

La ofensiva privatizadora sobre el sistema sanitario

M. SÁNCHEZ BAYLE

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

Resumen

Existe una ofensiva desde el Gobierno para la privatización del Sistema Nacional de Salud. Esta ofensiva, que tiene la característica de no producirse frontalmente, sino de una manera silente y solapada, está socavando los principios fundamentales del actual sistema sanitario.

La concreción de la misma se realiza en varios terrenos. La ruptura del aseguramiento, potenciando a los seguros privados, y el papel de las mutuas en el control de la incapacidad laboral; la limitación de las prestaciones mediante la exclusión de algunos fármacos de la financiación pública y, sobre todo, la privatización de la provisión sanitaria.

Este último aspecto se está llevando a cabo mediante: primero, la separación de la financiación y la provisión de asistencia sanitaria; después, fragmentando la red sanitaria pública en multitud de microempresas con autonomía de gestión (consorcios, fundaciones, sociedades, empresas, etc.) y, después, permitiendo la presencia progresiva de los intereses económicos privados en las mismas.

Esta dinámica, en el ámbito de las propuestas neoliberales, lleva a una mercantilización de la asistencia sanitaria por la que la salud pasaría de ser un derecho a convertirse en una mercancía, con las consecuencias negativas que ello tiene para la atención a los problemas de salud de la población.

Palabras clave: Privatización. Aseguramiento. Prestaciones sanitarias.

Summary

The privatising assault on the health system. *The Government has mounted an offensive to privatise the*

National Health Service. This is not being done head-on but rather covertly and surreptitiously, undermining the basic principles of the existing health system.

This is taking shape in a number of fields, e.g. with the breakdown in insurance, the promotion of the private insurers, and the role of the mutual welfare societies in the controls on job incapacitation, limitations on benefits by ending the public financing of some drugs and, in particular, the privatisation of health care services.

This last aspect is being implemented first with the splitting of funding and health care provision, then by fragmenting the public health network into a multiplicity of small enterprises with management autonomy (consortiums, foundations, companies, other enterprises, etc.), eventually allowing private financial interests to enter them.

This dynamic, in the realm of neo-liberal principles, commercialises health care, converting health from a right into merchandise, with negative consequences for attention to the public's health problems.

Key words: *Privatisation. Insurance. Health Services.*

Résumé

L'offensive de privatisation sur le système sanitaire.

Il existe une offensive du Gouvernement pour la privatisation du Système National de Santé. Cette offensive qui a la particularité de ne pas se produire ouvertement, mais dans le silence et d'une façon dissimulée, porte atteinte aux principes fondamentaux du système sanitaire actuel.

Elle est matérialisée sur divers terrains. La rupture de l'assurance, en renforçant les assurances privées, et le rôle des mutuelles dans le contrôle de l'incapacité professionnelle; la limitation des prestations par l'exclusion de certains médicaments du financement public

et surtout, la privatisation de l'approvisionnement sanitaire.

Ce dernier élément est réalisé en premier lieu par le biais de la séparation du financement et de la prestation d'assistance sanitaire en fragmentant ensuite le réseau sanitaire public en une multitude de micro-entreprises, etc.) et en deuxième lieu en permettant la présence progressive d'intérêts économiques privés au sein de ces dernières.

Cette dynamique, dans le domaine des propositions néo-libérales amène une commercialisation de l'assistance sanitaire où la santé passerait d'être un droit à se transformer en une marchandise, avec toutes les répercussions négatives qui s'ensuivent sur le traitement des problèmes de santé des personnes.

Mots clés: *Privatisation. Assurance. Prestations sanitaires.*

Riassunto

L'offensiva per la privatizzazione del sistema sanitario. *Esiste un'offensiva dal Governo per la privatizzazione del Sistema Nazionale di Salute. Questa offensiva che ha la caratteristica di non prodursi frontalmente, ma in una forma silenziosa e dissimulata, sta scalzando i principi fondamentali dell'attuale sistema sanitario.*

Questo si concretizza in vari terreni. La rottura dell'assicurazione, potenziando le assicurazioni private, ed il ruolo delle mutue nel controllo dell'incapacità lavorativa; la limitazione delle prestazioni mediante l'esclusione di alcuni farmaci del finanziamento pubblico; e soprattutto la privatizzazione della previsione sanitaria.

Quest'ultimo aspetto viene realizzato mediante: primo la separazione dal finanziamento e dalla previsione d'assistenza sanitaria e frammentando la rete sanitaria pubblica in una moltitudine di microimprese con autonomia di gestione (consorzi, fondazioni, società, aziende, etc.) e permettendo successivamente in esse la presenza progressiva degli interessi economici privati. Questa dinamica, nell'ambito delle proposte neoliberali, porta a una commercializzazione dell'assistenza sanitaria per cui la salute passerebbe ad essere un diritto a convertirsi in un prodotto con le conseguenze negative implicite per l'attenzione ai problemi di salute per la popolazione.

Parole chiave: *Privatizzazione. Assicurazione. Prestazioni sanitarie.*

Introducción

Los últimos años estamos viviendo una ofensiva privatizadora en la Sanidad del Estado Español. Esta ofensiva, que no ha hecho sino comenzar, supone el más serio intento de desmantelamiento de nuestro sistema sanitario realizado en los últimos 50 años. Un análisis, por breve que éste pretenda ser, de los problemas que enfrenta el sistema sanitario español ante el próximo siglo, precisa de su enmarque en las políticas económicas y en las tendencias sanitarias que ahora se desarrollan a escala del Estado español y a nivel internacional. Por supuesto, no es posible en este artículo realizar dicha tarea en profundidad.

El marco ideológico y el económico

La ofensiva del neoliberalismo se sustenta de una manera muy importante en la penetración de unas nuevas referencias ideológicas que pretenden conseguir una hegemonía, no sólo política y económica sino, además, intelectual, consciente de que para su mantenimiento precisa de una base social suficiente, convencida e identificada con su proyecto de sociedad. Algunas de estas referencias han sido el llamado "fin de la historia", el "darwinismo social", las teorías del "adelgazamiento del Estado" y el "pensamiento único". Todas ellas fomentan el individualismo frente a la solidaridad y la comunidad.

