



Federación de Asociaciones  
para la Defensa  
de la Sanidad Pública



# ***INFORME SOBRE LOS RECORTES SANITARIOS EN LAS COMUNIDADES AUTONOMAS***

***Febrero de 2012***

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

## **INTRODUCCION**

Las políticas de recortes en la Sanidad Pública española están siendo aplicadas desde las CCAA que son las que tienen asumidas las competencias sanitarias, y han sido llevadas a cabo con una intensidad variable según cada una de ellas

Es evidente que esta diversa aplicación esta mediatizada por muchos factores que van desde el color político, los problemas presupuestarios y la cercanía electoral. Aunque parece obvio que estamos ante una primera fase de los recortes y que es probable que se produzca otra cuando en marzo, después de las elecciones andaluzas, se presenten los presupuestos generales del estado, y que ello puede tener repercusiones importantes en cuanto a nuevas medidas mas importantes.

Desde la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública hemos querido realizar este primer Informe, con los datos disponibles, para ver la profundidad de los recortes en las distintas CCAA, evaluar sus repercusiones y proponer alternativas para la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud.

## LOS RECORTES

Hemos analizado los recortes producidos en cuatro grupos que detallamos a continuación: financiación y presupuestos, personal, tasas y copagos, prestaciones y privatizaciones. No pretendemos hacer un listado exhaustivo de todos los recortes que se están produciendo en la Sanidad Pública, sino solo reseñar aquellos aspectos mas significativos.

### 1) FINANCIACION Y PRESUPUESTOS

Ha habido una disminución en los presupuestos que se conocen de las CCAA, aunque esta disminución no ha sido homogénea, tal y como se ve en la tabla adjunta

CCAA	Presupuesto sanitario 2010 por habitante	Presupuesto sanitario 2011 por habitante	Presupuesto sanitario 2012 por habitante
Andalucía	1180,09	1.121,69	1174,43
Aragón	1419,37	1.364,49	1371,87
Asturias	1507,15	1.495,93	1495,9
Baleares	1066,37	1.003,32	1066,82
Canarias	1295,36	1.135,75	1161,97
Cantabria	1347,47	1.232,16	1230,44
Castilla y León	1360,62	1.348,92	1353,00
Castilla la Mancha	1346,52	1.283,08	
Cataluña	1298,84	1.292,45	1128,24
Comunidad valenciana	1122,79	1.078,95	974,82
Extremadura	1509,72	1.390,56	1334,74
Galicia	1333,39	1.266,13	1262,77
Madrid	1108,14	1.103,16	1104,52
Murcia	1334,25	1.346,9	1219,89
Navarra	1543,12	1.528,59	1424,51
País Vasco	1623,08	1.563,68	1557,78
La Rioja	1443,94	1.347,11	1298,01
<b>Media CCAA</b>	<b>1.343,95</b>	<b>1.288,58</b>	<b>1203,82</b>

Se ha producido una disminución promedio de los presupuestos de 84,76 € que son 140,13 € desde 2010 (el 10,42%) a lo que hay que sumar que se trata de € corrientes en los que no se ha tenido en cuenta el aumento de la inflación en este periodo.

Son necesarias varias consideraciones:

- Los presupuestos se han calculado con los aprobados por los parlamentos autonómicos con excepción de Extremadura y Cataluña que todavía no se han

aprobado definitivamente. En estos casos se han utilizado las cantidades presentadas por los gobiernos de esas CCAA que previsiblemente serán las mismas que finalmente se aprueben.

- En Asturias se ha prorrogado el presupuesto de 2011.
- No esta incluida Castilla La Mancha porque no se han presentado los presupuestos, aunque las noticias del gobierno autonómico señalan un 23% de reducción que si se trasladase a Sanidad significaría un presupuesto por habitante de 987,54 €
- En la Comunidad Valenciana después de la aprobación del presupuesto se han aprobado las denominadas “Nuevas medidas de ajuste 2012” que supone una disminución del presupuesto sanitario en 440 millones €, con lo que el presupuesto por habitante disminuye en 85,98 € quedando en 974,82 €.
- La disminución presupuestaria tiene una disparidad exagerada, ya que aumentan de manera significativa (Andalucía, Baleares y Canarias), se quedan prácticamente igual con aumentos/disminuciones menos a 10 €/habitante (Aragón, Asturias, Castilla y León, Galicia, Madrid y País Vasco, esta última continua siendo con todo la autonomía que mas € por habitante dedica a la Sanidad) y la disminución se focaliza especialmente en algunas CCAA (Cataluña, Murcia, Navarra, Valencia, previsiblemente Castilla La Mancha, Extremadura y La Rioja) . Las mayores disminuciones se dan en Cataluña y Murcia y son especialmente preocupantes en Valencia donde ya se partía de un presupuesto muy bajo del año anterior y de una deuda muy importante

Como siempre los presupuestos, ya decimos que en este caso sujetos a posibles/probables modificaciones en marzo, objetivan la voluntad política de las administraciones para el mantenimiento de la Sanidad Pública y esta claro que contradicen globalmente las promesas de mantener la garantía de un servicio sanitario público de calidad. Las demás medidas de recortes que se señalan en este Informe están en gran parte condicionadas por unos presupuestos notoriamente insuficientes.

