



La privatización de la asistencia sanitaria en España

Marciano Sánchez Bayle

Documento de trabajo 182/2014




Marciano Sánchez Bayle

Doctor en medicina, especialista en Pediatría y Nefrología, y en la actualidad es jefe de sección de hospitalización de Pediatría del Hospital del Niño Jesús de Madrid. Fue fundador de la Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública (ADSP) y de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (FADSP). Actualmente es presidente de la ADSP de Madrid y Portavoz de la FADSP. Ha sido presidente de la International Association of Health Policy de la que ahora es vicepresidente. Pertenece a los Consejos científico y deliberativo del Observatorio Iberoamericano de Políticas y Sistemas de Salud, así como al Observatorio Madrileño de Salud y fue director del Observatorio de Políticas de Salud de la Fundación 1 de Mayo. Ha escrito varios libros sobre sanidad y política sanitaria, habiendo coordinado además una veintena de libros más y escrito capítulos en otros muchos. Ha publicado más de un centenar de artículos en revistas científicas de ámbito nacional e internacional y muchos más en prensa periódica.

Ninguna parte ni la totalidad de este documento puede ser reproducida, grabada o transmitida en forma alguna ni por cualquier procedimiento, ya sea electrónico, mecánico, reprográfico, magnético o cualquier otro, sin autorización previa y por escrito de la Fundación Alternativas.

© Fundación Alternativas
© Marciano Sánchez Bayle

ISBN: 978-84-15860-17-4
Depósito Legal: M-36580-2013
Maquetación: Estrella Torrico

Impreso en papel ecológico 

Contenido

| | |
|---|-----------|
| Resumen Ejecutivo | 5 |
| Introducción..... | 8 |
| 1. Fundamentos de la privatización..... | 10 |
| 2. Historia de la privatización sanitaria en España..... | 14 |
| 3. Los modelos de privatización de la provisión sanitaria en España..... | 17 |
| 4. La aplicación en las CCAA..... | 31 |
| 5. Alternativas a la privatización | 32 |
| Bibliografía..... | 39 |



Glosario

| | |
|-----------|--|
| AE..... | Atención Especializada |
| AP..... | Atención Primaria |
| EBA..... | Empresas de Base Asociativa |
| CCAA..... | Comunidades Autónomas |
| FADSP.... | Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública |
| LGS..... | Ley General de Sanidad |
| LOSC..... | Llei d'Ordenació Sanitària de Catalunya |
| MIR..... | Médico Interno Residente |
| PFI..... | Iniciativa de financiación privada |
| SNS..... | Sistema Nacional de Salud |

La privatización de la asistencia sanitaria en España

Marciano Sánchez Bayle

En este trabajo se describe y evalúa el grado de privatización del sistema sanitario español, sus fórmulas y tendencias, la diferente aplicación en las CCAA y se proponen alternativas para mantener un sistema sanitario público y revertir las privatizaciones.

Destaca en primer lugar la clarificación del lenguaje apelando a dejar de hablar en el discurso de “*externalización*” que oculta la realidad que es **la privatización**. Se describe la base ideológica que subyace en este proceso que se remonta a los años 80 en los que la ideología neoliberal potenció la idea de adelgazar el estado y potenciar el mercado como mecanismo ideal por su eficiencia. Especialmente importante en los países con Sistemas Nacionales de Salud, a pesar de conocerse que son los más eficientes.

En España, desde hace ya algunos años se han ido introduciendo diversos mecanismos para permitir avances hacia la privatización, como separar financiación de provisión y favorecer seudomercados, aunque sea a coste desorbitado o mal calculado. Y sin embargo no se abordan los despilfarros en el gasto sanitario (farmacia y tecnología). Se describen los diferentes aspectos de **la privatización sanitaria, la financiación, el aseguramiento, la provisión, el control y planificación y la formación**.

La privatización sanitaria en España

Nuestro modelo sanitario proviene de la Ley General de Sanidad de 1986, que fundamenta el derecho a la atención sanitaria universal, basado en la promoción de la salud y en la prevención, habiendo presentado numerosas modificaciones. Destaca Cataluña, en la que tradicionalmente existía y se mantuvo una provisión de servicios privada numerosa que ha ido en aumento. El llamado Informe Abril (1991) que proponía medidas para incluir planteamientos economicistas y privatizadores tuvo un gran rechazo, pero contenía la mayoría de las medidas que de forma sutil se han ido incorporando como ampliar el mercado en el SNS, favorecer el papel de los seguros privados, laboralizar al personal sanitario, establecer copago, etc.

Desde entonces ha habido diferentes cambios en a las CCAA, con diversos resultados ya analizados y la mayoría de ellos mucho más costosos y menos eficaces. Estos se pueden resumir en:

- Privatización de la financiación: desgravación de seguros médicos, copagos y recortes en la cartera de servicio.
- Privatización de la gestión del aseguramiento: (MUFACE, ISFAS, etc.)
- Utilización de criterios privados de la gestión, manteniendo la titularidad pública mediante empresas públicas, fundaciones, entes públicos, sociedades mercantiles públicas.
- Provisión de algunos servicios por empresas privadas: conciertos, externalizaciones.
- Privatización de la gestión con titularidad mixta: consorcios, iniciativas de financiación privada (FPI).
- Privatizar la gestión con titularidad privada: privatizar servicios centrales y alta tecnología, privatización de la planificación y el control, EBAs (Empresas de Base Asociativa en Atención Primaria), conciertos singulares con empresas privadas para la atención sanitaria en un área de Salud, concesiones administrativas (modelo Alzira).

A continuación se describen los diferentes modelos de privatización de la provisión sanitaria en España, especialmente los en los que se privatiza la gestión sanitaria, que son los que han tenido mayor profundidad y han suscitado más controversia social. En primer lugar se analizan los conciertos con el sector privado ya recogido en la Ley General de Sanidad, en su artículo 80, muy utilizados por ejemplo para pruebas diagnósticas u otros servicios.

Uno de los pasos previos, es la llamada *separación de financiación y provisión*, de forma ficticia, pero creando cultura y discurso para el mercado interno y que ponen en marcha las Leyes de Ordenación Sanitaria de las CCAA.

Se describe el paso siguiente que es *introducir la gestión privada en los sistemas públicos* mediante fundaciones sanitarias (Verín 1995), Éste modelo acabó integrándose de nuevo en la red de gestión pública tradicional en algunas CCAA. Ha habido empresas públicas como el Hospital de la Costa del Sol en Andalucía, cuyos resultados no han demostrado ventaja alguna. Otras como la MEDTEC, sociedad anónima vinculada a la gestión de la alta tecnología en Galicia, que también está siendo muy cuestionada. En general los hechos corroboran la escasa mejoría y la ausencia de evaluación

Destaca el análisis de las PFI, cuya puesta en marcha, funcionamiento, dotación económica y coste, en especial en los seis centros de la Comunidad de Madrid, se describen ampliamente. En el Reino Unido donde existe más experiencia de su funcionamiento y resultados ha tenido muchas críticas.

También se describe el modelo de concesiones administrativas cuyo ejemplo es el Modelo Alzira y cuya trayectoria es más larga y permite ver las modificaciones, derivaciones, captaciones, y búsqueda del beneficio económico es puesto en evidencia y por supuesto los sobrecostos que este modelo supone, ya que la empresa lo que busca es el lucro económico y sus estrategias se ponen en marcha para conseguirlo. Finalmente se señala como la rescisión del contrato es utilizada para volvérselo a adjudicar a la misma empresa con un aumento del 62,1% mientras los centros públicos tienen una disminución presupuestaria.

También se analizan otros modelos como las EBAs, Conciertos Singulares y Consorcios.

Se argumenta la necesidad de la gestión pública de la sanidad, por la necesidad de orientar la consecución de niveles de salud y satisfacción de todos. Para corregir los fallos del mercado y para mejorar la equidad social.

Alternativas a la privatización

- a- Alternativas a la financiación de infraestructuras mediante créditos de la UE, bien directamente o a través de sociedades o agencias públicas instrumentales.
- b- Paralizar las privatizaciones, evaluar sus resultados y reintegrarlas en el sistema sanitario público.
- c- Valorar mecanismos para reintegrar los centros privatizados: recuperación de los centros, expropiaciones, etc.
- d- Financiación suficiente. **Financiación finalista de la sanidad** para la que se incluirán los compromisos del Plan Integrado de Salud, estableciendo mecanismos de control de su utilización y condicionando los nuevos fondos a la comprobación del uso debido de los ya recibidos. Por supuesto las CCAA tendrán la opción de destinar otros fondos propios al sistema sanitario.
- e- Control del gasto farmacéutico, aumentar el uso de genéricos, limitar el marketing.
- f- Adecuación del uso de la tecnología. Favorecer la implantación de **protocolos de utilización de tecnología** elaborados mediante el uso de la evidencia científica.
- g- Poner en marcha una **Agencia central de compras del SNS**.
- h- Fomentar la Atención Primaria de Salud: **Fomentar la Atención Primaria** dotándola de medios profesionales y materiales. **Promover el papel de la enfermería** en AP desarrollando sus competencias y favoreciendo la atención a los enfermos crónicos y el desarrollo de actividades de promoción y prevención.

- i- Coordinar Atención Primaria y Especializada. **Desarrollar el funcionamiento de las Áreas sanitarias, historia clínica única.**
- j- Garantizar la educación de los recursos humanos del SNS, a parte de los intereses comerciales.
- k- Profesionalizar la gestión. Debe profesionalizarse la gestión sanitaria, para lo que es imprescindible el poner en marcha un sistema de formación de especialistas en gestión sanitaria mediante el sistema MIR.
- l- Fomentar la participación de profesionales y usuarios. La Ley General de Sanidad establecía la participación que no se ha puesto en marcha. Por eso es muy importante la puesta en funcionamiento de órganos democráticos de control y participación para garantizar el carácter de servicio público de los centros sanitarios.

Introducción

La privatización de la asistencia sanitaria es un tema que ha alcanzado gran notoriedad en los últimos tiempos en España, una notoriedad que esta ligada al proceso de privatización acelerada que ha planteado la Comunidad de Madrid en octubre de 2012 y a la amplia respuesta social y profesional que ha motivado.

Sin embargo el asunto no es nada nuevo en nuestro país, ni a nivel internacional. Existe una gran presión para el desmantelamiento, fragmentación y privatización de los sistemas sanitarios públicos desde la década de los 70 del pasado siglo que fue protagonizada por Margaret Thatcher y Ronald Reagan a través de organismos internacionales como el Banco Mundial, el Fondo Monetario Internacional y la Organización para la Cooperación y Desarrollo. Esta estrategia tuvo expresiones muy distintas en cada país y ha tenido un largo recorrido hasta nuestros días (Sánchez Bayle 2005 y 2009).

