

España: Grandes retrocesos en el Sistema Sanitario con algunas expectativas de mejora.

Espanha: Grandes retrocessos no Sistema Sanitário com algumas expectativas de melhora.

Spain: Big setbacks in the Health Care System with some improvement expectations.

Sergio Fernández RUIZ¹
Marciano Sánchez BAYLE¹

RESUMEN: España esta viviendo un proceso de contrarreforma sanitaria que tiene sus aspectos económicos (recortes de los presupuestos sanitarios públicos) de deterioro en los recursos (disminución muy importante de los trabajadores sanitarios), de privatizaciones (que abarcan todos los aspectos desde la provisión sanitaria a la investigación y la formación) y de exclusiones del acceso a la atención sanitaria (el RDL 16/2012 que cambia un modelo universal por otro de seguros con lo que deja a numerosos colectivos sin atención sanitaria y que implanta copagos que impiden el acceso a prestaciones sanitarias). En esta situación se produjo un amplio rechazo social y profesional que consiguió paralizar en parte estas agresiones. Los cambios producidos en las últimas elecciones abren algunas expectativas de recuperación.

Palabras clave: Reforma de la atención sanitaria; Defensa de la Salud; Privatizaciones

RESUMO: A Espanha está vivendo um processo de contra-reforma sanitária que tem seus aspectos econômicos (cortes nos orçamentos de saúde pública) redução de recursos humanos (diminuição muito significativa de trabalhadores da saúde), a privatização (que abrange os serviços de saúde, a investigação e a formação) e exclusão do acesso aos cuidados de saúde (RDL 16/2012 que altera um modelo universal para outro seguro que deixa muitos grupos sem cuidados de saúde e co-participação de acesso impedem implantado aos serviços de saúde). Nesta situação havia uma ampla rejeição social e profissional, em parte, capaz de paralisar esses ataques. Mudanças nas últimas eleições trazem algumas expectativas de recuperação.

Palavras chave: Reforma da atenção sanitária; Defesa da saúde; Privatizações

SUMMARY: Spain is experiencing a counter healthcare reform process based in reasons economics

¹ Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública España. FADSP
c/ Arroyo de la Media Legua 29, local 49. 28030 Madrid (España). E-mail: fadspu@gmail.com

(cuts in public health budgets) deterioration in resources (highly significant reductions in health care workers), privatization (covering all aspects from health provision to the research and training) and exclusion from access to healthcare (The RDL 16/2012 a change a universal model to other of insurances, which leaves many groups without healthcare, and implanted copayments prevent access to health services). In this situation there was a broad social and professional repulse, achieving partly paralyze these attacks. Changes in the last elections bring some recovery expectations.

Keywords: Healthcare reform; Health Defense; Privatizations

INTRODUCCIÓN

España es uno de los países de la Unión Europea que ha sufrido de una manera más dura los procesos impuestos por las políticas neoliberales, especialmente a partir del rescate bancario que supuso en la práctica la intervención de la política económica por la conocida como “troika” (Comisión Europea, Banco Europeo y FMI) y que en el terreno sanitario se han concretado en recortes, deterioro, desmantelamiento y privatización del sistema sanitario.

Los recortes

Los recortes económicos han sido muy importantes y comenzaron en 2009, aunque alcanzaron su máxima intensidad en 2012. Como suele ser habitual en España resulta difícil su exacta cuantificación aunque es obvio que en 2009 se alcanzó el mayor presupuesto sanitario público (de todas las administraciones pública) con un total de 70.464 millones €¹ y que ha ido disminuyendo cada año desde entonces. El total del recorte hasta 2014 oscila según las fuentes entre 13.000 y 21.000 millones €. Con todo y dada la peculiaridad española de que los presupuestos sanitarios son decididos por las Comunidades Autónomas (CCAA), este recorte ha sido muy diferente dependiendo de cada una de ellas. Así en 2013 el presupuesto sanitario de las CCAA por habitante había disminuido desde 2009 en un 20,3% de promedio con una variación que oscilaba entre el -7,9% en Cantabria y el -28,5% en Castilla la Mancha².

La cuantificación de los recortes resulta tan complicada por el sistemático secuestro de los datos por parte de las administraciones sanitarias, a pesar de que recientemente se ha aprobado una denominada “Ley de Transparencia”³ que en nada ha aumentado el acceso del público a los datos de financiación y funcionamiento del sistema sanitario público, ausencia de transparencia que alcanza también a los organismos internacionales, como puede observarse por ejemplo en el último informe de la OCDE (OECD Health Statistics 2015) los datos de España se refieren a 2012 (los mismos que ya aparecían en el Informe de 2014), cuando la mayoría de los países incluyen datos de 2013 y algunos incluso de 2014⁴.