El marco económico se ha centrado en políticas de privatización del sector público, disminución del gasto público, desmantelamiento del Estado del Bienestar y la desregulación de la economía y la vida social avanzando en la desregulación de la economía, lo que ha favorecido un incremento del paro, de la economía sumergida y del subempleo¹. El aumento de la beneficencia ha sido una de las respuestas ante el notable empeoramiento de las condiciones de vida de los sectores económicamente más débiles y la necesidad de mantener un mínimo de cohesión social (crecimiento de organizaciones informales y no gubernamentales, de voluntariado, etc.). Si bien es obvio que en estas entidades subyace un principio solidario de intentar ayudar a las personas con más necesidades, también debería serlo que, por su mediación, se están traspasando labores que deberían correr a cargo del Estado a entidades particulares, y que se está transformando lo que eran derechos en objeto de caridad y/o compasión, con lo que esto supone de retroceso en la configuración de la sociedad.

El retroceso de los planteamientos neoliberales. La prueba de la práctica

Según los teóricos de la globalización y el pensamiento único, todo debían ser éxitos y parabienes. No obstante, la prueba de la práctica está demostrando cosas muy distintas. Bien porque los ciudadanos son más reuñentes de lo que deberían en aceptar las bondades de los nuevos profetas, bien porque éstos están más cerca del voluntarismo que de la realidad, lo cierto es que se ha producido de manera casi generalizada un cierto retroceso en las políticas neoliberales, no tanto en su entorno ideológico como en su plasmación en actuaciones concretas, que han tenido que atemperarse ante las resistencias que han encontrado.

La expansión económica que viven los países desarrollados choca con los problemas de subdesarrollo permanente en que vive la mayoría del planeta y la profunda crisis de los países que adoptaron los modelos del neoliberalismo “puro”, y en Europa se ha producido un retroceso en las actuaciones más impopulares del neoliberalismo “puro y duro” y un ascenso político de la socialdemocracia. En Asia, los llamados “tigres” han fracasado y están sumidos en una profunda crisis, y es que el desarrollo basado en la desregulación y la ausencia de derechos sociales ha demostrado carecer de la necesaria cohesión social y consenso democrático como para poder ofrecer una sociedad estable, lo que también se ha visto en los países “ex-comunistas”. Por eso, el papel del Estado del Bienestar se ha desvelado crucial en el desarrollo económico y social, pues aunque quizás no permita unas ganancias tan importantes a corto plazo, sí consigue un desarrollo económico sostenido.

Las propuestas sanitarias del neoliberalismo

Las propuestas en el terreno sanitario del neoliberalismo son una aplicación práctica de las que hace en los ámbitos generales: desregular, privatizar y que los sujetos asuman sus propios problemas de salud, sacándolos de la órbita de la protección social². Estas propuestas se concretan en los países de Europa, en los que existe una amplia experiencia de servicios sanitarios públicos y de cobertura universal, en otras que sirven a manera de transición entre los sistemas actuales y los que se quiere alcanzar.

1. Incremento del gasto sanitario privado

La filosofía que soporta estas propuestas está en la aseveración de que cualquier servicio que es gratuito tiende a ser mal utilizado, “derrochado” por los ciudadanos, que carecen de conciencia de su coste y que favorecerán un incremento exponencial de la utilización innecesaria de los servicios sanitarios. Para “evitar” este fenómeno, se trataría de incrementar la “responsabilidad” de las personas en el acceso a los servicios sanitarios mediante el establecimiento de sistemas de precios que permitieran la autorregulación del mercado sanitario.

Básicamente, se han propuesto dos tipos de medidas: la exclusión de la financiación pública de algunas prestaciones, que correrían en su totalidad a cargo de los ciudadanos, y la imposición de tasas o mecanismos de copago para todas o parte de las prestaciones de los sistemas sanitarios.

El primer mecanismo se utilizaría mediante la definición de catálogos de prestaciones, más o menos restrictivos. El segundo mecanismo, las tasas y/o copagos, suponen el cobro a los usuarios de determinadas prestaciones del sistema sanitario en el momento del uso. Los resultados de la implantación de mecanismos de copagos son bien conocidos: fomentan la inequidad, penalizan a las personas más enfermas y/o con menos recursos económicos, dificultan el acceso a prestaciones necesarias para las personas con menos ingresos, y no disminuyen la demanda innecesaria en los sectores con economía saneada sino que, incluso, se ha señalado que podrían aumentarla^{3,4}.

2. Privatización del aseguramiento

Un segundo bloque de las propuestas neoliberales tiene que ver con la privatización del aseguramiento, que se plantea de maneras diversas, bien la gestión por parte de compañías privadas de los seguros que, en todo o en parte, son financiados con fondos públicos, bien el aseguramiento en entidades privadas, directamente favorecido por sistemas de desgravación fiscal. El objetivo último sería conseguir, como sucede en EE.UU., que las compañías de aseguramiento privadas fueran quienes controlen la mayoría del aseguramiento, dejando espacios residuales, en cantidad y en calidad, para la cobertura por el aseguramiento público (en el caso de EE.UU., el Medicare y el Medicaid).

Los problemas de estas propuestas son de dos tipos. El primero tiene que ver con la selección de los riesgos que hace que los mayores incentivos de cualquier compañía estén no tanto en la eficiencia de su funcionamiento como en conseguir la “expulsión” o la no admisión de los asegurados con mayores riesgos y, por lo tanto, no rentables para el seguro⁵. La presencia de

seguros públicos y privados en concurrencia produce el desplazamiento de los mayores riesgos hacia el sector público en detrimento de su rentabilidad, como se ha observado en el modelo MUFACE⁶.

El segundo problema es el incremento de los gastos de gestión y administración que son propios de estas entidades y que, o bien encarecen el coste de la atención sanitaria, o empobrecen los recursos disponibles para la misma.