En España nuestro sistema sanitario es más reciente (Ley General de Sanidad 1986) y aparece precisamente cuando se inicia la primera oleada privatizadora, por lo que resulta fácil entender que se hayan producido las primeras iniciativas en este sentido poco tiempo después. No obstante estas han tenido una intensidad y una profundidad diferente según el momonero concreto y en cada CCAA.

El objetivo de este trabajo es evaluar el grado de privatización de la asistencia sanitaria y del sistema sanitario español, sus fórmulas y tendencias, la diferente aplicación en las CCAA y las alternativas para mantener un sistema sanitario público y revertir las privatizaciones.

introducción

1 Fundamentos de la privatización

1.1. ¿Qué es la privatización?

Una de las características más notables de la política privatizadora es que se produce mediante la expresa negación de la misma, soliendo utilizarse todo tipo de eufemismos de los que el más frecuente es el de *externalización*, palabra que por cierto no recoge la RAE. De acuerdo en el diccionario de la RAE, vigesimotercera edición, privatización es *acción y efecto de privatizar* y privatizar es *transferir una empresa o actividad pública al sector privado*, por lo que no cabe duda de que dejar la asistencia sanitaria en manos privadas es una privatización, aunque se mantenga la financiación pública.

1.2. Las bases de la ideología privatizadora

Desde época de Thatcher y Reagan la ideología neoliberal ha partido de la base de que es necesario adelgazar el Estado y hacer que sean las personas las que individualmente asuman todos los riesgos de su vida, también de su salud. Consecuentemente se propugnó el desmantelamiento de los sistemas de bienestar y la puesta en funcionamiento de un modelo de sociedad donde el mercado asume la totalidad de la provisión de bienes y servicios y, lógicamente, el acceso a los mismos esta mediatizado por la capacidad económica de cada persona. La idea de que el mercado es el mecanismo más eficiente de asignación de recursos en todos los ordenes de la sociedad se ha hecho cada vez más hegemónica y predominante, y para ello se ha producido un ataque sistemático a los principales enemigos de este modelo teórico: los sistemas de protección social por burocráticos e ineficientes, las redes y organizaciones de solidaridad y de modulación de los ataques del capitalismo salvaje (los sindicatos y otras organizaciones sociales) y los sistemas de organización social y política capaces de poner trabas a la voracidad insaciable de los mercados (los sistemas de organización política, las administraciones publicas, y los políticos identificados con corrupción, como si el mundo empresarial y de las finanzas no fueran el origen y la principal fuente de corrupción e ineficiencia en nuestra sociedad).

En cualquier caso hay que ser conscientes de que en la Sanidad este proceso se ha producido con una gran flexibilidad y capacidad de adaptarse al terreno concreto, las circunstancias de cada país, lo que hizo que mientras que en los países con sistemas sanitarios públicos se hiciera hincapié ,en un primer momento, en la ruptura de la integralidad de los mismos introduciendo mercados internos, desregulación y empresarización de los centros sanitarios, en los sistemas mas liberalizados se fomentaran copagos, subvenciones al sector privado, disminución de las coberturas públicas, etc.

Por otro lado es evidente que la privatización es un fenómeno extendido a nivel mundial, y que prácticamente afecta a todos los países en mayor o menor grado. Es cierto que se expresa de maneras muy distintas según el modelo sanitario de los países y que también influyen: el color político (no tanto como debería porque se ven fenómenos privatizadores muy potentes en países con gobiernos socialdemócratas, como sucedió en el Reino Unido durante el Gobierno de Blair), las fuerzas sociales (sindicatos, entidades ciudadanas, etc.) y el posicionamiento de los profesionales.

El fenómeno tiene especiales connotaciones y énfasis en los países con Servicios Nacionales de Salud: porque son la evidencia y el contraste con el desastre privatizador en términos de eficiencia y de salud y por lo tanto son un modelo a desmontar y en aquellos otros países que están avanzando en la construcción de sistemas universales de salud: porque las multinacionales necesitan evitar el desarrollo de modelos alternativos a sus proyectos privatizadores globales.

En España los objetivos son bien conocidos y se pueden concretar en desregular los servicios sanitarios públicos favoreciendo seudomercados y/o mercados internos (mediante la separación de la financiación y la provisión, medida ficticia en su inicio que permite la derivación creciente de la provisión de servicios al sector privado), incentivar la presencia del sector privado dentro del Sistema Nacional de Salud (concesiones administrativas, PFI, etc) aunque sea a costes exorbitantes, recortes de los presupuestos públicos para deteriorar la Sanidad Pública (conscientes de que uno de los principales obstáculos a la política privatizadora es el convencimiento generalizado, de la población y de los profesionales, que la calidad de la atención sanitaria es significativamente mejor en el sistema público, no tiene precio la imagen de Esperanza Aguirre acudiendo a un hospital público cuando creía que tenía un grave problema de salud), establecimiento de copagos, favorecer el aseguramiento privado (CiU no para de señalar como uno de sus objetivos la desgravación fiscal de las pólizas de seguros privados) y en fin segmentar la asistencia sanitaria con un sector privado que atienda a las clases altas y media-alta y el establecimiento de una nueva beneficencia para los sectores de asalariados con menor poder adquisitivo (recuérdese que mas del 60% de los asalariados cobra menos de 1.000 euros/mes), parados y pensionistas.

Hay una especial insistencia en establecer el copago que a primera vista no se entiende bien porque hay muchísima evidencia que no contiene el gasto, que es incapaz en discriminar la demanda apropiada de la inapropiada y que tiene efectos muy negativos sobre las personas mas enfermas y con menos recursos. Siendo así ¿por qué hay tanto interés en ponerlo en marcha? Hay al menos tres motivos evidentes: primero se quiere mercantilizar la atención sanitaria y acabar con su carácter solidario y redistributivo para convertirla en un producto mas de consumo, en una mercancía, y ya se sabe que el acceso a las mercancías esta ligado a la capacidad económica de cada uno, y a la capacidad de pago directo y no a las necesidades de las personas; segundo, porque establecer sistemas de pago en el acceso a las prestaciones sanitarias favorece a los seguros sanitarios por dos vías, porque comparativamente se vuelven mas baratos y porque se pueden articular seguros privados que cubran estos copagos, y tercero porque el ruido sobre el copago crea una cortina de humo sobre los despilfarros del gasto sanitario, es decir sobre el elevado gasto farmacéutico y la sobreutilización tecnológica que son los problemas reales de nuestro sistema sanitario. (Sánchez Bayle 2011)

1.3. Tipos de privatización sanitaria

La privatización sanitaria puede considerarse en varios de los aspectos que configuran la prestación sanitaria, los más importantes son:

- **Financiación**

Básicamente mediante la aportación privada a los costes de la atención sanitaria, bien directamente en el momento del uso, bien mediante la contratación de seguros privados. El paradigma de este sistema de financiación privada es Estados Unidos donde la financiación privada es mayoritaria, sólo el 47,8% del gasto sanitario es público (OCDE Health Data 2013), aunque no es el país con un mayor porcentaje de financiación privada, que en los países de la OECD son Chile (46,9%) y México (47,3%). En realidad en todos los países del mundo existe algún grado de financiación privada que es mayor en los países con bajos ingresos y de África y Asia Sudoriental (OMS 2013). Otro mecanismos de financiación privada son los copagos, presentes en alguna medida en casi todos los sistemas sanitarios, cuyos efectos discriminatorios son bien conocidos (Sánchez Bayle 2011)

- **Aseguramiento**

La fragmentación del aseguramiento y el establecimiento del aseguramiento privado es otra de las vías de la privatización sanitaria. Suele ser una situación complementaria de la financiación privada en los países mas desarrollados. Sus limitaciones también son conocidas, especialmente desde que en Holanda se realizara un cambio de una cobertura mayoritaria por un seguro de salud obligatorio a la cobertura por seguros privados en 2006. Existe bastante literatura que señala que se encarecen los costes, aumenta el número de personas sin cobertura y se incrementa el gasto sanitario total (Okma KGH 2011). Otro modelo de privatización del aseguramiento es la subvención de los seguros privados, en España hay dos mecanismos, el modelo de las mutualidades de funcionarios y la desgravación fiscal a las empresas que contratan seguros privados para sus empleados.

- **Provisión**

Este es el aspecto de la privatización en el que existe una más variada experiencia en nuestro país y a nivel internacional. De manera tradicional existía el ejercicio privado de la profesión por médicos independientes que atendían a los enfermos en sus domicilios o en despachos de centros privados. La hospitalización, en la que también existió la practica individual en pequeños centros de propiedad individual, por su complejidad fue quedando en manos de empresas, bien privadas para los segmentos mas adinerados de la sociedad, bien públicas para la población sin recursos (la beneficencia). Con la complejidad creciente de los medios tecnológicos utilizados por la medicina se produjo una creciente empresarización del sector privado y un crecimiento de los centros públicos, especialmente con la aparición de los seguros de enfermedad y los servicios nacionales de salud. En ellos los profesionales empezaron progresivamente a ser empleados de las empresas, públicas o privadas, que gestionaban los centros, situación esta que se ha ido trasladando a la medicina general y a las consultas externas de especialidades con lo que actualmente el ejercicio privado y autónomo de la profesión ha disminuido drásticamente y casi ha desaparecido en la practica

aunque hay muchas formas contractuales de relación entre los profesionales y las empresas privadas. El sector público mientras tanto ha sufrido una progresiva disminución de sus recursos y una cada vez mayor dependencia de la provisión privada (con fondos públicos) que se incremento a partir de los planteamientos de mercado interno (Saltman 1989) y de las primeras reformas de la señora Thatcher (The new NHS 1997) en el servicio nacional de salud británico.

- **Control y Planificación**

La autoridad sanitaria ejercida desde las Administraciones públicas (ministerios de sanidad, consejerías, etc.) se ejercía básicamente mediante las funciones de control y planificación que son claves para el desarrollo y la garantía de una atención sanitaria de calidad, sin embargo estas funciones han sido también derivadas a empresas privadas, generalmente grandes consultoras multinacionales, que así asumen la capacidad de definir las líneas estratégicas de desarrollo de los servicios sanitarios, y como también tienen intereses económicos en el sistema sanitario (directa o indirectamente a través de sus clientes) acaban poniendo al sistema público en manos de los intereses empresariales privados. El control del funcionamiento de los centros sanitarios (públicos y/o privados) es otra de los mecanismos de privatización del sistema y de dejación de las administraciones sanitarias públicas de sus funciones principales de control del funcionamiento de los centros, a la vez que favorecen que los centros públicos asuman progresivamente la lógica empresarial del papel del mercado y de la búsqueda de beneficios económicos. Estas estrategias ya comenzaron en los organismos internacionales (OMS, etc.) en 1996 y se consolidaron a partir del 2000. (Missoni 2005).

