



¿Por nuestra salud?

La privatización de los servicios sanitarios

CAS Madrid (comps.)

traficantes de sueños

útiles





Desde sus inicios **Traficantes de Sueños** ha apostado por licencias de publicación que permiten compartir, como las Creative Commons, por eso sus libros se pueden copiar, distribuir, comunicar públicamente y descargar desde su web. Entendemos que el conocimiento y las expresiones artísticas se producen a partir de elementos previos y contemporáneos, gracias a las redes difusas en las que participamos. Están hechas de retazos, de mezclas, de experiencias colectivas; cada persona las recompone de una forma original, pero no se puede atribuir su propiedad total y excluir a otros de su uso o replicación.

Sin embargo, «cultura libre» no es sinónimo de «cultura gratis». Producir un libro conlleva costes de derechos de autor, traducción, edición, corrección, maquetación, diseño e impresión. Tú puedes colaborar haciendo una donación al proyecto editorial; con ello estarás contribuyendo a la liberación de contenidos.

Puedes hacer una **donación**
(si estás fuera de España a través de **PayPal**),
suscribirte a la editorial
o escribirnos un **mail**

traficantes de sueños

Traficantes de Sueños no es una casa editorial, ni siquiera una editorial independiente que contempla la publicación de una colección variable de textos críticos. Es, por el contrario, un proyecto, en el sentido estricto de «apuesta», que se dirige a cartografiar las líneas constituyentes de otras formas de vida. La construcción teórica y práctica de la caja de herramientas que, con palabras propias, puede componer el ciclo de luchas de las próximas décadas.

Sin complacencias con la arcaica sacralidad del libro, sin concesiones con el narcisismo literario, sin lealtad alguna a los usurpadores del saber, TdS adopta sin ambages la libertad de acceso al conocimiento. Queda, por tanto, permitida y abierta la reproducción total o parcial de los textos publicados, en cualquier formato imaginable, salvo por explícita voluntad del autor o de la autora y sólo en el caso de las ediciones con ánimo de lucro.

Omnia sunt communia!

útiles 7

Útiles es un tren en marcha que anima la discusión en el seno de los movimientos sociales. Alienta la creación de nuevos terrenos de conflicto en el trabajo precario y en el trabajo de los migrantes, estimula la autorreflexión de los grupos feministas, de las asociaciones locales y de los proyectos de comunicación social, incita a la apertura de nuevos campos de batalla en una frontera digital todavía abierta.

Útiles recoge materiales de encuesta y de investigación. Se propone como un proyecto editorial autoproducido por los movimientos sociales. Trata de poner a disposición del «común» saberes y conocimientos generados en el centro de las dinámicas de explotación y dominio y desde las prácticas de autoorganización. Conocimientos que quieren ser las herramientas de futuras prácticas de libertad.



Licencia Creative Commons

Reconocimiento-Sin obras derivadas 3.0

Usted es libre de:

 *copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra

Bajo las condiciones siguientes:

 *Reconocimiento — Debe reconocer los créditos de la obra de la manera especificada por el autor o el licenciadador (pero no de una manera que sugiera que tiene su apoyo o apoyan el uso que hace de su obra).

 *Sin obras derivadas — No se puede alterar, transformar o generar una obra derivada a partir de esta obra.

* Al reutilizar o distribuir la obra, tiene que dejar bien claro los términos de la licencia de esta obra.

* Alguna de estas condiciones puede no aplicarse si se obtiene el permiso del titular de los derechos de autor.

* Nada en esta licencia menoscaba o restringe los derechos morales del autor.

Los derechos derivados de usos legítimos u otras limitaciones reconocidas por ley no se ven afectados por lo anterior.

© 2010, del texto cada uno de los autores y autoras.

© 2010, de la edición Traficantes de Sueños.

1ª edición: 1000 ejemplares.

Enero de 2010

Título:

¿Por nuestra salud? La privatización de los servicios sanitarios.

Autores:

John Lister, Mark Hellowell y Allyson M. Pollock,

UNISON, Delia Álvarez Edo, Juan Benedito,

Ramón Serna y Juan Antonio Gómez Liébana.

CAS-Madrid (comp.)

Traducción:

Francisco Manuel Salamanca Peña, César López

Pérez, Delia Álvarez Edo, Beatriz García Dorado.

Maquetación y diseño de cubierta:

Traficantes de Sueños.

taller@traficantes.net

Edición:

Traficantes de Sueños

C/ Embajadores 35, local 6

28012 Madrid. Tlf: 915320928

e-mail:editorial@traficantes.net

Impresión:

Queimada Gráficas.

C/ Salitre, 15 28012, Madrid

Tlf: 915305211

ISBN 13: 978-84-96453-44-9

Depósito legal: M-1933-2010

¿Por nuestra salud?

La privatización de los servicios sanitarios

**John Lister, Mark Hellowell y
Allyson M. Pollock, UNISON,
Della Álvarez Edo, Juan Benedito,
Ramón Serna y Juan Antonio Gómez Liébana**

CAS-Madrid (comp.)

**Traducción:
Francisco Manuel Salamanca Peña
César López Pérez
Della Álvarez Edo
Beatriz García Dorado**

Índice

0. Introducción	13
-----------------	----

Primera parte: Contexto internacional

1. Preguntas equivocadas, respuestas equivocadas: La agenda mundial de la reforma neoliberal, <i>J. Lister, London Health Emergency</i>	21
2. Apuntes sobre la experiencia internacional de privatización de servicios sanitarios, <i>Delia Álvarez Edo</i>	45
3. Financiación privada, déficit público. Un informe sobre el coste de las PFI y su impacto en los servicios sanitarios de Inglaterra, <i>Mark Hellowell y Allyson M. Pollock</i>	55
4. ¿Por el bien de los pacientes? El impacto de la creación de un mercado en la provisión del Sistema Nacional de Salud de Inglaterra, <i>UNISON</i>	75

Segunda parte: Privatización en el Estado Español

5. La experiencia valenciana de las concesiones administrativas en la sanidad pública, *Juan Benedito Alberola* _____ 97
- Anexo: Datos y cronología del caso
Alzira, Coordinadora Anti privatización de la Sanidad _____ 106
6. El proceso de privatización en Cataluña. Los retoques de las izquierdas al modelo sanitario catalán, *Ramon Serna* _____ 111
7. Madrid, «la sanidad del futuro ya es una realidad», *Juan Antonio Gómez Liébana* _____ 129
- Apéndice. Cronología _____ 157

0. Introducción

DESDE QUE SE PUSIERA EN MARCHA el proceso de transferencia de los servicios sanitarios a las Comunidades Autónomas, hemos sido testigos de la proliferación de toda clase de modelos de gestión público-privada (fundaciones, sociedades anónimas, empresas privadas subcontratadas, etc.). El objetivo: la constitución de un mercado sanitario en el que entidades privadas, concertadas y públicas pudieran competir en la prestación de servicios sanitarios. La promesa: una mayor eficiencia, ahorro, calidad y libertad de elección.

Aunque la ley y las administraciones han mantenido la promesa de respetar el principio esencial del sistema público sanitario, «el acceso a la salud como derecho universal», es obvio que el desarrollo de estas iniciativas tiene un importante impacto sobre el modo en que se puede ejercer este mismo derecho. La magnitud de semejante transformación plantea, por lo tanto, una gran cantidad de preguntas: ¿producen los modelos de gestión público-privada un ahorro real de recursos, y si es así, a qué precio? ¿Mejoran efectivamente la calidad del servicio? ¿Mantienen la igualdad social en el acceso a la salud? ¿Conservan la calidad del empleo y de las instalaciones que había caracterizado al sistema público de salud? Y también: ¿es legítimo que empresas privadas obtengan un beneficio por la gestión de servicios públicos? ¿Es legítimo incluso que estos beneficios se produzcan en la gestión de un servicio social tan sensible como la salud? ¿Qué se puede esperar, en definitiva, de un modelo

de subcontratación masiva de los servicios sanitarios en un contexto caracterizado por una creciente corrupción política?

Este libro reúne un pequeño conjunto de ensayos e investigaciones que han tratado de responder a estas preguntas a partir de los resultados tangibles de los procesos de privatización puestos en marcha, tanto a escala local como internacional, en los últimos años. Si bien los artículos varían en extensión, ámbito espacial y perspectiva, todos ellos coinciden en que las experiencias de externalización y privatización han producido un encarecimiento, a veces notable, de los costes del servicio, además de una significativa merma de la calidad asistencial. Las pruebas de esta ineficacia, ya sea en términos económicos o sanitarios, deberían haber inducido a nuestra clase política a repensar el modelo y a recuperar lo mejor del sistema público. Lejos, no obstante, de promulgar una moratoria de los experimentos de partenariado público-privado, algunas Comunidades Autónomas han seguido avanzando y profundizando en el proceso de desvertebración de sus propios sistemas de salud.

Con el fin de diseccionar un proceso que viene señalado por una enorme complejidad, debido tanto a la multitud de fórmulas de gestión ensayadas como a la diversidad de espacios y tradiciones institucionales, este libro ha sido dividido en dos secciones. En la primera se recogen cuatro artículos que atienden al contexto internacional de privatización de la salud, con especial atención a la experiencia británica. Así, John Lister, del *London Health Emergency*, ofrece una panorámica general sobre los principales modelos de reforma sanitaria puestos en marcha a lo largo del mundo. Su análisis concluye que las promesas del neoliberalismo han terminado en un enorme fracaso. Por su parte, Delia Álvarez Edo, de la Coordinadora Antiprivatización de la Sanidad de Madrid (CAS), recorre la situación de varios países destacados en el desarrollo de iniciativas de partenariado público-privado. Su trabajo muestra cómo la mayoría de estos países han tenido que dar marcha atrás y volver a la situación anterior. El sector público se ha hecho cargo, de nuevo, de la mayor parte de los hospitales y servicios privatizados, al tiempo que la presión social ha acabado por imponer una legislación que impide el relanzamiento de

los procesos de privatización. Los dos siguientes artículos analizan en profundidad algunos de los principales aspectos de la liberalización de los servicios sanitarios en Inglaterra. El primero, escrito por Mark Hellowell y Allyson M. Pollock del *Centre for International Public Health Policy* de la Universidad de Edimburgo, es un estudio pormenorizado del aumento de costes que conllevan los proyectos hospitalarios realizados a través de Iniciativas de Financiación Privada (modelo desarrollado también por la Comunidad de Madrid). El segundo trabajo, firmado por UNISON (sindicato del sector público de Gran Bretaña), pone en tela de juicio la creación de un «mercado interno» sanitario en ese país. La puesta en marcha de este mercado sanitario se caracteriza tanto por su ineficiencia como por la ausencia de una competencia real y de una supervisión pública adecuada.

La segunda parte de este libro se dedica al análisis de la situación sanitaria en el Estado español. El primer trabajo, de Juan Benedito (SIMAP), trata de desmenuzar el modelo de concesiones en el País Valenciano, comunidad pionera en este tipo de iniciativas. Según este autor, las condiciones de privilegio en las que las empresas privadas entraron en los servicios sanitarios y la supuesta flexibilidad de la gestión han significado únicamente una mayor opacidad en los usos del dinero público y un ataque directo a los derechos laborales de los trabajadores. A este análisis se ha añadido también un Anexo sobre el Hospital de Alzira, primero en ser gobernado por esta fórmula, en el que se muestra el escandaloso trato de favor que han recibido las empresas privadas encargadas de su gestión. El segundo artículo de esta sección, firmado por Ramón Serna, del sindicato CATACT-CTS/IAC, expone el menos conocido proceso de concertación en Cataluña. En los últimos años, el gobierno tripartito ha profundizado el proceso de privatización del sistema de salud catalán, y ello no sin numerosos casos de un tipo de corrupción que, cada vez más, parece inherente al sistema: empresarios en cargos públicos, políticos con jubilaciones doradas en empresas del sector y un sinfín de ejemplos de malversación de fondos. El tercer y último artículo de esta parte se dedica al análisis del caso de Madrid y de las políticas sanitarias desplegadas por el PP en las últimas legislaturas. Escrito por Juan Antonio Gómez Liébana del CAS, este trabajo desmonta los argumentos que avalan el supuesto ahorro de costes, y demuestra la necesidad

de respetar ciertos ratios trabajadores-pacientes con el fin de asegurar una correcta atención sanitaria. Este artículo constituye una contundente denuncia de la rápida degradación de los servicios sanitarios que se derivan de estas políticas.

Con el deseo de ofrecer una visión general del proceso se ha adjuntado también un cuadro cronológico en el que se da cuenta de los acontecimientos claves en la construcción y posterior destrucción de los servicios públicos asociados al Estado del bienestar, tanto en España como en otros países occidentales. La privatización de la salud es, en efecto, la última línea de ataque al Estado de bienestar.¹ Tratar de comprender los discursos y políticas neoliberales que, a partir de la crisis de los setenta, han trabajado para desprestigiar la gestión pública, es comprender la ideología que late detrás de las políticas de privatización de los servicios públicos y de ataque a los derechos laborales. Desde esta perspectiva, la privatización de la sanidad es sólo un aspecto del proceso general de desposesión de los recursos y bienes que resultan esenciales para la reproducción de una vida en común.²

¹ Si su origen se sitúa en la primera mitad del siglo XX, en las luchas por la distribución de la riqueza y por la extensión universal de los derechos sociales (sin menospreciar el miedo al comunismo durante la Guerra Fría), su base económica siempre fue la liberación de renta para el consumo en un modelo desarrollista y asimétrico a nivel mundial. En este sentido, el Estado de bienestar tiene un origen ambiguo, entre la lucha de clases y la estabilidad del fordismo europeo. Es de todos conocidos que el Estado español llegó tarde al modelo del bienestar y que durante décadas ha arrastrado un déficit crónico en lo que a gasto social se refiere, al menos en comparación con el resto de la Unión Europea.