3. Establecimiento de un mercado sanitario

Las propuestas que se centran en la creación de un mercado sanitario pivotan sobre el argumento de que los sistemas sanitarios públicos están excesivamente esclerotizados, favorecen los comportamientos oportunistas de las burocracias internas (sean gestores o profesionales), no tienen en cuenta las necesidades de los clientes (no es casual el desplazamiento de los términos desde el paciente, al usuario y luego al cliente) y, a la postre, son ineficientes.

Para evitar estos males se pretende implantar un mercado sanitario que, en teoría, favorecería la asignación eficiente de los recursos y dejaría en manos de los clientes, de sus preferencias, la potenciación y/o desaparición de los centros y servicios que se adecuen más a las necesidades. Es evidente que el paradigma del mercado sanitario (EE.UU.) demuestra que su aplicación práctica lleva al desastre⁷.

Los problemas del mercado sanitario han sido analizados múltiples veces, por lo que sólo haré un recuento de los mismos: asimetría de la información y relación de agencia de los profesionales de la salud (lo que hace ilusoria en la práctica la capacidad de los clientes-ciudadanos para decidir sobre la utilización de la mayoría de los servicios sanitarios); incertidumbre y variabilidad de la enfermedad (si los servicios sanitarios se dirigen sólo a la demanda presente, pueden carecer de respuesta a problemas infrecuentes y/o inesperados); externalidades (que hacen que, en ocasiones, el interés de las personas afectadas no sea el único a considerar a la hora de su asistencia, por ej., el caso de las enfermedades infecto-contagiosas); incremento de los gastos administrativos que se detraen de la asistencia; tendencia a la utilización innecesaria de la tecnología; incremento de la llamada "medicina de complacencia", etc. Por todos estos motivos se considera que el mercado y la competencia chocan con obstáculos muy importantes a la hora de su aplicación en el terreno sanitario^{8,9}.

Por otro lado, existen diversas versiones del mercado sanitario, básicamente el llamado mercado interno (dentro del propio sector público) y el mercado mixto (público-privado). Este último, que es el objetivo de los gobiernos conservadores, produce una transferencia de

capitales desde el sector público al privado merced a la necesidad que el primero tiene de asegurar la asistencia en todas las circunstancias y de todas las patologías¹⁰. El primer paso para la instauración del mercado sanitario es la puesta en marcha de la separación de la financiación y la provisión, que teóricamente permitiría una mayor eficiencia, una disminución del papel del Estado y una mayor descentralización de las decisiones y mayor capacidad de elección. Sin embargo, la experiencia, tanto en Gran Bretaña como en EE.UU., demuestra que, por contra, significa un incremento de los costes administrativos, un reforzamiento de las posiciones de poder de los tecnócratas, un debilitamiento del Estado del Bienestar y mayores trabas a la capacidad de elección real de los ciudadanos¹¹.

4. Privatización de la provisión

La consecuencia lógica de las anteriores propuestas es la privatización de la provisión de servicios sanitarios, que la ideología neoliberal pretende que son económicamente más eficientes que los servicios públicos. Este hecho contrasta con la experiencia en nuestro país y a nivel internacional, que ha sido incapaz de demostrar que la provisión de los servicios sanitarios por el sector privado, a iguales niveles de calidad y prestaciones, sea más eficiente.

5. La mercantilización de la salud

En el fondo de todos estos planteamientos, late una cuestión esencial como es la mercantilización de la salud. Se trata de un nuevo paradigma que no busca la consecución de la salud de la población y, por lo tanto, la realización de aquellas actuaciones que avancen hacia ella (asistencia sanitaria, prevención, promoción, rehabilitación), ni la autorresponsabilidad de la población sobre su propia salud, sino, por el contrario, la consecución de beneficios económicos con la asistencia sanitaria. Los efectos negativos de esta ideología son evidentes; para la población, porque verá preterida su atención a la consideración de la rentabilidad o no rentabilidad de ésta y, por lo tanto, favorecerá la creación de segmentos de población desatendidos (el caso de EE.UU. es ejemplificador), y para los profesionales de la salud, porque deteriora sus condiciones de trabajo, significará la presión de los gestores-aseguradores sobre su práctica profesional y producirá una profunda desmoralización y desmotivación en unas profesiones cuyo componente de altruismo y solidaridad es tan importante¹².

6. La experiencia internacional

La aplicación de estas propuestas a la práctica concreta de diversos países permite tener una visión más ajustada de los problemas que generan y de su capacidad para

resolver aquellas cuestiones cuya solución se suponía que era su razón de ser. Por supuesto, hacer un análisis pormenorizado de cada país y de cada caso concreto resulta imposible; por eso, voy a circunscribirme a algunos comentarios sobre los países que me parecen más significativos y/o cercanos al nuestro, no tanto en lo geográfico sino en las características del sistema sanitario. El caso de EE.UU. es bien conocido, y también es el modelo “puro” de funcionamiento del mercado, la competencia, así como el que tiene el mayor porcentaje de gasto privado de los de la OCDE (60%). Los resultados son muy esclarecedores, existe una cobertura muy limitada (37 millones de personas carecen de seguro y 50 millones más están subprotegidos), el gasto sanitario por persona y en relación al PIB es el mayor del mundo (supera el 14%) y hasta un 20% del gasto sanitario se dedica a costes administrativos⁷.

Otro ejemplo es el de los países “ex-comunistas”, a los que las recomendaciones del Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional llevaron al desmantelamiento de sistemas sanitarios basados en modelos del Servicio Nacional de Salud, hacia un modelo de seguros. El resultado ha sido una crisis gravísima de la situación sanitaria, con la quiebra de los seguros públicos, un empeoramiento de las condiciones de salud y asistenciales de la población y el retroceso de todos los indicadores de la salud.