- **Formación**

Un aspecto muy importante para el funcionamiento de los sistemas sanitarios es la formación de los/as profesionales porque resulta clave a la hora de abordar las decisiones diarias de la práctica clínica que son a la postre las que influyen y/o determinan la mayoría del gesto sanitario. La formación es también clave tanto a la hora del enfoque de salud o meramente asistencial de los sistemas sanitarios y en la capacidad para favorecer actuaciones basadas en la evidencia científica y por lo tanto independiente de los poderosos intereses comerciales que con mucha frecuencia condicionan negativamente las intervenciones sanitarias. La privatización de la formación alcanza tres niveles: la formación pregrado, la formación postgrado y la formación continuada. Tradicionalmente esta última es la que ha estado más privatizada, generalmente en manos de las compañías farmacéuticas, pero hay muchas intervenciones en los tres niveles de formación. (Fuertes 2008).

2 Breve historia de la privatización sanitaria en España

El actual modelo sanitario en España proviene de la Ley General de Sanidad (LGS) aprobada en 1986. 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 hegemónicamente 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 (*Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública* o 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 el conjunto del país en Cataluña 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, convertir en personal laboral 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 más) 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. Para un análisis mas detallado de sus problemas y resultados ver lo referente a las concesiones administrativas en el apartado 3.

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 que en casi todas ellas, salvo en 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) comienza en Madrid en 2007 y se extiende a otras CCAA (Baleares, Castilla y León y Galicia hasta el momento).

El RD Ley 16/2012 introduce criterios de privatización en la financiación y el aseguramiento 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

Consorticios

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

EBA (empresa de base asociativa en atención primaria)

Conciertos singulares con empresas privadas para la atención sanitaria de un área de salud

Concesiones administrativas (modelo Alzira)

3 Los modelos de privatización de la provisión sanitaria en España

Todos los mecanismos señalados anteriormente 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). Vamos a fijarnos en los modelos de privatización relacionados con la gestión sanitaria porque son los que hasta ahora han tenido una mayor profundidad en nuestro país y los que han suscitado una mayor controversia social.

Desde las administraciones sanitarias y desde los grupos de interés económico y académico se ha denominado como “nuevos modelos de gestión” a formulas que en muchos casos eran muy antiguas, pero que todas ellas coincidían en introducir criterios de mercado y de gestión empresarial dentro de la provisión sanitaria. Haciendo un repaso de la situación vamos a comentar algunos de los fenómenos más relevantes en este terreno:

- **Conciertos**

La existencia de conciertos con el sector privado es muy antigua en el sistema sanitario español, y ya se recoge en la Ley General de Sanidad (1986), que establece en su artículo 90 que:

1. *Las Administraciones Públicas Sanitarias, en el ámbito de sus respectivas competencias, podrán establecer conciertos para la prestación de servicios sanitarios con medios ajenos a ellas. A tales efectos, las distintas Administraciones Públicas tendrán en cuenta, con carácter previo, la utilización óptima de sus recursos sanitarios propios.*

2. *A los efectos de establecimiento de conciertos, las Administraciones Públicas darán prioridad, cuando existan análogas condiciones de eficacia, calidad y costes, a los establecimientos, centros y servicios sanitarios de los que sean titulares entidades que tengan carácter no lucrativo.*

3. *Las Administraciones Públicas Sanitarias no podrán concertar con terceros la prestación de atenciones sanitarias, cuando ello pueda contradecir los objetivos sanitarios, sociales y económicos establecidos en los correspondientes planes de salud.*

4. *Las Administraciones Públicas dentro del ámbito de sus competencias fijarán los requisitos y las condiciones mínimas, básicas y comunes, aplicables a los conciertos a que se refieren los apartados anteriores. Las condiciones económicas se establecerán en base a módulos de costes efectivos, previamente establecidos y revisables por la Administración.*

5. *Los centros sanitarios susceptibles de ser concertados por las Administraciones Públicas Sanitarias deberán ser previamente homologados por aquéllos, de acuerdo con un protocolo definido por la Administración competente, que podrá ser revisado periódicamente.*

6. *En cada concierto que se establezca, además de los derechos y obligaciones recíprocas de las partes, quedará asegurado que la atención sanitaria y de todo tipo que se preste a los usuarios afectados por el concierto será la misma para todos sin otras diferencias que las sanitarias inherentes a la naturaleza propia de los distintos procesos sanitarios, y que no se establecerán servicios complementarios respecto de los que existan en los centros sanitarios públicos dependientes de la Administración Pública concertante.*

Los artículos 66 y 67 contemplan la figura del hospital privado vinculado a la red pública, seguramente pensando en algunos casos concretos como la Fundación Jiménez Díaz y ha sido utilizado en pocas ocasiones. Los conciertos en cambio se utilizan de manera habitual y creciente aunque su cuantía no suele quedar reflejada en las estadísticas (por ejemplo el porcentaje de gasto computado en conciertos en la estadística de gastos sanitario público consolidado paso del 11,29% al 11,01% de 2007 a 2011) (Ministerio de Sanidad, 2011) dado que se produce una decisión descentralizada de la provisión privada de pruebas diagnósticas y de determinados servicios que aparecen en los presupuestos como gasto de los centros sanitarios públicos, práctica esta que se ha denominado como “externalización”.

- **Separación de financiación y provisión**

Uno de los pasos previos para la privatización de la gestión y para que el sector privado tenga cada vez mayor protagonismo en la provisión de servicios sanitarios es la llamada “separación de financiación y provisión”, que, inicialmente se plantea como un mecanismo más eficiente para la asignación de recursos y para crear incentivos en el ámbito del propio sector público. El problema es que se crea lo que se conoce como un *seudomercado*, y también como *mercado interno* en la línea de las propuestas de Saltman (Saltman 1989) en los que se produce una supuesta negociación entre los responsables/gerentes de los centros sanitarios y las administraciones sanitarias de las que dependen, varios autores han señalado que en realidad se trata de una ficción con escasos contenidos prácticos porque existe una relación de dependencia de una de las partes respecto a la otra muy evidente en el caso español (los gerentes de los centros son nombrados y pueden ser destituidos por la administración sanitaria, de manera que su margen de negociar/oponerse a las directrices de la misma es mínimo y/o nulo) con lo que en realidad la supuesta negociación es una ficción. Los mismos autores señalan que el interés en establecer este simulacro está en abrir la puerta a derivar la provisión sanitaria a los centros privados y que ese *seudomercado* es el primer paso para generar un mercado abierto que favorezca los intereses privatizadores, de manera que este sería un paso previo, y esencial, para poner en marcha la privatización sanitaria en los sistemas sanitarios públicos que siguen modelos similares al servicio nacional de salud (Pollock 2004, Talbot-Smith 2006, Ruane 2012).

El desarrollo en el Reino Unido de los grupos hospitalarios privados para la provisión de asistencia sanitaria ha tenido unos resultados muy controvertidos y generalmente negativos en cuanto a aumentos de los costes y empeoramiento de los servicios prestados. Recientemente la Comisión para la Competencia ha señalado que se producían frecuentemente actuaciones anticompetitivas que incrementaban los costes y generaban beneficios excesivos, y entre otros medios se utilizaban bonificaciones a los médicos que derivaban enfermos a estos centros (Randeep 2013).

En España la separación entre financiación y provisión se ha introducido en las Leyes de Ordenación Sanitaria de las distintas CCAA (Sánchez Bayle 2013).

- **Introducción de la gestión privada en los sistemas públicos**

El paso siguiente, en muchos casos realizado en paralelo con la separación entre financiación y provisión porque la favorece y la potencia es la introducción de los mecanismos de gestión privada en los centros públicos, frecuentemente realizada con la transformación de los mismos en empresas y/o entidades con personalidad jurídica diferenciada.

Las dos experiencias más extendidas en España fueron las fundaciones sanitarias y las empresas públicas, aunque se produjeron algunas otras variantes al respecto.

- 1) Las fundaciones sanitarias comenzaron su funcionamiento en Galicia en 1995 (Verín), y se acabaron extendiendo por otras cuatro CCAA más (Asturias, Baleares, Madrid, La Rioja). Inicialmente se acogieron a la Ley de fundaciones pensada para fomentar la participación privada altruista en fines de interés general, y posteriormente a las modificaciones legales que eran de aplicación al ámbito sanitario (RD 10/96, Ley 15/97 y Ley 50/98). Muy pronto se plantearon múltiples problemas con esta fórmula de gestión, básicamente que tenían unos recursos humanos y materiales muy por debajo de los del sector público y que realizaban un número muy elevado de derivaciones hacia los centros de gestión tradicional, muy por encima de los que hacían desde otros centros de tamaño similar (Sánchez Bayle 2004, Martín 2006). También se encontró un mayor grado de insatisfacción de los profesionales de estos centros (Ruiz 2005).

Pronto plantearon una importante contestación social, y por otro lado el modelo quedó obsoleto para los intereses privatizadores ante el desarrollo de otras alternativas con un mayor componente privado, lo que hizo que el inicial planteamiento de conversión de todos los hospitales públicos en fundaciones no avanzase y que, incluso recientemente en dos CCAA (Galicia y Asturias) acabasen integrándose las fundaciones en la red pública de gestión tradicional.

- 2) Las empresas públicas se iniciaron en Andalucía con la constitución en 1992 de la empresa pública del Hospital Costa del Sol, como las fundaciones sanitarias intentan combinar la propiedad pública de los centros con las supuestas ventajas de la gestión privada. Posteriormente se crearon más empresas públicas en Andalucía y luego pasaron a depender de agencias públicas, en estos momentos existen 3: Agencia Pública empresarial sanitaria Costa del Sol, Hospital de Poniente y Hospital del Alto Guadalquivir. Además hay una empresa pública de emergencias

sanitarias. Sus resultados, menos estudiados que en el caso de las fundaciones no han sido tampoco muy brillantes no habiendo demostrado ventajas sobre la gestión pública tradicional. Hay otras empresas públicas en la Comunidad de Madrid, como la empresa pública del Hospital de Fuenlabrada, la empresa pública unidad central de radiodiagnóstico y las empresas públicas constituidas para gestionar la parte sanitaria de los seis hospitales PFI que ahora se van a privatizar totalmente y que se comentaran en el punto siguiente. La diferencia entre las empresas públicas en Madrid respecto a las de Andalucía es que en las segundas hay una ley del parlamento regional que las constituye y que en ellas existe un mayor control y transparencia en su funcionamiento.

- 3) Otras iniciativas se han producido en diversas CCAA, la más conocida y estudiada es MEDTEC, una sociedad anónima vinculada a la gestión de la alta tecnología en Galicia, luego transformada en Galaria. Su capital sigue siendo totalmente público y se acoge a los mecanismos de gestión privada, su funcionamiento ha tenido muchos problemas y esta muy cuestionado (AGDSP 1997).

Todos estos mecanismos comparten la idea de que, manteniendo la titularidad y el control público, la introducción de sistemas de gestión privada puede favorecer la eficiencia del sistema sanitario. La realidad es que los hechos no lo han corroborado y además han generado una fuerte contestación social y profesional en algún caso (Galicia). La reintegración de las fundaciones a la red pública en Asturias y Galicia ha sido el reconocimiento del escaso rendimiento económico y sanitario de estos experimentos que en todo caso tampoco han sido evaluados por ninguna administración pública.

