

ANALISIS DEL REAL DECRETO LEY 16/2012, DE 20 DE ABRIL, DE MEDIDAS URGENTES PARA GARANTIZAR LA SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD Y MEJORAR LA CALIDAD Y SEGURIDAD DE SUS PRESTACIONES.

PREAMBULO

1-Parte de supuestos y análisis que no muestran la realidad de la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud.

2-Parte de un diagnóstico erróneo y argumentos que en nada justifican desde el punto de vista de la Constitución Española el que las medidas que se adopten sean urgentes y menos tramitadas por un trámite de urgencia y absolutamente excepcional como es un Real Decreto Ley.

3-Se fundamenta en la sostenibilidad y en el ahorro, haciendo referencia a la eficiencia solamente para justificar el COPAGO SANITARIO

4-Se retrotrae al concepto de ASEGURAMIENTO en un SISTEMA NACIONAL DE SALUD que desde el año 1986 que se publicó la Ley General de Sanidad se basa en un sistema de salud financiado con impuestos y en nada con las cuotas a la seguridad social como asegurado.

POR TANTO, LAS MEDIDAS QUE SE PROPONEN HACEN INVOLUCIONAR AL SISTEMA NACIONAL DE SALUD A UNA EPOCA ANTERIOR AL AÑO 1986, INSTITUCIONALIZA EL COPAGO SANITARIO Y POR TANTO EL IMPUESTO A LA ENFERMEDAD, NO SOLO FARMACÉUTICO Y ALTERA LAS CONDICIONES DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD SIN TENER EN CUENTA A LAS ORGANIZACIONES SINDICALES.

CAPITULO I. DE LA ASISTENCIA SANITARIA.

1.Recupera el concepto de ASEGURADO, un concepto que no se utilizaba desde que se publicó la Ley General de Sanidad en el año 1986. Y no se utilizaba ya que la financiación del Sistema Nacional de Salud es vía impuestos y en nada participa la Seguridad Social.

2-Las modificaciones que se proponen del articulado de la Ley de Cohesión y Calidad del SNS recupera el concepto de asegurado y vincula todo el reconocimiento del derecho a la Seguridad Social, desvinculando de esta forma el reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria de la Administración Sanitaria con el perjuicio que eso ocasiona a proporcionar los servicios basados en la situación de aseguramiento y en ningún caso a las necesidades de salud de la población.

CON LA NUEVA REGULACIÓN DE ASEGURADO, LO PRIMERO ES LA SITUACIÓN DE AFILIACIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL Y LO DE MENOS LA SITUACIÓN DE SALUD DE LA POBLACIÓN. ES UN RETROCESO SIN PRECEDENTES.

3-En ningún caso se acaba con eso que decía el Gobierno de España del “Turismo Sanitario”, el turismo sanitario lo practican aquellos ciudadanos que no siendo españoles viajan en aviones, no en pateras. No controlar el estado de salud de los ciudadanos extranjeros tiene consecuencias muy graves desde el punto de vista de la Salud Pública y de la prevención de la enfermedad y de la protección de la salud.

LA APLICACIÓN DE LA LEY DE EXTRANJERÍA Y SUS MODIFICACIONES EN ESTE RDL SE BASAN EXCLUSIVAMENTE EN CRITERIOS ECONOMICISTAS VULNERANDO LAS ULTIMAS DIRECTIVAS EUROPEAS, ENTRE ELLAS LA DE ASISTENCIA SANITARIA TRANSFRONTERIZA.

CAPITULO II. DE LA CARTERA COMÚN DE SERVICIOS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

1-Se categoriza la Cartera de Servicios del Sistema Nacional de Salud en tres grupos:

- Cartera común básica de servicios
- Cartera común suplementaria de servicios
- Cartera común de servicios accesorios

2-Esta categorización solamente tiene un interés de querer introducir recortes en los servicios que reciben los ciudadanos e introducir el COPAGO SANITARIO, comenzando con el farmacéutico y siguiendo con el resto.

3-Esta categorización en nada se basa en el proceso de atención que necesita una persona enferma y es artificial, además de estar basada únicamente en criterios economicistas.

SE INTRODUCE UNA CATEGORIZACIÓN O CLASIFICACIÓN DE LAS PRESTACIONES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD PURAMENTE ECONOMICISTAS Y EN NADA ADAPTADAS AL PROCESO DE ATENCIÓN DE UNA PERSONA ENFERMA. TIENE UNA CLARA INTENCIÓN DE EXTENDER EL COPAGO SANITARIO, EL COPAGO FARMACÉUTICO SOLO ES EL PRINCIPIO.

4-La Cartera común suplementaria del Sistema Nacional de Salud comprende lo siguiente:

- Prestación farmacéutica ambulatoria
- Prestación ortoprotésica
- Prestación con productos dietéticos
- Transporte sanitario no urgente, prescrito por un facultativo por razones clínicas (Es decir, las ambulancias para consultas, ingresos programados, recibir tratamientos programados fuera del centro de referencia, rehabilitación,...)