Por fin, hay que hacer referencia a la experiencia en Gran Bretaña y los países nórdicos, experiencia que tiene un especial interés porque se trata de la introducción de modelos de competencia y mercado en servicios nacionales de salud de los países desarrollados, donde se han demostrado los fallos del mercado y la competencia a nivel práctico, y donde, en palabras de Saltman y Figueres en el Informe sobre las Reformas Sanitarias de Europa: “en la actualidad existe un importante movimiento de vuelta de las posiciones más radicales –incentivos de mercado– a la original de coordinación y cooperación planificadas del sector público”^{13,14}.

Las propuestas de la derecha para el sistema sanitario

A partir de las elecciones de 1995, con el triunfo del PP y su Gobierno apoyado por CiU, PNV y Coalición Canaria, por primera vez después de la transición hay en nuestro país un proyecto político de derechas hegemónico en el Estado y en la mayoría de las CCAA, y este hecho es de una importancia crucial.

El acuerdo parlamentario de diciembre de 1997 sobre “Consolidación y modernización del SNS”^{15,16} aprobado con sus votos, a pesar de sus vaguedades terminológicas,

señala con bastante claridad cuáles son las vías por las que pretende avanzar la derecha en el terreno sanitario. Sólo hacer referencia a algunas cuestiones centrales:

Ruptura del aseguramiento

El acuerdo abre la posibilidad de la ruptura del aseguramiento al señalar que se debe “precisar en el marco del aseguramiento público, el papel a desarrollar por las distintas entidades, especialmente por las actuales mutualidades administrativas, en la gestión y provisión del aseguramiento y la asistencia sanitaria, de acuerdo con la pluralidad de formas existentes”, lo que abre la puerta al papel de las aseguradoras privadas, con financiación pública, en la línea del modelo MUFACE, cuya puesta en funcionamiento tendría efectos devastadores para el SNS.

Financiación autonómica inadecuada

Los criterios de financiación autonómica que se expresan en el acuerdo, posteriormente desarrollados en el Consejo de Política Fiscal y Financiera, suponen una clara discriminación entre las CCAA, a las que se financia no en razón de sus necesidades de salud, sino de la población y de su capacidad para tener infraestructuras previas y peso político¹⁷.

Aumento del gasto sanitario privado

El acuerdo señala la posibilidad de poner en marcha sistemas de tasas y/o copagos en determinadas áreas (por ej., la asistencia sociosanitaria), así como el que las CCAA tengan capacidad de financiar determinadas prestaciones de manera aislada con cargo a sus presupuestos, lo que podría augurar una situación en la que exista un catálogo básico de prestaciones para todo el SNS y que las demás prestaciones no recogidas en él fueran financiadas por algunas CCAA o por los propios ciudadanos.

Creación de un mercado sanitario y privatización de la provisión

Se fomenta la separación de la financiación y provisión, la puesta en funcionamiento de los centros sanitarios como entidades autónomas y se favorece el papel de los centros privados en la provisión de los servicios sanitarios.

La aplicación práctica

1. Estrategia hacia los medios de comunicación

Una novedad muy importante en esta política ha sido la estrategia hacia los medios de comunicación que, al menos hasta ahora, ha tenido un gran éxito. En esencia, se trata de disfrazar debajo de bellas palabras y declara-

ciones genéricas altisonantes, contenidos que dicen exactamente lo contrario. Así, el acuerdo parlamentario lo es para la “consolidación y modernización del SNS”, el Plan Estratégico del INSALUD pretende “mejorar lo que es de todos”, se quiere “garantizar las prestaciones”, “atender las preferencias de los usuarios”, “potenciar el protagonismo de los profesionales”, etcétera.

Es un asunto de gran trascendencia, porque las propuestas que se hacen se realizan en torno a aspectos, en la mayoría de los casos, de gestión y organización del sistema sanitario y que, por lo tanto, sus resultados a medio y largo plazos pasan inadvertidos a la mayoría de la población, que sólo percibe el aspecto de *marketing* que promete mejoras, y no la letra pequeña, de cuyo contenido real sólo se da cuenta cuando tiene que utilizar los servicios del SNS. Esta estrategia, copiada de la utilizada por los conservadores británicos (recuérdese que la contrarreforma de la Sra. Thatcher se llamaba “trabajando para los pacientes”), permite a corto plazo generar una cortina de humo informativo que encubre los verdaderos objetivos y resultados de las medidas aplicadas¹².

2. Iniciativas sobre el aseguramiento

Los seguros sanitarios privados en nuestro país sufren un estancamiento importante desde hace unos diez años, y sobreviven, sobre todo, gracias al fenómeno MUFACE, ya que el número de pólizas permanece casi estable desde principios de los años 90.

La novedad fundamental al respecto aparece en el nuevo modelo de IRPF pactado entre CiU y el PP. En él, se señalan dos beneficios fundamentales para las aseguradoras privadas: el primero es la exención del 6% del impuesto que grava los demás seguros, lo que, si se repercute en los usuarios, abaratará las pólizas de seguros sanitarios y, caso contrario, generará un aumento de los beneficios empresariales. Pero, además, se plantea que la contratación colectiva de seguros por parte de las empresas deje de ser imputable a los trabajadores como rendimiento en especie y, además, que se considere gasto deducible para las empresas. Ambos fenómenos pretenden facilitar la expansión del seguro sanitario privado, que se hace a expensas de una disminución de la recaudación del Tesoro Público, con los problemas de liquidez que ello puede acarrear a medio y largo plazos¹⁸.

3. Iniciativas sobre las prestaciones

La limitación de las prestaciones es otra de las vías para incrementar la participación del sector privado en las provisiones de servicios, a la vez que se aumenta el gasto sanitario privado. Dos actuaciones concretas se han realizado al respecto:

3.1. El llamado “medicamentazo”

La eliminación de la financiación pública de un grupo de medicamentos supone traspasar a los ciudadanos una parte del gasto farmacéutico, lo que es más preocupante aún si se tiene en cuenta que estos medicamentos van a pasar a ser de precio libre. Parece que una política coherente desde el punto de vista del uso racional del medicamento, debe tender a financiar los productos de utilidad reconocida, y a excluir los otros del registro.