- **Iniciativas de financiación privada**

El siguiente paso, no en el tiempo, pero si en la intensidad de la privatización, ha sido la puesta en marcha de las iniciativas de financiación privada (PFI por sus siglas en ingles= *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, Republica 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 practica 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 el de 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 si 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 de euros, 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 perdidas 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 de euros.

La informática esta 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. (Sánchez Bayle 2013).

Existen otras experiencias de hospitales PFI en Burgos y en Mallorca y se quiere hacer un hospital de modelo PFI en Vigo que esta teniendo importantes dificultades económicas (Martín 2013).

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 aspectos (McKee 2006; Talbot-Smith 2006; Fisher 2007; Pollock 2012; Pollock 2011; Ruane 2012; Francis 2013):

- 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 número 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.

• Concesiones administrativas

Otro de los modelos privatizadores en España es el de las concesiones administrativas, más conocido por el modelo Alzira por ser el primer centro donde se puso en funcionamiento en España. En 1997 el gobierno valenciano anunció que para la construcción y gestión de un Hospital en la comarca de la Ribera Alta se utilizaría la modalidad de concesión administrativa que incluiría toda la asistencia sanitaria especializada del área de salud. A cambio la concesionaria recibiría una cantidad económica fija por habitante de la comarca con derecho a la asistencia (financiación caritativa). La Ribera Alta, una comarca de 230.000 habitantes, carecía hasta entonces de hospital público lo que evidentemente favoreció el experimento. El contrato tenía una vigencia de diez años, a partir de los que la titularidad del edificio pasaría a manos públicas, aunque existía la posibilidad de que la entidad privada prorrogase el tiempo de explotación por otro periodo. El modelo se ha extendido posteriormente a otros centros de la Comunidad Valenciana (Denia, Torrevieja, Manises y Elx-Crevillent) y de Madrid (Valdemoro, Torrejón, Móstoles, Collado-Villalba). Donde además se produce una extraña mixtura entre el modelo PFI y el de las concesiones en el caso del intento de privatizaciones recientes de la parte sanitaria de 6 de los 7 hospitales PFI madrileños, que de momento esta paralizada por los tribunales.

Tiene especial interés el seguimiento de la experiencia de Alzira porque al fin y al cabo es el centro que ha tenido más recorrido y por lo tanto sobre el que hay más información. El Hospital inicia su funcionamiento en enero de 1999. Se publicitó en esas fechas por parte de la Conselleria de Sanidad el acceso directo a la atención especializada y habitaciones individuales, como ventajas diferenciales para los pacientes de la Ribera respecto a otros hospitales públicos, lo que luego se haría de manera más o menos sistemática en todos los nuevos centros sean de modelo PFI o concesiones administrativas. La modalidad de acceso directo que se denominó, con el habitual estilo de “marketing”, como “sanidad sin escalones”, y no tenía en cuenta la función de puerta de entrada de la Atención Primaria.

En el contrato, además, se incluía la posibilidad de atención en el Hospital de la Ribera de pacientes de otras áreas de salud por los que se facturaría por proceso atendido, según precios públicos, regulados anualmente por la Ley de Tasas valenciana. También contemplaba la facturación al hospital de los pacientes atendidos en el resto de hospitales de la red pública remitidos desde el Hospital de la Ribera, en este caso con una reducción del 15% sobre la tasa pública (es decir con una ventaja adicional a favor de la empresa privada que cobraba por lo que hacia y pagaba con descuento por lo que le hacían los otros, un

ejemplo clásico de subvención encubierta). Se quedó en realizar anualmente un cruce de facturación cuya resultante sumaría o restaría a la cantidad total comprometida por pago por habitante y año con derecho a la asistencia. Al Hospital de la Ribera le interesaba por tanto captar actividad y pacientes rentables de fuera de la comarca. Estas condiciones obligaban a un sistema contable y de facturación riguroso y transparente, la empresa factura, pero la Conselleria de Sanidad debería facturar sin restricciones lo que recibe de las áreas privatizadas en hospitales públicos, y no siempre ha sido así ya que llegó a trasladarse una circular a los servicios de admisión de los hospitales públicos para paralizar la facturación a Alzira.

El diseño del contrato tuvo consecuencias inmediatas tanto en el propio Hospital de la Ribera como en los hospitales de la red pública, también para los pacientes. Así, los índices de ocupación media del hospital se situaron por encima del 90% y los de la unidad de cuidados intensivos en el 100%. En 2001 en un número significativo de habitaciones habitualmente estaba instalada la segunda cama y se había retirado la cama de acompañante. También se constató el desinterés de la Conselleria de Sanidad por el desarrollo de los hospitales públicos de las comarcas vecinas, especialmente de los Hospitales de Gandia y Xàtiva, al retrasar por ejemplo más de un año la reposición de tecnología averiada u obsoleta en el hospital de Xàtiva (retinógrafo, sonda de exploración transuretral o aparataje para radiología intervencionista, etc), con la consecuencia de que se derivaron cientos de pacientes al Hospital de la Ribera. Y todo ello a pesar de que en aquellas fechas el Hospital de Xàtiva tenía controladas sus listas de espera, una estancia media de 4,9 y un índice de ocupación de un 64,7%, por lo tanto estaba en condiciones de asumir mayor actividad asistencial y realizar parte de la atención en habitaciones individuales. En el Hospital de Alzira se ofertó atención al parto con analgesia epidural, presencia de acompañante y estancia en habitaciones individuales. Así, mientras el incremento de nacimientos atendidos en los hospitales públicos valencianos fue de un 2,4% entre los años 1999 y 2000. En el hospital de la Ribera ascendió a un 37,3%. El precio público era en aquel entonces de 200.000 pesetas en el caso de un parto vaginal y 427.000 por cesárea con complicaciones, frente a las 34.000 pesetas a las que ascendía la cápita (coste por persona y año). Se constató además en numerosas especialidades menores tiempos de espera para pacientes de fuera de la comarca. Es una evidencia que la supuesta competencia entre hospitales quedaba distorsionada por el trato de favor que recibió el Hospital de la Ribera y las disfunciones asistenciales y económicas que generó en el conjunto de la red pública.

Tabla 1.- Partos atendidos hospitales públicos 1999-2000

| Hospitales | 1999 | 2000 | Δ 2000/1999 |
|-----------------------|--------------|--------------|--------------------|
| Hospital de la Ribera | 1142 | 1568 | 37,30 % |
| Resto hospitales | 23040 | 23193 | 0,66 % |
| Total | 24182 | 24779 | 2,47 % |

Fuente: respuesta a preguntas parlamentarias del G.P.Socialista-Progressistes de las Corts Valencianes.

(Mendoza 2013)

Los aumentos de costes del modelo también están bien documentados. El cruce de facturación supuso en los años de vigencia del primer contrato, que sólo incluía atención especializada, una liquidación adicional a favor de la concesionaria que fue incrementándose progresivamente, pasó de tres millones de euros en 1999 a once y medio en 2000, doce en 2001 y doce en 2002. Se produjeron ingresos adicionales a los generados por el pago capitativo, un 7% por cien adicional en 1999 que se elevó hasta el 23,8 en 2000, 23,8 en 2001 y 21,2 en 2002. Los datos públicos del coste total de las concesiones administrativas son escasos y parciales y aparecen de forma discontinua en los Informes anuales de la Sindicatura de Cuentas de la Comunidad Valenciana.

Tabla 3. Evolución de la población asistida y del precio durante la vigencia del primer contrato

| Año | Capita | Población | Obligaciones reconocidas x cápita (miles de euros) | Liquidación adicional (miles €) | Total (miles €) |
|------|----------|-----------|---|---------------------------------------|--------------------|
| 1999 | 204,34 € | 230.530 | 44.811 | 2.994 | 47.805 |
| 2000 | 210,27 € | 233.928 | 48.472 | 11.516 | 59.988 |
| 2001 | 218,68 € | 232.752 | 50.412 | 11.985 | 62.397 |
| 2002 | 224,58 € | 234.328 | 52.272 | 11.080 | 63.352 |
| 2003 | 233,57 E | 235.813 | 13.683 (1) | 2.167 (1) | 17.116 (1) |

Fuente: Informe Sindicatura de Cuentas de la Comunidad Valenciana 2003. (Mendoza 2013)
(1) primer trimestre.

Otro hecho significativo en la historia del Hospital de Alzira es la reversión y modificación de contrato que se produce y que demuestra que el interés de la Conselleria en este modelo hospitalario no está en la búsqueda de la eficiencia sino en garantizar la rentabilidad de la empresa privada y/o en su “éxito” aparente.

En 2002 y después de que ya lo anunciara Eduardo Zaplana en el debate de política general en septiembre de 2001, se inicia el proceso la rescisión del contrato y la convocatoria de un nuevo concurso, que implicaba la incorporación de la atención primaria.

El consejero delegado de Adeslas afirmaba, en unas declaraciones recogidas por el *Diario Médico* en mayo de 1999, que prefería prestar toda la atención sanitaria y no sólo la especializada y sostenía que la rentabilidad del proyecto dependía en buena medida de las relaciones que el Hospital de la Ribera estableciera con la atención primaria. La aseguradora afirmaba que “*más que un negocio es una oportunidad histórica*”, y argumentaba que “*el mercado de las aseguradoras ha alcanzado su techo*”. Por eso había que aprovechar las vías abiertas por ese modelo, que en un futuro se podría extender a otras áreas sanitarias. La sanidad privada, afirmaba, lleva años “*demandando oportunidades de colaboración con la*

pública en un marco estable”; era por tanto una muerte anunciada. Todo parece indicar que el primer contrato fue engañoso con alevosía (sólo incluía la especializada), porque ya sabían dónde querían llegar.

La modalidad elegida de extinción del contrato obligaba al rescate del hospital y a abonar a la concesionaria el importe de la inversión realizada no amortizada y una cantidad por lucro cesante. En el proyecto de presupuestos de Sanidad de 2003 se destinó a esta operación nada menos que 43,9 millones de euros del capítulo de inversiones lo que suponía el 40% de la inversión de atención especializada y un 25% de la inversión total de sanidad. Se abandonaron numerosos proyectos de inversión y mejora de la red pública hospitalaria, ya previstos en presupuestos anteriores. Posteriormente se supo que en la rescisión del contrato por mutuo acuerdo se aplicó el pago de lucro cesante, no incluido en el pliego de condiciones administrativas iniciales, y por tanto no acorde con la Ley de Contratos de las Administraciones Públicas según señala el informe de la Sindicatura de las Cuentas de 2002, consideración de la Sindicatura reiterada en su informe de 2003.