El correlato de estos recortes se ha vivido especialmente en el empleo de los trabajadores del Sistema Nacional de Salud (SNS) que ha sufrido una drástica disminución. Aunque el hecho es reconocido por todas las partes, los datos concretos continúan siendo una incógnita salvo para Tempus, actas de saúde colet, Brasília, 10(1), 59-73, mar, 2016.

los responsables de la administración sanitaria. Como ejemplo algunos datos, para el Instituto Nacional de Estadística hay 45.000 trabajadores menos en el sector sanitario público, el Ministerio de Empleo en noviembre de 2013 señala que hay 164.280 trabajadores menos en el sector sanitario y sociosanitario (público y privado) respecto a 2012, y un Informe de Comisiones Obreras refiere que la disminución de trabajadores de la Sanidad Pública alcanza los 55.000⁵.

Los efectos de estos recortes pueden resumirse en cierres de camas hospitalarias, cierres de quirófanos, consultas, puntos de atención continuada, etc, no cobertura de jubilaciones, bajas y suplencias. Y al final se produce un deterioro de las condiciones de trabajo con jornadas laborales de más horas, menos retribución, más carga de trabajo, más precariedad. Todo ello aumenta la presión asistencial lo que acaba suponiendo deterioro calidad, aumento estrés, errores y accidentes laborales⁶.

Retrosceso el acceso universal a la Sanidad Pública

España era un país que tenía un Sistema Nacional de Salud que garantizaba el acceso a las prestaciones asistenciales basándose en la ciudadanía y en el que la universalización del derecho a la atención sanitaria era un hecho especialmente desde la aprobación de la Ley General de Salud Pública (2011) que ampliaba la cobertura recogida en la Ley General de Sanidad (1986) y que en ese momento alcanzaba a un 99% de la población^{7,8}.

La llegada al gobierno del Partido Popular (PP) cambio radicalmente esta situación con la aprobación del Real Decreto Ley (RDL) 16/2012⁹. El RDL plantea un cambio del modelo sanitario que de estar basado en la ciudadanía y tener carácter universal (Ley General de Sanidad y Ley General de Salud Pública) (LGS 1986, LGSP 2011), pasa a centrarse en la condición de asegurado. De ello se derivan exclusiones de colectivos:

- Las personas con ingresos superiores a 100.000 € anuales;
- Los inmigrantes no regularizados;
- Los extranjeros con estancias temporales en España;
- Los mayores de 26 años que no han cotizado a la Seguridad Social, posteriormente mediante orden ministerial se les asegura cobertura como “sin recursos” si tienen rentas inferiores a 100.000 € anuales;
- Más recientemente se ha añadido la exclusión de quienes vivan durante más de 90 días fuera de España;
- En teoría para cubrir a las personas excluidas de la cobertura se establecieron unos convenios especiales (con precios prohibitivos para el colectivo mas necesitado, es decir los inmigrantes

irregulares) que como era de esperar han tenido escasísimo éxito¹⁰.

Los resultados han sido especialmente graves en el colectivo de inmigrantes no regularizados (hay al menos tres muertes documentadas) y se desconoce el número real de personas que han visto agravada seriamente su salud. El número de personas con problemas por estancias prolongadas en el exterior (básicamente en busca de trabajo) no se conoce. La normativa referente a los extranjeros con obligación de pago existía previamente al RDL y los ingresos por este concepto no parece que hayan sido relevantes en comparación con los que existían previamente, en todo caso se deben a una mayor diligencia de las CCAA en el cobro que no a los efectos de esta normativa.

Es importante resaltar que, aunque se ha paralizado en sus aplicaciones más lesivas, es evidente que la intencionalidad de este cambio es avanzar progresivamente hacia un modelo de seguros, lo que supondría un aumento del gasto sanitario y de las desigualdades en el acceso, tal y como demuestra la experiencia internacional (el caso más reciente es el de Holanda)¹¹. También que el Tribunal Constitucional ya ha avalado en 2 casos (recursos a la normativa del País Vasco y Navarra) la paralización de la aplicación en estos territorios de la exclusión a los inmigrantes no regularizados, y que varias CCAA más han realizado normativas propias para garantizar en todo o en parte la atención sanitaria. Aunque no se conocen bien, por motivos obvios (su situación de irregulares les hace que procuren ser poco “visibles”) los efectos sobre la salud para los excluidos han sido estudiados por varias organizaciones sociales y profesionales y se conoce que hay al menos 3 muertes debidas a esta exclusión, y se han producido además muchos casos de desatención, a más de algunas situaciones en las que ni siquiera se ha aplicado la normativa vigente (niños no atendidos, problemas en urgencias, etc), y una gran variabilidad en su aplicación dependiendo del centro y la persona concreta (es decir una gran arbitrariedad concreta). En conclusión se ha generado más desigualdad, ningún ahorro y problemas muy graves para algunas personas.