3.2. La gestión de la incapacidad transitoria

El traspaso a las mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social y al Instituto Nacional de la Seguridad Social del control de las bajas laborales supone una importante agresión a los derechos laborales de los trabajadores, ya que capacita a estas entidades, que tienen intereses económicos en la suspensión de las prestaciones por incapacidad transitoria, para decidir sobre la suspensión de las mismas, incluso contra el criterio de los médicos generales que han dado las bajas. Además, estas mutuas tienen capacidad para derivar a estos trabajadores para que sean atendidos en centros sanitarios privados, eso sí, costeados con fondos públicos, lo que, por otro lado, propicia la privatización de un segmento de la provisión sanitaria y permite el establecimiento de dos dispositivos asistenciales separados: uno para los trabajadores y otro para el resto de la población^{19,20}.

4. Iniciativas sobre la provisión de servicios

Es en este terreno donde se han realizado más avances desde hace más tiempo, y el que parece que es considerado más importante desde el propio Gobierno. Han existido diferencias en el tiempo, en los tipos y en la profundidad de las mismas, entre las distintas CCAA, pero voy a centrarme en las referentes a Galicia, por ser la CCAA con transferencias donde el PP lleva más tiempo gobernando el ámbito del INSALUD.

Galicia

Galicia es la CCAA donde hay mayor experiencia en las iniciativas privatizadoras y desreguladoras de la provisión de servicios sanitarios. Es, además, de especial importancia porque es donde realizaron sus primeras experiencias el actual equipo del Ministerio de Sanidad y del INSALUD. La persistencia de la política del PP en Galicia tiene la ventaja de que permite analizar los resultados con una cierta perspectiva y descubrir los problemas que generan estas experiencias²¹. En esencia, se han llevado a cabo tres tipos de actuaciones:

- Aumento de la provisión directamente privada (convenio de la clínica POVISA, etc.), mediante concier-

tos para la realización de determinadas actividades o para la atención de un área (POVISA).

- La creación de una sociedad anónima pública (MED-TEC), que pretende gestionar la alta tecnología en Galicia, rompiendo los servicios de los hospitales públicos, que ha creado un conflicto permanente con los profesionales de los centros donde se ha ubicado y ha incrementado la burocracia administrativa.
- La fundación de Verín es una de las “estrellas” de la gestión del equipo de Romay que, posteriormente, se ha exportado al área del INSALUD. Se basa en unas ratios de personal muy bajas y en un control muy estricto del gasto, que se logra, aparte de con la escasez de personal, con la selección de los pacientes y un control extremo de los gastos corrientes.

Todos estos temas han sido ampliamente desarrollados por la Asociación Defensa Sanidad Pública (ADSP) de Galicia, a cuyos estudios y publicaciones remito a quienes tengan interés por profundizar sobre el tema.

INSALUD

La importancia del área atendida por el INSALUD está tanto en su cobertura geográfica y poblacional (en torno al 48% de la población y 11 CCAA), como en su control directo por el Ministerio de Sanidad, por lo que ejemplifica la política del Gobierno. Las iniciativas adoptadas en su entorno han sido múltiples²¹, y quizás merezca la pena tratarlas en orden cronológico.

Fundaciones. Se han puesto en funcionamiento tres fundaciones (Manacor, Cieza y Alcorcón) y todavía no hay tiempo para evaluar sus resultados, que de todas maneras están siendo aireados por la propaganda oficial como excelentes. En términos generales, puede señalarse que practican ampliamente la selección de los riesgos (derivación hacia otros hospitales de las patologías más complejas); externalizan una parte de sus servicios (el hospital de Manacor carece de laboratorio de análisis clínicos, que está subcontratado con una empresa privada); tienen un personal reducido (en torno a 0,6 personas/cama menos que la red hospitalaria normalizada); que los horarios de los profesionales son mucho más amplios, que la selección de personal ha estado plagada de irregularidades y que carecen de mecanismos de participación y control profesional y social. Existe también una amplia polémica sobre su capacidad legal de escapar a la legislación sobre contratos del Estado y a su control público. En la Ley de Acompañamiento de los Presupuestos de 1999 (Ley 50/98) se incluye un artículo (111) que permite la conversión de todos los centros sanitarios públicos, no sólo los hospitales, en fundacio-

nes sanitarias públicas. Esta nueva figura tiene, además, la novedad de que permite a estas fundaciones la enajenación de su patrimonio (que, como es sabido, procede de fondos de la Seguridad Social).

Cambios en la titularidad/gestión de algunos centros hospitalarios. La estrategia del INSALUD ha sido también la de fomentar iniciativas puntuales en aquellos centros sanitarios en los que era de prever, acertada o equivocadamente, que existía una posibilidad de poner en marcha alguna experiencia de cambios en la titularidad/gestión al amparo de la Ley 15/97.

Así, se ha intentado en el Hospital de la Princesa, de Madrid, en el que se pretendía poner en marcha un Consorcio (aprovechando la circunstancia de que es un centro sobre el que tienen participación el INSALUD y la Comunidad de Madrid), proyecto éste que se ha visto frenado por la fuerte oposición de los profesionales. Otros casos son los de los hospitales Morales Meseguer, de Murcia, y Puerta de Hierro, de Madrid, en los que se han planteado cambios que todavía no se han llevado a la práctica.

