

Marciano Sánchez Bayle y Sergio Fernández Ruiz

Problemas y amenazas para la sanidad pública

El sistema sanitario público en nuestro país atraviesa un momento especialmente crítico, tanto por el proceso de recortes, deterioro, desmantelamiento y privatización a que se le ha sometido, con especial intensidad desde 2009, como por las escasas perspectivas de cambio que se están produciendo en los últimos tiempos.

Por eso conviene hacer algunas reflexiones sobre los problemas de fondo que arrastra nuestra Sanidad Pública analizando las tendencias de fondo, a nivel estatal e internacional, que nos han llevado a la actual situación y las posibles vías de superación de la misma.

Hay que tener en cuenta que en esta situación inciden tanto problemas y tendencias internacionales, como cuestiones específicas de nuestro país, que se van a abordar de manera separada.

El marco internacional: el neoliberalismo, la privatización y el mercado sanitario

A partir de los años 80 del siglo pasado se ha puesto en marcha una ofensiva muy amplia, que aún continúa, contra los sistemas públicos de protección social, entre ellos la Sanidad. Fueron los gobiernos de Thatcher (1979) y Reagan (1980) los que generaron la hegemonía global de este pensamiento ultraliberal que en lo económico ya había sido propugnado por la conocida como escuela de Chicago (Milton Friedman fue premio Nobel de economía en 1976).

Los ataques contra los sistemas sanitarios públicos tuvieron una doble vertiente, las privatizaciones, y el establecimiento de sistemas de mercados de provisión y aseguramiento sanitario. Resulta llamativo el que estas actuaciones en política sanitaria se propugnasen poco tiempo después de la declaración de Alma Ata (1978) que precisamente incidía en el desarrollo de la Atención Primaria de Salud con su componente de universalización de la cobertura, protagonismo de las actividades de salud (prevención y promoción) y un potente enfoque comunitario.

Las bases ideológicas para esta estrategia neoliberal en la asistencia sanitaria partían de una triple consideración: una, la constatación del incremento del gasto sanitario a nivel mundial (especialmente en USA) y su difícil sostenibilidad en el medio y largo plazo; dos, la opinión de que era conveniente circunscribir el Estado a las mínimas funciones posibles, traspasando al sector privado la mayoría de los aspectos que habían sido asumidos progresivamente por éste con el desarrollo del Estado del bienestar, en la búsqueda de lo que se denominaría “Estado mínimo”; y tres, la idea de que el mercado era el mecanismo más eficiente para la provisión de todos los servicios y aspectos de funcionamiento de una sociedad y que los servicios públicos se habían convertido en sistemas monopolísticos y burocráticos, lo que los hacía muy ineficientes.

Sin embargo, la realidad demuestra que las tres son falsas, primero porque el gasto sanitario es significativamente mayor cuanto mayor es el grado de privatización de los sistemas sanitarios y por lo tanto el impulso privatizador no favorece, sino todo lo contrario, la sostenibilidad de los mismos; segundo, la desregulación de las relaciones económicas y sociales sólo conlleva el

empobrecimiento de las sociedades y las economías, tal y como ha demostrado la última crisis económica mundial (un sistema sanitario desregulado favorece las actuaciones inapropiadas, la desatención y la sobre-actuación innecesaria); y tercero, todas las evidencias empíricas disponibles demuestran que los mecanismos de mercado tienen serias limitaciones en la provisión sanitaria (demanda inducida por los proveedores, externalidades, etc.) y que en cualquier caso atiende sobre todo a las demandas económicamente solventes independientemente de su repercusión sobre la salud y no se preocupan de garantizar una atención sanitaria de calidad para todas las personas, porque su incentivo principal es el conseguir que las empresas obtengan los mayores beneficios posibles.

Pese a ello se ha producido un cuestionamiento a nivel global de los servicios sanitarios públicos y de la provisión sanitaria pública.