EL RDL establecía también cambios en la cartera de servicios, fraccionándola en una cartera básica que sería gratuita y sujeta a revisión y otras dos complementaria y suplementaria, sujetas a copagos. Hasta el presente la cartera básica ha sufrido pocas modificaciones y estas lo han sido fundamentalmente respondiendo a criterios ideológicos (la exclusión de las parejas homosexuales o las mujeres sin pareja de la reproducción asistida) y no sanitarios ni económicos ni mucho menos lógicos (España es uno de los países del mundo con menor tasa de natalidad).

El otro gran efecto del RDL sobre la accesibilidad sanitaria ha sido la instauración de nuevos copagos y aumento de los ya existentes. Se establecen copagos sobre transporte sanitario, dietas, ortesis y prótesis y se incrementa el copago farmacéutico (aumento del 40 al 50% en los considerados “activos” e instauración en los pensionistas hasta ahora exentos). Una parte importante de los copagos no se han llevado a cabo a pesar de seguir vigentes debido a la amplia contestación social (transporte, dietas, ortesis, prótesis y medicamentos dispensados en las farmacias hospitalarias), pero si se han aplicado los que respectan a los medicamentos mediante recetas dispensados por las oficinas de farmacia.

Los resultados a pesar de que no se ha realizado un seguimiento ni por el Ministerio de Sanidad ni por las Comunidades Autónomas (CCAA, especie de regiones/estados con amplias competencias en Sanidad) es que ha habido un porcentaje de recetas prescritas que no se retiran por motivos económicos. Las distintas encuestas así lo señalan, por ejemplo las efectuadas por la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (FADSP) en la Comunidad de Madrid: en abril de 2013 el 16,8% de los pensionistas señaló que no retiraba algunos de los medicamentos prescritos por los médicos por problemas económicos, y en julio de 2014 tampoco lo hacían el 14,76% de los que recibían una prescripción por los médicos del Sistema Nacional de Salud (cifra que se incrementaba hasta el 20% en el caso de los pensionistas y el 25% en el de los parados)¹².

Como ya se ha señalado en todos los casos hay una notoria ausencia de seguimiento y evaluación de las medidas por lo que no se conoce cual ha sido el impacto sobre la salud de las personas más allá de algunos casos puntuales. Tampoco esta clara la repercusión económica de las mismas porque por ejemplo en lo que se conoce del gasto farmacéutico en recetas, en 2012 se produjo una clara disminución, pero a partir del segundo semestre de 2013 se observa un crecimiento continuado del mismo, y el gasto farmacéutico hospitalario es desconocido de manera oficial, aunque todas las noticias señalan que ha continuado creciendo todos los años¹³.

Obviamente se ha producido un aumento importante en las desigualdades de acceso de la población a las prestaciones sanitarias, que no están cuantificadas ni estudiadas porque las “autoridades sanitarias” del país aplican a este tema su conocida política de no- transparencia.

Las privatizaciones

El actual modelo sanitario en España proviene de la Ley General de Sanidad (LGS) aprobada en 1986⁸. Esta diseñaba un modelo sanitario basado en lo que se conoce como servicios nacional de salud que recoge las características fundamentales del NHS del Reino Unido en sus inicios, es decir la universalización del derecho a la atención sanitaria, un modelo basado en la prevención y la promoción, que integra los servicios sanitarios y que tiene una provisión mayoritaria y hegemonicamente pública.

No obstante pronto comenzaron a producirse modificaciones en este modelo, la primera fue la aprobación de la LOSC (Llei d'Ordenació Sanitària de Catalunya) en 1990, que definía un **modelo sanitario mixto**, que integraba en una sola red de utilización pública todos los recursos sanitarios, sean o no de titularidad pública, y que recoge una tradición de entidades (mutuas, fundaciones, consorcios, centros de iglesia), históricamente dedicadas a la salud en Cataluña, para ello se utiliza como un instrumento fundamental la separación entre las funciones de compra y provisión. La LOSC crea la XHUP (red de hospitales de utilización pública) que favorece este proceso de provisión privada con financiación pública. Hay que tener en cuenta que Cataluña tenía una situación especial a la del resto del país (mientras que en 1986 la relación entre provisión privada/pública era de 70/30 en Cataluña en el resto del país era la inversa), también que en Cataluña CiU ha mantenido

el gobierno prácticamente desde la democracia, y que sus planteamientos sanitarios siempre se han movido en el ámbito neoliberal. Desde entonces y de una manera continuada y paulatinamente se ha ido avanzando en la implantación y consolidación de este modelo en Cataluña.