Plan Estratégico del INSALUD. El Plan Estratégico (PE)^{23,24} supone la concreción de la política privatizadora y desreguladora del PP. Sus objetivos son:

- *Creación de un mercado sanitario “regulado”,* que en realidad no lo es, ya que se propone un mercado abierto entre lo público y lo privado, incluso desde los equipos de atención primaria (EAP).
- *La separación de las funciones de compra y provisión.* Congruentemente y como no se plantea, de momento, el pago por los usuarios, se propugna la separación de las funciones de compra y provisión; medida ésta que aumenta la burocracia del sistema y, por lo tanto, los gastos administrativos, así como el poder de los organismos intermedios de compra.
- *La fragmentación de la red sanitaria.* El PE pretende que cada centro asistencial (hospital o centro de salud) tenga una personalidad jurídica diferenciada y se atisban algunos indicios de que se plantea, además, poner su gestión en manos privadas. En el caso de los centros de salud lo señala explícitamente como una alternativa, mediante la creación de sociedades médicas bajo la fórmula de “cooperativas u otras”.
- *Recursos humanos.* Sólo señalar algunas cuestiones: se centra en los médicos y se margina al resto de los profesionales; se establecen incentivos perversos que van a perjudicar las prestaciones asistenciales que reciben los ciudadanos al basarse sobre el ahorro (farmacia, pruebas diagnósticas y derivaciones a especialistas, etc.); se empeoran notablemente las

condiciones de trabajo de los profesionales, por la presión hacia las disminuciones de las plantillas, precarización del empleo y empeoramiento de las condiciones de trabajo.

Los institutos clínicos. El INSALUD ha puesto en marcha recientemente proyectos de formación de institutos clínicos dentro de seis grandes hospitales. Estos institutos, aunque pretenden acogerse a un aumento de la autonomía de gestión, en realidad prefiguran microempresas dentro de los centros hospitalarios, con personalidad jurídica propia (que todavía no se ha alcanzado al seguir vigente el RD 521/87), gestionados de manera autónoma por un equipo directivo formado, fundamentalmente, por los jefes de servicio y cuya privatización posterior parece una meta a alcanzar. Por otro lado, suponen la ruptura de los hospitales como marco de trabajo y de cooperación de los profesionales, incrementan la carga burocrática y favorecen la selección de riesgos.

5. Iniciativas sobre los profesionales sanitarios

La principal iniciativa sobre los profesionales sanitarios está en el Proyecto de Estatuto Marco presentado por el Grupo de Trabajo del Consejo Interterritorial de Salud^{25,26}, del que ya hay un segundo borrador. Las críticas al mismo han sido unánimes desde todo el espectro profesional y sindical, y es que se pretende un empeoramiento de las condiciones de los profesionales sanitarios, dando un peso excesivo a los gerentes, que tendrían una capacidad sancionadora desorbitada, incrementa el número de modalidades de contratación, plantea acabar con la estabilidad en el empleo, así como unos planes de reducción de plantillas que imposibilita la identificación de los trabajadores con la empresa y el desarrollo de estrategias de mejora de la calidad; diseña una política salarial basada en complementos variables excesivos que condicionan la independencia en la actuación de los profesionales de la salud en aras a imponerles políticas economicistas y, por fin, no contempla la carrera profesional que debería ser el instrumento para incentivar y favorecer la orientación de los profesionales hacia la mejora de la calidad, eficacia y eficiencia del SNS.

Un último aspecto es la desaparición de la dedicación exclusiva como un concepto central del funcionamiento del sistema sanitario, lo que permite la colusión de intereses y el parasitismo del sector público por parte del privado, negando en la práctica cualquier funcionamiento de competencia y mercado. Curiosamente, ha sido en 1997 cuando en Italia se ha puesto en marcha la dedicación exclusiva de los médicos al sistema sanitario público.

6. Una estrategia a largo plazo

La estrategia del PP respecto al sistema sanitario tiene algunas peculiaridades que merece la pena resaltar. La primera es que se produce de una manera silente y enmascarada. No hay más que leer las declaraciones de los altos cargos del PP (sea el ministro, los consejeros de las CCAA o el presidente del INSALUD) para ver que el objetivo principal es el de “reforzar” la sanidad pública, “consolidar” el SNS y que todas las iniciativas no pretenden sino “modernizar” y hacer más viable un sistema sanitario que, dejado a sus tendencias actuales, está abocado a un fracaso a corto o medio plazo. Claro está que estas afirmaciones chocan de manera frontal con la consideración internacional que tiene nuestro sistema sanitario, que es estimado entre los mejores del mundo, también con los propios informes de la actual Administración que asegura haber mejorado sustancialmente su funcionamiento (utilizando ahora que no puede culpar a sus antecesores el mismo estilo propagandístico para valorar los resultados de su gestión) y, por fin, con la apreciación de los ciudadanos que lo valoran positivamente en todas las encuestas.

La segunda es que la estrategia de cambios se encuentra en la “letra pequeña” de los documentos, y siempre en términos ambiguos y edulcorados (en esto hay que reconocer que suelen salvarse los representantes de CiU y de la Generalitat, que tienen la costumbre de llamar a las cosas por su nombre y recibir de inmediato el desmentido del Ministerio de Sanidad). Por ello, los proyectos reales del Gobierno suelen pasar inadvertidos para la mayoría de la población y los profesionales sanitarios, que sólo se dan cuenta de ellos en el momento en que se plasman en acciones concretas.

La tercera es que, por primera vez, nos encontramos ante un plan preestablecido para privatizar el Sistema Nacional de Salud, en el que las distintas iniciativas no son sino la concreción del mismo, y cuyo encaje en un proyecto global escapa fácilmente de la percepción de quienes viven cada problema concreto. Se trata de un *puzzle*, un rompecabezas en el que todas las piezas encajan, pero cuyo diseño final está en las intenciones de quienes lo proyectan, y por lo tanto resulta difícil de comprender desde la perspectiva de quienes carecen de ese conocimiento del plan general, que sólo perciben actuaciones concretas, aparentemente inconexas, y no muy relevantes. La configuración de este escenario es tachada de “alarmista” por los responsables de la Administración sanitaria, y vista con cierto escepticismo por quienes no se ven afectados por las acciones concretas. Sólo cuando se haya logrado cambiar la situación en un número significativo de centros, aparecerán de manera evidente sus efectos más nocivos y, entonces, la posibilidad de retorno será más difícil y complicada.