5-Para estos servicios de la Cartera común suplementaria se prevé que exista un COPAGO con el mismo porcentaje que la prestación farmacéutica y que se publicará por orden del Ministerio de Sanidad. Y lo que es peor, no hay límite de cuantía, como ocurre en la prestación farmacéutica.

IMPLANTAN EL COPAGO EN FARMACIA, EN EL MATERIAL ORTOPROTÉSICO (SILLAS DE RUEDAS, MULETAS,...) EN LOS TRATAMIENTOS DIETOTERÁPICOS (NECESIDADES DE DIETAS, BATIDOS,...) Y EN EL TRANSPORTE SANITARIO NO URGENTE (AMBULANCIAS PARA CONSULTAS, PRUEBAS DIAGNÓSTICAS, TRATAMIENTOS PROGRAMADOS Y REHABILITACIÓN). PERO ADEMÁS ESTE COPAGO, A DIFERENCIA DEL FARMACÉUTICO NO TENDRÁ LÍMITE DE CUANTÍA.

6-Crean un cajón de sastre denominada Cartera común de servicios accesorios del Sistema Nacional de Salud, que con la definición que aparece en el RDL es donde se encuadrarán aquellos servicios que salgan de la financiación en la revisión que se haga de la Cartera de Servicios actual.

CREAN UN CAJON DE SASTRE DONDE SE ENCUADRARÁN AQUELLOS SERVICIOS QUE SALGAN DE LA FINANCIACIÓN DEL SNS, DENOMINADA CARTERA COMUN DE SERVICIOS ACCESORIOS. PERFECTAMENTE PODRÍAN ENCUADRARSE SERVICIOS COMO LA ATENCIÓN AL DAÑO CEREBRAL SOBREVENIDO TRAS UN ACCIDENTE CEREBRO-VASCULAR.

7-Deja que las CCAA aprueben carteras de servicios sin que estén incluidas en la cartera del SNS, es decir no tienen ningún interés en buscar la coordinación entre las CCAA y la Administración Central.

8-Las modificaciones que se introducen en la Ley de Cohesión y Calidad del SNS en relación con la actualización y evaluación de la Cartera de Servicios no aporta nada nuevo a lo ya contenido.
9-Es de extraordinaria gravedad lo contenido en la propuesta de modificación del artículo 20 de la Ley de Cohesión y Calidad del SNS cuando habla de que “no se incluirán en la cartera común de servicios aquellas técnicas, tecnologías y procedimientos cuya contribución eficaz en la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y curación de enfermedades, conservación o mejora de la esperanza de vida, autonomía y eliminación o disminución del dolor y el sufrimiento no esté suficientemente probada”. Esto es una puerta abierta a la eliminación de la cartera de servicios de prestaciones o servicios que no les gusta ideológicamente a la derecha (v.g. cuidados paliativos, interrupción voluntaria del embarazo, técnicas de fertilidad, entre otras)

QUEDA ABIERTA UNA PUERTA A ELIMINAR SERVICIOS Y PRESTACIONES QUE NO LES “GUSTAN” A LA DERECHA POR EJEMPLO CUIDADOS PALIATIVOS, INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO, TECNICAS DE FERTILIDAD,...

CAPITULO III. DEL FONDO DE GARANTIA ASISTENCIAL

1-Sin haber arreglado las dificultades que plantea el Fondo de Cohesión del Sistema Nacional de Salud y haber realizado un ejercicio de eficiencia en su aplicación se crea un nuevo Fondo que es además, extrapresupuestario y que nada detalla el RDL.
2-Corremos el riesgo con este fondo de tener CCAA de primera y de segunda en nuestro Sistema Nacional de Salud, más que una verdadera Cohesión, es un atraso con respecto al Fondo de Cohesión del Sistema Nacional de Salud.

EL FONDO DE GARANTIA ASISTENCIAL, ES UN ARTEFACTO CON RESPECTO AL FONDO DE COHESIÓN Y ADEMÁS SE CORRE EL RIESGO DE TENER CCAA DE PRIMERA Y DE SEGUNDA, EN LUGAR DE TENER UNA VERDADERA COHESIÓN DEL SNS.

CAPITULO IV. MEDIDAS SOBRE LA PRESTACION FARMACEUTICA

1-En este capítulo se establece claramente la prescripción por principio activo con carácter obligatorio en todas las patologías agudas, todas las primeras prescripciones de las enfermedades crónicas y en las de continuación siempre que el medicamento se encuentre incluido en el de precio menor. (ABUNDA EN LO CRITICADO EN EL RDL DE PRINCIPIO ACTIVO) Esto no es malo, ni altera nada, pero será muy criticado por las sociedades médicas espero, así como por la industria.
2-Queda una puerta abierta a un medicamentazo por razones económicas, por convivencia con un medicamento sin receta con la que comparte principio activo y dosis, por lo que considere Europa en cuanto a medicamento publicitario, que el medicamento sea seguro, por estar indicados en síntomas menores.