Privatización

Las privatizaciones han avanzado básicamente mediante cuatro tipos de medidas:

1) La conversión de centros públicos en privados, en todo o en parte, especialmente las que se consideran “más rentables” económicamente. Para ello se favorece la fragmentación y *empresarización* de los centros sanitarios rompiendo la necesaria integralidad de la atención sanitaria.

2) Las denominadas “externalizaciones”, que consisten en contratar con empresas privadas partes cada vez mayores las actividades de los centros sanitarios. Inicialmente se comenzó por las denominadas “actividades no sanitarias”, como la limpieza, el mantenimiento (electricidad, fontanería, etc.), para irse ampliando progresivamente a otros aspectos como los administrativos (citaciones, gestión y administración, compras, etc.) y, finalmente, a los que tienen un componente netamente sanitario, empezando por las pruebas diagnósticas –que como el laboratorio o la radiología son más fáciles de estandarizar e incluso de deslocalizar (es bien conocido que una parte creciente de la radiología en USA es informada por radiólogos que reciben las imágenes en la India)– aunque se pierda así la calidad de la asistencia, ampliándose a otras como por ejemplo la atención domiciliaria, las urgencias, etc. Una ampliación de estas externalizaciones consiste en incluir actividades de control y planificación del funcionamiento del sistema sanitario.

3) Más recientemente se ha utilizado la fórmula de “*colaboración público-privada*” para impulsar la privatización de los centros sanitarios. Es un sistema que nació en el Reino Unido y que posteriormente se extendió a muchos países del mundo. Hay dos fórmulas usadas más comúnmente, la denominada “*iniciativa de financiación privada*” (PFI por sus siglas en inglés) que se comenzó a utilizar en el Reino Unido y que se ha extendido posteriormente a muchos países del mundo, en la que una empresa o grupos de empresas privados construyen un nuevo centro y se encargan posteriormente de la gestión de la parte no estrictamente sanitaria del mismo, recibiendo durante un largo periodo de tiempo (lo habitual son 20-30 años) un canon anual de los presupuestos públicos, y la llamada “concesión administrativa”, también conocida como “modelo Alzira”, en el que una empresa o grupo de empresas privadas construyen el centro y se hacen cargo posteriormente de la gestión del mismo, también de la parte sanitaria, a cambio de recibir una cantidad anual (igualmente durante un periodo prolongado similar al de las PFI). Estas son las fórmulas más generalizadas, pero existen multitud de ellas que en el fondo

son similares con algunas variantes. Otros aspectos de la *colaboración público–privada* tienen que ver con temas como la investigación, programas de prevención, etc. En realidad, se han abordado prácticamente todos los temas relacionados con la atención sanitaria. Es importante señalar que todos los estudios señalan que este mecanismo, supuestamente puesto en marcha para conseguir inversiones privadas en servicios públicos (no sólo en el sanitario), encarece notablemente los costes y además en muchos casos ni siquiera consigue recaudar inversiones privadas porque acaban utilizando fondos públicos incluso para la inversión inicial (por ejemplo, mediante préstamos de bancos públicos).

4) Por fin, esta la privatización del aseguramiento que ha tenido un gran impulso en varios países, en algunos casos sacando colectivos de población de la cobertura pública y en otros casos aprovechando la ampliación de la cobertura sanitaria.

El mercado sanitario

La promoción del mercado en la Sanidad ha sido la otra pata de esta estrategia del neoliberalismo, y se basó en las propuestas de Einthoven (1988), que cuando era secretario de defensa en USA implantó la denominada “gestión por resultados” en la guerra de Vietnam. Ello aceleró el fracaso de la agresión de EEUU, pues se propugnaba la implantación de mercados en la provisión de servicios sanitarios, propuestas que fueron recogidas por Margaret Thatcher en su documento *Working for Patients* (1989) y que posteriormente Saltman (1989) ampliaría en sus propuestas sobre “mercados internos” en los sistemas sanitarios públicos.