Sin embargo, parece claro que la intención del Gobierno está en desregular la red sanitaria pública, trocearla en pequeñas miniempresas autónomas (por centros sanitarios e incluso, como en el caso de los institutos, por unidades y/o servicios), decantando lo que es potencialmente rentable desde la óptica privada para, en un segundo momento, ir privatizando la provisión de servicios por parcelas, y cuando esta privatización adquiera un dintel suficiente, en cuanto a la extensión y profundidad, pasar a la ruptura del aseguramiento y su privatización. Es evidente que la distinta postura de CiU, que pretende abrir ya el aseguramiento, tiene que ver con las características de la sanidad en Cataluña, donde la red privada (al contrario de lo que sucede en el resto del Estado Español), tiene ya suficiente entidad, en extensión y en capacidad, para hacerse cargo de la provisión de servicios sanitarios de un sector mayoritario de la población.

En suma, la política del Partido Popular se trata de la más seria agresión que ha sufrido la Sanidad Pública en nuestro país en los últimos 20 años, ya que pretende una profunda privatización del sistema sanitario público que, consciente de su imposibilidad de realización a corto plazo, se centra en introducir en el mismo elementos que lo desregularicen y distorsionen, confiando en que, a medio o largo plazo, éstos signifiquen modificaciones profundas que supongan un punto de difícil o imposible retorno.

Los problemas de la gestión sanitaria

En el trasfondo de estas actuaciones, y como su principal soporte ideológico, están los problemas que plantea la gestión sanitaria y las dificultades que existen para darles una respuesta adecuada. Hay un acuerdo generalizado de que la eficacia y eficiencia de los centros sanitarios son claramente mejorables y que con los recursos actuales podrían lograrse unos resultados netamente mejores, si bien es cierto que se trata de una percepción que, aunque hay estudios de centros concretos que así lo señalan, no está basada en datos contrastados a nivel general.

Por otro lado, es conocido que las cifras “macro” de nuestro sistema sanitario son, en general, buenas: gasto sanitario moderado en relación con el PIB, cobertura prácticamente universal, buenos indicadores de salud, calidad media elevada de las prestaciones, buenos resultados en las actuaciones que incorporan tecnologías avanzadas, buena satisfacción de los usuarios del sistema, etc. Es decir, nos movemos en un entorno bastante homologable (en la parte alta de la banda), en cuanto a

resultados, a los demás países de la Unión Europea, con los principales problemas (según los detractores del sistema) de la mala imagen entre la población no usuaria del sistema sanitario público (que, por cierto, ha mejorado últimamente) y de las listas de espera (que, si hemos de creer a los responsables de la Administración actual, es un problema resuelto en un plazo breve de tiempo). Sigue estando abierta la interrogante de si es posible una mejora de la salud de la población con los medios disponibles y el cómo abordarla. De ahí viene la aparición de un sinnúmero de expertos en gestión y de numerosos tratados al respecto, que contrastan con la poca capacidad de resolución de los problemas que han demostrado los mismos.

Hasta ahora, los expertos en gestión han devenido en propuestas de tipo económico-organizativo (separación de provisión y financiación; autonomía empresarial de los centros; establecimiento de sistemas de mercado más o menos abiertos o regulados; potenciación de los incentivos económicos; políticas de personal más restrictivas en cuanto al número y las condiciones de trabajo), y algún intento, más teórico que real, de implicar a los profesionales en la gestión de los recursos, así como la conocida cantinela de la “calidad total” que más bien parece destinada a un encubrimiento de la realidad²⁷.

La participación de profesionales y usuarios ha quedado desechada, en este entorno de corte más bien economicista y de fuerte componente jerárquico. El trabajo en equipo, la cooperación y colaboración profesionales, a nivel de centro o entre los dos niveles asistenciales, tampoco han tenido gran consideración. Por contra, se ha hipertrofiado el área de gestión-administración de los centros y empiezan a producirse intromisiones de las gerencias sobre los criterios de actuación profesionales, que en los nuevos modelos de gestión ponen en peligro el propio empleo.

No debe olvidarse tampoco el potencial “atractivo” de estas propuestas de “gestión” sobre un sector nada reducido de los profesionales sanitarios, atractivo que se basa en varios hechos: el pragmatismo dominante que pretende que lo importante son los medios y que éstos no condicionan el fin (recuérdese aquello de “gato negro o gato blanco, lo importante es que cace ratones”); la ausencia de una visión en perspectiva de lo que suponen las transformaciones que se propugnan para el funcionamiento del sistema sanitario en su conjunto; y, por fin, los incentivos económicos que se prometen, que hacen que muchos se olviden de que sólo serán alcanzados por unos pocos, y eso a costa de un empeoramiento importante de la mayoría.

En España, no se ha podido demostrar hasta ahora que los centros sanitarios privados, o la utilización de los

llamados “nuevos modelos de gestión” (fundaciones, empresas, consorcios, etc.), hayan tenido capacidad de conseguir unas prestaciones sanitarias de manera más eficiente a iguales criterios de calidad, eficacia y cobertura. Es más, la única CCAA, Cataluña, que tiene generalizados estos modelos de gestión, en la que son predominantes, tiene el mayor gasto sanitario *per cápita*, genera déficit continuos y no da prestaciones de mayor calidad ni tiene menos listas de espera ni más satisfacción de la población que en las demás CCAA. Resulta, por lo tanto, paradójico que con la excusa de la eficiencia se intente generalizar un sistema que se ha demostrado que no lo es.

Parece claro que es posible, manteniendo el control y la titularidad pública de los centros, el conseguir una mejor utilización de recursos que, sin fomentar la competencia y el economicismo, favorezca una mejora de la calidad de las prestaciones asistenciales y una mayor participación de profesionales y usuarios en la consecución de los objetivos de la salud²⁸.

La respuesta social

¿Cuál ha sido la respuesta social ante las agresiones a la Sanidad Pública? La verdad es que bastante modesta y parcelada. Hay una cuestión de fondo, y es que la percepción que se tiene del sistema sanitario, de sus problemas y el aprecio que le tiene la población, está bastante mediatizado por el hecho de ser o no usuarios del mismo. Por otro lado, la mayoría de las actuaciones del PP se han realizado en los aspectos de gestión y organización, que no tienen de manera inmediata repercusiones sobre los usuarios.