² Nos gustaría insistir en que el Estado neoliberal no se basa, tal y como normalmente se dice, en la desaparición del Estado sino en otro tipo de gestión de la población y de los recursos colectivos. Otro modelo que ya no pretende (ni siquiera de manera retórica) distribuir la riqueza o integrar a los grupos que por razones históricas han quedado progresivamente al margen del reparto económico, sino que procura crear un campo social adaptado a las necesidades del mercado. Bajo esta perspectiva, la idea de «incertidumbre» es vital para la movilización permanente de estas poblaciones. Por esa misma razón, los derechos sociales no pueden estar ya asegurados. Y por eso la sanidad pública ha dejado de ser considerada un elemento de justicia social, para convertirse en un «nicho económico», un nuevo ámbito para el desarrollo del mercado. Sobra decir que las élites capitalistas actúan en consecuencia con esta idea, lo que les reporta enormes beneficios económicos.

La actual situación de crisis parece haber relanzado de nuevo el proceso de privatización. Los servicios públicos han resultado ser un lucrativo nicho de negocio frente a los menguantes beneficios económicos en otros sectores. La crisis nos plantea así un reto cada más acuciante para la mayoría de la población, ¿nos quedaremos de brazos cruzados mientras unas pocas empresas se enriquecen a costa de un bien que es de todos: el sistema público sanitario, esencial para garantizar algo tan importante como la salud?

De todos modos, y antes de dar comienzo a la lectura, no podemos dejar de destacar el fundamental papel del CAS-Madrid en la elaboración de este volumen. En su trabajo de compilación, se les debe la selección de los textos internacionales y la obtención de los permisos de publicación pertinentes. Por su parte, queremos agradecer también la paciencia de Ramón Serna que no ha cejado de actualizar su artículo en los meses que nos ha llevado la traducción y recopilación del material. Queremos señalar además el buen recibimiento por parte de los autores ingleses incluidos en esta publicación, así como su aceptación de las licencias *creative commons* que venimos usando. Estos artículos suponen un considerable esfuerzo de sistematización y de elaboración teórica que muchas veces se echa de menos en tiempos tan señalados por la urgencia de una respuesta social frente a ataques tan graves sobre los bienes comunes. Vaya para los autores y para todos los colectivos empeñados en esta pelea nuestro más cálido agradecimiento.

Traficantes de Sueños, diciembre de 2009

Primera parte

Contexto internacional

1. Preguntas equivocadas, respuestas equivocadas: la agenda mundial de la reforma neoliberal

John Lister, London Health Emergency

LOS SISTEMAS DE ATENCIÓN SANITARIA DE PAÍSES RICOS y pobres exigen la aplicación de un conjunto adecuado de reformas, cambios estructurales y recursos que permitan mejorar la equidad y el acceso, la responsabilidad, la capacitación profesional, la eficacia y el empoderamiento de los usuarios. Sin embargo, los gobiernos y sus asesores, así como la totalidad de los principales grupos y organizaciones que proponen una reforma del sistema de salud, trabajan hacia un programa muy diferente. Están guiados no por las necesidades del paciente o la búsqueda de eficiencia y equidad, sino por preocupaciones de tipo ideológico y económico.

Una cosa resulta muy clara: mientras que algunas de las primeras medidas llamadas «reformas» estaban claramente inducidas por las restricciones financieras y basadas en el afán de reducir el gasto y bajar los impuestos, la escuela de reformas más reciente —las políticas que buscan tratar la salud como una mercancía y establecer alguna forma de mecanismo de mercado en la compra y prestación de los servicios sanitarios— tiene el efecto de *augmentar* los costes y *reducir* la eficiencia.

Estas reformas «de mercado» están claramente impulsadas por una convicción ideológica más que por una necesidad económica. Las políticas que intentan reestructurar los sistemas de atención sanitaria para incluir algunos o todos los rasgos del mercado (ya sea «interno» dentro del sector público o, más comúnmente, un mercado público-privado de «economía mixta») son

relativamente recientes. Surgieron en gran medida en la década de los noventa. Este artículo examinará brevemente cada tipo de «reforma» y las experiencias relativas a sus efectos en los sistemas de atención sanitaria.

Las reformas basadas en los costes: límites al gasto

Las reformas basadas en el mercado (o en los costes) se remontan por lo menos a la década de 1970, y a los esfuerzos por limitar el gasto público. Medidas tales como la restricción del gasto general en atención médica son parte del programa de las políticas neoliberales del «Estado mínimo». No implican una reestructuración importante del sistema: los servicios pueden ser racionalizados, racionados o restringidos, y se pueden privatizar elementos subordinados del servicio, pero el factor rector son los costes, más que la *política*. Sin embargo, los servicios sanitarios generan un alto grado de expectativa popular, en demanda de tratamientos rápidos, modernos y acertados y, si bien es posible retrasar el *ritmo de aumento* del gasto, cualquier recorte importante en términos reales en el sector público de los países ricos estará plagado de problemas políticos. Esas políticas tienden a ser más fácilmente recomendadas e impuestas a los gobiernos de los países en desarrollo, por organismos tales como el Fondo Monetario Internacional (FMI) y el Banco Mundial (BM). En general los países ricos, por su parte, buscan otras formas de aliviar la financiación del sector público destinado a la atención sanitaria.

Los niveles del gasto en atención médica también se deben analizar dentro del contexto adecuado. Desde el punto de vista del mercado libre, y desde la posición de los proveedores de atención médica con fines de lucro, la expansión galopante del gasto *privado* en la atención de la salud en Estados Unidos u otros países del Norte no constituye en absoluto un problema —simplemente es un reflejo de las opciones realizadas por las personas y del juego de las fuerzas del mercado, así como una oportunidad para que un sector empresarial aumente sus ganancias. El único «principio» para los neoliberales y sus colegas entusiastas del mercado es que nada del gasto privado en atención médica, realizado por quienes pueden costearlo, sea utilizado para subsidiar los servicios de salud de quienes no pueden costearlo. Los pobres deben quedar confinados a su esfera exclusiva de servicios mínimos y presupuesto bajo, mientras los ricos ejercen sus opciones como consumidores.

Mientras, en general, los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) han experimentado desde 1945 una curva ascendente en el gasto destinado a la atención médica, la imposición de políticas de austeridad se ha aplicado con mucha mayor rigurosidad en los países de ingresos bajos y medios, especialmente en los que están sometidos a los dictámenes de los programas de ajuste estructural del FMI. El gasto en materia de salud de Zimbabwe, por ejemplo, se recortó en más de la mitad durante los años posteriores al asesoramiento del FMI y el BM, desde 1988. Zimbabwe también aceptó introducir tarifas a los usuarios, que se cuadruplicaron y quintuplicaron a lo largo de cinco años. Las reducciones presupuestarias trajeron como consecuencia: falta de medicamentos, falta de equipos y el cierre de algunos hospitales rurales. Las tarifas a los usuarios provocaron un brusco descenso de la hospitalización, además de impedir que la gente sin recursos accediera a tratamientos en caso de enfermedades venéreas, contribuyendo con ello a la desastrosa epidemia de VIH a lo largo y ancho del país. Otro caso a destacar es el de Ecuador, donde el documento *Country Assistance Strategy* (Estrategia de Apoyo al País) del BM en el año 2000 proponía recortar el gasto en salud a la mitad del nivel de gasto de 1995 (equivalente a 71 dólares por persona, mientras que el promedio para la OCDE supera los 1.800 dólares).

En los casos en los que el gasto en atención médica está ya muy por debajo de las metas mínimas (12 dólares por persona/año para un «paquete básico» de servicios de atención médica primaria y preventiva, según el BM y la Organización Mundial de la Salud, OMS), es muy probable que toda reducción ulterior en el presupuesto tenga un gran impacto. La OMS argumentó en el año 2000 que los países que gastan menos de 60 dólares por persona no estarían en condiciones de ofrecer siquiera un mínimo razonable de servicios.

Racionalización: reducción del número de camas

Las camas de hospital pueden ser muy caras de mantener, tanto en los países más ricos como en muchos de los países en desarrollo: en África subsahariana los hospitales públicos absorben del 45 % al 69 % del gasto gubernamental en salud. Por lo tanto, las reformas dirigidas a poner límites al gasto —en búsqueda de la «eficiencia»— inevitablemente

suponen reducciones en el número de camas disponibles. Es cierto que gracias a avances tales como el desarrollo de la cirugía ambulatoria y las técnicas mínimamente invasivas, los mejores tipos de anestésicos y vendajes, se puede reducir sustancialmente el promedio de estadía por tratamientos quirúrgicos y, por tanto, la necesidad de camas quirúrgicas. Otras especialidades médicas, no obstante, no han logrado las mismas reducciones en términos del tiempo de estadía. Por buenas razones: la mayoría de las admisiones médicas son para tratamientos de emergencia, a menudo para pacientes de mayor edad. Esto significa que en cualquier programa de reducción de camas es necesario mantener un equilibrio entre las camas médicas y las camas quirúrgicas. En Inglaterra, donde en la década de los ochenta se eliminaron miles de camas, una investigación encomendada por el gobierno a fines de esa década reveló que en realidad se estaba ante un déficit. El promedio del total de camas disponibles para casos agudos en 23 países de la OCDE cayó más de un 20 %, de aproximadamente 5,7 por cada mil personas en 1980, a alrededor de 4,4 en 1998 (OCDE, 2003). Suecia y Finlandia, sin embargo, redujeron más del 40 %, mientras que en Alemania el número de camas cayó sólo un 14 %, y en otros países ricos incluso menos, a la vez que Japón ampliaba su número. El objetivo de una racionalización adecuada no es simplemente eliminar la capacidad excedentaria, sino asegurar que las camas que quedan se utilicen de forma más intensiva y eficiente. Esto a menudo requiere una inversión adicional en equipo y capacitación del personal.

Los mecanismos de mercado no ayudan: según datos de la OCDE, entre 1982 y 1992, cuando cayó el «rendimiento» por cama, los hospitales de Estados Unidos, aparentemente, perdieron eficacia para tratar pacientes y darlos de alta. No obstante, en los cinco años siguientes (1992-1997) —el periodo en el cual se procuraba aplicar la «atención administrada» para regular y disciplinar el mercado— se logró casi un 10 % de aumento en el rendimiento. En gran medida, el drástico aumento de 76 % en el rendimiento de las camas de hospital británicas entre 1982 y 1997 se había logrado *antes* de las reformas de mercado, que entraron en vigor a partir de 1991.

Es posible recomendar la racionalización por una serie de razones. Centralizar los servicios especializados en menos y mayores unidades para mejorar la capacitación del personal médico y de otro tipo, y centrarse en la tecnología, puede

representar un avance en términos clínicos, a costa de un trato amigable con el usuario. Pero la eficiencia de tales cambios es discutible. Los costes por unidad pueden ser mayores en los hospitales más grandes, y el hospital nuevo puede incluso actuar como un monopolio que impida cualquier tipo de competencia.

En muchos países pobres, el alcance de una racionalización sustancial de los servicios hospitalarios está restringido por la infraestructura anacrónica de los hospitales y la Atención Primaria, así como por la falta de tecnología para aplicar técnicas modernas. Las cifras del Banco Mundial ofrecen un total único de «camas de hospitales» de todo tipo —entre ellas camas para casos agudos, camas para internaciones prolongadas, camas para maternidad, camas psiquiátricas y camas en instalaciones especializadas— y deben ser consideradas con cautela. También combinan los totales de camas financiadas públicamente con los de las camas privadas, las cuales no están al alcance de la mayoría de la población. Sin embargo, en la última década, las cifras muestran una reducción importante del número de camas en los países de ingresos bajos. Dada la creciente epidemia de VIH/SIDA en África subsahariana podemos asumir que la pérdida de esas camas representa un recorte absoluto en la prestación de atención médica, desvinculada de las necesidades de salud.

Tarifas basadas en el mercado

Un criterio diferente para reducir el gasto público es imponer tarifas a los usuarios, lo que aporta cierto ingreso adicional además de restringir la demanda de atención médica. El argumento principal, que las tarifas a los usuarios ayudan a mejorar la «eficiencia», gira en torno a su efectividad para desalentar la demanda «innecesaria» o, en algunos casos, para generar ingresos adicionales con los cuales financiar la atención médica cuando no se dispone de fondos alternativos.

La tarifa más común es el pago de una tasa de acceso a los medicamentos, que en Hungría cubre hasta el 35 % del coste de los mismos. Otra opción es la seguida por nueve países de la Unión Europea, que han impuesto el cobro de las consultas a médicos generales (en la mayoría de los países de la Unión ya se

exigía este pago para consultas a especialistas). Suecia impone el cobro de abultadas tarifas a los usuarios, incluso para servicios ambulatorios infantiles. No obstante, únicamente Grecia, Italia y Portugal dependen del cobro de tarifas al usuario para recaudar más del 20 % de los fondos para atención médica. Varios de los países de Europa del Este y la ex Unión Soviética post-1989 exigen ahora el cobro al usuario como parte de los nuevos programas del seguro de salud.