Allyson Pollick ya ha señalado (NHS PICS 2004) que la separación de provisión y financiación es la clave para la instauración de un mercado sanitario, separación que cuando se inicia en el Reino Unido, igualmente en Cataluña (LOSC 1990 que crea la denominada “Red de hospitales de utilización pública”), es meramente terminológica (financiadores y proveedores son los mismos y/o dependientes jerárquicamente), pero que permite dar un primer paso (la generación de mercados internos circunscritos a proveedores públicos). Paso previo para el establecimiento de un mercado abierto a proveedores públicos y privados, tal y como ha sucedido, con plazos más o menos breves, en todos los países donde se ha puesto en marcha.

Los mercados en el ámbito sanitario tienen serios fallos que han sido referidos reiteradamente (información asimétrica, externalidades e incertidumbre), y no se orientan hacia la consecución de niveles de salud y de satisfacción de todos. Propenden a la selección de riesgos y no se preocupan de la equidad social, cuya mejora es uno de los objetivos de los sistemas de provisión pública, además generan grandes gastos de administración y gestión que encarecen el gasto sanitario, y buscan la rentabilidad a corto plazo sin tener en cuenta el impacto en salud y en la sociedad. Pero quizás lo más importante es que reducen la atención sanitaria a una mercancía sujeta a intercambios económicos y olvidan el derecho a la salud de las personas que queda postergado a los intereses económicos de las empresas. Todos los estudios internacionales han evidenciado que no se han comprobado las supuestas ventajas en que se basaba su implantación; en cambio han generado mayores costes y sobre todo mayores inequidades.

El poder de las empresas tecnológicas y de aseguramiento viene de mucho antes, pero su capacidad e influencia se ha incrementado con los avances en la privatización, desregulación y mercantilización de la asistencia sanitaria. La globalización ha favorecido la penetración de las empresas en todos los niveles de la intervención sanitaria y su capacidad para favorecer las

actuaciones inadecuadas, en lo que clásicamente se han valido de una estrategia de influencia sobre los profesionales médicos pero que más recientemente se ha ampliado hacia la población en general y las organizaciones que agrupan a enfermos.

De esta manera se cuestiona la viabilidad de los sistemas universales y públicos de salud mediante una agresiva estrategia comercial que influye en el equilibrio entre la demanda y la oferta de servicios sanitarios, aprovechándose de la asimetría de información entre proveedores y usuarios (los profesionales y las empresas proveedoras tienen mucha más información que los ciudadanos y pueden utilizarla para favorecer consumos innecesarios e incluso peligrosos. Conviene recordar las “enfermedades inventadas”, que suponen más del 20% del gasto sanitario en EEUU, y que un 30% de la utilización tecnológica está poco fundamentada, es ineficaz o incluso peligrosa). Esta demanda innecesaria es muchas veces incrementada artificialmente por las empresas farmacéuticas o de tecnologías, a la vez que favorecen estilos de vida, inapropiados y de riesgo, y supuestas soluciones que medicalizan la vida sin aportar ventajas para la salud. Este riesgo de sobreconsumo sanitario ineficaz es un peligro para la viabilidad económica de los sistemas sanitarios y también para la salud de las personas.

Dos últimos comentarios tienen que ver con las estrategias propugnadas por la Organización Mundial de la Salud, la primera referente a la “cobertura sanitaria universal” propugnada por la a partir de 2007 (Informes 2008, 2010 y 2013) que en muchos países (especialmente en Latinoamérica) ha servido para favorecer el avance del aseguramiento privado con financiación pública. La segunda, referente al impulso de la “colaboración público- privada” que está en marcha desde los años 90 del siglo pasado, inicialmente para temas de cooperación internacional pero que, progresivamente, ha ido infiltrando casi todas las actividades de la OMS (investigación, informes, auditorias de sistemas sanitarios, planificación estratégica, etc.) de manera que cada vez es más frecuente que los intereses de las empresas privadas primen sobre los intereses generales en las políticas de salud.