El siguiente paso fue en 1991 en que se aprobó el denominado Informe Abril (Informe y Recomendaciones de la Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud). En el se proponían casi todas las medidas que luego se han ido plasmando a lo largo del tiempo (establecimiento de copagos, empresarización de la provisión sanitaria, ampliar el papel del mercado en el sistema sanitario, favorecer el papel de los seguros y la provisión privada, laboralizar al personal sanitario, etc). Ante el amplio rechazo social, profesional y político que se produjo las medidas quedaron aparcadas, al menos en teoría, aunque fueron poniéndose en marcha de una manera silente y en “cómodos plazos”

En 1992 se constituye la empresa pública Hospital Costa del Sol en Andalucía. El sistema incorpora principios de gestión privada a centros que son de titularidad pública, con personalidad jurídica diferenciada. Las empresas se constituyen mediante leyes autonómicas y tienen el control del parlamento regional.

El siguiente paso significativo fue la constitución por la Xunta de Galicia de la Fundación del Hospital de Verín en 1995, que es el primer caso de la puesta en marcha de un modelo de gestión privado aprovechando la ley de fundaciones de 1994. El modelo de fundaciones se extendió posteriormente ampliándose en Galicia (3 mas) en Mallorca (1) en Madrid (1) y en La Rioja (1). El modelo no demostró ventajas sobre el sistema de gestión tradicional y dejó de ampliarse por la puesta en marcha de la siguiente fase.

En 1996 se pone en funcionamiento otro experimento privatizador, en este caso en Atención Primaria, son las entidades de base asociativa (EBAs, especie de sociedad limitada/cooperativa de médicos que gestionan un centro de salud) cuyo primer ejemplo es el de Vic, y que luego se extenderá por Cataluña durante los gobiernos de CiU, también se aprueba un RD 10/96 que pretende dar cobertura legal a los experimentos privatizadores y posteriormente se convierte en la Ley de Habilitación de Nuevas Formas de Gestión, de 1997 (15/97) que supone un paso mas en este sentido, aunque utiliza formulas de especial ambigüedad al hablar de “naturaleza pública” desdibujando las condiciones de titularidad y control públicos que deberían haberse exigido a los centros sanitarios financiados públicamente como ya se señaló desde la FADSP en su momento y que desgraciadamente se ha confirmado con el tiempo.

En 1999 se puso en marcha el Hospital de Alzira, hospital que inicia una nueva etapa, la de las concesiones administrativas, modelo por el que una empresa privada construye un hospital de nueva creación que se hace cargo de la atención sanitaria de un área. La provisión y gestión es totalmente privada. El modelo inicialmente incluye solo la atención especializada, pero posteriormente se agregan la atención primaria ya sociosanitaria.

Posteriormente la Ley de Acompañamiento de los Presupuestos para 1999, incluye la posibilidad de transformar todos los centros sanitarios del INSALUD en Fundaciones Públicas Sanitarias (art.111 de la Ley 50/98). Con posterioridad, y después de largas negociaciones con todos los grupos de interés y amplia controversia sindical y profesional, se dicta el Decreto 29/2000 que establece el Reglamento de las nuevas formas de gestión. En todo caso hay que decir que no se ha producido un avance en este sentido porque hasta ahora ningún centro sanitario del modelo tradicional se ha transformado en este nuevo modelo de gestión.

En el momento en que se finalizan las transferencias de desarrollan las Leyes de Ordenación Sanitaria de las CCAA y en todas ellas, salvo las de Extremadura y Castilla la Mancha se establecen las condiciones de separación de financiación y provisión y de facilidades a los modelos de gestión privados o semiprivados.

El modelo PFI (iniciativa de financiación privada) una experiencia copiada del Reino Unido comienza en Madrid en 2007 y se extiende a otras CCAA (Baleares, Castilla y León, Galicia y Castilla la Mancha)^{6,14}.

El RD Ley 16/2012 introduce criterios de privatización en la financiación y el aseguramiento que también se describen el capítulo que la analiza y paralelamente se producen toda una serie de “Planes de Sostenibilidad” en la mayoría de las CCAA que favorecen y preconizan una privatización sanitaria mas o menos generalizada.

En resumen los mecanismos de privatización en España pueden esquematizarse en:

Privatización de la financiación

- Desgravación de seguros médicos por las empresas ;
- Copagos: medicamentos, transporte, dietas, ortesis y prótesis;
- Recortes en la cartera de servicios (incita al aseguramiento y/o financiación privada complementaria)

Privatización de la gestión del aseguramiento

- Mutualidades de funcionarios (MUFACE, ISFAS, etc)

Utilización de criterios privados de la gestión manteniendo la titularidad pública

- Empresas públicas;
- Fundaciones sanitarias;

- Entes Públicos;
- Sociedades mercantiles públicas.