Tabla 4. Indemnización a UTE Ribera Salud por rescisión del contrato con la Consellería de Sanidad

| Concepto | Importe euros |
|--|-------------------|
| Inversiones realizadas por concesionario (a) | 75.227.860 |
| Amortizaciones a 31 de marzo de 2003 (b) | 31.993.090 |
| Inversiones netas a-b | 43.284.770 |
| Lucro cesante 6% 75.227.860 x 5,75 años | 25.970.862 |
| Total a indemnizar | 69.255.632 |

Fuente: Informe Sindicatura de Cuentas 2003. (Mendoza 2013)

Cualquiera pensaría que una vez pagada la rescisión por la Conselleria de Sanidad era el momento oportuno, pues el experimento había fracasado, de revertir definitivamente la concesión al sistema público. Pero no se hizo. Esta decisión, claramente política, parecía responder a un pacto de la administración valenciana con el concesionario. Y eso se evidenció cuando se convocó un nuevo concurso que fue adjudicado a la misma Unión Temporal de Empresas. La cápita del nuevo contrato, al incluir toda la atención y no solo la especializada, se estableció en 379 euros frente a la vigente de 233,7 euros en el primer trimestre 2003. El incremento fue por tanto de un más que significativo 62,1%.

El nuevo contrato incluye atención primaria, especializada tanto hospitalaria como ambulatoria, Unidades de Conductas Adictivas y la atención correspondiente a Planificación Familiar y Sexualidad. La cápita se calculaba sumando todos esos programas presupuestarios y dividiendo por la población con derecho a la asistencia de la Comunidad Valenciana y que es igual para todas las concesiones.

El contrato establecía que la actualización anual de la prima por cápita en ningún caso podría ser inferior al IPC, ni superior al porcentaje de incremento anual del gasto sanitario público consolidado del estado para dicho ejercicio, eso garantiza que en un contexto como el actual de disminución del presupuesto público en sanidad, sólo los departamentos de salud de gestión privada han aumentado su presupuesto, y que se produzca un trasvase de fondos del sector público al privado. Según datos de la propia Conselleria de Sanidad el gasto real de los departamentos de salud gestionados públicamente ha descendido un 8-10% en 2012 respecto a 2011. El conjunto del presupuesto consolidado de la sanidad valenciana disminuyó de 2011 a 2012 un 0,4%, de 2013 a 2012 un 9,6%. El IPC sigue siendo positivo, con lo que las concesionarias tienen siempre garantizado un aumento de sus capitas cualesquiera que sea la situación económica.

No se incluyó en la cápita el gasto en farmacia ambulatoria, oxigenoterapia, prótesis y transporte sanitario. Costes que si están incluidos en el modelo de financiación capítativa aplicado hoy al menos teóricamente a los departamentos de gestión pública. Y ello probablemente porque sabemos que precisamente en esos capítulos había una distancia considerable entre lo inicialmente presupuestado y lo gastado: en el caso de los medicamentos el diferencial pasa del 16% adicional en 1996 al 48% en 2005 y en el conjunto de prestaciones externas en las que están incluidos, el transporte sanitario, las prótesis y la oxigenoterapia la media del período asciende al 41%. El argumento aducido por los Concesionarios para no incluir en el contrato el gasto en farmacia ambulatoria no se sostiene, ya que la administración dispone de la información del gasto territorializada por departamento de salud.

Además el 30% del ahorro en farmacia no hospitalaria respecto a la media de gasto en farmacia por ciudadano y año de la Comunidad Valenciana repercute en el concesionario, aumentando su cuenta de resultados. Sin embargo si el gasto es superior a la media no existe penalización, porque esta no estaba contemplada en el pliego de condiciones del contrato.

La Ribera es uno de los departamentos que históricamente ha tenido un gasto en farmacia ciudadano/ año, por encima de la media de la comunidad autónoma y también comparado con departamentos de iguales características poblacionales. Esa tendencia se mantiene tras doce años de gestión privada. Dénia es uno de los departamentos de salud históricamente con menor gasto en farmacia ciudadano/año a pesar de ser uno de los de mayor porcentaje de población mayor de 65 años. Dénia se beneficiaría desde el inicio del ahorro en farmacia, sin que fuera resultado de la gestión privada.

Como se ha señalado, posteriormente se llevo a cabo la expansión del modelo Alzira y aunque inicialmente la Conselleria de Sanidad negó que se fuera a producir la extensión de esta modalidad de gestión, finalmente opta por este modelo para la gestión integral de los departamentos de Torrevieja, Denia, Manises y Elx-Crevillent por la concesión administrativa. En la actualidad el 20% de la población valenciana con derecho a la asistencia sanitaria es atendida con el modelo de gestión privada.

Todas las nuevas concesiones siguen el mismo modelo contractual y el mismo precio por habitante y año. En el caso de los departamentos de gestión pública el presupuesto por persona incluye atención primaria, especializada, y gasto en farmacia ajustados por población mayor de 65 años y dispersión territorial. A los departamentos de salud públicos se les imputan además los gastos correspondientes a cada uno de ellos en prótesis, conciertos sanitarios y plan de choque.

A los departamentos privatizados corresponden hospitales comarcales con un número medio de camas en torno a las 200, una menor edad media de las plantillas que contribuye entre otras cosas a disminuir costes salariales. Además como afirman sus propios gestores las concesiones tienen una amplísima cartera de servicios: Cirugía Plástica, Cirugía Cardíaca, Cirugía Vasculat, Cirugía Torácica, Maxilofacial, Radioterapia y recursos tecnológicos propios, por ejemplo de diagnóstico por la imagen, por encima de la media de hospitales comarcales, ya que en teoría han priorizado evitar derivaciones, porque los pacientes derivados son facturados por la Conselleria de Sanidad y además afirman que también les interesa para recibir pacientes de otros departamentos por los que obtienen beneficios adicionales. Este planteamiento rompe los criterios de planificación de los recursos hospitalarios públicos, y encaja mal con la lógica de concentrar servicios de alta especialización y baja utilización por criterios de eficiencia y calidad. Se establecen monopolios privados localizados en cada departamento de salud de gestión privada. (Mendoza 2013).

Los resultados no están evaluados, ni asistenciales, ni en salud Sin embargo existe un estudio que relaciona este modelo de provisión sanitaria con un exceso de mortalidad de 2.752 fallecimientos anuales en la Comunidad Valenciana y que señala también que la eficacia sanitaria es un 14,61% inferior a la media, la eficiencia económica un 19,1% menor y la eficiencia sanitaria un 2,1% inferior (FSP 2013)

Recientemente la Comisión Nacional de la Competencia señala que “los procesos de externalización de la gestión sanitaria llevados a cabo por las Comunidades Autónomas han registrado, por lo general, una participación alarmantemente reducida de empresas”. Las numerosas anomalías detectadas “están relacionados tanto con la gestión sanitaria como con la gestión no sanitaria adjudicada en bloque junto con la construcción del centro sanitario” (CNC 2013)

- **Entidades de Base Asociativas (EBAs)**

Una formula hasta ahora solo utilizada en Cataluña pero que se pretende poner en marcha en Madrid es la de las Entidades de Base Asociativas (EBAs) en la que un grupo de médicos crea una sociedad limitada o sociedad anónima a los que se asigna la atención sanitaria de

una zona básica a cambio de una cantidad anual, dejando en sus manos la política de personal (pueden contratar y despedir personal según su criterio) y el reparto de los beneficios que consigan. Se han realizado 3 evaluaciones de este modelo, la primera por el Sindic de Greugues (el defensor del pueblo catalán), la segunda por la fundación Avedis Donavedian y la tercera por el Institut de Estudies de la Salut, y en ninguna de ellas se evidencio una diferencia significativa en cuanto a resultados ni económicos ni asistenciales, contradiciendo la supuesta mejora de esta propuesta de privatización. (Villaescusa 2007, Canals 2010). En Madrid se plantea la presencia de capital de empresas privadas en estas iniciativas, aunque todavía no se ha concretado en ningún centro.

- **La multiplicidad de fórmulas prácticas**

Algo que no se le puede negar a las fórmulas concretas de privatización sanitaria es su gran capacidad para generar formulas especificas a aplicar en cada caso, aunque es probable que esta multiplicidad de organismos y fórmulas privatizadoras tenga como principal objetivo dificultar su evaluación.

Una de estas fórmulas son los conciertos singulares, ya recogidos en la Ley General de Sanidad y que parecían tener una expresión concreta en la Fundación Jiménez Díaz de Madrid que tiene un concierto singular con el sistema público desde antes de las transferencias sanitarias. Tras varias quiebras el hospital ha pasado de depender de una fundación, en teoría sin animo de lucro a pertenecer a una empresa multinacional (CAPIO, ahora IDC) pese a lo que gestiona un área de salud con unos elevados presupuestos que se han ido ampliando a pesar de la crisis con lo que el coste /cama anual de este centro es el más elevado de la Comunidad, a pesar de lo cual recibió en 2011 una aportación extra como se ha referido anteriormente. (Sánchez 2013). Otro ejemplo es el hospital de POVISA en Vigo que también atiende a un área de referencia con nada buenos resultados (es por ejemplo el hospital que acumula las más prolongadas listas de espera de toda Galicia) (Vaamonde 2012)

Otro ejemplo de una fórmula empleada para favorecer las privatizaciones son los consorcios que agrupan a entidades públicas con otras de ámbito diverso. En Cataluña tienen una presencia muy nutrida, y tienen una antigüedad importante en algún caso se remontan a la época franquista. Más recientemente se ha formado algún consorcio en esta búsqueda de formulas más o menos privatizadoras. En Andalucía esta el Consorcio Sanitario Público del Aljarafe con la Orden de San Juan de Dios, en 2003, consorcio que en realidad ha sido financiado por la propia Junta de Andalucía en lugar de hacer un centro propio y que se hace con esta entidad que supuestamente tiene fines no lucrativos (Ortega 2007)., lo cual resulta cuando menos cuestionable entre otras cosas porque tiene implicaciones con el laboratorio Grifols. En 2006 se constituyó el Consorcio Aragonés de Salud de Alta Resolución (CASAR) del que forman parte el Gobierno de Aragón con los Ayuntamientos de Ejea de los Caballeros, Jaca, Fraga y Tarazona y con “MAZ”, Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social número 11. El CASAR dirige y coordina los siguientes centros: Hospital de Alta Resolución del Pirineo (Jaca); Centro Sanitario de Alta Resolución Cinco Villas (Ejea de los Caballeros); Centro Sanitario de Alta Resolución Moncayo (Tarazona); Centro Sanitario de Alta Resolución Bajo Cinca - Baix Cinca (Fraga). Con fecha 17 de junio de 2013 la Consejería de Sanidad de Aragón ha anunciado que se iba

a integrar el CASAR en el Servicio Aragonés de Salud para “mejorar la calidad asistencial” y “conseguir un ahorro de 2,8 millones de € anuales” (Efe 2013). Se trata de un hecho llamativo porque es un gobierno del PP el que elimina una de estas fórmulas y además dice hacerlo para mejorar la calidad del servicio y disminuir los costes.