## **2) PERSONAL**

En todas las CCAA esta produciéndose hace años una tendencia a disminuir las plantillas, recortándolas y restringiendo las suplencias y la cobertura de vacantes que se producen por motivos naturales (traslados, jubilaciones, incapacidades, fallecimientos). Vamos a referirnos solo a las que se han adoptado en el último año

### **Aumento horas trabajo**

Varias CCAA han planteado un incremento del horario de los trabajadores del sistema sanitario público, destacan Baleares, Madrid, Castilla La Mancha y Valencia que plantean el aumento del horario semanal en 2,5 horas, lo que supondría entre 16 y 19 días mas de trabajo anual (aunque todavía no se ha concretado como se llevara a cabo). En otras, caso de Valencia y Castilla La Mancha, se ha realizado una reducción de los días de asuntos propios y la eliminación de los días adicionales por antigüedad (esta última medida en una clara invasión de competencias de la legislación estatal que es la los ha regulado).

### **Disminución de plantillas**

Se trata de una medida casi generalizada por varias vías: disminuir las interinidades y contratos eventuales (Castilla La Mancha, Madrid, Baleares, Cataluña, Murcia, Valencia, Canarias, La Rioja, Galicia) ; obligar a las jubilaciones a los 65 años cubriendo solo el 10% de las vacantes (Galicia).

En algún caso (Madrid) se ha optado por prorrogar los contratos eventuales (no todos) hasta el 31 de marzo, es decir cada 3 meses y no cada 6 como venia siendo habitual, lo que se sospecha supone una muy probable rescisión al finalizar los mismos.

Como se ha detectado una disminución importante en los presupuestos de personal en casi todas las CCAA es muy probable que estas medidas se generalicen.

### **Incapacidad Transitoria (IT)**

La perdida de derechos en la IT se han planteado en Madrid, Valencia y Castilla La Mancha. Suponen reducciones importantes en las percepciones, especialmente en las bajas de larga duración.

### **Disminución conceptos retributivos (carrera, etc)**

Otra vía para la disminución salarial es la perdida y/o disminución de algunos de los conceptos que van ligados a las retribuciones como la carrera profesional paralizada e algunos casos (Galicia, Baleares, Valencia y Castilla La Mancha) y la reducción de presupuesto de acción social (Baleares)

### 3) TASAS Y COPAGOS

Aunque las tasas y copagos por recibir las prestaciones sanitarias están establecidas por la legislación vigente como competencia estatal (Ley General de Sanidad, Ley de Seguridad Social, Ley de Cohesión del SNS, Ley del Medicamento, RD sobre cartera de servicios comunes del SNS), algunas CCAA están estableciendo sistemas de tasas en claro incumplimiento de la misma

**Tasa/copago recetas:** Como es conocido existe una iniciativa en Cataluña, todavía en trámite de debate en el Parlament de cobrar 1€ por receta. En algunas CCAA como Galicia se ha propuesto su aplicación para fármacos de bajo coste.

**Tasas renovación TSI:** Se han establecido tasas para la renovación de la tarjeta sanitaria individual (TSI) en Baleares y por su extravío en Galicia.

#### **4) PRESTACIONES**

##### **Cierres plantas, centros, turnos, quirófanos, guardias, etc**

Se han producido cierres de centros, plantas, quirófanos, disminución de guardias, especialmente en Cataluña donde las medidas de recortes han sido generalizadas. En otras CCAA se han reducido los quirófanos de tarde (Galicia, Canarias, Valencia) y guardias (Galicia)

##### **Radiología**

Ha habido una disminución de la atención radiológica en Galicia mediante la puesta en funcionamiento de un anillo radiológico, que supone la supresión del radiólogo de presencia física en las urgencias de los hospitales comarcales. En Madrid los nuevos hospitales carecen de servicio de radiología, que se ha concentrado en un único centro.

##### **Ambulancias**

También en Galicia se ha producido una disminución del servicio de ambulancias

##### **Aborto**

La atención sanitaria al aborto es un caso especial porque como es conocido existe una animadversión de origen ideológico a garantizar esta prestación por parte del PP. Las medidas han sido de dos tipos: el impago a los centros privados donde se realizaban los abortos (Castilla La Mancha) buscando el cierre de las clínicas por quiebra, y el intento en Baleares del pago anticipado de las mujeres, lo que evidentemente obstaculiza el acceso a las personas de rentas medias y bajas.