Provisión de algunos servicios por empresas privadas

- Conciertos;
- “Externalizaciones” (privatización de servicios de apoyo y/o de actividades concretas).

Privatización de la gestión con titularidad mixta

- Consorcios;
- PFI (iniciativas de financiación privada).

Privatización de la gestión con titularidad privada

- Privatización de servicios centrales y alta tecnología
- Privatización de la planificación y el control
- EBAs (empresa de base asociativa en AP)
- Conciertos singulares con empresas privadas para la atención sanitaria de un área de salud
- Concesiones administrativas (modelo Alzira)

Todos estos mecanismos están extendidos con una profundidad y extensión variable según las CCAA, normalmente de una manera más importante en aquellas con gobiernos con planteamientos más neoliberales (PP, CiU), por eso los cambios producidos en las elecciones autonómicas de 2011 (que dieron mayoría al PP en 12 de las 17 CCAA) intensificaron el proceso privatizador en casi todo el país.

Algunos de los resultados que conocemos se señalan a continuación:

Las iniciativas de financiación privada (PFI por sus siglas en inglés= private finance initiative), un modelo que se puso en marcha en el Reino Unido como una variante de la colaboración público privada (Public Private Partnership =PPP) por el gobierno conservador de John Major en 1992 y que posteriormente se ha extendido a muchos países del mundo (Australia, Canadá, República Checa, Finlandia, Francia, Grecia, India, Irlanda, Japón, Israel, Malasia, Holanda, Noruega, Portugal, Singapur y USA). El sistema PFI consiste básicamente en que una empresa o un grupo de empresas privadas construye un centro (no necesariamente sanitario, también se ha empleado para centros educativos, etc), pone la financiación para hacerlo y luego las administraciones públicas le pagan

durante un plazo entre 20 y 30 años según los casos concretos un canon establecido previamente, además las empresas privadas se hacen cargo de las actividades de mantenimiento y de otras en teoría no relacionadas directamente con la prestación del servicio (en el caso de los hospitales todas las consideradas no sanitarias, es decir todas excepto la enfermería y la práctica médica).

En España los primeros hospitales PFI se construyeron en la Comunidad de Madrid, un total de 6 centros, 5 de ellos constituyendo una sociedad pública para gestionar cada uno de los mismos, manteniendo la adscripción al sistema público de la parte sanitaria en el de Majadahonda (resultado del cierre y el traslado del personal de la Clínica Puerta de Hierro). La apertura se produjo en 2007, excepto Majadahonda que lo fue en 2008.

Del funcionamiento de estos centros conocemos poco o nada por los datos oficiales porque el secretismo y la falta de transparencia han sido la norma. Lo que sí se conoce es la sobredotación presupuestaria de los centros de modelo PFI y/o titularidad privada respecto a los centros públicos. Por poner un ejemplo, en 2010 el presupuesto cama/año de los centros de gestión pública era de 277.375 €/año de media, y el de los centros de gestión privada suponía 434.686 €/año de media, y en 2011 el de los hospitales públicos era de 307.187€/año mientras que el de los hospitales privados y PFI fue 485.970 de euros, lo que contradice la supuesta mejora de la eficiencia de estos centros. Otro hecho a tener en cuenta es que, siendo el coste de construcción de los 7 hospitales que se abrieron en primer lugar de 701 millones de euros, al acabar 2011 las empresas concesionarias han recibido 763,1 millones de euros (de acuerdo con los cálculos del concurso inicial), quedando una deuda de 4.284,7 millones €, por lo que es evidente que podrían haberse construido escalonadamente a un precio netamente inferior sin incurrir en la exorbitante deuda actual. También es conocido que las concesionarias han reclamado a la Comunidad de Madrid 80 millones de euros en concepto de pérdidas y un aumento del canon anual de 9,2 millones de euros (sobre una rentabilidad esperada del 11,5%, declaran haber obtenido *¡¡solo!!* el 9%).

En este mismo ámbito de cosas se conoció en 2012, en el Informe del Tribunal de Cuentas, que en 2010 la Comunidad de Madrid, sin darle publicidad, había aumentado el canon en 1,9 millones € anuales, y que ha estado pagando directamente al personal no sanitario que trabajaba en Majadahonda, ahorrándole a la empresa concesionaria un total de 11 millones €.