ES UNA AUTÉNTICA PUERTA ABIERTA A UN MEDICAMENTAZO EN TODA REGLA POR CRITERIOS TAN DIVERSOS COMO ECONÓMICOS, POR TRATAR SINTOMAS MENORES, POR QUE LOS HAYA IGUAL SIN RECETA Y PORQUE EL MEDICAMENTO SEA SEGURO. ES DECIR, PUEDEN EXCLUIR DE LA FINANCIACIÓN Y HACER UN MEDICAMENTAZO DE LOS QUE QUIERAN, ESTA TODO ABIERTO.

3-Abren el copago farmacéutico a los servicios de farmacia por considerarlos como prestación farmacéutica ambulatoria, así les será más fácil pasar medicamentos de uso hospitalario a prescripción hospitalaria y aplicar COPAGO FARMACEUTICO.

4-Con los siguientes criterios:

- Quedan excluidos:
 - Afectados del síndrome tóxico y personas con discapacidad en los supuestos contemplados en la normativa específica.
 - Personas perceptoras de rentas de integración social.
 - Personas perceptoras de pensiones no contributivas
 - Parados que hayan perdido el derecho a percibir el subsidio de desempleo en tanto subsista su situación.
 - Los tratamientos derivados de accidentes de trabajo y enfermedad profesional.
- Para los demás:
 - **ACTIVOS Y BENEFICIARIOS DE ACTIVOS**
 - Renta igual o superior a 100.000 euros 60% del PVP de los medicamentos en general y un 10% de los de aportación reducida (algunos tratamientos crónicos), de estos últimos con un máximo basado en el IPC.
 - Renta entre 18.000-100.000 euros 50% del PVP de los medicamentos en general y un 10% de los de aportación reducida (algunos tratamientos crónicos), de estos últimos con un máximo basado en el IPC.
 - Renta inferior a 18.000 euros 40% del PVP de los medicamentos en general y un 10% de los de aportación reducida (algunos tratamientos crónicos), de estos últimos con un máximo basado en el IPC.
 - **PENSIONISTAS Y BENEFICIARIOS DE PENSIONISTAS**
 - Renta igual o superior a 100.000 euros 60% del PVP de los medicamentos en general y un 10% de los de aportación reducida (algunos tratamientos crónicos), de estos últimos con un máximo basado en el IPC.
 - Renta inferior a 100.000 euros 10% del PVP de los medicamentos en general y un 10% de los medicamentos de aportación reducida (algunos tratamientos crónicos), con un máximo de aportación en estos últimos de las siguientes cuantías:
 - Renta inferior a 18.000 euros hasta un máximo en estos tratamientos de 8 euros/mes.
 - Renta entre 18.000 y 100.000 euros, hasta un máximo en estos tratamientos de 18 euros/mes
 - Renta superior a 100.000 euros, hasta un máximo en estos tratamientos de 60 euros/mes

5-Algo muy grave es el mecanismo de compensación cuando la factura de medicamentos de larga duración y crónicos supere esos máximos es por reintegro de gastos por parte de las CCAA y con una periodicidad semestral. Eso supone que el procedimiento lo inicia el ciudadano y tienen que adelantar el dinero de la pensión que tengan.

SE INSTAURA EL COPAGO FARMACEUTICO CON UNOS TRAMOS DE RENTA QUE SI YA DE POR SI ES UN IMPUESTO A LA ENFERMEDAD, ES UNA CARGA ECONÓMICA SIN PRECEDENTE A LAS CLASES MEDIAS Y LAS SOCIALMENTE DESFAVORECIDAS.

CAPITULO V. MEDIDAS EN MATERIA DE RECURSOS HUMANOS

1-Se bajan los requisitos para el acceso a las Áreas de Capacitación Específicas en Formación Sanitaria Especializada, de cinco años de ejercicio profesional se baja a 2 años de ejercicio profesional. Nada que objetar, es una modificación necesaria para el funcionamiento del Sistema de Formación Sanitaria Especializada en España.

2-Se diluye el papel de las Comisiones Nacionales de las diferentes Especialidades en Ciencias de la Salud en los requisitos de acreditación para centros y servicios sanitarios como dispositivos docentes de Formación Sanitaria Especializada.

3-Desvinculan la obligatoriedad del Registro de los profesionales sanitarios de los registro de los Colegios Profesionales, esto espero que sea criticado por las Organizaciones Colegiales de las profesiones sanitarias. La crítica debería partir de ellos.

4-Se abre una puerta a la supresión y modificación de categorías profesionales que vulneran las competencias de las CCAA en la gestión de los Recursos Humanos del SNS.

5-Se abre una puerta a que las retribuciones del personal se fijen en las leyes de presupuestos y no se negocien en las mesas donde están presentes las organizaciones sindicales.

SE PIERDE EL PAPEL ASESOR DE LAS COMISIONES NACIONALES DE LAS ESPECIALIDADES EN CIENCIAS DE LA SALUD EN LA ACREDITACION DE CENTROS Y SERVICIOS SANITARIOS PARA LA DOCENCIA.

SE VULNERA LA AUTONOMIA DE GESTIÓN DE LAS CCAA EN LA GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN CUANTO A CATEGORÍAS Y RETRIBUCIONES.

SE VULNERAN LAS NEGOCIACIONES SINDICALES EN MATERIA DE PERSONAL DE LOS RECURSOS HUMANOS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.