Otros mecanismos utilizados para la privatización han sido la creación de sociedades anónimas como MEDTEC (luego Galaria) para gestionar la alta tecnología (AGDSP 1997), y los conciertos de resonancias magnéticas y de alta tecnología llevados a cabo en la Comunidad Valenciana por los que se cedía a una serie de empresas privadas la implantación de los equipos y la realización de las resonancias para los pacientes beneficiarios de la sanidad pública valenciana. La adjudicación, se realizó a tres empresas en régimen de monopolio en ámbitos territoriales cerrados: Eresa, Beanaca S.A e Inscanner S.L, que ya venían concertando con la administración sanitaria desde hacía años y previamente se habían paralizado todos los planes previstos de implantación de esta tecnología en los centros públicos. Finalmente el coste ascendió a 266 millones de euros, un 60% más de lo previsto y se ha detectado una sobreutilización de resonancias de la espina lumbar (Kovacs 2013, Mendoza 2013). Pese a ello en Galicia esta en marcha un proceso similar de privatización de la radiología.

- **¿Por qué es necesaria la gestión pública en sanidad?**

Existen unas características especiales de la atención sanitaria que hacen aconsejable la gestión pública de la sanidad y que se pueden resumir en las siguientes:

- 1) **Orientarse a la consecución de niveles de salud y de satisfacción de todos.** La empresa privada busca, lógicamente, maximizar los beneficios y carece de interés en la búsqueda de resultados en salud, que por otro lado son muy difíciles de cuantificar y como es bien conocido están influenciados por muchas actuaciones ajenas al sistema sanitario.
- 2) **Corregir los fallos del mercado.** El mercado tiene problemas a la hora de la asignación eficiente de recursos y necesita de regulaciones externas lo que es bien conocido hace mucho tiempo. En la atención sanitaria a los problemas generales se unen otros más específicos que hacen más complicada su utilización, esquemáticamente serían:
 - **Información asimétrica.** Los profesionales/los proveedores de atención sanitaria tienen mucha más información sobre los problemas de salud y las necesidades de diagnóstico y tratamiento que las personas, ello permite a los profesionales/servicios influir de una manera muy significativa sobre las decisiones de las personas y anula en la práctica la libertad de elección que debería ser una de las características para el funcionamiento de un mercado. Entre profesionales, el sistema sanitario y los ciudadanos se establece una relación de agencia que se basa más en la confianza que en la capacidad de tomar opciones informadas.
 - **Externalidades.** Los resultados de la atención sanitaria no se producen solo en las personas en las que se interviene, sino que tienen, en muchas ocasiones, resultados, beneficiosos o perjudiciales, sobre el conjunto de la población. El

mejor ejemplo son las enfermedades infectocontagiosas o algunas actividades preventivas como las vacunaciones. El interés y el beneficio de que se trate a las personas con enfermedades infectocontagiosas no es solo para el afectado, sino también para la población que le rodea, ya que así se evita el contagio y la aparición de la enfermedad en otras personas, inicialmente sanas. Las vacunaciones igualmente solo son eficaces si se produce una elevada cobertura vacunal que protege al conjunto de la población y evita reservorios de la enfermedad, fuente de posibles brotes epidémicos, por eso decisiones contemplando solo la óptica individual pueden finalmente resultar negativas para las mismas personas que las adoptan y deben ser tomada por una autoridad sanitaria que adopte los intereses de la comunidad.

- **Incertidumbre.** Las enfermedades se producen con una presentación en muchos casos impredecible, especialmente en lo que se denomina “enfermedades raras” que por otro lado precisan de atenciones muy costosas del sistema sanitario, solo un planteamiento de cobertura universal permite una agregación de riesgos y la asunción de costes imposibles de ser asumidos individualmente, que haga factible la atención en todos estos casos.
- 3) **Mejorar la equidad social.** El sistema sanitario público es un mecanismo básico para asegurar la cohesión entre territorios y la accesibilidad a la atención sanitaria en todos los puntos de la geografía donde el sector privado no tiene interés en ofertar servicios, constituyendo un sistema fundamental para fijar la población al territorio, ofertando servicios que eviten la despoblación y la marginación de grupos de población .

4 La aplicación en las CCAA

El desarrollo de las formulas privatizadoras en las CCAA ha ido en aumento a partir de los años 90 y ha tenido una profundidad muy distinta según cada una de ellas. Como ya se ha señalado, desde antes de la democracia ya existía una comunidad autónoma (Cataluña) con una gran variedad de formulas de gestión privada y una presencia muy importante de las mismas, que se ejemplificaba en que las camas hospitalarias en los años 80 eran en un 70% de titularidad privada en Cataluña, frente a la situación inversa en el resto del Estado. En 1990 la LOSC consolida y amplifica el modelo que se ha ido ampliando desde entonces, incorporando también la Atención primaria, bien mediante la formula de las EBAs, bien mediante su adscripción a consorcios sanitarios.

Posteriormente, y especialmente con la finalización de las transferencias, la privatización ha avanzado en todas las CCAA si bien en algunas (Valencia, Madrid y Baleares) lo ha hecho de una manera más significativa.

El resultado final, que puede inferirse de las páginas anteriores, se resumiría en la siguiente situación, de acuerdo con la mayor o menor penetración de las formulas privatizadoras en la asistencia sanitaria:

Procesos de conciertos y derivaciones de determinadas prestaciones a las empresas privadas, las denominadas “externalizaciones”, presentes y en crecimiento en todas las CCAA.

Las CCAA podrían clasificarse según un mayor o menor grado de los fenómenos de privatización de la asistencia sanitaria en tres grupos:

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

5

Alternativas a la privatización

Generalmente los argumentos favorables a la privatización sanitaria pivotan sobre dos cuestiones: la conveniencia/necesidad de conseguir fuentes de financiación alternativas para la construcción de infraestructuras y la supuesta mejora de gestión del sector privado.

En este apartado abordaremos ambos temas: las alternativas de financiación de infraestructuras y de gestión sanitaria y finalmente se señalaran algunos mecanismos para la reversión de lo ya privatizado al sistema público.

- **Alternativas a la financiación de infraestructuras sanitarias**

Se ha pretendido que la financiación privada podría ser una alternativa a la búsqueda de recursos para la construcción de infraestructuras, sin embargo la experiencia no demuestra este hecho, sino por el contrario que ha sido la financiación pública la que consigue financiación a mejores precios.

Hay 3 ejemplos muy claros en este sentido:

- Comparación del coste de dos centros, el Hospital Puerta de Hierro (PFI) y el Nuevo Hospital Central de Asturias, que se ha construido por el sistema tradicional mediante un crédito del Fondo Social Europeo (Fuentes: Expansión, Consejería de Sanidad Principado de Asturias).

| <u>Hospital</u> | <u>Nº camas</u> | <u>Coste final (incluido equipamiento)</u> |
|-----------------|-----------------|--|
| H.C. Asturias | 1039 | 350 millones euros |
| P. Hierro | 800 | 1200 millones euros |
| Diferencias: | - 239 | + 850 millones de euros |

- Hospital de Vigo: en la tabla siguiente se recoge el precio de construcción tradicional, el precio mediante una sociedad pública de inversiones (con un préstamo del Banco Europeo de Inversiones) (Reyes 2012)

| | |
|--|--------------------|
| Coste construcción gestión tradicional | 331.737.127,15 € |
| Coste Sociedad Pública de inversiones | 457.600.000 € |
| Coste PFI | 1.566.445.766,40 € |

- GISCARMSA (Gestora de Infraestructuras Sanitarias de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia S.A.U.), una sociedad cuyo “*objeto responde a la promoción, construcción y/o explotación de futuro de los bienes inmuebles destinados a satisfacer las necesidades de infraestructuras sanitarias y sociosanitarias y de los servicios sociales especializados del Sistema de Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, así como el desarrollo, gestión y/o explotación de servicios complementarios de las mismas que no tengan naturaleza sanitaria o sociosanitaria*”. Esta sociedad instrumental depende de la Consejería de Sanidad y Consumo, recibe préstamos del Banco Europeo de Inversiones y los dedica a la construcción de infraestructuras sanitarias y sociosanitarias en la Región de Murcia (Giscarmsa 2008)

1. Es decir existen alternativas bajo control público para las inversiones en infraestructuras a costes netamente inferiores a los mecanismos privatizadores (PFI, concesiones administrativas, etc), mediante la petición al Banco Europeo de Inversiones, al Fondo Social Europeo o al FEDER, de créditos a precios por debajo de los del mercado bancario, peticiones que pueden realizarse bien directamente desde las propias administraciones sanitarias o mediante la creación de sociedades/agencias públicas instrumentales.

• **¿Hay otras formulas para mejorar la gestión sanitaria y la sostenibilidad sin privatizar?**

Aunque es un tema recurrente en los medios de comunicación la ineficiencia e insostenibilidad de nuestra Sanidad Pública, conviene recordar que los resultados en salud: esperanza de vida al nacer, esperanza de vida con buena salud, mortalidad infantil, etc, ofrecen en España resultados mejores que los encontrados en la media de la OCDE y en la UE. O sea que no puede hablarse de ineficiencia de nuestro sistema sanitario que, con bajo gasto, logra buenos resultados en salud, por lo que el problema no es realmente de sostenibilidad sino que refleja la voluntad política de recortar la financiación de los servicios públicos, entre ellos la sanidad, y así viene siendo reconocido por todos los organismos internacionales (Bloomberg 2013, OECD 2013, OMS 2013)

Esta campana sobre la supuesta insostenibilidad del SNS responde a la agenda, cada vez menos oculta del Gobierno y que esta recogida en el memorando presentado a la UE para la petición del como rescate bancario y que se denominó Programa Nacional de Reformas 2012 que en esencia planteaba: privatizar y regular el sistema sanitario, el establecimiento de copagos generalizados, los recortes indiscriminados con la excusa de la crisis y por lo tanto el deterioro sistemático del sector publico con el horizonte, este no expresado de manera explicita pero que esta implícito en el documento, de segmentar la asistencia sanitaria favoreciendo el establecimiento de un sistema de seguros para las personas de rentas altas (probablemente favorecidos con desgravaciones fiscales), un sistema de seguridad social de baja calidad para los trabajadores por cuenta ajena y un modelo de beneficencia para el resto de la población (Gobierno 2012).

Por supuesto negar que el SNS tenga un problema de sostenibilidad de fondo no es negar también que dentro del sistema sanitario público no existan espacios de ineficiencia que pueden y deben de mejorarse no tanto para disminuir los costes de la sanidad pública, sino para mejorar su cobertura y sus prestaciones a la ciudadanía.

Existen de manera reconocida tres fuentes claves de la ineficiencia del SNS, ninguna de las cuales ha sido seriamente abordada por la política del Gobierno expresada en el RD Ley 16/2012 y en los distintos planes de sostenibilidad de las diferentes CCAA.

El primero es el elevado gasto farmacéutico, en porcentaje del PIB y en €/habitante y año, de manera que si se gastara en España en €/habitante y año lo que el promedio de los países de la OCDE supondría un ahorro de 3.500 millones €/anuales.

El segundo la sobreutilización tecnológica que favorece el uso indiscriminado de tecnología médica y que supone un coste elevado para el sistema de salud (se calcula que utilizando la tecnología médica solo para las indicaciones establecidas de acuerdo con la evidencia científica se podrían ahorrar 2.490 millones €/al año en España) y riesgos para los enfermos (el caso más evidente, pero no el único, son las radiaciones).

La tercera son las privatizaciones que incrementan en coste de los servicios sanitarios entre 6 y 8 veces, de acuerdo con la experiencia en España, que es similar a la existente en otros países como Reino Unido, Canadá o Australia.

¿Cuáles son entonces **las medidas a adoptar para garantizar la sostenibilidad y mejorar la gestión del SNS?**. Habría que avanzar en las siguientes cuestiones:

1. Financiación.

Hay que garantizar la **suficiencia financiera** del Sistema Nacional de Salud, **incrementando el porcentaje de presupuesto público destinado a la Sanidad**, para ello es imprescindible una reforma fiscal que asegure una recaudación suficiente que debe basarse en la eliminación del fraude fiscal y en un modelo impositivo que haga que paguen más los que más tienen (cambiar el impuestos de sociedades e incrementar los tramos para rentas altas). La **financiación de la sanidad debe ser finalista** para en la que se incluyan los compromisos del Plan Integrado de Salud, estableciendo mecanismos de control de su utilización y condicionando los nuevos fondos a la comprobación del uso debido de los ya recibidos. Por supuesto las CCAA tendrán la opción de destinar otros fondos propios al sistema sanitario.

Se precisa por lo tanto la elaboración de un **Plan Integrado de Salud** que permita marcar objetivos coherentes y unificados para el conjunto del Sistema Nacional de Salud, reforzando su cohesión y el **establecimiento de sistemas de información homogéneos** en todo el SNS que permitan el conocimiento real de los principales indicadores de funcionamiento del SNS, garantizando la publicidad, al menos semestral de los principales indicadores.

Los copagos no han demostrado ninguna eficacia, ni para contener el gasto (solo trasladan gasto público a gasto privado) ni sobre su supuesta capacidad para disminuir la utilización inapropiada. Por otro lado penalizan a las personas más enfermas y más pobres y en una crisis como la actual tienen consecuencias devastadoras sobre los más desprotegidos.

2. Control del gasto farmacéutico.

La segunda cuestión que hay que abordar es la mejora de la utilización de los recursos farmacéuticos, lo que tiene que producir una disminución del gasto total (y no un traslado del mismo del sector público al privado como se hace con los copagos) y medidas como: aumentar el consumo de medicamentos genéricos para alcanzar el 25% del gasto farmacéutico, realizar subastas de medicamentos para conseguir unos menores costes de los mismos, establecer la financiación por equivalentes terapéuticos, limitar el marketing/promoción al 5% del gasto de las empresas, estableciendo sistemas de transparencia y publicidad de todas las subvenciones de las empresas farmacéuticas a los profesionales de la salud y establecer un sistema independiente y científicamente contrastado de información y formación de los mismos.

3. Adecuación de la utilización de la tecnología.

Hay que asegurar una evaluación, basada en la evidencia y actualizada, de las tecnologías sanitarias. Para ello es imprescindible la coordinación de las agencias de evaluación existentes y la elaboración de un plan común de actividades. Hay que avanzar en una reducción de las variabilidades de la práctica clínica, implantar la medicina basada en la evidencia con impulso al “*benchmarking*” y recuperar la practica clínica en las actuaciones sanitarias. Favorecer la implantación de **protocolos de utilización de tecnología** elaborados mediante el uso de la evidencia científica. Conviene resaltar que como ya se ha señalado los fenómenos privatizadores propician la sobreutilización y el uso inapropiado de las tecnologías.

4. Agencia de compras

Hay que poner en funcionamiento una **Agencia central de compras del SNS** que permita utilizar las ventajas de la economía de escala en las compras del sistema sanitario público, con lo que podrían conseguirse ahorros superiores al 20% en las compras de equipamientos y consumibles. Conviene recordar que el RD Ley 16/2012, a pesar del argumentarlo oficial solo se quedo en que “*El Consejo Interterritorial del SNS fomentara las actuaciones conjuntas*” (adicional cuarta 1), es decir en una mera recomendación que hasta ahora, un año después, ha tenido escaso recorrido, salvo en lo referente a la compra de vacunas.

5. Paralizar las privatizaciones, evaluar sus resultados y reintegrarlas al sistema sanitario pública

Los nuevos modelos de gestión no han demostrado utilidad ni en mejoras en la eficacia ni mucho menos en al eficiencia, porque han encarecido los costes de la asistencia sanitaria. Por lo tanto deberían de reintegrarse en el sistema sanitario público. También seria exigible que en tanto no se produzca esta integración se garantice la transparencia y publicidad de los datos asistenciales de estos centros, así como la calidad de la prestación sanitaria y se lleve a cabo una evaluación de sus resultados, tanto en la calidad asistencial, como en su eficiencia y en su impacto sobre el nivel de salud de la población.

6. Fomentar la Atención Primaria de Salud

La Atención Primaria de Salud (APS) es la clave del funcionamiento del sistema sanitario, no solo porque puede atender más del 80% de las demandas de asistencia sanitaria, sino también porque puede intervenir activamente en políticas de prevención de la enfermedad y promoción de la salud, siendo por lo tanto el área de la atención sanitaria más coste/eficiente. Por lo tanto hay que **fomentar la Atención Primaria** dotándola de medios profesionales y materiales, así como de accesibilidad a pruebas diagnosticas para mejorar su capacidad de resolución. Debe **promoverse el papel de la enfermería** en AP desarrollando sus competencias y favoreciendo la atención a los enfermos crónicos y el desarrollo de actividades de promoción y prevención. La APS debe ser el eje del sistema y de la integración de la atención sanitaria.

7. Coordinación Atención Primaria y Especializada

La coordinación entre AP y AE es una de las claves del funcionamiento eficaz y eficiente del sistema sanitario. **Desarrollar el funcionamiento de las Áreas sanitarias** como eje vertebrador de la atención sanitaria, en las que deberían integrarse los servicios de AE, AP, socio-sanitarios, salud pública y de otros sectores relacionados con la salud medioambiental y el desarrollo social y económico. Hay que desarrollar una **historia clínica única** a la que se tenga acceso desde todos los centros sanitarios del SNS. Hay también que desarrollar una **red de camas de media y larga estancia** que permitan una asistencia en los mismos de los que presentan patologías que no precisa de hospitales de agudos.

Deben **garantizarse demoras máximas** en las citaciones en AP (48 horas) y en las derivaciones a AE (15 días en los casos no urgentes), así como en las pruebas diagnosticas e intervenciones quirúrgicas, teniendo en cuenta su utilidad y el carácter preferente o urgente de las mismas. Para ello deben de utilizarse de manera intensiva los recursos tecnológicos y de equipamientos del sistema sanitario público.

8. Garantizar la adecuación de los recursos humanos del Sistema Nacional de Salud

Debería de realizarse un **plan de recursos humanos del SNS** que permitiera evaluar las necesidades futuras de profesionales, establecer las competencias y asegurar la formación continuada fuera de los intereses comerciales. Es urgente la puesta en funcionamiento de la nueva regulación de especialidades médicas que establezca la **troncalidad en la formación** y permita la acreditación de áreas específicas de subespecialización, asimismo debe garantizarse el desarrollo de especialidades en enfermería y su adecuación a las necesidades de salud de la población. La **carrera profesional** dentro del SNS debe de impulsarse adoptando mecanismos de control democráticos y criterios que garanticen el reconocimiento de los meritos profesionales, científicos y la calidad de la atención prestada. Debe garantizarse en el SNS un clima laboral que permita el desarrollo de las actividades asistenciales en un marco de seguridad y de ausencia de violencia institucional controlando las condiciones de trabajo que son el mejor medio de evitar actuaciones inapropiadas del sistema de salud.

9. Profesionalizar la gestión

Debe de profesionalizarse la gestión sanitaria, para lo que es imprescindible el poner en marcha un sistema de **formación de especialistas en gestión sanitaria** mediante el sistema MIR. Hay que profesionalizar los cargos intermedios del sistema sanitario. Deben de desarrollarse sistemas de acreditación profesional y la provisión de plazas de jefaturas de servicio / sección / supervisiones de enfermería/ etc, mediante concursos públicos con mecanismos de selección que garanticen la adjudicación de acuerdo a criterios de merito y capacidad. Estos cargos no deben ser vitalicios sino que deberían estar sometidos a evaluaciones periódicas. Asimismo debe favorecerse la implantación de la **gestión clínica** en los centros sanitarios mediante el impulso de la gestión participativa basada en la evidencia.

10. Fomentar la participación de profesionales y usuarios

Es necesario garantizar la democratización del funcionamiento del sistema sanitario público creando órganos de dirección y control con participación de profesionales y usuarios. El sistema sanitario público en la medida en que esta sufragado por los impuestos debe de garantizar su transparencia, la rendición de cuentas y el control democrático de su funcionamiento, la propia Ley General de Sanidad establecía unos mecanismos de participación que nunca llegaron a funcionar, por eso es muy importante la puesta en funcionamiento de **órganos democráticos de control y participación** para garantizar el carácter de servicio público de los centros sanitarios.

- **¿Pueden revertirse las privatizaciones? ¿Cómo y a qué coste?**

Siempre ha existido la opción de reintegrar al sistema público los centros privatizados por más que siempre también los partidarios de la privatización hayan magnificado los problemas e inconvenientes de esta reversión al sistema público. Hay dos experiencias concretas de reintegración en el sistema público tradicional de las fundaciones sanitarias en Galicia y Asturias y a pesar de los agoreros los problemas fueron mínimos y circunscritos al acoplamiento del personal de las mismas a las condiciones generales de los trabajadores de los correspondientes servicios regionales de salud. Y como también se ha señalado hay otro proceso de reversión en marcha, en el caso del consorcio del Alto Aragón (CASAR), o sea que la reversión es perfectamente posible en el caso de las fundaciones, empresas públicas y consorcios, y depende casi exclusivamente de la voluntad política de los responsables de las administraciones sanitarias.