De esta manera, y mediante todos los mecanismos señalados, la política sanitaria a nivel global está quedando progresivamente en manos de las multinacionales, uno de cuyos objetivos más evidentes es el desmantelamiento de los servicios sanitarios públicos que constituyen un potente freno a su estrategia.

Neoliberalismo y crisis global

La crisis global está teniendo una mayor repercusión y trascendencia en los más pobres, con menores recursos y estructuras sociales más débiles, en los que las políticas de privatización y de desmantelamiento de los servicios públicos (Acuerdos para la Liberalización de Servicios) y el flujo de profesionales hacia los países más desarrollados han experimentado un importante avance gracias a las políticas neoliberales.

El modelo de Globalización Neoliberal ha tenido una importante repercusión para la salud de los ciudadanos:

– Empeorando los factores que determinan la salud-enfermedad: Ha contribuido al deterioro del medio ambiente (que está detrás del cambio climático), a incrementar la pobreza y la marginación social por la depredación de materias primas, a la destrucción de las economías de los países menos desarrollados, a la deslocalización de empresas, a la precarización de las relaciones

laborales y a la explotación de la mano de obra, a facilitar la expansión de las multinacionales del tabaco, el alcohol y la comida basura, a la eliminación de controles a la producción y circulación de drogas ilegales, a la difusión de epidemias de enfermedades asociadas a la explotación y exportación incontrolada de animales para la alimentación (vacas locas, gripe aviar, gripe A), a la expansión de los alimentos transgénicos que afectan a la salud y someten la producción agrícola de los países en desarrollo, a la generalización de centrales nucleares, etc.

– Deteriorando los servicios sanitarios públicos: Imponiendo las relaciones de mercado, abandonando las políticas de salud por las de enfermedad y deteriorando los servicios públicos de salud.

También hay que considerar la influencia de la industria farmacéutica y de las multinacionales de la tecnología sanitaria, el apoyo de los sistemas mercantilizados en modelos basados en la curación por encima de la prevención y promoción de salud y en la utilización intensiva e irracional de los recursos tecnológicos. Todo ello lleva a un crecimiento exponencial del gasto sanitario que no se acompaña de mejoras en los niveles de salud

Las consecuencias para la salud pública tienen que ver con los conflictos entre la lógica del mercado y la protección sanitaria, las desigualdades en los niveles de vida individuales, grupales, regionales y nacionales, la reducción de los presupuestos públicos en servicios sociales, pensiones y desempleo y el aumento precariedad laboral que producen más mortalidad y morbilidad, descenso de la natalidad, aumento de la economía sumergida, etc.

La crisis económica ha venido a incrementar, aún más, los problemas de salud generados por la Globalización en una doble dimensión: Reduciendo los recursos disponibles por los servicios sanitarios públicos e incrementando las necesidades asistenciales asociadas al aumento del paro, la pobreza y la marginación social.

La situación en España

En España el proceso se ha vivido con importantes peculiaridades que merece la pena resaltar. La primera, es que se aprueba la Ley General de Sanidad en 1986, justo en el momento en que a nivel internacional se pone en marcha la estrategia neoliberal de desmantelamiento de los servicios sanitarios públicos, lo que obviamente influyó en su desarrollo, aunque los años 90, con la excepción ya señalada de Cataluña, supusieron un gran incremento de la Sanidad Pública (progreso de la Atención Primaria, incremento de la cobertura por el Sistema Nacional de Salud, desarrollo de la red de hospitales públicos, etc.) por lo que puede asegurarse que esta fue la década fundamental para la configuración de la Sanidad Pública en el país.

