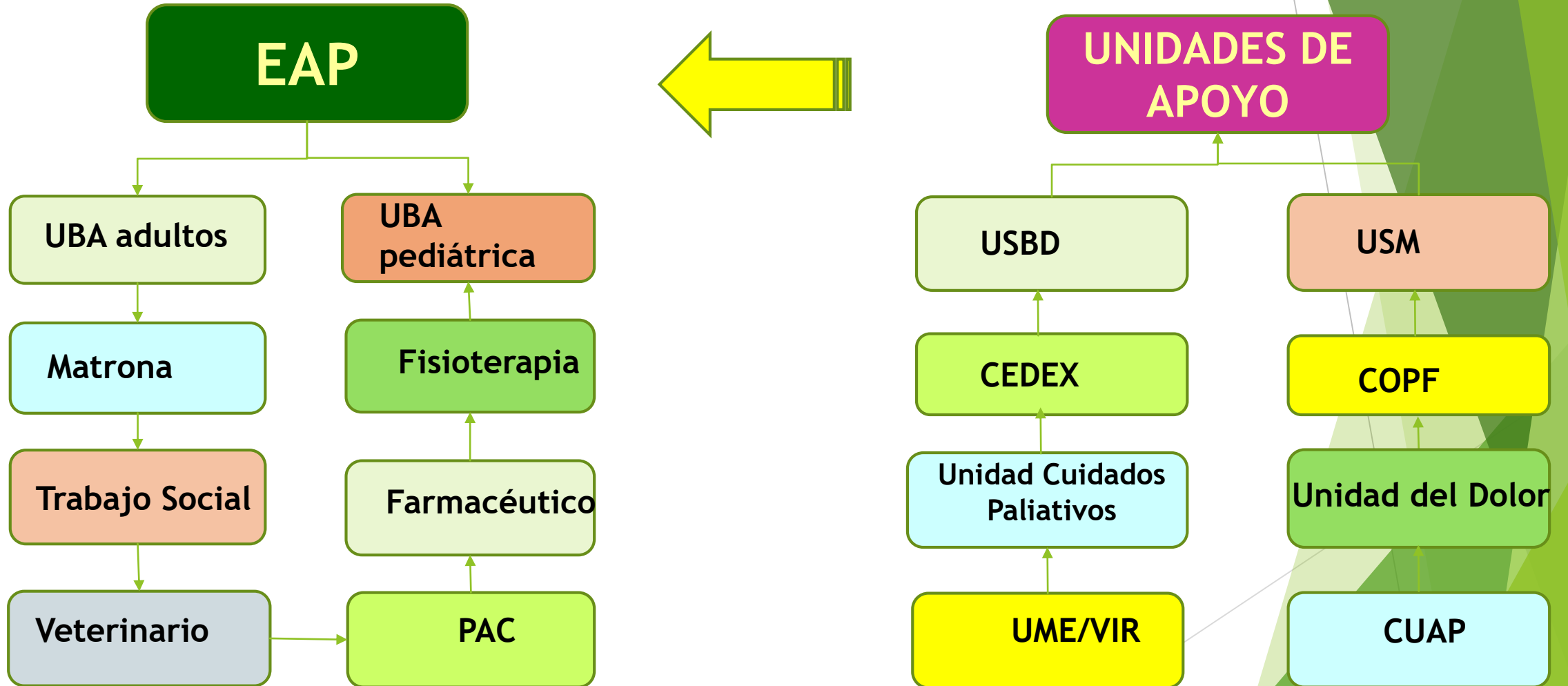
ORGANISMOS COMPETENCIALES DE LA SANIDAD ESPAÑOLA

- **Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad**
Desarrolla la política del Gobierno en materia de salud, de planificación y asistencia sanitaria y de consumo.
- **Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS)**
Órgano de coordinación general sanitaria entre el Estado y las comunidades autónomas transferidas.
- **Competencias sanitarias de las comunidades autónomas**
Las comunidades autónomas ejercen las competencias asumidas en sus estatutos y las que el estado les transfiera o, en su caso les delegue.
- **Competencias sanitarias de las corporaciones locales**
Control sanitario del medio ambiente: Contaminación atmosférica, abastecimiento de aguas, saneamiento de aguas residuales, residuos urbanos e industriales...

ORGANIZACIÓN FUNCIONAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

- ▶ Tarjeta sanitaria individual
- ▶ Atención especializada
- ▶ Atención Primaria
- ▶ Áreas de salud
- ▶ Zonas Básicas de salud
- ▶ Atención Sociosanitaria

Unidades Funcionales



FINANCIACIÓN DE LA SANIDAD PÚBLICA ESPAÑOLA

- ▶ Es responsabilidad de las comunidades autónomas.
- ▶ Hasta 2001 financiación con fondos específicos independientes de otras competencias.
- ▶ Criterios poblacionales, territoriales, gasto histórico ...pero ignora necesidades y problemas de salud.
- ▶ La recaudación de impuestos: IRPF, IVA, capital, Sociedades, Especiales: alcohol, hidrocarburos...
- ▶ Aportación de usuarios en su consumo farmacéutico.
- ▶ A partir del *1 de enero del 2002 (Ley 21/2001)* la financiación sanitaria se integró en el sistema de la financiación general sin una partida específica.
- ▶ La decisión de integrar el gasto sanitario dentro del total tuvo efectos negativos; desigualdades, desviaciones...
- ▶ Con la ley 22/2009 se incrementó el porcentaje de impuestos cedidos a las CCAA, al 50% (IRPF IVA).
- ▶ También se creó un Fondo de Garantías para que todas CCAA ofrezcan similares Servicios Públicos.
- ▶ El nuevo modelo, además de farragoso y difícil de entender, ha vuelto a generar importantes diferencias entre CCAA que ponen en riesgo la cohesión del sistema.

NECESIDADES PARA EL CAMBIO EN LA FINANCIACIÓN

▶ **Garantizar la suficiencia financiera y la equidad entre CCAA.**

Incrementar la carga impositiva a los sectores económicamente más poderosos, no en impuestos indirectos que genera desigualdad y afectan una sanidad redistributiva.

▶ **Devolver el carácter finalista a la financiación sanitaria.**

Obligación de destinar un montante similar en cada CCAA e impedir que algunas CCAA reduzcan impuestos a las empresas y capitales para conseguir mayores inversiones.

▶ **Crear una partida económica específica en los Presupuestos del Estado destinada a compensar las diferencias.**

▶ **Introducir para el cálculo de las necesidades de gasto, además de los actuales (poblacionales) otros basados en las necesidades de salud.**

Como la carga de enfermedad (enfermedades prevalentes, mortalidad, discapacidad, principales determinantes medioambientales y diferencias de recursos sanitarios).

▶ **Cambiar la orientación estratégica de la política sanitaria:**

Pasar de la actual estrategia orientada a la enfermedad y la curación a otra *basada en la promoción, la prevención, la equidad y los cuidados a los crónicos*

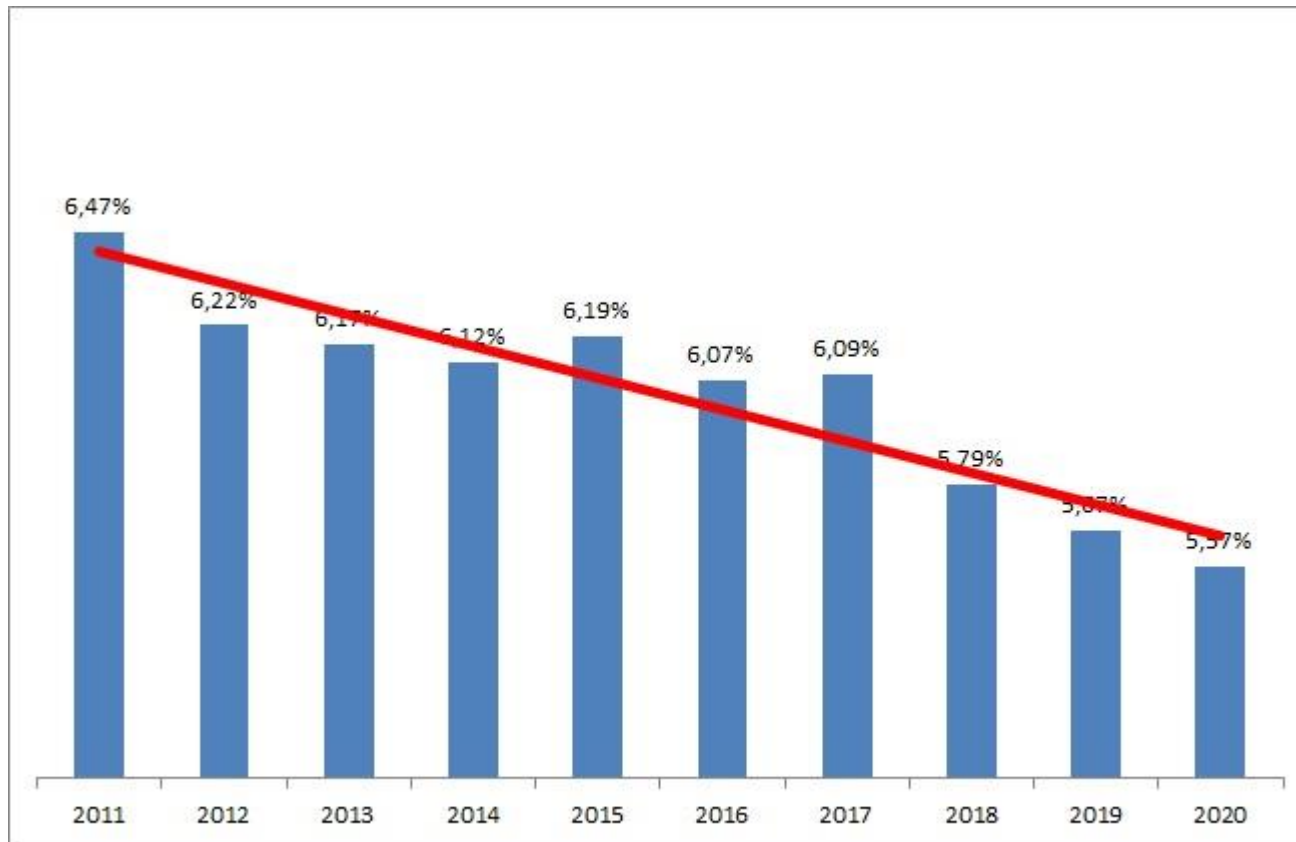
LA CRISIS Y REAL DECRETO LEY 16/2012

- ▶ Supuso una auténtica contrarreforma del Sistema Sanitario Público,
- ▶ Pasó de estar basado en la residencia en el Estado Español a otro basado en el aseguramiento
- ▶ Privó del derecho a la asistencia a miles de personas, fundamentalmente extranjeros no regularizados que trabajaban sin contratos en la llamada economía sumergida
- ▶ Y a otros miles jóvenes en paro y amas de casa que no habían tenido la oportunidad de acceder al mercado de trabajo
- ▶ Copago farmacéutico a pensionistas y aumentó la aportación del resto del régimen general
- ▶ Copagos como el transporte no urgente en ambulancia, las prótesis y las ortesis.
- ▶ Congelación de salarios de los funcionarios
- ▶ Reducción de plantillas de personal
- ▶ Exclusión de 426 fármacos
- ▶ Modificación de la cartera de Servicios

LA CRISIS Y REAL DECRETO LEY 16/2012

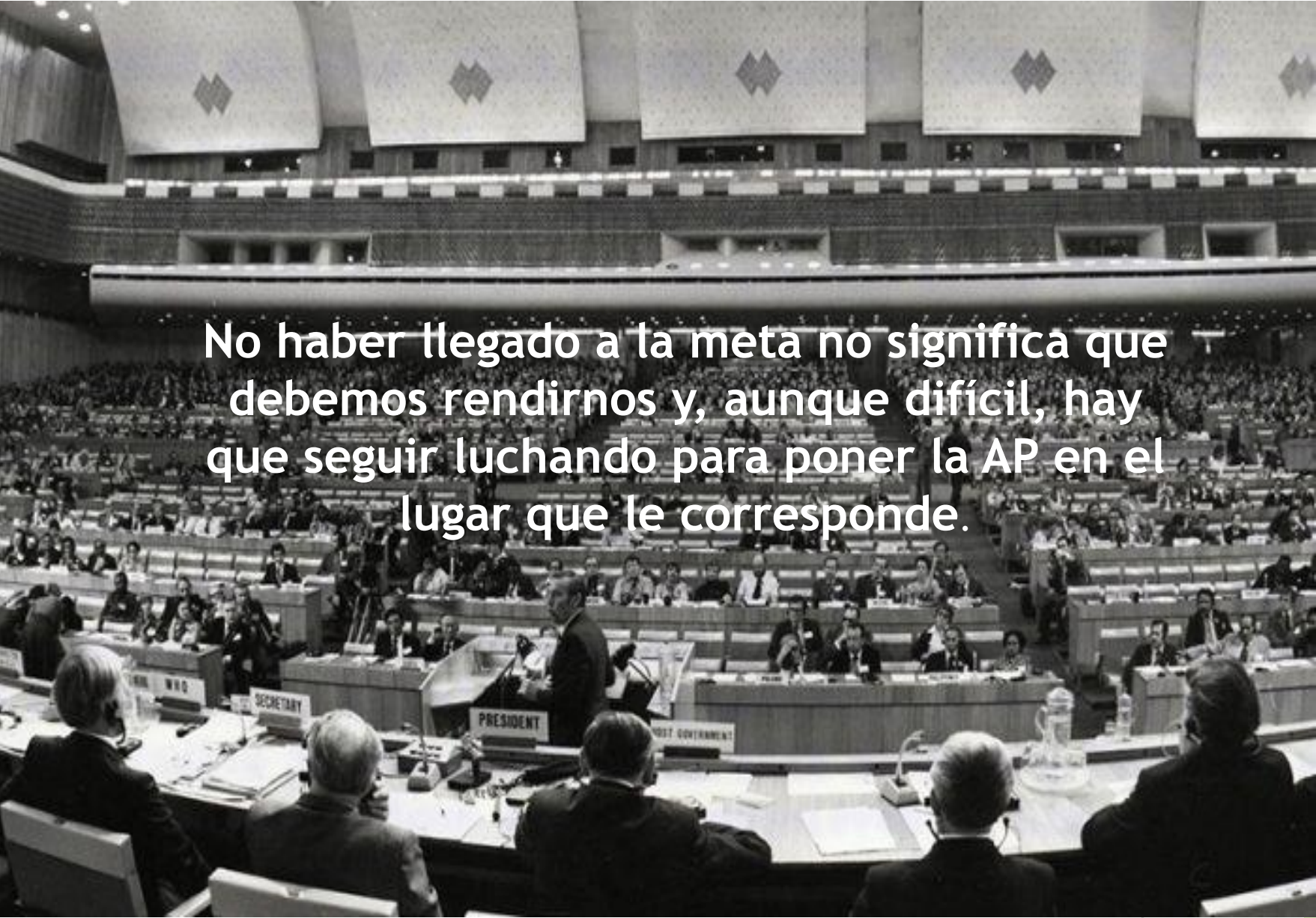
- ▶ **Pérdida del carácter universal y accesible del sistema asistencial**
- ▶ **Incremento de las desigualdades sanitarias entre Comunidades Autónomas, clases sociales o lugar de residencia**
- ▶ **Listas de espera cada vez más grandes, ocultas y sin criterios de racionalidad o necesidad.**
- ▶ **Marginación de la Atención Primaria y aumento del consumismo sanitario**
- ▶ **Persistencia de las privatizaciones y los instrumentos legales que la facilitan**
- ▶ **Penetración del sistema por lobbys y empresas privadas, en su mayor parte multinacionales**
- ▶ **Crecimiento desproporcionado e irracional del gasto farmacéutico**
- ▶ **Doble dedicación de parte del personal facultativo**
- ▶ **Proliferación y uso intensivo e irracional de los recursos tecnológicos**
- ▶ **Perdida de calidad asistencial y desmotivación del personal sanitario**
- ▶ **Ausencia real de participación social en la planificación y control del sistema**

EVOLUCIÓN DEL GASTO SANITARIO



FACTORES CLAVES

- Continuar considerando el paradigma de Alma Ata
- Insistir en el reconocimiento de la AP en los Sistemas de Salud
- Intervenir ante las graves desigualdades económicas para reducirlas
- Potenciar la Salud Comunitaria
- Insistir en la formación científica de los profesionales
- Potenciar la investigación sociosanitaria en AP
- Incorporar la participación de la ciudadanía en la planificación y procesos de salud
- Potenciar el trabajo en equipo/reasignar nuevas competencias a las categorías profesionales.
- Incorporar nuevas tecnologías
- Cambiar el foco de atención hacia la promoción y prevención, más a la persona y menos a la enfermedad
- Impulsar políticas de salud en todas las áreas: carreteras, zonas verdes, medio ambiente, alimentación, educación...etc
- Reconsiderar la financiación Atención Primaria versus Hospitalocentrismo
- **Dotación presupuestaria justa, necesaria y eficiente para la Atención Primaria**
- Reconsiderar la medicalización de la vida y la mercantilización de la Salud
- Promover soluciones orientadas a los determinantes sociales de salud



No haber llegado a la meta no significa que debemos rendirnos y, aunque difícil, hay que seguir luchando para poner la AP en el lugar que le corresponde.