La informática está privatizada y a pesar de que se han destinado más de 400 millones € el funcionamiento es caótico, existiendo distintos sistemas informáticos que impiden la interconexión entre centros. Además, existe un macrolaboratorio privado que realiza la analítica de estos centros (primero en manos de Ribera Salud y luego de Unilabs) y un anillo radiológico (empresa pública), los costes de ambos no se contabilizan en los gastos de los nuevos hospitales^{6,14}.

Existen otras experiencias de hospitales PFI en Burgos, en Mallorca, Cantabria y Castilla La Mancha y se quiere hacer un hospital de modelo PFI en Vigo que está teniendo importantes dificultades económicas¹⁵.

El modelo PFI ha tenido numerosas críticas en el Reino Unido, que es donde existe una más dilatada experiencia de su funcionamiento. Las críticas pueden resumirse en los siguientes aspectos¹⁶⁻²² :

- Resulta mucho mas caro (entre 7 y 8 veces) debido tanto a los elevados intereses de los prestamos como a la necesidad de las empresas de obtener beneficios, como al hecho de que permite manipulaciones financieras que encarecen los costes al estar ligados los contratos a actualizaciones automáticas con indicadores financieros (Libor).
- Disminuye de manera importante el numero de camas y el personal sanitario y no sanitario
- Se ha encontrado aumentos de las enfermedades nosocomiales, e incluso se ha responsabilizado a este modelo de la elevada mortalidad detectada en el hospital de Staffordshire.

El otro modelo desarrollado con una importante implantación ha sido el de las concesiones administrativas que se inicio en Valencia (hospital de Alzira, y luego en Denia, Torrevieja, Manises y Elche) y posteriormente se ha implantado en la Comunidad de Madrid (4 hospitales). Las diferencias con el modelo anterior es que aquí las empresas privadas se hacen cargo de la construcción del hospital y de su posterior gestión tanto de lo sanitario como de lo no sanitario y los contratos suelen hacerse mediante un pago por habitante complementado por el pago por las personas de fuera del área que reciben atención sanitaria. Aquí también se han identificado grandes sobrecostes, además de que en algún caso (Alzira) se ha rescatado la concesión volviéndosela a adjudicar a la misma empresa a precios muy superiores e incluyendo la atención primaria¹⁴.

Como ya se ha señalado el grado de privatización de las CCAA es muy variable, y también conviene tener en cuenta que se han realizado con una estrategia envolvente que abarca casi todos los aspectos que configuran al sistema sanitario: la financiación, el aseguramiento, la provisión, los copagos, el control y planificación, la formación, la investigación, y la promoción del consumismo y la medicalización. Desde la FADSP se han realizado 2 Informes sobre el grado de privatización de las mismas²³ clasificándolas según un mayor o menor grado de los fenómenos de privatización del sistema sanitario (no solo la provisión sino también el aseguramiento, el gasto de bolsillo, etc) en tres grupos:

- CCAA con un **elevado grado de privatización**: Madrid, Cataluña, Galicia y Baleares.
- CCAA con un **moderador grado de privatización**: Canarias, Murcia, País Vasco, Aragón, Castilla y León, Valencia, Cantabria, Navarra y La Rioja.
- CCAA con un **bajo grado de privatización**: Andalucía, Asturias, Castilla la Mancha y Extremadura

Las movilizaciones

Un fenómeno interesante es el gran rechazo social y profesional que ha tenido la aplicación de las políticas neoliberales en el sistema sanitario español. Se han producido numerosas movilizaciones de la ciudadanía y los trabajadores sanitarios, de las que las más conocidas, en España y a nivel internacional, son las realizadas en la Comunidad de Madrid y denominadas como “Marea Blanca”, para un análisis más detallado de las mismas remitimos al artículo “Movilizaciones sociales y profesionales en España frente a la contrarreforma sanitaria”²⁴. Estas movilizaciones aún continúan aunque con menor intensidad.

Habría que remarcar que estas movilizaciones lograron objetivos importantes como paralizar la mayor ofensiva privatizadora en la Comunidad de Madrid, evitar que se pusieran en práctica varios copagos (dietas, prótesis y ortesis, transporte sanitario y medicamentos retirados de las farmacias hospitalarias), la dimisión de numerosos responsables sanitarios del PP (2 consejeros de la Comunidad de Madrid y la ministra y el equipo del Ministerio de Sanidad) y la paralización de la anunciada privatización de centros sanitarios en Castilla la Mancha y Extremadura.

Las principales enseñanzas que pueden sacarse del éxito de estas movilizaciones pueden esquematizarse en las siguientes cuestiones: Una: la unidad es fundamental, pero respetando la diversidad porque hay que conjugar los intereses y las diferencias de muchas entidades y organizaciones. Dos: la participación de profesionales y población es un binomio imprescindible para el éxito. Tres: las movilizaciones tienen que ser inclusivas permitiendo la participación de todos en la medida de su compromiso. Cuatro: el exceso de protagonismo es malo para la salud de las movilizaciones, hay que evitar los hiperliderazgos excluyentes. Cinco: deben abarcarse todos los frentes de lucha: legales, mediáticos, manifestaciones, encierros, huelgas, etc. Seis: la persistencia y la paciencia son las palancas principales para el éxito, una de las estrategias más probables de los privatizadores será el intentar el cansancio y la desilusión para desactivar las movilizaciones. Y siete: la organización es clave para el mantenimiento de las luchas y para poder continuarlas en los momentos de reflujo que, como sucede con todas las mareas, son inevitables.

Con todo conviene tener en cuenta que la ofensiva privatizadora no ha cejado en sus esfuerzos, sino que por el contrario ha buscado nuevas vías para seguir avanzando pero de una manera más silente y que ofrezca menos resistencias, la privatización directa de los centros sanitarios ha sido cambiada por una estrategia de privatización silenciosa basada en tres ejes: las derivaciones sistemáticas hacia los centros privados de pruebas diagnósticas, consultas de especialistas e intervenciones quirúrgicas, complementada con la infrautilización de los recursos de los centros públicos, y con el intento de imponer otros sistemas de privatización y fragmentación de la red sanitaria pública (unidades de gestión clínica), y que este compromiso no parece alcanzar estas otras políticas igualmente agresivas contra la Sanidad Pública. O sea que debemos ser conscientes de que la política privatizadora continuará por otras vías probablemente menos visibles, por lo que tendremos que continuar las movilizaciones para evitarlo^{5,25}.

¿Que ha sucedido en el sistema sanitario español?

Echar un vistazo a la evolución de la Sanidad Pública en España supone comprender que esta, desde que se logro la democracia en el país, ha vivido tres fases ²⁶:

Una primera de estancamiento durante los gobiernos de UCD que mantenían un sistema sanitario ineficiente y de baja calidad científica y de resolución de los problemas sanitarios con una segmentación de la atención sanitaria (seguridad social, beneficencia y seguros privados) y con fuertes tensiones sociales y profesionales

Una segunda fase de expansión básicamente entre 1982 y 2009 a partir de la llegada al gobierno del PSOE y de la aprobación de la Ley General de Sanidad en la que se construyo el Sistema Nacional de Salud y se produjo un incremento casi continuo del presupuesto sanitario público (el gasto sanitario pública paso de ser el 4,01% en 1981 al 6,68% en 2009) en unos años en los que además de produjo un importante incremento del PIB del país (OECD 2015) y lo que quizás es mas importante se garantizo la cobertura casi universal (alrededor del 99% de la población) y un gran desarrollo de la Atención Primaria. Los gobiernos del PP (1996-2004) sobre todo supusieron una expansión del fenómeno privatizador que ya había comenzado anteriormente sobre todo en las CCAA gobernadas por los conservadores (Cataluña, Valencia, Galicia)

Una tercera fase de contracción desde 2009 en la que los recortes se suman a las privatizaciones y que se profundizan en ambos aspectos con el gobierno del PP a nivel del estado y de la mayoría de las CCAA, que es la que se ha descrito en este articulo con ruptura de la universalidad, deterioro del sistema sanitario publico e implantación de copagos y con un gran aumento de las privatizaciones.

Expectativas de mejora: Los cambios políticos

Las elecciones autonómicas realizadas en 2015 (14 de las 17 CCAA) han cambiado significativamente el panorama político del país de manera que 7 CCAA han cambiado gobiernos conservadores por otros progresistas (Aragón, Baleares, Cantabria, Castilla La Mancha, Extremadura, Navarra y Valencia) con lo que ahora hay 9 CCAA con gobiernos progresistas, 5 conservadores (una de ellas Cataluña tiene elecciones en septiembre de 2015), una nacionalista de matiz conservador pero con una política sanitaria con preocupaciones sociales (País Vasco) y otra un gobierno regionalista en coalición con el PSOE (Canarias).

Los nuevos gobiernos autonómicos se han comprometido a volver a la atención sanitaria universal (3 de ellas ya lo han hecho: Baleares, Valencia y Cantabria), a acabar con los recortes (un tema mas complicado porque el gobierno central ha impuesto un techo de déficit que lo hace difícil) y a paralizar las privatizaciones y recuperar lo privatizado (lo que esta por ver, en parte por la complejidad de los contratos realizados con las empresas adjudicatarias). En todo caso es evidente que se va a realizar un cambio de rumbo de la política sanitaria hacia el reforzamiento del sistema sanitario público.

Este año, en noviembre o diciembre, está previsto que se realicen elecciones generales en el país. La situación es muy enrevesada porque el nacimiento de dos nuevos partidos (Podemos en la izquierda y Ciudadanos en el centro derecha) hacen muy difícil el poder predecir los resultados con un mínimo de solvencia. En todo caso parece claro que no van a producirse mayorías absolutas y que se prevé un gobierno de coalición, esperemos que progresista, que reconduzca la situación del sistema sanitario público y favorezca la recuperación del que era uno de los mejores sistemas sanitarios del mundo.

BIBLIOGRAFÍA

- 1) Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad (MSSI): Estadística del gasto sanitario público 2013. Disponible en www.msssi.gob.es
- 2) Bolaños A: El gasto por habitante en educación y sanidad cayó un 21% en la crisis. El País 5/5/2015. Disponible en www.elpais.com
- 3) Ley 19/2013, de 9 de diciembre, de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Buen Gobierno. BOE 10/12/2013. Disponible en www.boe.es
- 4) OECD: [OECD Health Statistics 2015](http://www.oecd.org). Disponible en www.oecd.org
- 5) Beiras H, Sánchez Bayle M (coordinadores): La Sanidad no se vende. Akal-Foca. Madrid 2015.
- 6) Sánchez Bayle M (editor): La contrarreforma sanitaria. Los libros de la Catarata. Madrid 2014.
- 7) Ley General de Salud Pública. BOE 5/10/2011
- 8) Ley General de Sanidad. BOE 29/4/1986
- 9) 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. BOE 24/4/2012
- 10) Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto, por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud. BOE 4/8/2012.
- 11) Okma KGH, Marmor TR, Oberlander J: Managed competition for Medicare?. Sobering lessons from the Netherlands. N Engl J Med 2011; 365:287-9
- 12) FADSP: Informe: La asistencia sanitaria tras los recortes y los planes de sostenibilidad.

Junio 2014. Disponible en www.fadsp.org

- 13) FADSP: El gasto sanitario sigue creciendo y el ministerio manipulando. Nueva Tribuna 2/2/2015. Disponible en www.nuevatribuna.es
- 14) Sánchez Bayle M: La privatización de la asistencia sanitaria en España. Laboratorio Alternativas. Documento de Trabajo 182/2014. Disponible en www.fundacionalalternativas.org
- 15) Martín García M: Nuñez Feijoo regala el nuevo hospital de Vigo a las empresas privadas. Nueva Tribuna: 7/8/2013. Disponible en: www.nuevatribuna.es .
- 16) McKee M, Edwards N, Atun R: Public–private partnerships for hospitals. Bulletin of the World Health Organization 2006; 84:890-896.
- 17) Talbot-Smith A, Pollock A, Leys C, McNally N: The new NHS: a guide. Routledge. Abingdon 2006
- 18) Fisher P: Las iniciativas de financiación privadas: el ejemplo inglés. Salud 2000;2007, 111:5-7
- 19) Pollock A, Price D: PFI hospitals bear the cost of labor manipulation. BMJ 2012; 345: e5095 doi: 10.1136/bmj.e5095
- 20) Pollock A, Price D, Liebe M: Private finance initiatives during NHS austerity. BMJ 2011; 342: 417-419.
- 21) Ruane S, Sánchez Bayle M, Sánchez Llopis E (coord.): Las cuestiones clave de la sanidad pública: un diagnóstico comparado de los Sistemas Públicos Sanitarios de España y el Reino Unido. Fundación 1 de mayo. Madrid 2012. Disponible en: http://www.fadsp.org/components/com_booklibrary/ebooks/espanaru.pdf
- 22) Francis R: Report of the Mid Staffordshire NHS foundation trusts public inquiry. Executive Summary. Febrero de 2013. Disponible en: <http://www.theguardian.com/society/interactive/2013/feb/06/mid-staffordshire-nhs-foundation-trust-public-inquiry-executive-summary>
- 23) FADSP: Segundo Informe: La privatización sanitaria de las CCAA. Abril 2015. Disponible en www.fadsp.org
- 24) Sánchez Bayle M, Fernández Ruiz S: Movilizaciones sociales y profesionales en España frente a la contrarreforma sanitaria. Saúde Debate 2014; 38, 103: 886-899
- 25) Vaamonde García (coord): La salud como negocio. Ediciones Laiovento. Santiago de

Compostela 2014

26) Palomo Cobos L (coord.): Treinta años del sistema sanitario español (1981-2011).
FADSP, Madrid 2011

Artigo apresentado em 19-08-15

Artigo aprovado em 25-02-16

Artigo publicado no sistema em 24-03-16