Dos hechos son importantes a la hora de medir la respuesta social frente a estas políticas privatizadoras. El primero es la creación de las plataformas para la defensa y mejora de la sanidad pública en, prácticamente, todos los puntos del Estado español, que han tenido su mayor protagonismo público en la respuesta frente al “medicamentazo”.

El segundo es la experiencia de Galicia. Bien sea porque se trata de la CCAA con transferencias donde hay una mayor experiencia de gobiernos del PP, porque es en ella donde se han iniciado la mayoría de las experiencias de desregulación del sistema sanitario público, o porque haya una mayor conciencia y capacidad de movilización social, el caso es que en Galicia ha sido donde nacieron las primeras plataformas, también donde se han realizado mayores movilizaciones sociales contra las iniciativas en el terreno de la gestión (MEDTEC, etc.), y donde ha habido una fuerte respuesta profesional a las agresiones a la Sanidad Pública. Actualmente, existe una iniciativa popular para presen-

tar en el Parlamento Gallego un proyecto de Ley de Ordenación Sanitaria que asegure la gestión y la provisión sanitarias públicas.

Los retos para el futuro

La situación en que se encuentra nuestro sistema sanitario es problemática y precisa de respuestas reflexivas, contundentes y, a ser posible, unitarias, de las organizaciones y sectores sociales que se enmarcan en lo que se llama “izquierda sociológica”.

Estas actuaciones deberían dotarse de un programa sanitario capaz de ofrecer alternativas a los problemas pendientes y, a la vez, reforzar el funcionamiento del Sistema Sanitario Público, programa que tiene interés no tanto en su carácter formal de acuerdo explícito, como en cuanto asunción generalizada de unas propuestas comunes por las distintas organizaciones.

Un segundo aspecto tiene que ver con la creación, desarrollo y potenciación de las plataformas para la defensa y mejora de la sanidad pública, que deben cumplir un papel central en la profundización de la respuesta social a las iniciativas privatizadoras. Pero tampoco hay que olvidar el sector profesional, que es, al menos en principio, el que va a vivir de una manera más directa las agresiones que suponen las iniciativas desreguladoras en la provisión de los servicios y que, por el momento, carece de una articulación suficiente, tanto sindical como profesional.

El momento exige respuestas contundentes, pues lo que está en juego es el mejor sistema sanitario que ha tenido nuestro país en toda su historia.

Bibliografía

1. Ormerod P. Por una nueva economía. Barcelona: Anagrama; 1994.
2. Navarro V. Whose globalization? American Jr of Public Health 1998;88:742-743.
3. San José P. Definición de las prestaciones sanitarias. Problemática y perspectiva en los países desarrollados. Todo Hospital 1994;112:11-25.
4. Russel E, Elola J, Navarro V. Gasto compartido por el usuario en la asistencia sanitaria. Salud 2000 1996;58:17-21.
5. Ibern P. La distribución de los costes sanitarios per cápita y el control del riesgo. Salud 2000 1995;52:15-19.
6. Pellise L. Regulación de la competencia en el sistema sanitario de seguros español. Captación y selección de riesgo en el modelo MUFACE. En: Política de gestión sanitaria. La agencia explícita. Barcelona: SG Editores; 1996.
7. Larizgoitia I, Márkez I. Crisis del sistema sanitario de EE.UU.: actualidad y propuestas de cambio. Salud 2000 1995;50:11-17.
8. F.A.D.S.P. La estrategia privatizadora en sanidad. Salud 2000 1996;58:10-16.
9. Sánchez Bayle M, ed. El sistema sanitario en España. Evolución, situación actual, problemas y perspectivas. Madrid: Los libros de la Catarata; 1996.

10. Saltman RB, Otter C. Public competition versus mixed markets. *Health Policy* 1989;11:43-45.
11. Navarro V. El debate sobre la separación entre las funciones de financiación y provisión de los servicios en el estado del bienestar y su relevancia en España. *Salud 2000* 1996;55:5-11.
12. Sánchez Bayle M. Hacia el estado del malestar: Madrid: Los libros de la Catarata; 1999.
13. Saltman RG, Figueres JM. Reformas sanitarias en Europa. Análisis de las estrategias actuales. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 1997.
14. The New NHS. London, 1997.
15. Acuerdo para la consolidación y modernización del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 1998.
16. Sánchez Bayle M. La contrarreforma sanitaria. *Revista de Administración Sanitaria* 1998;5:51-61.
17. Consejo de Política Fiscal y Financiera: Financiación de los servicios de salud en el período 1998-2001.
18. Benito M. Al seguro de salud le gusta el nuevo IRPF. *El País*, suppl Negocios, 12/7/1998.
19. González Hierro M. Bajas laborales y mutuas: un ensayo para la ruptura del SNS público. *Salud 2000* 1997;64:4-6.
20. Fernández Segura JM. Financiación sanitaria, faude, privatización y bajas laborales. *Salud 2000* 1998;67:8-9.
21. Martín García M. Los cuestionables éxitos de la política sanitaria gallega. *Salud 2000* 1997;61:8-15.
22. RC. La gestión obsesiona al INSALUD. *El País*, suppl Negocios, 26/6/1998.
23. Plan Estratégico del INSALUD. Madrid: INSALUD 1998.
24. Sánchez Bayle M. Privatizando lo que es de todos. Análisis crítico del Plan Estratégico del INSALUD. *Revista de Administración Sanitaria* 1998;7:29-38.
25. Grupo de trabajo de la comisión de gestión del Consejo Interterritorial del SNS: Borrador para un Estatuto-Marco del personal estatutario de los servicios de salud. Madrid, 1998.
26. Martín García M. Análisis del borrador para un estatuto marco. *Salud 2000* 1998;67:25-26.
27. Llano Señaris V, Ortún V, Martín JM, Gene J (eds). Gestión sanitaria. Innovaciones y desafíos. Brcelona: Masson; 1997.
28. González-Gay García JM. Gestión de los servicios hospitalarios del SAS. Una propuesta de mejora. *Todo Hospital* 1998;146:258-266.