##### **Periodos de carencia**

El caso mas llamativo de recortes en las prestaciones esta en la medida adoptada en Galicia de no dar la TSI a las personas que no lleven 6 meses empadronados en esa Comunidad lo que impide su acceso a los inmigrantes durante ese periodo (aunque estén legalmente en nuestro país) y pone serias trabas a los españoles que trasladen su domicilio a esa comunidad autónoma que tendrán dificultades para la asignación de médico general, etc. En esta CCAA se ha llegado a retirar el derecho a la prestación sanitaria (recetas, consultas, urgencias) a las personas que pierden el derecho a las prestaciones de la seguridad social por paro prolongado.

## **5) PRIVATIZACIONES**

De manera claramente contradictoria la crisis esta siendo aprovechada para fomentar la privatización de los servicios sanitarios públicos a pesar de la evidencia de que la privatización supone un aumento de costes muy importante, este hecho deteriora aún mas la red pública. Estas privatizaciones tienen también muchas variaciones según las CCAA.

### **Aumento conciertos y externalizaciones**

En algunas CCAA se han incrementado los conciertos y las externalizaciones al sector privado. Un caso notorio es Canarias donde el 40% de las camas son privadas y atienden al 37,5% de los procesos agudos financiados públicamente

### **Fomento de empresas privadas en los centros sanitarios público**

Estas experiencias, ya iniciadas en su día en Galicia y Valencia se han extendido a Canarias y Murcia

### **Gestión: PFI, concesiones administrativas.**

Se están propiciando iniciativas de financiación privada (PFI) para la construcción de centros sanitarios, ya no solo de hospitales sino también de centros de salud: Hospital de Vigo y proyecto de hospital Montecelo en Galicia, 15 centros de salud en Baleares.

Hay concesiones administrativas en marcha en Madrid (hospitales Mostoles y Collado-Villalba).

Tres casos especiales son los hospitales públicos que se estaban construyendo en Toledo (que se ha paralizado) el de Asturias, y el proyecto de nuevo hospital de Cáceres que se han paralizado y que existe una sospecha razonable que se pretenden ceder a empresas privadas en modelo PFI.

### **EBAs**

En Valencia se pretende poner en funcionamiento 30 EBAs (entidades de base asociativa) en centros de salud, supuestamente para ahorrar 1 millón € cuando toda la experiencia acumulada demuestra que sus costes son, al menos, similares a los centros de salud de modelo tradicional.

### **Privatizaciones hospitales**

Un caso especial es la propuesta de Castilla La Mancha de privatizar los hospitales de Manzanares, Tomelloso, Almansa y Villarrobledo lo que aparte, como se ha señalado, de no reducir costes, supone la primera vez que se privatiza directamente hospitales públicos ya construidos y funcionando con personal sanitario

### **Otras privatizaciones**

En Galicia se privatiza la central única de compras, la central de llamadas, las unidades de diálisis y el plan directorio de 7 hospitales, además de numerosos proyectos en la misma línea.



En Cataluña además se esta fragmentando el ICS en empresas autónomas, así como los centros de salud, en una clara facilitación de su privatización

### **ALGUNAS CONCLUSIONES DE LOS RECORTES EN LAS CCAA**

En primer lugar se evidencia que hay una política generalizada de restricción presupuestaria y recortes en la mayoría de las CCAA que son mucho mas significativas en algunas de ellas como Cataluña, Valencia, Murcia, Galicia y Castilla La Mancha. Las CCAA que, de momento, salen mejor paradas de estos recortes son País Vasco, Andalucía, Extremadura y Aragón, aunque esta por ver lo que sucederá después de que en marzo de lleven a cabo las elecciones andaluzas y se presenten los Presupuestos Generales del Estado.

Estos recortes se trasladan a una política restrictiva de personal produciendo un empeoramiento de las condiciones de trabajo y aumentos de los horarios, así como disminuciones salariales en algunas de ellas y una disminución del numero de profesionales sanitarios. El deterioro de las concisiones de trabajo y la disminución de los profesionales sanitarios conlleva, inevitablemente, a medio plazo a un deterioro de las prestaciones porque aumenta la presión asistencial y favorece una bajada en la calidad de las actuaciones del sistema sanitario.

En muchos casos se esta produciendo una disminución efectiva de la capacidad asistencial de los centros públicos con cierres de camas, de consultas, de quirófanos, disminución de personal de guardia, etc, todo ello acaba produciendo un peor funcionamiento del sistema sanitario. Aunque la mayoría de estas medidas son recientes y resulta difícil de cuantificar su efecto sobre la población existen ya datos por ejemplo de que en Cataluña se han incrementado notablemente las listas de espera ( mas de 25.000 pacientes mas) y el tiempo de espera y por ejemplo en Canarias se conoce que el cierre de quirófanos por la tarde supone 7.500 pacientes mas en lista de espera y el cierre de las consultas de tarde significa que se atienden 170 pacientes/hospital/ día menos. Es obvio que habrá que realizar una evaluación en unos meses para conocer el impacto real de estas medidas sobre la población.