No obstante, ya empezaron a producirse los primeros síntomas de una deriva neoliberal. La primera fue la Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña (LOSC 1990), que implantaba el mercado en la provisión sanitaria en este ámbito. Casi contemporáneo fue el denominado “Informe Abril” (1990), que hace un listado de recomendaciones que suponen un guion para la transformación en el sentido privatizador del sistema sanitario público. Aunque de momento se ha paralizado su aplicación, ha seguido siendo el “catecismo” de los privatizadores en el país.

Paralelamente, durante los años 90 se fueron aprobando las denominadas “leyes de ordenación sanitaria”, que establecían la organización de los servicios regionales de salud y que todas ellas,

con dos excepciones (Extremadura y Castilla la Mancha) establecen la separación entre financiación y provisión (es decir el mercado cuando menos interno) como uno de sus principios, si bien es cierto que su aplicación ha tenido diferencias sustanciales según el color políticos de los gobiernos regionales. En términos generales, porque en esto también ha habido excepciones, puede decirse que las CCAA gobernadas por el PP han optado por esquemas mas privatizadores y las gobernadas por el PSOE han apostado más por lo público. En los años 90 se ponen en marcha también las primeras formulas de gestión privatizadoras, tanto dentro del propio sistema sanitario público (las fundaciones sanitarias que se desarrollan inicialmente en Galicia y luego se extienden a varias CCAA), como en el fomento de la presencia de las empresas privadas en la provisión con financiación pública (Alzira en Valencia). El proceso se activará con la finalización de las transferencias a las CCAA en 2001 y con los gobiernos del PP (1996-2004).

La crisis ha acelerado el proceso privatizador al que se han sumado el establecimiento de copagos y numerosos recortes presupuestarios que han deteriorado la capacidad del sistema sanitario público, abocando así a las personas con ingresos económicos suficientes a acudir al sector privado, e incrementando las desigualdades.

Un hecho remarcable ha sido la gran contestación social y profesional que han generado estas políticas de deterioro y desmantelamiento de los servicios sanitarios públicos. La respuesta ha estado ligada a cuestiones muy concretas y se ha mantenido en altos niveles, en extensión y en capacidad de movilización, desde 2011 (las últimas movilizaciones importantes en sitios tan diversos como Salamanca o Vigo).

¿Qué podemos hacer?

Existen alternativas para hacer frente a la crisis y a su repercusión sobre la situación de salud y para reorientar la estrategia de la Globalización hacia la solución de los problemas y necesidades de la población mundial, para ello es necesario avanzar en la alternativa de las tres S:

- **Solidaridad** por encima del mercado. Solidaridad nacional e internacional
- Modelo **Sostenible**, con austeridad, protección de la naturaleza, pleno empleo con control del crecimiento y búsqueda de un desarrollo sostenible sin esquilmar el planeta.
- **Soberanía** popular. Democracia participativa a todos los niveles. Soberanía y legalidad internacional.

Para conseguirlo debemos de avanzar en otra estrategia que se base en:

- Potenciar los servicios públicos de salud como promotores y garantes de la salud de la población y como motor de la economía (generando empleo y disminuyendo los niveles de pobreza y marginación).
- Regular las relaciones comerciales internacionales para acabar con los intercambios desiguales.
- Controlar las actividades de las empresas multinacionales para evitar la depredación de los recursos y el desmantelamiento de los servicios públicos.
- Cambiar los sistemas de producción para que no deterioren el medio ambiente y eviten la

catástrofe del cambio climático.

– Políticas de producción y comercialización de alimentos sostenibles que eviten la destrucción de las economías tradicionales, la extensión del hambre y la pobreza y la dependencia de la mayoría de los países del mundo de unas pocas corporaciones multinacionales.