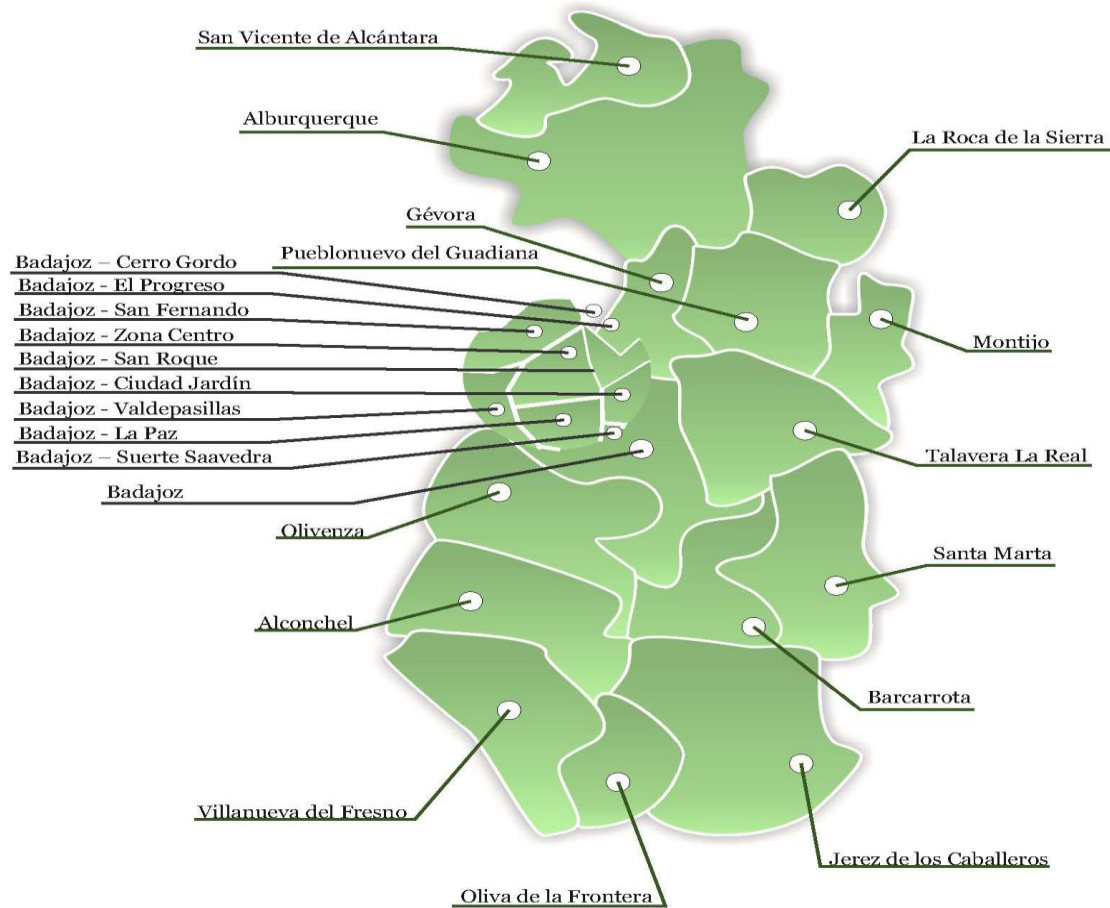
gún estimación de gastos de las CCAA, en los 2 últimos años el esfuerzo económico para cubrir las necesidades sanitarias, ha estado por encima de las posibilidades reales, ocasionando: ! Una situación de endeudamiento que ha obligado al recorte de los presupuestos de salud, cercanos al 5% ! Un empeoramiento en el acceso y las prestaciones del sistema para toda la población.

MAPA SANITARIO DE ÁREA DE SALUD



Área de Salud de Badajoz
Servicio Extremeño de Salud

JUNTA DE EXTREMADURA
Consejería de Sanidad y Consumo



MAPA SANITARIO COMUNIDAD AUTÓNOMA