La introducción de tasas y/o copagos supone otro grave retroceso porque significa una barrera en el acceso a las prestaciones sanitarias de los segmentos de población con menos ingresos y mas enfermos, lo que en medio de la crisis económica, con mas de 5 millones de parados y 1,5 millones de familias sin ningún ingreso, además de la escasa cuantía de las pensiones, es un serio problema para la ciudadanía. En este ámbito de cosas es especialmente preocupante el establecimiento de un plazo de empadronamiento de 6 meses para el acceso a las TSI.

Otro de los fenómenos que se observa, es el aumento de las privatizaciones, como siempre siguiendo un patrón irregular, en las formulas adoptadas y en la intensidad del proceso, dependiendo de las CCAA. Castilla La Mancha, Valencia, Baleares, Galicia y Madrid están a la cabeza, pero existen muchos otros ejemplos preocupantes en las demás CCAA con excepción de País Vasco y Andalucía. Resulta incomprensible desde el punto de vista argumental que se incrementen las privatizaciones, que han demostrado unos costes muy superiores a la provisión pública, en un momento en que se están realizando recortes drásticos de los fondos que se destinan al sistema sanitario público.

## **REFLEXIONES SOBRE LA SITUACION**

### **1.- Apuesta por la insuficiencia económica**

Resulta paradójico que en un sistema sanitario como el nuestro con uno de los menores gastos sanitarios (el dólares por habitante o en % de PIB destinado a sanidad), y que tiene una elevada participación del sector privado en la provisión de servicios (30% del gasto sanitario público), se apueste por una política de recortes de gasto y recursos y de privatizaciones, incrementado la gran participación de los sectores empresariales en la financiación, gestión y provisión de servicios sufragados con fondos públicos.

A pesar de que los gastos en farmacia y tecnología de nuestro sistema es, comparativamente, de los más elevados del mundo y de que existe suficiente evidencia de problemas en la asignación de los recursos por ausencia de una política de planificación estratégica y de desarrollo de los instrumentos de la medicina basada en la evidencia, no hay ninguna política dirigida a incrementar la racionalidad y la eficiencia en el uso de los recursos o la apuesta por la promoción y prevención de salud frente a la medicalización (que además de reducción de gasto evitaría problemas de iatrogenia). Este desequilibrio conduce inevitablemente a un escenario de depapeurización e insuficiencia económica del sistema, que lo hará incompatible con el mantenimiento de las actuales prestaciones.

### **2.- Abandono de políticas de personal incentivadoras**

Las medidas en personal van dirigidas a reducir derechos, precarizar la contratación, reducir los salarios y eliminar los escasos incentivos existentes como la carrera profesional. Esta generando un clima de malestar y desmotivación entre los profesionales y trabajadores sanitarios que conducirá inexorablemente a un aumento de la ineficiencia y a la pérdida de calidad.

### **3.- Privatización de grandes parcelas del sistema con una elevada hipoteca económica**

La apuesta por la colaboración privada para financiar, construir y, gestionar las nuevas infraestructuras hospitalarias y de AP y las nuevas tecnologías, que incluso llega a la cesión de la provisión de los propios servicios, dejará en manos privadas la parte más moderna y renovada de los recursos, con unos costes mas de siete veces superiores, que hipotecaran al sistema durante décadas. Desde algunas administraciones (Cataluña) y foros financiados por la industria y las empresas de seguros, se empieza a platear la necesidad de romper el monopolio del aseguramiento sanitario público para dar entrada al sector privado

### **4.- Introducción de barreras a la población en el acceso da los servicios asistenciales**

La introducción de copagos, tasas por uso de servicios o prestación farmacéutica, supondrá una barrera importante para gran parte de la población, especialmente para los pensionistas que necesitan hacer un mayor uso de los servicios y que cobran una pensión media de 750 euros al año, o para los asalariados de los que más de 5 millones están en paro y con retribución media de los que trabajan de 1.000 euros al año.

**5.- Es necesaria una respuesta social y profesional global y proporcional a la intensidad de la política de ajuste y restricciones en la sanidad.**

Esta situación plantea la necesidad de activar una estrategia de alianza ciudadana y profesional, coordinada y consensuada a nivel estatal, autonómico y local para hacer frente al desmantelamiento del sistema sanitario en nuestro país, y es necesario que se produzca con prontitud antes que las políticas de recortes y privatizaciones acaben con el mejor sistema sanitario que ha tenido este país.

***FEDERACION DE ASOCIACIONES PARA LA DEFENSA DE LA  
SANIDAD PUBLICA***

***Febrero de 2012***