– Potenciar el papel de los sistemas de salud pública como promotores de salud, barrera preventiva contra la difusión de epidemias en un mundo cada vez más interconectado y creadores de riqueza y empleo

En esta línea hay que promover instrumentos que faciliten la información sobre la situación de salud y los riesgos que la amenazan y la participación social en los sistemas sanitarios como fórmula para estimular la *responsabilización* de la población con su salud y con el mantenimiento y mejora de los sistemas necesarios para garantizarla, y crear alianzas en torno a cuatro objetivos fundamentales:

1º- Reorientar la globalización neoliberal que defiende los intereses de unos pocos poderosos hacia las necesidades de toda la población y un medio ambiente sostenible.

2º- Mantener los servicios públicos de gestión y provisión públicas como garantes de derechos sociales y creadores de riqueza social.

3º- Potenciar y mejorar el papel de los servicios de salud públicos como promotores de salud y barreras contra la difusión de enfermedades y epidemias.

4º- Crear y reforzar instrumentos de solidaridad que garanticen la salud de toda la población a nivel mundial.

Estas Alianzas deberían realizarse a nivel local, regional o global y no sólo, sino también a nivel sanitario. Para ello es fundamental la unidad de acción y se precisa la actuación de los organismos internacionales, los gobiernos, administraciones públicas, los profesionales de la salud y del conjunto de la población promoviendo actuaciones que favorezcan y consoliden el derecho a la salud para todos como un derecho humano fundamental y a que se potencien los servicios públicos de salud como la alternativa más eficaz y eficiente para conseguirlo. Hay experiencias a nivel internacional que evidencian que se pueden conseguir avances muy relevantes a pesar de un contexto general muy complicado.

En nuestro país habría que centrarse en 6 aspectos fundamentales:

1. Garantizar una financiación suficiente del sistema sanitario público, poniendo fin a los recortes e incrementando los presupuestos de la Sanidad Pública. Complementariamente habría que articular un modelo de financiación finalista para acabar o cuando menos disminuir significativamente las desigualdades en los presupuestos *per capita* de las CCAA.
2. Asegurar la utilización intensiva de los recursos del sistema sanitario público para lo que es preciso la recuperación del empleo de la Sanidad Pública, que precisa la consecución del punto anterior.
3. Garantizar la accesibilidad de toda la población a las prestaciones necesarias, asegurando la cobertura universal de todas las personas y eliminando las barreras económicas para el

acceso (copagos) lo que se lograría derogando el RDL 16/2012.

4. Finalizar las privatizaciones y recuperar los centros privatizados. Lo primero es posible de manera inmediata para romper el actual círculo vicioso de desinversión pública y fomento del sector privado. Lo segundo es más complejo y debe realizarse analizando cada caso concreto y utilizando múltiples actuaciones (no renovación de las concesiones, compras de empresas en quiebra, penalización de los incumplimientos, etc.).
5. Control de la sobreutilización tecnológica, incluyendo los productos farmacéuticos. Es fundamental la estricta vigilancia sobre precios, actuaciones monopolísticas e influencia de las empresas sobre el sistema, sus prescriptores, la población y los enfermos. Hay que garantizar el acceso de la ciudadanía a la tecnología necesaria a costes asequibles, previniendo los problemas derivados de su utilización inapropiada y fomentando la medicina y la política sanitaria basadas en la evidencia.
6. Desarrollar mecanismos de participación social y profesional que posibiliten que profesionales y ciudadanía tengan un compromiso activo con el buen funcionamiento de la Sanidad Pública y puedan ejercer un control efectivo sobre la misma.

Una última reflexión tiene que ver con la necesidad de encontrar sistemas de consensos unitarios que permitan articular acciones comunes a quienes nos enfrentamos a las estrategias de la globalización neoliberal. Hay que ser capaces de separar lo que es fundamental de lo que es accesorio, pues solo así conseguiremos que los intereses del 99% de la población prevalezcan sobre la rapacidad de las multinacionales. La experiencia en España demuestra que es posible conseguirlo.

[Marciano Sánchez Bayle y Sergio Fernández Ruiz son miembros de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública]