

## CARTA INFORMATIVA SOBRE LA REFORMA SANITARIA PARA SANITARIOS

Estimados compañeros:

Nos dirigimos con esta carta al colectivo sanitario, responsable del derecho a la protección de la salud en España hasta este momento, ante la reciente aprobación del RD 16/2012 del 20 de abril de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad de sus prestaciones.

Este Real Decreto no es un conjunto de medidas que afiancen y consoliden el sistema sanitario actual, sino un cambio profundo en el mismo. El *Sistema Nacional de Salud* tal como lo conocemos ahora, es el resultado de una lucha histórica por el desarrollo de las políticas sociales en el estado español de más de un siglo de duración, que resumimos brevemente para contextualizar la actual reforma:

### **Antecedentes:**

El marco legal en materia sanitaria ha sido desarrollado formalmente por la legislación generada por los representantes políticos de cada momento desde principios del siglo XX.

Once décadas de luchas sociales, profesionales sindicales y políticas hicieron posible lo siguiente:

- En 1908 se creó el *Instituto Nacional de Previsión* que por primera vez garantizaba el “retiro obrero”, la asistencia a la maternidad, los accidentes laborales y nació el Seguro Obligatorio de Enfermedad (primer sistema de cobertura sanitaria en España)
- 1936: se crea el primer y breve Ministerio de Sanidad y Asistencia Social.
- 1977: renace el Ministerio de Sanidad, que absorbe el mencionado Instituto Nacional de Previsión.
- 1978: la Constitución establece como derecho la Protección de la Salud, en el artículo 43. Nace el *Instituto Nacional de la Salud* (antiguo INSALUD).
- 1986: la Ley General de Sanidad desarrolla este derecho, depositando en los poderes públicos la gestión del gasto sanitario para corregir desigualdades sanitarias, garantizar la igualdad de acceso a los servicios sanitarios en todo el territorio del estado español y extender la cobertura de dichos servicios a toda la población. Nace el *Sistema Nacional de Salud* (actual SNS que sustituye al INSALUD) con el reconocimiento de la Persona como sujeto de derecho.
- 2003: La *Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud* establece como objetivos la Equidad, Calidad y Participación Social para todos los “Españoles, Ciudadanos de UE y Extranjeros Residentes.”
- 2007: Tratado de Lisboa (que ratifica el Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea de 1957) en el que la UE asume las competencias de apoyar y coordinar a los estados miembros en materia de protección y mejora de la Salud Humana.
- 2011: Ley General de la Salud Pública que extiende la asistencia sanitaria pública a “todos los residentes en territorio nacional.”

Es decir, a lo largo de muchos años se ha legislado para hacer posible el acceso a los servicios sanitarios en condiciones de igualdad y la cobertura se universalizó sin restricciones, ya que se trataba de desarrollar un derecho fundamental.

En estos momentos, las personas depositarias de estas conquistas sociales asistimos al desmantelamiento de toda la herencia recibida de generaciones pasadas que no solo nos desprotege a nosotros y a generaciones futuras, sino que vacía de contenido la lucha y el trabajo de quienes nos precedieron.

### **Por esto queremos compartir un breve análisis del Decreto Ley recién aprobado:**

Si la motivación de la reforma es “la pérdida de la eficacia en la gestión de los recursos disponibles” y el “insostenible déficit de las cuentas públicas sanitarias”, es necesario recordar algunos datos:

-El Gasto Público Social español calculado como porcentaje del PIB, ha sido el más bajo de Europa desde mediados del siglo XX, el que menor crecimiento ha experimentado, y menor de lo que le correspondería por el nivel de desarrollo económico del país (*Vicenç Navarro. 2006 “El subdesarrollo social en España”*).

-Según los datos publicados por Eurostat en 2010, el gasto social en 2008 en España fue el 13.9% del PIB frente al 18.2% de media en la UE o 22.4% en Dinamarca por citar un ejemplo.

-El gasto Sanitario total español fue 8.5% del PIB frente a un 10.1% de Alemania o un 11% Francia en 2007, según datos del Ministerio Sanidad de España publicados en 2010.

-El gasto en Salud Pública es un 2% del gasto público sanitario. Cifras tan bajas hacen que en España tengamos las tasas más altas de Europa en tuberculosis, sífilis, legionelosis y accidentes laborales.

Con estos datos se evidencia, en contra de lo que sostienen los gobernantes, que la sanidad actual en el Estado español no solo es sostenible, sino barata y de calidad.

Con esta reforma, por el contrario, es previsible una merma en la calidad asistencial por varios motivos, siendo el más importante que se limite un aspecto básico de cualquier sistema sanitario: la ACCESIBILIDAD. De nada vale lo mejor, si no está al alcance de todos.

Por otra parte, en las disposiciones generales no se hace referencia a ningún estudio epidemiológico sobre el impacto que puedan tener estas medidas en la salud de las personas ni se aportan datos objetivos que las justifiquen. Tampoco se ha hecho siquiera el intento de conocer la realidad sanitaria a través de los colegios profesionales, sociedades científicas y sindicatos del área sanitaria ni asociaciones de usuarios.

Todo el conocimiento científico que hay en la actualidad en materia de Gestión de Calidad, es contrario a la planificación que se busca con este Real Decreto, por lo que resulta paradójico que uno de los argumentos para la reforma sea justamente garantizar dicha calidad.

## **Personas afectadas:**

Con la aplicación de esta reforma, ya no existirá el derecho a la protección de la salud (y por ende, a la titularidad de una tarjeta sanitaria ) para todas las personas, como venía siendo hasta ahora.

Quedan fuera de la cobertura sanitaria (es decir, se les considera “NO ASEGURADAS”) las personas no vinculadas a la seguridad social (es decir, las que no cotizan):

- 1- Ciudadanos de la UE o Extranjeros con NIE que tenga unos ingresos por encima de un límite todavía por establecer (en el último borrador se establece 100.000 euros anual como nivel de corte, por lo que, en el caso de los mayores de 26 años que dejan de ser beneficiarios de su familia, sólo dejarían de tener cobertura sanitaria aquellos con rentas por encima de estas cifras).
- 2- Inmigrantes con NIE que no hayan cotizado nunca,
- 3- Parados que, agotado el subsidio de desempleo, no figuren en el INEM

La única excepción de atención en esta normativa a pesar de no cotizar, será la atención a los menores, la maternidad y la asistencia urgente en cualquier circunstancia.

Los que sí podrán acceder al Sistema Nacional de Salud porque estén vinculados al sistema de seguridad social (es decir, los “ASEGURADOS”) mediante aportación económica o “cotización” serán:

- 1-Trabajadores de alta en la Seguridad Social y sus beneficiarios
- 2-Pensionistas de la Seguridad Social y sus beneficiarios
- 3-Receptores de prestación de desempleo, y una vez agotada la prestación, inscritos en el actual equivalente al INEM.
- 4- Personas con nacionalidad española, Extranjeros con NIE o Ciudadanos de UE que acrediten no tener ingresos superiores a un límite todavía por establecer (en el último borrador se establece 100.000 euros anual como nivel de corte).

## **Consecuencias en el nivel de salud de la población:**

Todo esto va a tener un impacto importante en la población, especialmente en la más vulnerable: las personas económicamente más desfavorecidas y con patologías crónicas, ya que estarán en riesgo de discontinuidad de seguimientos y tratamientos crónicos, con aumento de ingresos urgentes en el sistema sanitario por descompensaciones. Las personas excluidas sólo acudirán a los servicios de urgencias ya habitualmente saturados, lo que empeorará la atención y la espera en dicho Servicio.

La población diagnosticada con patologías infecciosas agudas transmisible así como enfermedades psiquiátricas, oncológicas y metabólicas, podrá tener mayor dificultad para acceder a un diagnóstico, tratamiento y seguimiento adecuados con las consecuencias negativas para su propia salud y en términos de Salud Pública generándose una mayor brecha en las desigualdades sociales.

### **En resumen:**

-La protección a la salud deja de ser un derecho constitucional para pasar a ser una mercancía económica sujeta a transacción, abriéndose la puerta a los seguros privados. Se usa el argumento de la sostenibilidad de lo público para generar nuevas áreas de negocio y especulación.

-Entendemos esta reforma como una regresión a etapas preconstitucionales que nos vuelven a situar en el punto histórico vivido por generaciones anteriores, de lucha por los derechos básicos, siendo retroceso en materia de política social.

-Este colectivo considera necesario continuar esa lucha para las generaciones venideras y para nosotros mismos. No podemos ni debemos asumir decisiones políticas de corte economicista, tomadas al margen del control parlamentario y en contra de los intereses legítimos de toda la población a la que la constitución otorga plena soberanía.

-Exigimos:

-La derogación inmediata del Real Decreto Ley 16/2012

-Desarrollo de políticas sanitarias que SÍ sienten las bases de la sostenibilidad y calidad de nuestro Sistema Nacional de Salud,.

Porque el (ab)uso de la ley no da “per se” legitimidad, sino que debe legitimar lo que ya es justo, hacemos un llamamiento colectivo para encontrar alternativas que nos permita mantener lo que es nuestro por encima de una ley injusta y regresiva.

Porque nos concierne a todos, **INFÓRMATE, DIFUNDE Y PARTICIPA**