Un caso distinto son los centros adjudicados a empresas privadas con ánimo de lucro (concesiones administrativas, PFI, EBAs, etc) que son aquellas en que es más compleja la reversión. No obstante hay que tener en cuenta:

- Todos los contratos prevén la posibilidad de reversión, pero suelen hacerlo en condiciones muy onerosas (pagando el lucro cesante), pero siempre es posible hacerlo, el mejor ejemplo es el caso ya citado del Hospital de Alzira

- Los contratos también establecen criterios mínimos de dotación, personal, etc, que habitualmente se incumplen y se contemplan penalizaciones al respecto. Es práctica habitual la ausencia de control del funcionamiento de estos centros, un seguimiento sistemático pondría en cuestión una parte de la rentabilidad actual de las empresas y supondría muy probablemente facilidades para la reversión.
- Lo mismo puede decirse de la selección de riesgos que se realiza desde estos centros para evitar costes y/o de la atracción hacia los mismos de determinadas actividades rentables (generalmente en colaboración con los sistemas de citación de pacientes que derivan determinadas actividades hacia los centros privatizados).
- Existe el modelo de expropiación, hasta el presente no utilizado en nuestro país, pero que podría realizarse utilizando el criterio de utilidad pública de las actividades que desarrollan.

En resumen, existen varias alternativas para la **reversión** de estos centros al sistema sanitario público que van desde **el control exhaustivo de su actividad** y la denuncia de los incumplimientos de sus contratos, la utilización de las cláusulas de los mismos para su recuperación, hasta la **expropiación**

Claro está que estos objetivos no se pueden alcanzar si primero no se **derogan el RD Ley 16/2012, y todas las leyes estatales y autonómicas que permiten las actuales medidas de recortes y privatizaciones del sistema sanitario público** (LOSC, Ley 15/97, etc). Es evidente que existen medidas que se pueden adoptar para paralizar el desmantelamiento de la Sanidad Pública y garantizar el actual modelo sanitario y con ello la calidad de la atención sanitaria y el nivel de salud de la población. Lo que hay que conseguir es que se cambie una política suicida basada en recortes y privatizaciones.

Bibliografía

- AGDSP: Informe sobre MEDTEC y Galaría. 1997 En: <http://www.nodo50.org/fadsp/pdf/informe%20MEDTEC%20Galaria%5B1%5D.doc>.
- Bloomberg Best (and Worst): Most Efficient Health Care countries. 2013. Disponible en: www.bloomberg.com (consultado 25/9/2013).
- Cannals J: La privatización encubierta (o no tanto) de la sanidad catalana. Cuaderno de Políticas de Salud 2010; 6: 9-21
- Comisión Nacional de la Competencia (CNC) : Aplicación de la guía de contratación y competencia a los procesos de licitación para la provisión de la sanidad publica en España. Madrid 2013. Disponible en: http://www.encompetencia.es/Inicio/GestionDocumental/tabid/76/Default.aspx?EntryId=199343&Command=Core_Download&Method=attachment. (Consultado: 2/10/2013).
- Efe: El CASAR se integrara en el Salud en 2014 y supondrá un ahorro de 2,8 millones. El Periódico de Aragón 17/6/2013.
- Fisher P: Las iniciativas de financiación privadas: el ejemplo inglés. Salud 2000;2007, 111:5-7
- 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> (consultado:27/8/2013)
- Fuertes Martín A: Formación de grado y postgrado y desarrollo profesional continuo en medicina. La carrera profesional. En: Los profesionales de la salud en España. Edcns GPS. Madrid 2008.
- FSP-UGT País Valenciá: Cuestión de vida o muerte. Análisis comparativo del sistema público de salud de la Comunidad Valenciana y su impacto sobre la salud de la ciudadanía. FSP-UGT Valencia 2013.
- GISCARMSA: Memoria 2008. Disponible En: www.murciasalud.es/giscarmsa. (Consultado 24/9/2013).
- Gobierno de España: Programa nacional de reformas 2012. Disponible en: www.lamoncloa.gob.es (consultado 25/9/2013)

- González López-Valcárcel: La gestión privada de la sanidad pública ¿una huida hacia delante?. 2013. Disponible en: <http://www.fedeablogs.net/economia/?p=27591> (consultado: 10/7/2013)
- Kovacs et al: Appropriateness of lumbar spine magnetic resonance Imaging in Spain. Eur J Radiology 2013;82:1008-1014
- Ley General de Sanidad. BOE 29/4/1986
- Ley sobre habilitación de nuevas formas de gestión en el SNS. BOE 26/4/1997
- McKee M, Edwards N, Atun R: Public-private partnerships for hospitals. Bulletin of the World Health Organization 2006; 84:890-896.
- 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 (consultado 27/8/2013).
- Martín García M, Sánchez Bayle M: Nuevas formas de gestión y su impacto en las desigualdades. Gac Sanit 2006; Suppl 1:192-202
- Mendoza García MJ: Privatizaciones en el País Valenciano. En: La contrarreforma sanitaria. M Sanchez (edt). Los libros de la Catarata. Madrid 2013.
- Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad: Estadística de gasto sanitario público. Disponible en www.msssi.gob.es (consultado 22/8/2013)
- Missoni E: El fenómeno de las colaboraciones globales público – privadas en salud y su impacto sobre la gobernanza global del sector. En: Globalización y salud. Sánchez Bayle M, Colomo C, Repeto C (ed). Ed Sanidad Pública. Madrid 2005
- OECD Health Data 2013. Disponible en www.oecd.org (consultado 14/8/2013)
- Okma KGH, Marmor TR, Oberlander J: Managed competition for Medicare?. Sobering lessons from the Netherlands. N Engl J Med 2011;365:287-9
- OMS: Estadísticas sanitarias mundiales 2013. Disponible en www.who.org (consultado 14/8/2013)
- Ortega Llavador B, Santos Ramos B: Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Las experiencias de privatización de la Junta de Andalucía y sus consecuencias. Salud 2000;2007, 113: 15-19
- Ortún V: Los conflictos sanitarios pasan, los daños permanecen. La conveniente mejora del gobierno y de la organización sanitaria. 2013 Disponible en : <http://www.fedeablogs.net/economia/?p=27389> (consultado 10/7/2013)

- Peiró S: Eficiencia en la gestión hospitalaria pública: directa vs privada por concesión. 2013 Disponible en <http://www.fedeablogs.net/economia/?p=27263> (consultado 10/7/2013)
- Pollock A: NHS pic: The privatisation of our health care. Verso. London 2004
- Pollock A, Price D: PFI hospitals bear the cost of labor manipulation. BMJ 2012; 345: e5095 doi: 10.1136/bmj.e5095
- Pollock A, Price D, Liebe M: Private finance initiatives during NHS austerity. BMJ 2011; 342: 417-419.
- Pollock, A M; Jean S , Neil V : Private finance and "value for money" in NHS hospitals: a policy in search of a rationale?, BMJ 2002; 342: 1205–1209.
- Randeep R: private health groups competition watchdog. The Guardian 28/8/2013
- Real Academia Española: Diccionario de la lengua española. 22ª Edición. 2001. Disponible en: <http://www.rae.es/rae.html> (consultado:18/7/2013)
- 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
- Reyes Santías F: Análisis económico financiero de la colaboración público –privada (PFI) del nuevo hospital de Vigo. Salud 2000,2012;37:10-18.
- 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. Consultado 24/8/2013.
- [Ruiz Hervella](#) V, [Martín García](#) M, [Sánchez Bayle](#) M: Satisfacción laboral en el personal de las fundaciones sanitarias en Galicia . Rev Adm San 2005;3:303-14
- Saltman RB, Otter C: Public competition versus mixed market. Health Policy 1989;11: 43-45
- Sánchez FI, Abellán JM: Las concesiones de obra pública en sanidad (PFI): entre decepcionantes e inevitables. 2013. Disponible en: <http://www.fedeablogs.net/economia/?p=27749> (consultado:10/7/2013)
- Sánchez Bayle M (ed): El sistema sanitario en España: evolución, situación actual, problemas y perspectivas. Los libros de la Catarata. Madrid 1996
- Sánchez Bayle M: ¿Hacia el estado del bienestar?. Neoliberalismo y política sanitaria en España. Madrid 1998

- Sánchez Bayle M, Martín García M: Nuevas formas de gestión: las fundaciones sanitarias en Galicia. Documento de Trabajo 43/2004. Fundación Alternativas. Madrid 2004
- Sánchez Bayle M, Colomo C, Repeto C (ed): Globalización y salud. Ed Sanidad Pública. Madrid 2005.
- Sánchez Bayle M (coord): Globalización y salud 2009. Ediciones GPS. Madrid 2009
- Sánchez Bayle M, Sánchez Llopis E, Palomo Cobos L: Copago sanitario: eficacia, eficiencia o negocio?. Fundación 1 de mayo. Cuadernos de la Fundación nº 44. Madrid 2011
- Sánchez Bayle M(coord.): La contrarreforma sanitaria. Análisis y alternativas a la privatización de la Sanidad Pública. Los libros de la Catarata. Madrid 2013
- Talbot-Smith A, Pollock A, Leys C, McNally N: The new NHS: a guide. Routledge. Abingdon 2006
- The new NHS. Londres 1997
- Vaamonde García P (coord): A Saude como negocio. Ed Laivento. Santiago de Compostela 2012.
- Villaescusa Saiz R, Puente Sanagustín A: Evaluación de la gestión privada y pública de la sanidad catalana. Salud 2000; 2007;111: 16-19

Últimos Documentos de Trabajo publicados

- 168/2011. **El significado y el contenido del centro ideológico en España.** Mariano Torcal Lorient.
- 169/2011. **Los excluidos también pueden votar: abstención y exclusión social en España.** Braulio Gómez Fortes y Manuel Trujillo Sánchez.
- 170/2011. **Transparencia y acceso a la información pública en España: análisis y propuestas legislativas.** Emilio Guichot Reina.
- 171/2011. **La evaluación de tecnologías sanitarias en España.** Oriol de Solà-Morales.
- 172/2011. **Reflexiones sobre la atención primaria de salud.** Antoni Dedeu, Carolina Lapena, Tino Martí, Josep M.^a Monguet y Josep M. Picas.
- 173/2011. **Una nueva Ley General de Sanidad para sostener el Sistema Nacional de Salud.** Javier Rey del Castillo.
- 174/2011. **Gestión de listas de espera en el Sistema Nacional de Salud. Una breve aproximación a su análisis.** Agustín Cañizares Ruiz y Álvaro Santos Gómez.
- 175/2011. **Los sindicatos españoles: voz e influencia en las empresas.** Carmen García-Olaverri y Emilio Huerta
- 176/2012. **La integración de las energías renovables en el sistema eléctrico.** Alberto Carbajo Josa
- 177/2012. **La Economía Social y la atención a la dependencia. Propuestas para contribuir al desarrollo de los servicios de atención de la dependencia y a la generación de empleo estable y de calidad.** Antonio Jiménez Lara y Ángel Rodríguez Castedo
- 178/2012. **Los ciudadanos españoles ante la crisis.** Olga Salido.
- 179/2013. **El uso de símbolos religiosos en el espacio público en el Estado laico español.** Fernando Américo y Daniel Pelayo.
- 180/2013. **Identidad social, pluralismo religioso y laicidad del Estado.** Ana Fernández-Coronado y Gustavo Suárez Pertierra.
- 181/2013. **Gestión pública del hecho religioso en España.** José M^a Contreras Mazarío.