Pero si bien el total de ingresos por concepto del cobro de tarifas al usuario rara vez supera el 5 % del total de los ingresos del sistema, las mismas han reducido fuertemente la utilización de los servicios, empeorando así la equidad de su prestación, con un impacto negativo mayor entre los sectores pobres. En los países más pobres, Creese (1997) argumenta que «cuanto más alta sea la proporción del pago de los usuarios en la combinación total del financiamiento de la salud, mayor será la participación relativa de los sectores pobres en ese financiamiento». Las tarifas a los usuarios suelen proponerse como una forma de reducir la demanda «innecesaria» de servicios, pero también pueden actuar —en las reformas basadas en el mercado— como paso a la creación de un nuevo sistema de seguro de salud para las clases medias y altas.

Las bases ideológicas de las reformas mercantilistas

Las reformas de la salud y la «nueva gestión pública»

Gran parte del discurso que promueve las reformas de la salud pública, desde principios de la década de 1990, ha adoptado términos y conceptos clave de la mezcla de teorías que ha pasado a ser conocida con el nombre de *new public management* («nueva gestión pública», NGP). Sin embargo, hay escasas evidencias de que la NGP redunde en ahorro o aumento de la eficiencia en el desempeño del sector público, mientras que, desde su enfoque centrado en el mercado, la NGP ignora las consideraciones de equidad requeridas para el acceso a los servicios por parte de los sectores con menos recursos. El contubernio de la NGP con las reformas del sistema de salud (véase Osborne y Gaebler, 1992) ha traído como referencia todo un surtido de panaceas tales como:

- Asociaciones público-privadas [*public-private partnerships*].
- Tercerización y distintas formas de incremento de la autonomía local («timonear pero no remar»).
- Competencia («administrada» o de otro tipo).
- Opciones para el usuario y aumento de su capacidad de decisión.
- Y la introducción de mercados internos o «cuasi-mercados».

Los límites al mercado de la atención sanitaria

Dentro de un sistema de libre mercado, los principales motores son la competencia y la ganancia privada y empresarial. En las empresas del sector privado, esas ganancias generalmente toman la forma de beneficios y de dividendos para los accionistas. En los casos en que se introduce la competencia de mercado en el marco del sector público, las ganancias adoptan la forma de mayores ingresos para los proveedores, redundando en excedentes y la posibilidad de mejores retribuciones para los ejecutivos y otros sectores del personal —y a costa de los proveedores menos exitosos que pueden llegar a perder sus contratos, ver reducidos sus presupuestos, obligados a despidos o incluso clausuras. Si bien el prestigio puede ser también un subproducto para la mayoría de los proveedores exitosos del sector público, está claro que la introducción de un mecanismo de mercado se enfoca con mayor fuerza en el elemento «valor de cambio» (dinero) de la atención médica, en lugar de en los valores de uso ofrecidos.

Las medidas basadas en el mercado logran eficazmente convertir la atención sanitaria en una mercancía. A pesar de que se alega que la competencia necesariamente provoca una rebaja de los precios y mayor eficacia en función de los costes, lo que ocurre generalmente es lo contrario. Los mercados fomentan incentivos variados y perversos, visibles en el sistema de atención sanitaria de Estados Unidos, donde los costes son mucho mayores que en el sistema de financiación pública de Canadá.

Incluso las propuestas de las políticas neoliberales para la reforma de la sanidad generalmente indican que no es conveniente la privatización dogmática de los sistemas de

atención médica existentes para imitar el predominio de la prestación privada al estilo del modelo estadounidense. En efecto, el propio sistema estadounidense —a pesar del fracaso de las reformas del ex presidente Bill Clinton, que procuró introducir un mayor grado de control— se apartó hace tiempo de una fórmula de libre mercado —mostrando lo que Enthoven (1997) describe como «profundo y multifacético fracaso del mercado»— dirigiéndose cada vez más a regímenes regulados de «atención administrada».

Son estos mecanismos destinados a regular el mercado, y no el sistema derrochador, fraudulento, burocrático y socialmente excluyente de Estados Unidos, lo que los gobiernos de todas partes han procurado emular. Es irónico que muchas de las reformas del sistema de salud aplicadas en los últimos 15 años se hayan basado en la ideología neoliberal —Estado mínimo, impuestos bajos, descentralización, competencia, privatización y poder de consumo—, cuando en muchos casos —quizás en todos— el resultado final de esas reformas ha sido un *aumento* del gasto público y *más* burocracia.

La contradicción fundamental que hace inevitable la existencia de «fallos de mercado» en la atención médica, en el marco del capitalismo, es la inherente división de clase entre ricos y pobres. Si bien la gente con recursos puede enfermar (y obviamente lo hace), el mayor impacto provocado por la mala salud y las enfermedades está directamente relacionado con la pobreza. La atención sanitaria, por lo tanto, es una mercancía cuyo valor de intercambio seguramente tiene menos posibilidades de ser costado por muchos de quienes más la necesitan. Y éstos suelen ser los más ancianos y los más jóvenes, la mayoría de los cuales también tienden a pertenecer a los grupos más pobres. De manera que el vasto «mercado» potencial para los servicios de atención médica en el mundo en desarrollo está en gran medida compuesto por los individuos y países que menos pueden pagar por ellos. Por consiguiente, es poco probable que la atención sanitaria en muchos de los países y zonas más pobres atraiga una inversión sostenida por parte de las empresas del rubro hospitalario o por compañías farmacéuticas que siguen criterios puramente comerciales. En el resto de este artículo se explorarán algunas de las medidas de mercado que se han presentado como parte de los programas internacionales de reforma.

Descentralización

La reclamación de la «descentralización» es un tema recurrente en la mayoría de los estudios e informes que defienden la reforma del sistema de salud, tanto en países ricos como en países pobres. Es un elemento clave del programa de la «nueva gestión pública». Aun así, todo el espectro político está atravesado por el apoyo a cierta forma de descentralización. A lo largo del tiempo ha sido apoyada tanto por socialistas como por la nueva derecha, por gobiernos más inclinados a la izquierda como los de Tanzania y Nicaragua en los ochenta, y por la dictadura de Pinochet en Chile, así como por el Banco Mundial y la agencia de cooperación estadounidense USAID. Sin embargo, los resultados pueden ser muy diferentes de los anunciados:

- El control sobre la prestación de los servicios puede ser acaparado por elites locales que son todavía menos sensibles a las necesidades de la gente sin recursos que el gobierno central.
- La descentralización puede ofrecer nuevas posibilidades de corrupción a escala local.
- Puede ocurrir que el nuevo sistema tenga que enfrentarse a la falta de cualificación y capacidad local de gestión.
- La descentralización puede implicar que se recurra a proveedores de menor escala y peor equipados, lo que termina brindando menor formación y cualificación para el personal, y menor calidad en la atención.
- Las estructuras de menor escala, más locales, casi inevitablemente ofrecen menos oportunidades para resolver las desigualdades en las condiciones laborales de los trabajadores sanitarios.

Las reformas de mercado interno que ponen énfasis en la creación de unidades hospitalarias locales autónomas y en competencia, pueden provocar, como ya ha sucedido en Gran Bretaña y Suecia, duplicación de esfuerzos, derroche de recursos y aumento de los costes de transacción. El fortalecimiento del control local también puede obstaculizar la

planificación a escala nacional y toda posible racionalización de los servicios, y restringe la capacidad del sistema de atención médica de ofrecer una gama más amplia de opciones profesionales, como forma de conservar al personal cualificado. Al igual que ocurre con otras facetas de la NGP, podemos pensar que se ha generado una expectativa demasiado alta sobre la descentralización, que se sigue promoviendo a pesar de la falta de pruebas que demuestren que mejora la eficiencia, la equidad, la calidad o la responsabilidad.

Contratos entre compradores y proveedores

Una vez que se ha roto la cadena de mando de un sistema centralizado es necesario aplicar un nuevo sistema de contratos para establecer las responsabilidades de los proveedores de servicios. Los contratos redactados en términos de dinero, insumos (*inputs*) y resultados (*outputs*), suponen un alejamiento de las nociones de servicio público y solidaridad social, y un primer paso hacia el establecimiento de la atención sanitaria como una mercancía que se compra y se vende. En teoría, los contratos se pueden utilizar para regular cualquier parte del sistema de atención médica, abarcando no solamente los servicios de apoyo sino también la atención clínica. Pueden imponerse ya sea positivamente, a través de incentivos para que los proveedores cumplan las metas, o (con menor frecuencia) negativamente a través de la imposición de sanciones en caso de incumplimiento.

La batalla constante en torno a las normas de higiene en los hospitales británicos, después de 20 años de la tercerización de numerosos servicios de limpieza a compañías privadas, subraya los problemas de control de calidad. La «cultura del contrato», que surgió de la «nueva gestión» de la década de los ochenta, dejó una serie de problemas sin resolver. Esos problemas exigen capacitación para trazar especificaciones precisas y un monitoreo constante de las mismas para poder mantenerlas. Si bien el compromiso ideológico con las medidas de mercado puede ser fuerte, y las presiones del mercado sobre los sistemas de atención médica pueden llevar a contratos más exigentes, la evolución no ha sido pareja. Tampoco la mera existencia de un contrato alcanza para asegurar el control y el cumplimiento de las metas. Un estudio (Slack y Savedoff, 2001) que examina el trabajo

de esos sistemas en América Latina, identifica una serie de cuestiones que demuestran la necesidad de una mayor precisión y control para que el contrato logre los resultados deseados. Algunos casos estudiados evidencian que:

- Los contratos de «pago por servicio» sin restricciones de volumen no ofrecen ningún incentivo para reducir los costes. En Uruguay, los servicios de alta tecnología de instalaciones privadas se encarecieron entre un 20 y 25 % con respecto a las instalaciones públicas.
- Los contratos de «pago por servicio» restringidos por volumen ofrecen un incentivo para reclamar por tratamientos no recibidos: en Brasil, en 1995, se estima que el 28 % de las reclamaciones realizadas por pacientes hospitalizados correspondió a servicios no prestados.
- Un contrato de «pago por servicio» restringido por volumen que no fue debidamente monitoreado provocó un aumento del número de tratamientos y un sobregasto de más de 1.000 millones de pesos en Colombia en 1998.

Autonomía del proveedor o corporativización

La idea de ir más allá de la descentralización para establecer proveedores locales de atención médica como organismos empresariales, autónomos y con personalidad jurídica independiente, ha cobrado auge entre los defensores de las reformas basadas en el mercado. Esto no es nuevo: las medidas de mercantilización de los pasados gobiernos conservadores del Reino Unido separaron a las unidades proveedoras de las compradoras, y alentaron la creación de «*trusts* autónomos», el primero de los cuales fue creado en 1991. El gobierno de Nueva Zelanda también experimentó a principios de la década de 1990 con las «Empresas de Salud de la Corona» (*Crown Health Enterprises*) con resultados sumamente dispares, incluyendo un alto grado de endeudamiento de dichas empresas con el sector privado, que exigió posteriormente la intervención del gobierno. En el Reino Unido, a mediados de la década anterior, todos los proveedores del Servicio Nacional de Salud (NHS, *National Health System*) habían adoptado la condición de *trust*, definida en el «Libro Blanco» original

como «empresas públicas». Su presupuesto estaba limitado a su capacidad —en competencia con otros proveedores— de asegurarse contratos de compradores del NHS, junto con los ingresos que obtuvieran de pacientes privados y de la esfera de la «generación de ingresos». La competencia, por lo tanto, supuso una presión a la baja de los precios. Las eficiencias que hubieran podido asegurarse a través de una mejor gestión de los *trusts* se disolvieron en los importantes aumentos de los costes de transacción, administración y gestión, creados por la introducción de la «división comprador-vendedor» en el NHS.

En algunos países, el grado de autonomía local fue más allá que los *trusts* del NHS británico. Los «hospitales fundación» de España y Suecia y los «hospitales empresa» de Portugal han ido más lejos en cuanto a transformar al hospital en una empresa independiente, «corporativizada», con discrecionalidad propia para pedir prestados fondos y realizar negocios con el sector privado. El gobierno británico del Nuevo Laborismo ha comenzado a copiar este modelo en Inglaterra, a pesar de la llamativa oposición de diputados laboristas, los colegios médicos, los académicos y los activistas sociales. En el Reino Unido, los *Foundation Trusts* ahora deben rendir cuentas únicamente ante un «regulador independiente» (*Monitor*), que en su primer año gastó dos tercios de su presupuesto en consultorías privadas de la firma estadounidense de consultores McKinsey.

Este tipo de autonomía puede ser, como ocurrió con un importante hospital de Suecia, simplemente un punto de transición hacia la privatización total. El gobierno sueco ha aplicado recientemente una legislación para prohibir que continúe la privatización de los servicios de la salud. Los cuatro hospitales-fundación de España han sido acusados de hacer trabajar más horas a su personal y de especializarse en los servicios médicos más lucrativos, dejando el resto a otros hospitales (Nash, 2003).

El entusiasmo por este tipo de reforma de Preker y Harding (2003), del Banco Mundial, no puede ocultar los pobres resultados que han tenido las escasas experiencias de autonomía de los hospitales llevadas a cabo en los países más pobres. Citan algunos ejemplos de América Latina y Túnez, no todos ellos exitosos, y de Indonesia, donde los hospitales autónomos no lograron mejorar la financiación, el acceso de los pobres, la administración del personal, la calidad del servicio o la satisfacción de los pacientes, pero sí lograron aumentar las tarifas y los ingresos obtenidos de los pacientes.

Mientras que los pretendidos efectos amplios y progresivos de la autonomización no tuvieron lugar, lo más común ha sido un impacto negativo en la equidad. «La evidencia empírica demuestra que los hospitales autónomos comienzan dando prioridad a los pacientes que pagan, y que las exenciones y exoneraciones de tarifas de los usuarios han sido bastante poco efectivas para reducir los obstáculos de acceso a los servicios por parte de los pobres» (Castaño *et al.*, 2004).

Reformas de los mecanismos de pago a proveedores

Si bien los sistemas *Beveridge-style*,¹ financiados por impuestos (al estilo británico en su diseño original), ofrecen a los gobiernos la oportunidad de restringir los presupuestos particulares de los hospitales a través de una única decisión de política centralizada, en otros sistemas *Bismarck-style*² los mecanismos de pago descentralizado siempre implican una forma de «contrato» entre los fondos de seguros y los proveedores de la atención sanitaria. En teoría, esta separación de funciones ofrece más margen para limitar el incremento de costes; pero en la práctica ha sido difícil controlar los distintos compradores de servicios de salud y aún más difícil controlar los precios cobrados por lo que a menudo resulta en una mezcla de proveedores de los sectores público y privado.

¹ William Henry Beveridge (1879-1963) fue un economista y político británico, conocido por su informe de 1942, *Social Insurance and Allied Services* [«Seguridad Social y prestaciones derivadas»] que proporcionó las bases teóricas para la instauración del Welfare State por parte del gobierno laborista posterior a la Segunda Guerra Mundial. Este informe preconizaba que todo ciudadano en edad laboral pagara unas tasas sociales semanales, para establecer ciertas prestaciones en caso de enfermedad, paro, jubilación y otras, y así asegurar un nivel mínimo de vida; también exponía que esto permitiría a la industria nacional beneficiarse de aumentos de productividad, y como consecuencia, de la competitividad. [N. del E.]

² Otto von Bismarck, (1815-1898) fue un político alemán (ministro y presidente en el Consejo de Ministros) citado en este contexto por crear la legislación social más avanzada del momento en su afán por atraerse a los trabajadores, intentando frenar el movimiento obrero alemán, al que ilegalizó con las Leyes Antisocialistas. Se considera que la Seguridad Social nació en Alemania con la Ley del Seguro de Enfermedad, de 1883. [N. del E.]

Los sistemas basados en seguros, como en Francia, Alemania, Corea y Japón, han experimentado enormes déficits de fondos y recientemente han intentado restringir los gastos. Un argumento para introducir un sistema de mercado en países que tenían sistemas centralizados de atención de la salud fue que la combinación de la competencia y los contratos ofrecería nuevos mecanismos para asegurar que, según las famosas palabras de Margaret Thatcher sobre las reformas del NHS, «el dinero siga al paciente». Los métodos basados en el mercado presentan sistemas en los que se paga al hospital únicamente por los casos en que ofrezca un tratamiento (por caso o por acto médico) o por el universo de población que se acepte cubrir (modalidad de capitación).

El pago basado en el número de tratamientos puede considerarse que ofrece un incentivo para responder positivamente a la demanda local —o incluso competir con otros hospitales por los pacientes— mientras que los contratos basados en la capitación alientan a los hospitales a mantener los costes bajos, pero también ofrecen un incentivo para reducir los costos a expensas de la calidad, del menor tratamiento posible e incluso de restringir la atención de la población abarcada. Por otro lado, los contratos basados en el tratamiento pueden generar un incentivo perverso para tratar mayor cantidad de casos menos graves y aumentar las cifras de casos tratados —nuevamente, tal vez a expensas de la calidad. En el Reino Unido, el gobierno del Nuevo Laborismo está introduciendo un nuevo sistema de precio fijo de «pago por resultado», el cual aparentemente ya estaría aumentando los niveles de hospitalización.

Si bien algunos reformadores del sistema médico han considerado que los ajustes de los mecanismos de pago a los proveedores son una forma de reducir los incentivos perversos y la ineficiencia, otros han sacado en conclusión que cada sistema crea una combinación de efectos adversos y benéficos.

Las compras al sector privado

Los sistemas de atención médica *Bismarck-style* que siempre han mantenido una cierta separación entre compradores y proveedores, también han incluido durante mucho tiempo

un sector privado en la prestación de la atención médica. En Francia, el 29 % de las camas está en el sector privado con fines de lucro, mientras que en Japón el 80 % de los hospitales pertenece al sector privado.

El acuerdo anunciado en el año 2000 por el secretario de Sanidad británico Alan Milburn, según el cual el NHS compraría los servicios de tratamientos no urgentes a los hospitales del sector privado, generó una irritada respuesta de los sindicatos del sector público. Los sindicatos argumentaron que cualquier ampliación de la capacidad del sector privado aumentaría la escasez de personal del sector público y los proveedores del NHS perderían tanto los fondos como el personal necesario para mantener toda la gama de servicios (incluso los servicios de emergencia) ofrecidos únicamente por el sector público.

Otras reformas de «modernización» crean nuevas vías por las que los fondos públicos se pueden utilizar para comprar servicios de proveedores privados. El gobierno británico está introduciendo un programa nacional de ampliación de las «opciones del paciente», que finalmente ofrecerá a todos los pacientes del NHS el derecho a escoger entre por lo menos cuatro hospitales del sector público o privado. Esto ya está provocando una sangría de recursos del sector público hacia los hospitales privados. Y los planes de crear nuevos centros privados de diagnóstico y tratamiento han generado nuevas controversias, en gran parte por el impacto financiero del lucrativo trabajo de «seleccionar la flor y nata» de las unidades del NHS, que quedará con presupuestos reducidos pero con la responsabilidad de atender los casos más complejos y costosos. La limitada evidencia de la que se dispone hasta ahora demuestra que los costes por unidad de los proveedores del sector privado serán más elevados de lo que podría lograrse ampliando la capacidad del NHS, y que a los doctores y consultores de las unidades privadas se les pagará muy por encima del salario correspondiente en el NHS.

Los países del Sur se enfrentan a presiones de organismos mundiales y agencias de desarrollo (en especial el Banco Mundial y la USAID) comprometidos ideológicamente con la privatización y la expansión del sector privado. No obstante, las pruebas en apoyo de la mayor eficiencia son débiles. En muchos de los países más pobres la privatización o la compra de servicios al sector privado es más fácil de proponer que de hacer, ya que se ha avanzado

poco en el camino del sector privado, especialmente si se ve de manera restringida como una prestación de atención médica privada con fines de lucro, actuando en una escala que podría competir con los servicios de prestación pública, o incluso reemplazarlos. La disponibilidad de proveedores potenciales puede estar, al igual que otros servicios, en gran medida confinada a las zonas urbanas, con escasa prestación —o ninguna— en los distritos rurales. Podría haber también falta de capacidad para formular y controlar adecuadamente especificaciones y contratos explícitos. El proceso también podría incurrir en gravosos costes de transacción sin ventajas que los compensen.

En gran parte de la bibliografía sobre la reforma de los sistemas de salud, la definición de sector privado se amplía hasta abarcar a una gran variedad de proveedores sin fines de lucro, en especial ONGs y organizaciones religiosas, que quedan fuera de la red de financiación del sistema público de atención sanitaria. Una amplia investigación de USAID sobre el grado de colaboración con el sector privado de África, Asia, Europa del Este y América Latina reveló que de 65 proyectos identificados, en sólo tres participaban claramente compañías «con fines de lucro». Aun así, a pesar de la ausencia de pruebas firmes de que la prestación privada ofrece mejoras en la calidad y la eficiencia, el Banco Mundial, en una noticia en su web sobre iniciativas público-privadas, da lugar a confusión mezclando y juntando el total de los distintos gastos «privados» y concluye de manera aprobatoria que «se estima que un 50 % del gasto mundial en salud proviene del sector privado».

En la medida en que la evidencia demuestra que la contratación de servicios del sector privado termina por aumentar los costes y de esa forma drenar los recursos de los limitados presupuestos del sector público, esa estrategia seguramente está agravando la crisis de la atención médica en los países del Sur.

Competencia

El asesoramiento del Banco Mundial para la reforma de la atención médica, explicitada en su propia página web, se basa en la noción de que los mercados competitivos ofrecen la mejor de todas las soluciones posibles.

Después de más de medio siglo de experimentos con formas alternativas de desarrollo económico, la evidencia favorece decididamente la afirmación de que los mercados competitivos son la mejor y más eficiente forma conocida hasta ahora para organizar la producción y distribución de bienes y servicios. (World Bank, 2000)

Existe muy limitada evidencia sobre la eficacia del mercado como medio para mejorar los sistemas de atención de la salud. Pero la competencia es un elemento central del proceso de las diversas reformas mercantilistas, ya que representa la mayor fractura de la noción de servicio público tradicional a partir de la planificación, la prestación y el control a cargo del Estado. La competencia trae consigo cuantiosos gastos generales bajo la forma de costes de transacción. Todo ahorro por concepto de eficiencia que pueda generarse debe ser comparado con el aumento de los costes generales. Aun en los países más ricos y donde el gasto es elevado, no existe la competencia generalizada en un mercado no regulado de atención médica. Si bien el Banco Mundial considera a los sistemas de mercado competitivo como una fórmula general, que se aplica a todos los países y circunstancias, la posibilidad de establecer una competencia genuina entre los proveedores de servicios médicos o incluso una «competencia administrada» entre fondos de salud rivales, está en gran medida restringida a los países más ricos, donde los presupuestos son lo suficientemente abultados como para permitir la posibilidad de que exista una capacidad excedentaria y donde hay una cantidad suficiente de competidores con recursos adecuados como para crear algo parecido a un «mercado».

Un estudio sobre Tanzania, financiado por USAID, señala aprobatoriamente que el sector público está obligado ahora a competir con proveedores privados en un frente inusualmente amplio. Sin embargo, el mismo informe señala también la prestación profundamente desigual de la atención médica privada en las zonas rurales. La prestación privada se concentra en la capital, de manera que si el sector privado aparece como el «ganador», el resultado final será que el sector público terminará haciéndose cargo de los costes de la atención prestada a los sectores más pobres y a la población rural (Munishi, 1995).

Privatización

La privatización no tiene por qué ser, necesariamente, el paso siguiente a la descentralización pero, como una faceta de la «nueva gestión pública», proviene de la misma escuela de políticas neoliberales. Los proveedores privados no están obligados a actuar en función del interés público, y seguramente no darán más de lo que se les exija por un contrato formal. No obstante, el grado al que se ha llevado la privatización de las instalaciones y servicios de atención médica en las economías más adelantadas, es muy limitado —incluso en las economías de transición surgidas de la desaparecida Unión Soviética y Europa del Este, donde ha habido una tendencia concertada hacia la privatización en otros sectores.

En el Reino Unido —a pesar del celo reformista y las credenciales neoliberales de Margaret Thatcher, y de un gobierno conservador que privatizó tantos servicios estatales— en el sector hospitalario se privatizó únicamente una parte de los servicios no clínicos de apoyo y, más tarde, la atención a largo plazo para los ancianos, hasta el actual empuje privatizador del Nuevo Laborismo, que amenaza incluso con privatizar la atención sanitaria primaria y comunitaria. En contraste, Holanda, Nueva Zelanda y Suecia han transitado el camino de la reforma neoliberal en la atención médica, dudando y deteniéndose a pocos pasos de la privatización total.

El modelo al que aspiraban muchos neoliberales era el de Chile, en el que la privatización generalizada de la economía fue impulsada por la junta militar de extrema derecha de Pinochet, después del golpe de 1973, con el asesoramiento del gurú neoliberal Milton Friedman y sus «Chicago Boys». El régimen de Pinochet redujo drásticamente el gasto en atención de la salud y aumentó la proporción de camas privadas de 10 a 25 % entre 1981 y 1992. Pero esas políticas sólo pudieron ser sostenidas con una dictadura militar. A partir de 1990, el nuevo gobierno se vio obligado a aplicar aumentos sustanciales del gasto público en ese sector. En el año 2000, el sector privado recaudaba dos tercios de las contribuciones chilenas de seguros de salud, controlando el 46 % del total del gasto en atención médica, pero cubría apenas al 23 % de la población. Sin embargo, incluso en el apogeo del «neoliberalismo autoritario», el régimen de Pinochet se detuvo en su tendencia a la privatización de todo el sistema y dejó el 75 % de las camas hospitalarias en el sector público.

La privatización en los países en desarrollo es impulsada por los organismos financieros internacionales. La «ineficiencia» de los servicios de prestación pública en muchos países es una afirmación típica de los neoliberales, mientras que también se asume la «eficiencia» inherente de los proveedores privados, a pesar de que abundan las evidencias de que los costes del sector privado son mucho más altos que los de los sistemas de financiación pública, y a pesar de que únicamente los sistemas de financiación pública han demostrado ser capaces de prestar servicios universales ofreciendo acceso equitativo.

Es más, si hay problemas con la administración de un servicio de financiación pública, la lógica indica que el mismo gobierno débil y con escasos recursos tendría los mismos problemas —si no más— tratando de «regular» las actividades de un sector de atención médica privado, autónomo y relativamente poderoso —una tarea que hasta ahora ha eludido hacer el gobierno del país capitalista más grande y rico del mundo. El Banco Mundial insiste en que los servicios de financiación pública son «inequitativos». Pero está más que demostrado que los sistemas privatizados, especialmente los que utilizan tarifas para usuarios, son aún más tendenciosos y excluyentes.

Las tasas para usuarios y otras políticas de cobertura privada

Los sistemas europeos de atención médica, que generalmente ofrecen cobertura universal, dejan poco margen para un mercado significativo de seguros médicos privados. En general, el seguro privado ha sido desplazado por los programas de financiación pública. Algunos gobiernos de la Unión Europea han intentado apoyar los seguros médicos privados ofreciendo reducciones fiscales: en Irlanda, el gobierno gasta más de 79 millones de euros por año en lo que en los hechos es un subsidio que reduce el coste de las primas en un 32 % —si bien la mayoría de los afiliados al seguro de salud voluntario tienen ingresos elevados.

Australia también ha dado fuertes subsidios al seguro médico privado (al tiempo que promocionaba la expansión de un sector privado que es mucho más caro que la atención médica del sector público). La Asociación Europea de Administración Sanitaria (EHMA, por sus siglas en inglés) concluyó que: «En esencia, el sistema Medicare [público]

demonstró ser demasiado bueno para el sector privado, de manera que el gobierno subsidió al sector privado para permitirle competir en mejores condiciones con el sector público» (EHMA, 2000). A pesar de la lógica económica, el peligro de tener que pagar por tratamientos hospitalarios no siempre hace que la gente escoja un seguro médico privado: en Grecia, a pesar del elevado nivel de las tarifas al que deben enfrentarse quienes enferman, los seguros médicos individuales sólo cubren al 10 % de la población.

En Europa del Este y Central y en numerosos países en desarrollo, el Banco Mundial y otros organismos han presionado para que se introduzcan tarifas a usuarios no como un medio para recaudar recursos importantes, sino precisamente como forma de persuadir a las clases medias para que busquen programas de seguros, y como un mecanismo para abrir la salud al sector privado. La Corporación Financiera Internacional, del Banco Mundial, se ha dedicado a promover programas de seguros médicos privados destinados a «las clases medias y medias bajas en países sin riesgos compartidos [*risk pooling*]», que se suponen contribuyen al «fortalecimiento de la clase media». El grado de pobreza en numerosos países en desarrollo, sin embargo, ha implicado que los intentos de iniciar programas de seguro autosuficientes han estado condenados a permanecer al nivel de experimentos a pequeña escala.

Opciones del paciente y «consumismo»

Enthoven (1997) demostró cómo el sector privado podría utilizar el consumismo para aumentar los costes (y así las ganancias), y argumentó que la libre elección de los proveedores «destruye el poder de negociación de los aseguradores». Fue para prevenir esto y similares factores de desestabilización que en Estados Unidos se introdujeron las organizaciones de mantenimiento de la salud y de atención administrada. Ambas apuntaban a contener los costes y mejorar la calidad *restringiendo* el grado de opciones del paciente.

En los servicios de financiación pública que ya están luchando por ofrecer una atención adecuada para un nivel de demanda creciente, la propuesta aparentemente inocua de brindar «opciones al paciente» puede resultar un objetivo imposible o, por el contrario, un compromiso potencialmente

abierto para financiar tratamientos del sector privado. Los pacientes de cáncer canadienses que viajan de Ontario a los hospitales estadounidenses para evitar la larga lista de espera terminan pagando hasta seis veces más el coste que tiene el tratamiento en su país.

Ofrecerles a los pacientes una opción en cuanto a dónde buscar tratamiento exige una ampliación de la capacidad para asegurar que siempre haya disponible un excedente en cualquiera de los proveedores, para recibir a quienes «eligen» cambiarse a otro competidor —o un aumento potencialmente sustancial y abierto del presupuesto. Sin embargo, el sector público —de forma creciente como resultado de las reformas basadas en el mercado— tiende a recibir los fondos de sus ingresos únicamente sobre la base de la cantidad de trabajo que abarca, dejando muy poco o ningún margen para inversiones futuras.

Las opciones del paciente acaban con los límites entre los sectores público y privado: los pacientes que elijan hacerse un tratamiento con un proveedor privado se llevarán consigo los fondos para pagar su tratamiento. Como la personificación del consumismo y lo opuesto a la planificación, las «opciones del paciente» contraponen las opciones de los «consumidores» individuales a la estabilidad de un sistema que tiene la obligación de atender a toda la población: el sector público queda atascado con los casos más caros o complejos, mientras el sector privado se embolsa las ganancias.

La PFI/APP y su extensión internacional

La financiación de nuevos proyectos hospitalarios y de atención médica a través de la Iniciativa de Financiación Privada (PFI, por sus siglas en inglés) —un programa de asociación público-privada (APP)— se ha convertido en un tema de lo más controvertido en el proceso de «modernización» del NHS británico. Pero los programas hospitalarios de la PFI también están tomando forma o ya están en marcha en Canadá, Australia, Sudáfrica, Italia y Portugal. La PFI surgió por primera vez en Gran Bretaña en 1992, con posterioridad a las reformas de mercado del gobierno conservador, que estableció el principio de los *trusts* hospitalarios del NHS, que debían

pagar «gastos de capital» sobre el valor de sus bienes inmuebles y sobre cualquier otro capital prestado por el Ministerio de Hacienda. Esta política introdujo la noción de los hospitales-*trusts* como *arrendatarios* y no como propietarios, ocupando edificios por los cuales tenían que pagar, en lugar de considerarlos simplemente como «bienes libres».

Los ministros conservadores comenzaron imponiendo una reducción profunda en la asignación anual de capital al NHS, con la exigencia de que todo emprendimiento importante (inicialmente de 5 millones de libras o más) debía ser «probado» en el mercado, por si había algún consorcio privado que ofreciera poner el capital, construir y dirigir el hospital, y devolverlo al NHS en función de un contrato de largo plazo (de 25 a 30 años). No se pudo convencer al sector privado de que firmara ese tipo de contratos hasta después del cambio de gobierno en 1997, cuando asumió el gobierno el Nuevo Laborismo, que había denunciado antes la PFI como «punto débil de la cuña de la privatización». El Nuevo Laborismo se comprometió a «rescatar a la PFI» como «parte clave del programa a 10 años, que plantea el gobierno para la modernización del sector».

En Gran Bretaña hay 21 hospitales terminados que han sido financiados por la PFI, con un valor total de aproximadamente 1.500 millones de libras. Los próximos diez están en proceso de construcción, con un valor de capital de 1.900 millones de libras. El gobierno aspira a tener terminados para el año 2010 más hospitales PFI por un valor total de 7.000 millones de libras. El 85 % del total de la nueva inversión de capital en el NHS proviene ahora de la PFI, y los fondos públicos están restringidos a una escala menor y a programas de renovación. La PFI significa que un porcentaje creciente de fondos del NHS pasan directamente del sector público a los accionistas del sector privado, para quienes (a pesar del discurso que habla de «transferencia del riesgo») los hospitales terminados de la PFI son considerados como una fuente de ingresos prácticamente libre de riesgos.

Los hospitales-*trusts* del NHS, en arrendamiento dentro del régimen de la PFI, normalmente sólo retienen el control financiero sobre los servicios clínicos y la nómina de enfermeras, médicos y otros profesionales –servicios excluidos de la PFI. No es posible realizar reducciones en los gastos sin afectar la atención del paciente. La PFI conserva

la apariencia de ser un servicio de financiación pública y prestación pública, pero en la práctica desvía enormes activos de capital y de ingresos al sector privado.

La idea de que los hospitales de la PFI usan bien los fondos, a pesar de sus costes inflados, está siendo cuestionada. En numerosos hospitales «enseña» de la PFI se ha señalado la mala calidad, el mal diseño y el tamaño inadecuado de los edificios, junto con la mala calidad de los servicios de apoyo prestados: en muchos casos se los ha obligado a iniciar ampliaciones para añadir más camas e instalaciones que no habían sido debidamente planificadas en el edificio original (Lister, 2003a y 2003b). Pero con los crecientes costes de capital, en algunos de los programas de mayor envergadura de la PFI el tema de la eficiencia del uso de los fondos ha quedado rebasado por la preocupación sobre la (in)capacidad de su pago.

Conclusión

Más allá de lo que los neoliberales puedan argumentar, las experiencias recientes no aportan pruebas —ni en los países más ricos ni en los países más pobres— de que los mecanismos de mercado o la mayor dependencia para con el sector privado —el contenido principal de la mayoría de las medidas hoy llamadas «reformas»— reduzcan los costes, mejoren la eficiencia o hagan otra cosa que profundizar las desigualdades de acceso para la población con menos recursos.

El modelo de reformas es deficiente: las respuestas no consisten en dar marcha atrás en la historia para volver a imponer un sistema de mercado fallido, sino en avanzar hacia nuevos modelos basados en la distribución más amplia posible del riesgo, la financiación colectiva y el gravamen progresivo para financiar servicios motivados por la necesidad y no por el lucro.

Bibliografía

- CASTANO, R., BITRAN, R. y GIEDION, U. (2004), «Monitoring and evaluation of hospital autonomization and its effects on priority health services», *The Partners for Health Reformplus Project*, Bethesda (Maryland), Abt Associates Inc.
- CREESE, A. (1997), «User fees: they don't reduce costs, and they increase inequity», *British Medical Journal*, núm. 315.
- EHMA (2000) *The impact of market forces on health systems. A review of evidence in the 15 European member states*, Dublín, European Health Management Association (EHMA).
- ENTHOVEN, A.C. (1997), «Market-based reform of US health care financing and delivery: managed care and managed competition», en SCHIEBER G.J., (ed.) *Innovations in Health care Financing*, Washington DC., World Bank Discussion Paper 365.
- LISTER, J. (2003a), *The PFI Experience, Voices from the frontline*, Londres, UNISON.
- _____ (2003b) *Not So Great: voices from the frontline at Swindon's Great Western Hospital*, UNISON, Londres.
- _____ (2005) *Health Policy Reform: Driving the Wrong Way?*, Middlese, University Press.
- MUNISHI G.K. (1995), «Private sector delivery of health care in Tanzania», *Major Applied Research Paper*, núm. 14, Bethesda (Maryland), Abt Associates Inc.
- NASH E. (2003) «The Spanish prototype: efficient, but controversial», *The Independent*, de julio del 2003.
- OCDE (2000), *Health Data 2000 (CD)*, París, OCDE.
- OSBORNE, D. y GAEBLER, T. (1992), *Reinventing government: how the entrepreneurial spirit is transforming the public sector*, Nueva York, Addison-Wesley.
- SLACK, K. y SAVEDOFF, W.D. (2001), «Public purchaser-private contracting for health services», Washington DC, Inter-American Development Bank (IADB).
- WORLD BANK (2000), «The role of the World Bank» de su página web: <http://www.worldbank.org/html/extdr/hnp/health/ppi/contents.htm>.

2. Apuntes sobre la experiencia internacional de privatización de servicios sanitarios

*Delia Álvarez Edo,
Coordinadora Anti privatización
de la Sanidad, Madrid*

ES EVIDENTE QUE LAS POLÍTICAS NEOLIBERALES defendidas por EEUU se han ido implantando en el mundo desarrollado a lo largo de los últimos 20 años, a través de instituciones internacionales como la Organización Mundial del Comercio, el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional. El germen de estas reformas es el Acuerdo General sobre el Comercio de Servicios (AGCS o GATS), aprobado en 1994 a propuesta de la OMC y que nace con un objetivo fundamental: la liberalización de todos los servicios públicos de Europa. Los países de la Unión Europea son miembros de la OMC, que colabora con el FMI y el Banco Mundial para regular las políticas comerciales en el marco internacional. El propósito fundamental de la OMC es la expansión de las políticas neoliberales, el establecimiento del libre comercio y la entrada del libre mercado en los servicios públicos. Como consecuencia, los servicios sanitarios pasarían a ser explotados por empresas privadas como cualquier otro producto del mercado, poniendo por delante de la calidad asistencial la obtención de beneficios económicos. En definitiva, lo que pretende el AGCS es implantar un sistema similar al de EEUU, donde prácticamente toda la atención sanitaria está en manos privadas.

El origen de la ofensiva neoliberal en el mundo de la salud es la caída de beneficios de las grandes empresas sanitarias norteamericanas y su imperiosa necesidad de encontrar nuevos mercados en países con sistemas sanitarios públicos como Gran Bretaña; no han podido hacerlo de manera transparente y se han visto forzados a disfrazar su afán privatizador presentando la reforma como un

ineludible proceso de modernización y elevada eficiencia. Sin embargo, la experiencia demuestra que el sistema sanitario estadounidense está teniendo efectos desastrosos sobre la salud de la población: 18.000 personas mueren anualmente de forma prematura por no poder pagar un seguro médico; cada 30 segundos, una persona se arruina en EEUU porque no puede costearse el tratamiento adecuado; 100 millones de ciudadanos están infra-asegurados y otros 29 millones, seriamente endeudados por no poder afrontar el pago de su seguro sanitario.

Una de las estrategias actualmente más utilizadas para lograr privatizar los servicios públicos es la utilización del denominado modelo PPP ó PFI (Iniciativa de Financiación Privada). Pero la experiencia internacional ha demostrado que la política de inversión en activos e infraestructuras públicas sanitarias a través de dicho modelo no es adecuada, ni desde el punto de vista económico ni desde la perspectiva social. De hecho, este tipo de estrategia está siendo revisada y evaluada en la mayoría de los países donde se ha implantado, ya que ha generado mayores costes económicos (diferencias abismales entre los presupuestos iniciales y los costes finales de las infraestructuras hospitalarias, fracaso de proyectos PFI que han tenido que ser «rescatados» por la administración) y menor calidad asistencial (cierres de camas y servicios, recortes presupuestarios, disminución de plantillas, aumento de la morbi-mortalidad hospitalaria, etc...), sin que se consiguiera mejorar ninguno de los problemas que pretendía solucionar (listas de espera, reducción del gasto...).

Lo que resulta verdaderamente «sorprendente» es que la mayoría de los gobiernos europeos, a pesar de la abrumadora evidencia que pone de manifiesto el fracaso de la entrada del sector privado en la sanidad, siguen apostando por las reformas neoliberales; también hay que señalar que, en algunos casos, se han visto obligados a cambiar el rumbo de su política sanitaria, generalmente presionados por organizaciones de ciudadanos.

En consecuencia y para entender las consecuencias de la privatización, nos parece fundamental describir la situación en la que se encuentran actualmente algunos países desarrollados que tienen sistemas sanitarios muy similares al nuestro (porque son universales y financiados por los impuestos de los contribuyentes), como es el caso de Reino

Unido, Canadá y de todos los países nórdicos, especialmente Suecia, donde sus 21 regiones tienen responsabilidades sanitarias similares a nuestras Comunidades Autónomas.

El caso inglés

El ejemplo paradigmático de la entrada del mercado en la sanidad pública es el del Sistema Nacional de Salud (NHS) británico, el primer servicio con carácter universal e igualitario del mundo, creado en 1948. Los principales impulsores de la reforma privatizadora fueron la industria sanitaria mundial (principalmente la estadounidense) y los políticos neoliberales, abanderados por la Sra. Thatcher, que llegó al poder en 1979. Como ya hemos dicho, la industria sanitaria de EEUU, que se enfrentaba a una gran crisis económica, vio la posibilidad de obtener grandes beneficios a cambio de muy poco riesgo en países que financiaban la sanidad con los impuestos del contribuyente. Para vender la reforma, los políticos garantizaron que los servicios prestados por proveedores privados iban a resultar menos costosos y más eficientes, gracias a la competencia y a la obtención de beneficios económicos.

Pero el caso británico es excepcional por dos razones: porque el principal responsable de la entrada del mercado en la sanidad pública no fue el Partido Conservador sino el Nuevo Laborismo de Blair y, porque antes de acometer la privatización, tuvieron que impulsar la creación de una industria sanitaria viable ya que el sector privado estaba muy poco desarrollado, debido a la plena confianza de los británicos en su sistema de salud.

Para conseguir privatizar el NHS, los políticos británicos han tenido que desarrollar una estrategia progresiva y de pequeños pasos, muy meditados. En un primer momento, Thatcher externaliza los servicios no clínicos de los hospitales (limpieza, cocina, celadores...) y entrega la dirección de éstos a gerentes que ya no son médicos. Después, se inicia la fragmentación del sistema público creando más de 300 *Consortios* del NHS (*NHS Trusts*), de manera que todos los recursos sanitarios se convierten en organismos semi-independientes (semi-privados) que venden sus servicios a los compradores del NHS (creando el famoso «mercado interno») y cuyos gestores provienen del sector privado.

En 1997, con la llegada al poder del Nuevo Laborismo, se introduce el modelo de Iniciativa de Financiación Privada (PFI) en los hospitales públicos. A partir de ese momento, la construcción de los nuevos hospitales o la reforma de los antiguos quedan en manos de consorcios privados, que luego los alquilarán a los consorcios NHS por un canon anual que incluye los servicios no sanitarios o de apoyo. Inicialmente, los contratos tienen una duración de treinta años que, con mucha seguridad, se prorrogará otros treinta.

Posteriormente, el gobierno laborista da otro paso adelante con la implantación de un sistema similar al PFI denominado LIFT (Entidades Financieras de Mejora Local), que se encargará de la construcción y alquiler de edificios de atención primaria y comunitaria. En 2003, los consorcios NHS pasan a ser *Foundation Trusts*, Consorcios de Fundaciones, entidades cuyo funcionamiento ya no dependerá del gobierno aunque, en su mayor parte, seguirán siendo financiadas con los impuestos de los contribuyentes. Si bien los nuevos dispositivos sanitarios no tienen ánimo de lucro, ya no van a rendir cuentas al Parlamento y pasarán a ser controlados por un *Monitor* «independiente», que establecerá criterios puramente económicos para su funcionamiento.

Al mismo tiempo, se ponen en marcha otras dos medidas: los hospitales dejan de percibir la financiación que hasta entonces recibían y que se fijaba de acuerdo con las necesidades y características de la población que atendían, y empiezan a cobrar por el número de tratamientos completos que realizan (lo que se denomina «pago por resultados»); por otro lado, los pacientes que precisen cirugía no urgente o programada, van a poder elegir entre varios hospitales, uno de los cuales será, obligatoriamente, privado. En consecuencia, van a prosperar los hospitales que consigan atraer pacientes mientras que los otros se verán obligados a cerrar.

Es evidente que el objetivo final de la reforma es introducir la competencia entre proveedores públicos y privados pero se trata sólo de competencia en cuanto a calidad asistencial ya que el precio por tratamiento o intervención quirúrgica se fija de forma centralizada y en base al coste medio de las intervenciones realizadas en los hospitales públicos de todo el país. El problema es que, por el mismo precio, los hospitales privados no pueden competir con los hospitales públicos,

que proporcionan asistencia integral y muy especializada; en consecuencia, para no perder dinero, los primeros sólo pueden asumir determinados servicios básicos.

Ésa es la razón por la que el gobierno se ve obligado a apoyar a la empresa privada presentándola como proveedora de servicios más eficientes e innovadores. Las autoridades sanitarias presionan a los Consorcios del NHS para que contraten la cirugía básica con los hospitales privados que dependen, casi por completo, de los cirujanos que trabajan en el sistema público y que hacen horas extras en la privada. Paralelamente, el gobierno ofrece condiciones muy ventajosas al sector privado para que ponga en marcha los ISTC (Centros de Tratamiento del Sector Independiente), que van a asumir la realización de pruebas diagnósticas e intervenciones de cataratas y prótesis de cadera y rodilla (que son las que tienen mayor lista de espera).

En cuanto a la atención primaria, el gobierno apremia a los compradores locales del NHS para que contraten empresas privadas que se encarguen de las consultas de medicina general/familia. Asimismo, los centros de primaria que hacían las guardias de noche y fines de semana, pasarán a ser gestionados por cooperativas privadas de médicos generales y por un número creciente de empresas con ánimo de lucro que contratarán a los facultativos, muchos de ellos procedentes de otros países de la UE.

En cuanto a otros servicios, las autoridades están actualmente presionando a los trabajadores de salud comunitaria para que pongan en marcha «empresas sociales» sin ánimo de lucro que, más adelante, serán contratadas por los compradores del NHS para llevar a cabo exactamente las mismas tareas que ahora realizan como empleados del sistema público. No es difícil predecir que la mayoría de estos profesionales terminarán trabajando para empresas privadas que, por lógica, tendrán como objetivo la obtención de beneficios económicos.

Según un estudio realizado por una comisión gubernamental en 2006, se encontró una correlación estadísticamente significativa entre el déficit económico de los hospitales y el hecho de que éstos fueran del modelo PFI.¹ En 2006, el 30 % de los hospitales ingleses daba pérdidas y este porcentaje aumentaba hasta el 50 % si se incluían en el estudio los gestionados por empresas

¹ Véase a este respecto el capítulo 3 de este mismo volumen. [N. del E.]

privadas. Estos hospitales recortaron plantillas y cerraron camas para poder sobrevivir, con el consiguiente deterioro de la calidad asistencial.

A pesar de las pruebas que evidencian su fracaso, este modelo de privatización sigue avanzando en Inglaterra; en Escocia y Gales, gracias a la descentralización política de la sanidad y a la presión de la sociedad civil sobre sus políticos, han conseguido paralizarlo. Durante los próximos dos años van a suprimir todos los consorcios terminando con la división entre financiación y provisión y con el mercado sanitario, y fomentando una financiación alternativa para la mejora de sus hospitales. Y la sanidad en Irlanda del Norte está siguiendo el mismo camino.

Suecia

El caso de Suecia es distinto; en este país, las 21 regiones (Landsting) que la componen tienen competencias sanitarias muy similares a las de nuestras Comunidades Autónomas. El gobierno conservador decidió privatizar la sanidad en una de las regiones y, poco tiempo después de la reforma, los servicios sanitarios habían sufrido tal deterioro que los ciudadanos tuvieron que organizarse y consiguieron que los políticos dieran marcha atrás. El gobierno conservador que había llevado a cabo la reforma fue derrotado en las siguientes elecciones. En enero de 2006, se aprueba una normativa estatal que impide cualquier nuevo proceso de privatización de hospitales públicos y que pone límites muy estrictos a la provisión de servicios sanitarios por parte de empresas privadas; al menos hasta el 2011 se va a permitir que sigan funcionando los cuatro hospitales privados que ya estaban operando. Los ciudadanos fueron terminantes cuando rechazaron en las urnas el establecimiento de servicios sanitarios con ánimo de lucro que tienen que pagar todos los contribuyentes. Cuando se anunció la nueva normativa, el ministro de Sanidad dejó muy claro que los servicios médicos y sanitarios suecos continuarían siendo controlados democráticamente, equitativos y accesibles, financiados sobre la base de la solidaridad y de las necesidades de la población porque, si se hiciera de otra manera, se podría producir un conflicto de intereses entre el mercado y los ciudadanos.

Canadá

Canadá es un importante referente sanitario para nosotros ya que tiene un sistema sanitario universal, 100 % público, financiado por impuestos y un sistema político federal en el que la sanidad es responsabilidad de las provincias, como sucede con nuestras Comunidades Autónomas (aunque el Estado federal es anterior a la creación del sistema sanitario canadiense, con la aprobación de la *Medical Care Act*, en 1966). En este país, tras el inicio de un proceso similar de privatización a través del modelo PFI/PPP durante los años noventa y su posterior fracaso, destacados expertos sanitarios recomendaron el establecimiento de un modelo integrado y el abandono de las iniciativas dirigidas a la mercantilización, la privatización, la competencia entre proveedores o el pago por acto médico. Sin embargo, y aquí se repite la historia, con la llegada de los laboristas a varios gobiernos provinciales, se ha incentivado el establecimiento de los modelos PPP/PFI, incumpliendo las promesas electorales que hicieron (Alberta, Quebec, British Columbia...). En la provincia de British Columbia, la aplicación de la reforma ha provocado el despido de 8.500 trabajadores (fundamentalmente, personal no sanitario) de un total de 40.000 empleados de su Servicio Provincial de Salud, puestos de trabajo que han pasado a depender de subcontratas privadas.

Es de destacar el importante debate que existe en Canadá sobre el sistema sanitario, ya que los canadienses se sienten muy orgullosos del mismo, sobre todo si lo comparan con el de sus vecinos estadounidenses. La polémica que ha suscitado el modelo PPP/PFI ha sido posible, entre otras razones, por los importantes estudios que han presentado las diferentes coaliciones que luchan contra la privatización. Así, cuando se presentó el proyecto del hospital de Brampton y, aunque las autoridades regionales intentaron evitar el debate, economistas canadienses de reconocido prestigio demostraron que, si se construía según el modelo PFI, iba a costar 175 millones de dólares más que si se hacía de la manera tradicional. En British Columbia, un informe oficial demostró que los gastos del hospital de Abbotsford habían duplicado el coste previsto. La autoridad sanitaria regional de Calgary canceló la construcción de un hospital ante la alarma social desatada y, finalmente, fue construido con fondos públicos.

Ante las campañas publicitarias financiadas por las compañías multinacionales norteamericanas, los grupos de presión contra la privatización encargaron varias encuestas de opinión que demostraron, entre otras cosas, que el 64 % de los canadienses consideraba que el sistema sanitario de Canadá debería eliminar las empresas con ánimo de lucro y depender exclusivamente de proveedores de cuidados sanitarios públicos y sin ánimo de lucro.

En prácticamente todas aquellas localidades en las que los gobiernos regionales plantean la construcción de hospitales PFI/PPP, trabajadores y usuarios se organizan en «coaliciones locales» e inician campañas informativas y movilizaciones que culminan con la celebración de un referéndum público (Bahía Norte, noviembre 2005; Woodstock, noviembre 2005; Hamilton, diciembre 2005...) en el que, invariablemente, gana el sector antiprivatizador por porcentajes superiores al 95 %.

Nueva Zelanda

El caso de Nueva Zelanda es otro ejemplo a seguir. En su origen, el modelo sanitario de este país era de provisión pública y financiado por impuestos pero, en 1984, se puso en marcha una reforma sanitaria sin precedentes cuyo objetivo era conseguir el control del gasto mediante la entrada del libre mercado y la competencia, así como convencer a la población de que sólo así se lograría una mayor eficiencia. Los resultados no fueron los esperados: los problemas de salud pasaron a un segundo plano y las encuestas realizadas indicaban que el 90 % de la población estaba en contra de la privatización.

En 1993, hubo un nuevo intento de introducir un modelo sanitario privado, pero el experimento fracasó otra vez. En 1997, el gobierno de coalición, liderado por los laboristas, se vio obligado a desandar el camino terminando con la división entre proveedores y compradores y recuperando el modelo de sistema sanitario integrado y regulado. En 2001, se descentralizó la asistencia sanitaria creando 21 distritos sanitarios que gestionan la asistencia sanitaria de forma coordinada.

Australia

En Australia, los gobiernos conservadores iniciaron la puesta en marcha de hospitales modelo PFI a finales de los años noventa. Diferentes grupos sociales y sindicatos, alertados por las informaciones que llegaban de Reino Unido, se organizaron en grupos de presión para denunciar el proceso privatizador iniciado, logrando introducir en los medios un debate sobre la reforma sanitaria.

En el año 2000, el gobierno regional de Victoria tuvo que rescatar el hospital de La Trobe, cuya licitación había ganado la empresa privada AHP, porque las pérdidas económicas no permitían garantizar el mantenimiento de los servicios hospitalarios y amenazaban con dejar sin asistencia sanitaria a la población de la zona.

En cuanto al hospital de Modbury, el gobierno australiano se vio obligado a rescatarlo y a incrementar su financiación porque la empresa concesionaria amenazaba con incumplir las cláusulas del contrato y dejar sin asistencia a la población.

En la región de Queensland, uno de los primeros proyectos PPP/PFI fue el del hospital St. Vincent (500 empleados, 150 camas públicas, 50 camas privadas). Se adjudicó por 48 millones de dólares a la mayor empresa de servicios privados sanitarios de Australia pero, en junio de 2002, ésta se declaró en quiebra por pérdidas por valor de 10 millones de dólares, lo que obligó al gobierno australiano a rescatarlo.

En 1996, se llevó a cabo la primera privatización de un hospital público en Nueva Gales del Sur (el Hospital Macquarie). Una empresa privada construyó el hospital y asumió su gestión durante 20 años, al cabo de los cuales pasaría a ser definitivamente de su propiedad. A partir de 1999, la situación económica era tan mala que la empresa tuvo que empezar a reducir personal y salarios, con el consiguiente deterioro de la calidad asistencial. La población presionó y exigió que se comprara el hospital consiguiendo que el gobierno lo rescatara en 2005.

* * *

Las experiencias de todos estos países, con un sistema sanitario muy similar al nuestro, nos sirven para defender nuestro convencimiento de que es posible dar marcha atrás y recuperar nuestro servicio público siempre que los ciudadanos seamos capaces de organizarnos y plantar cara a las reformas que nos imponen los políticos de uno u otro signo, que incumplen sus promesas y disfrazan su verdadera ideología durante las campañas electorales.

3. Financiación privada, déficit público. Un informe sobre el coste de las PFI y su impacto en los servicios sanitarios de Inglaterra*

*Mark Hellowell y Allyson M. Pollock
Centre for International Public Health Policy,
Universidad de Edimburgo*

Escala, estructura y puesta en marcha de las PFI en el NHS de Inglaterra

La importancia de las PFI

Desde 1992, las mayores inversiones de capital en el NHS (*National Health System*, Sistema Nacional de Salud) se han producido a través de Iniciativas de Financiación Privada (PFI, por sus siglas en inglés), en las que la financiación de los proyectos se recauda en el mercado de capitales, entre grupos de bancos de inversión, constructoras y proveedores de servicios. Estos consorcios diseñan, construyen, financian y detentan la propiedad de las nuevas instalaciones sanitarias, y proporcionan los servicios de «gestión de las instalaciones» hasta su finalización.

* El artículo original incluía una serie de apéndices con datos pormenorizados por consorcios y zonas de Inglaterra, que no se publican en este volumen. Para completar la información con fuentes y datos desagregados, véase el artículo completo en: <http://www.unison.org.uk/acrobat/PrivateFinancePublicDeficits.pdf>. [N. del E.]

Este enfoque difiere del modelo público convencional en el que una autoridad pública contrata a un arquitecto para que diseñe las nuevas instalaciones y a una constructora para edificarlas. En ese modelo, las principales inversiones son financiadas directamente por el gobierno central, con dinero recaudado a través de impuestos y/o emisiones del Tesoro. El edificio es propiedad del sector público y éste lo pone en marcha.

El gobierno firmó el primer contrato de hospital de PFI en julio de 1997 y el primer hospital de PFI fue entregado en otoño del 2000. Entre abril de 1997 y abril de 2007 la mayoría de contratos para proyectos de nuevos hospitales (85 de 110, cerca del 87,3 %) incluían PFI. Esta fórmula sumaba el 87,4 % (8,5 millones de 9,7 millones de libras) de la inversión del programa de construcción de hospitales.¹ Hasta abril del 2007, el Departamento de Sanidad había aprobado 126 proyectos PFI para el NHS, que sumaban un total de 15,5 billones.² De estos, 85 han sido firmados con consorcios del sector privado, por un valor de 8,5 millones de libras.³ Otros 41 proyectos de hospitales PFI se han aprobado, con un valor total de siete billones, y están en fase de planificación o desarrollo.

La financiación de las nuevas inversiones

Los hospitales construidos por PFI son arrendados por los consorcios NHS⁴ al sector privado durante periodos de 30 a 60 años. Los consorcios NHS pagan una cuota anual durante la duración del contrato desde el día en que el hospital abre; a partir de ese momento se considera que el contrato PFI se

¹ Department of Health, «Progress of new hospital schemes approved to go ahead». Disponible en: www.dh.gov.uk (último acceso en abril del 2007).

² En los países anglosajones, el término «billón» es utilizado para referirse a «miles de millones» (10⁹), no a «millones de millones» (10¹²) como en el Estado español. En este artículo, deberá entenderse en aquella primera acepción. [N. del E.]

³ Department of Health, «Progress of new hospital schemes approved to go ahead». Disponible en: www.dh.gov.uk (último acceso en abril del 2007).

⁴ Como se explicaba en el segundo artículo de este volumen, el NHS se ha fragmentado en *NHS trusts*, «consorcios NHS», con una mayor autonomía de planificación y toma de decisiones. [N. del E.]

«pone en marcha». El dinero para pagar la cuota procede del propio presupuesto del consorcio NHS, destinado también a los servicios clínicos, al personal y a los suministros.

El canon anual de los PFI

En el NHS los contratos PFI combinan dos tipos de operaciones: la provisión de activos, como edificios y equipamiento, y la provisión de servicios, como mantenimiento de los edificios, limpieza y catering. El pago por la provisión de activos se llama *canon por disponibilidad*; el pago por la provisión de servicios se llama *canon por servicios*. Sumados dan lugar al *canon anual*.

El «canon por disponibilidad» anual

El *canon por disponibilidad* es una cantidad fija que sólo varía si se añaden nuevas necesidades fuera de los términos de contrato, o si se penaliza al consorcio por no alcanzar los estándares de resultados. El *canon* cubre tres tipos de costes.

En primer lugar, financia los intereses y los pagos principales de la deuda contraída por el consorcio PFI. Este pago tiene prioridad sobre todos los demás y suma una parte significativa del *canon por disponibilidad*. Las instituciones prestatarias tienen mucho interés en asegurar que este pago está claramente identificado y protegido; los modelos de financiación PFI se estructuran en torno a esto.

En segundo lugar, cubre los gastos que puedan necesitarse durante el contrato para mantener las condiciones de las instalaciones; así, el consorcio tiene que acumular reservas líquidas para los costes del ciclo.

Finalmente, una vez los costes se han cubierto, los fondos del *canon por disponibilidad* vuelven a los accionistas en forma de dividendos. En un acuerdo ordinario de financiación privada (que está sujeto a cambios si los proyectos son refinanciados), una proporción creciente de los *cánones por disponibilidad* suponen beneficios para los accionistas del consorcio PFI, cuando la deuda se liquida al final del periodo de contrato.

El «canon por servicios» anual

La gama y los requisitos de los servicios encargados en las PFI varían de proyecto a proyecto. Todos los contratos PFI incluyen los llamados «servicios de gestión de las instalaciones “difíciles”», como el mantenimiento rutinario de los edificios. La mayoría de los contratos PFI del NHS incluyen la externalización de los «servicios de gestión de las instalaciones “sencillas”», como catering, limpieza, seguridad, administración y celadores. Antes de junio del año 2001, los miembros de la plantilla afectados por los contratos PFI fueron transferidos al sector privado bajo una regulación TUPE; muchos de ellos perdieron con las nuevas condiciones. Desde junio de 2001, sin embargo, la mayoría de las plantillas afectadas por acuerdos PFI sólo se han «transferido temporalmente» y de este modo han mantenido las condiciones laborales del NHS.⁵

El pago del canon anual

La mayor parte del ingreso de los consorcios NHS se gasta en los salarios y suministros necesarios para el desarrollo de los servicios clínicos. Sin embargo, desde 1992, cada consorcio ha tenido que dedicar una parte de sus ingresos a pagar el *cargo del capital* al Tesoro, por uso de la tierra, edificios y equipamiento.

Bajo el régimen actual los consorcios están obligados a operar de manera que obtengan anualmente un superávit equivalente al 3,5 % de su activos reales existentes (edificios, tierras y equipamiento —por debajo del 6 % previamente). Además de este pago, el *dividendo del capital público*,⁶ también deben pagar la amortización de sus activos.

Generalmente cuando un consorcio público firma un contrato PFI para un hospital y transfiere los activos del hospital al sector privado (como suele suceder) no está obligado a pagar el *cargo de*

⁵ Unison, «The Private Finance Initiative: The Retention of Employment Model», Londres, Unison, 2003.

⁶ Dividendo del capital público: representa el dinero invertido por el Tesoro en el consorcio NHS cuando fue creado. Del presupuesto del consorcio, se le devuelve al Tesoro una parte de esta inversión cada año (un dividendo). Definición del Glosario del artículo original. [N. del E.]

capital al Tesoro por el suelo y la propiedad transferida. En teoría esto libera fondos con los que el consorcio puede pagar el *canon por disponibilidad* del PFI, mientras que la tarifa por los servicios de gestión de las instalaciones proporcionados por el sector privado se paga desde el presupuesto previamente asignado en una partida del propio consorcio.

El *cargo de capital* y el *canon por disponibilidad* pueden ser entendidos como la «renta» que el consorcio paga por el uso de los edificios y equipamientos de su hospital —esto es, los costes de capital. Por otro lado, es importante destacar que mientras los *cargos de capital* (el *dividendo del capital público* y la amortización) revierten en el Tesoro, el *canon por disponibilidad* se paga al consorcio PFI y es dinero perdido por el NHS y por los contribuyentes.

La financiación privada y la brecha de asequibilidad

Las PFI han resultado polémicas por su alto coste, que produce déficit en los consorcios NHS.⁷ En la práctica, el coste de las PFI ha sido más alto que los costes del *cargo de capital*. Como consecuencia, antes de que se firmen los proyectos, los consorcios intentan disminuir esta imposibilidad de financiación a través de planes que desvíen fondos de los presupuestos clínicos, a través de la venta de activos y de reducciones significativas del número de camas y de personal de los hospitales y otros servicios.⁸

⁷ Gaffney D., Pollock A.M., Price D., Shaoul J., «NHS capital expenditure and the private finance initiative: expansion or contraction?» *BMJ*, núm. 319, p. 4851, 1999; Gaffney D., Pollock A.M., Price D., Shaoul J. «PFI in the NHS: is the re an economic case?» *BMJ* núm. 319, p. 1169, 1999; Hawksworth J., «Implications of the public sector financial control framework for PPPs» en *The private finance initiative: saviour, villain or irrelevance?*, London, Institute of Public Policy Research, 2000; Heald D., Scott D., «Lessons from capital charging in the UK national health service», *International Assoc. Management Journal*, núm. 8, p. 2945, 1996. ⁷ Gaffney D., Pollock A.M., Price D., Shaoul J., «NHS capital expenditure and the private finance initiative: expansion or contraction?», *British Medical Journal*, núm. 319, 1999, p. 4851.

⁸ Gaffney D., Pollock A.M., Price D., Shaoul J. «PFI in the NHS: is there an economic case?» *BMJ* núm. 319, p. 1169, 1999; Hawksworth J., «Implications of the public sector financial control framework for PPPs» en *The private finance initiative: saviour, villain or irrelevance?*, London, Institute of Public Policy Research, 2000..

En este contexto, la segunda parte de este artículo examina las implicaciones de los proyectos actuales y futuros de las PFI en el gasto público. La tercera parte analiza los desafíos financieros planteados durante la fase de puesta en marcha de un proyecto PFI, después de que los contratos se hayan firmado y se hayan puesto en marcha medidas para sortear el déficit.

Las PFI y el gasto público

Las inversiones de PFI comparadas con los pagos previstos de PFI

El Departamento de Sanidad no publica datos sobre la repercusión de los proyectos PFI en el gasto público. Sin embargo, si usamos otros datos divulgados gracias a una petición de «libertad de información» al Departamento de Sanidad,⁹ podemos obtener datos de los cánones anuales, actuales y previstos, de todos los contratos PFI firmados antes del 20 de noviembre del 2006, y compararlos con la información (de acceso público) de las inversiones de capital realizadas por consorcios privados para todos los proyectos.

Como muestra la Gráfica 1, los gastos de capital adelantados en relación a los proyectos PFI firmados hasta el 30 de noviembre de 2006 fueron de 8,5 billones de libras, mientras que los compromisos de gasto del NHS ascendieron a más de 52 billones de libras. Los pagos a realizar por el NHS serían, por consiguiente, seis veces mayores que el capital adelantado al sector privado.

Se debe señalar que una parte de los gastos previstos del NHS está en relación con los pagos por servicios, y que esto se debería contemplar de forma separada del *canon por disponibilidad*. Más abajo valoramos esta cuestión.

⁹ La Ley de Libertad de Información (Freedom of Information Act) creó en Gran Bretaña el «derecho de acceso a la información» que tengan las autoridades públicas por parte de los ciudadanos. Con esta ley cualquier persona puede solicitar información a entes públicos sin tener que explicar sus motivos. Entró en vigor en el año 2005. [N. del E.]



Estimaciones del canon por disponibilidad

El Departamento de Sanidad no proporciona un desglose pormenorizado del canon anual entre el *canon de disponibilidad* y el *canon de servicios*, alegando que no recibe esa información de manera centralizada. Sin embargo, un estudio del Departamento de Sanidad¹⁰ muestra que de media el *canon por disponibilidad* supone un 58,7 % del coste, y la gestión de instalaciones un 41,3 %. Hemos redondeado esas cantidades a un 60 % y 40 % respectivamente y las hemos aplicado a los cánones anuales actuales y previstos para hacer una estimación de los componentes de uso y gestión de instalaciones. De este cálculo se desprende que el *canon por disponibilidad* total es de 31 billones de libras durante el periodo de contrato, comparado con los 8,5 billones invertidos por el consorcio privado. Para muchos proyectos esta estimación del *canon por disponibilidad* se quedaría corta. En el muestreo del Departamento de Sanidad, con 25 proyectos PFI, 23 de ellos incluían «servicios de gestión de instalaciones sencillas» en el contrato. A posteriori, con frecuencia, los «servicios sencillos» han sido excluidos. El componente *canon por disponibilidad* del

¹⁰ Department of Health, *Public Expenditure Memorandum: 1999-2000*, Londres, The Stationary Office, 2000, pp. 152-158.

canon anual será mayor que el correspondiente al *canon por servicios*, allí donde los «servicios sencillos» no sean incluidos en los acuerdos.

El coste real de los proyectos de PFI

Sobre la base de datos de acceso público del Departamento de Sanidad y datos obtenidos a través de una petición de «libertad de información» podemos examinar el *valor del capital* de los 53 proyectos PFI que acumulaban *cánones* en 2005-06 (último año en el que los datos reales, preferibles a los estimados, están disponibles) y el componente *por disponibilidad* de esta cantidad.

En total, los gastos anuales de los consorcios NHS por PFI en el año 2005-06 fueron 470 millones de libras, de los cuales 280 millones eran por *canon de disponibilidad*.

El coste futuro de los PFI en el NHS

El crecimiento de la escala de costes al NHS será significativamente mayor al ponerse en marcha un mayor número de proyectos, con los consecuentes pagos PFI.

Con datos de acceso público del Departamento de Sanidad y datos obtenidos a través de una petición de «libertad de información» la tabla 2 muestra los costes estimados de PFI en el NHS para el año 2013-14, cuando los 126 proyectos que están aprobados estén ya en funcionamiento y acumulando *cánones* anuales. La tabla 2 proporciona un resumen de los *valores de capital* y de los *cánones anuales* previstos para 2013-14 de (a) 53 proyectos en marcha y acumulando *cánones* desde 2005-06; (b) 32 proyectos firmados y en construcción o puestos en marcha recientemente; y (c) 41 proyectos en fase de obtención o planeamiento.

Tabla 2. Valores de capital y cánones anuales en 2013-2014

	Valor del capital (£m) ¹¹	Cánones anuales (£m)
a) Proyectos en marcha desde 2005-06 (n=53)	2.792	599,5 ¹²
b) Proyectos ya aprobados y en construcción o abiertos en 2005-06 (n=32)	7.042	650,5 ¹³
c) Proyectos en fase de planificación (n=)	15.493	1.042 ¹⁴
Total en 2013/2014 (n=126)	15.493	1.042¹⁴

Para los 53 proyectos que estaban en marcha y acumulaban *cánones* en 2005-06, los pagos del canon anual se incrementarán de 470 millones en 2005-06 a casi 600 millones en 2013-14, en gran parte debido a la inflación. El componente *por disponibilidad* aumentará de 287 millones a 360 millones.

Para los 32 proyectos en construcción o aquellos que están en marcha pero que todavía no están cobrando canon en 2005-06, el total de los cánones anuales será de 650 millones de libras en 2013-2014, de los cuales 390 millones serán por *cánones por disponibilidad*.

El valor del capital conjunto de los 41 proyectos en fase de obtención o planeamiento (7 billones) es prácticamente igual al valor de capital de todos los proyectos en marcha

¹¹ Department of Health, «Progress of new hospital schemes approved to go ahead», disponible en www.dh.gov.uk (último acceso en abril del 2007).

¹² Department of Health, respuesta al requerimiento de «Libertad de Información», recibida el 30 de noviembre del 2006.

¹³ Department of Health, respuesta al requerimiento de «Libertad de Información», recibida el 30 de noviembre del 2006.

¹⁴ Estas estimaciones se basan en la ratio del valor del capital/*canon anual* medio para proyectos en marcha o firmados y en construcción (esto es, el 14,8 %). La estimación es necesariamente aproximada, en cuanto que los pagos unitarios varían según el tiempo y según el alcance de cada proyecto (según qué servicios estén incluidos) y a menudo no están acordados para proyectos en fase de obtención de permiso o planificación.

o construcción (8,5 billones). Esto demuestra el grado de expansión del programa de construcción de hospitales PFI en Inglaterra. Para 2013-14, periodo en que el número de proyectos que estén cobrando canon haya aumentado de 53 a 126, el coste anual de la PFI para el NHS habrá aumentado cuatro veces desde 2005-06. Para los años 2013-14, los consorcios NHS en Inglaterra pagarán *cánones anuales* por valor de 2,3 billones de libras (en términos nominales); un incremento de más de 1,8 billones respecto a lo que pagaban en 2005-06. Según estimaciones a la baja el *cargo por disponibilidad* supondrá 1,4 billones al año. Las obligaciones de pago para todos los proyectos PFI del NHS (actuales y previstos) ascenderán de 52 billones de libras (en noviembre de 2006) a 90 billones.

Advertencias a tener en cuenta

Es importante destacar que para futuros proyectos es muy probable que las cifras de los *valores del capital*, los *cánones anuales* y los *cánones por disponibilidad* estén subestimadas, por dos razones.

1. Incremento post-contrato en el canon anual

Además del efecto de la inflación, el canon anual tiende a ser mayor que la cantidad prevista en los «estudios de inversión» de las PFI y que las cantidades por las que se firmaron los contratos (basadas en las previsiones del gobierno). Shaoul, entre otros,¹⁵ prueba que 10 de los 12 consorcios de su muestra con proyectos PFI en marcha estaban pagando más de lo previsto cuando se firmaron los contratos.

La escalada del aumento ha sido enorme en algunos casos. En 2005, siete consorcios estaban pagando más del 10 % de lo esperado al firmar el contrato; tres estaban pagando más del 50 %. En entrevistas con estos consorcios, los gerentes explicaban que esos incrementos provenían de varios elementos: aumentos en los rendimientos de los hospitales más allá de los previstos en los contratos, cambios

¹⁵ Shaoul, J., Stafford, A., Stapleton, P. (de próxima publicación), «The cost of using private finance to build, finance and operate the first 12 NHS hospitals in England», *Public Money and Management*, Londres.

en el contrato, e incrementos imprevistos debido a errores a la hora de identificar o especificar con suficiente detalle las condiciones del contrato.

Como muestran estos autores, todos los cambios en el contrato se realizan en condiciones de monopolio, lo que presenta el claro riesgo de que los contratantes tengan que asumir precios más altos de los que se hubieran dado en condiciones competitivas.

2. Incrementos de coste durante la adjudicación del proyecto

Un segundo elemento es la conocida tendencia del *valor del capital* y los *cánones anuales* y de *disponibilidad* a aumentar considerablemente durante las negociaciones con el sector privado. La tendencia fue observada por la Comisión Auditora en un reciente estudio de los déficit del NHS:¹⁶

La preferencia hacia proyectos de grandes edificios, tanto en las autoridades locales del NHS como en toda la comunidad, hace difícil retirarse de las negociaciones o reorganizar la propuesta una vez que se ha conseguido el visto bueno y están en proceso las discusiones en detalle. Esto conlleva un claro riesgo de comprometerse con ciertos niveles de gasto sobre la base de suposiciones optimistas acerca de futuros ingresos o de grandes ahorros provenientes de mejoras en la eficiencia de los procesos, o incluso de ambos. (p.28)

Si comparamos los *valores del capital* de los proyectos PFI prioritarios —aquellos que el Departamento de Sanidad ha priorizado por su tamaño o importancia— registrados en el «estudio de inversión» (cuando el Departamento de Salud aprobó inicialmente los planes de los proyectos) con los valores propios del momento en que se firmaron los contratos, veremos que el incremento entre el estudio y el contrato es del 74 % (si bien en términos reales, la cantidad sería algo menor).¹⁷

¹⁶ Audit Commission, «Learning the Lessons from Financial Failure in the NHS», Londres, 2006, p. 27.

¹⁷ Estos proyectos tienden a ser grandes «hospitales completos», en oposición a inversiones de menor escala. El gobierno laborista los prioriza por su tamaño e importancia. [Los datos de esta comparación se pueden encontrar en el artículo original, véase la nota al comienzo de este artículo. N. del E.]

PFI, asignación de recursos, déficit y reducción de servicios

Pago por resultados

Esta parte examina la relación entre las PFI, los déficit de los consorcios y el nuevo sistema de asignación de recursos del NHS de Inglaterra, llamado *pago por resultados* (PpR).

Bajo el PpR, los consorcios reciben la mayoría de sus ingresos a través de una tarifa estándar por cada paciente que recibe un tratamiento.

La tarifa se basa en el coste medio del tratamiento en todo el NHS¹⁸ e incluye los fondos para los *costes del capital* (por ejemplo, los dividendos del capital público, la amortización y, cuando es pertinente, los *cánones de disponibilidad* de las PFI), destinados a igualar los costes medios de capital en todos los consorcios ingleses. Normalmente esto supone el 5,8 % de los ingresos anuales de cada consorcio.

Bajo el PpR, los consorcios que tienen costos de capital medios más altos tenderán a tener déficit en su balanza de ingresos y gastos.¹⁹ Por el contrario, los consorcios con costos medios de capital más bajos, tendrán superávit. Esta parte examina los *costes de capital* de los consorcios con proyectos PFI en comparación con los costes medios.

Al considerar la parte de los ingresos que los consorcios dedican al capital cada año, habremos de incluir los *cánones de disponibilidad*, los *cargos del capital* pagados por la propiedad y los equipos del NHS (los dividendos de capital público) y la amortización. Nuestros datos de los costes de capital y los ingresos totales provienen del Departamento de Sanidad gracias a una solicitud de los mismos amparada en la «libertad de información». Usando estos datos hemos calculado para cada consorcio el coste anual de capital (agregando los dividendos de capital público, la amortización y los *cánones*

¹⁸ Department of Health, *Payment by Results Guidance*, primera versión, diciembre de 2006; disponible en: http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_063684.

¹⁹ Una explicación más detallada en Palmer K., «NHS Reform: getting back on track», King's Fund Discussion Paper, 2006.

por disponibilidad en el año 2005-06) y el porcentaje en los ingresos de los consorcios que supone este coste anual del capital.

Casi todos los consorcios NHS (excluidos los consorcios-fundación) con proyectos PFI en marcha tenían costes de capital superiores a los que proporcionaba la tarifa. Los consorcios con proyectos PFI que estaban en marcha y pagaban cánones en el año 2005-06 tenían, de media, unos costes de capital del 8,3 % —un 2,5 % más altos que la media.

Esto significa que los consorcios con uno o más proyectos PFI en marcha ese año estaban subfinanciados, según la tarifa, respecto a sus costes de capital, en torno a un 2,5 % de sus ingresos y, por tanto, corrían el riesgo de entrar en déficit.²⁰

Sin embargo, se debe señalar que muchos de los 53 proyectos PFI en marcha en el año 2005-06 eran pequeños en términos de valores de capital y que su impacto en los gastos de los consorcios era proporcionalmente menor. El alcance de este problema será mucho más importante para los consorcios con proyectos mayores.

En el periodo 2005-06, para los 18 consorcios que estaban pagando cánones de proyectos con valores de capital de más de 50 millones de libras, la media anual de los costes de capital fue del 10,2 % de los ingresos totales de esos años, comparado con el 5,8 % de la tarifa. En otras palabras: estos consorcios experimentaron un déficit medio en los ingresos del 4,4 %.

Incluso entre los consorcios con proyectos PFI grandes existe una variación considerable. Como ejemplo, los costes de capital del antiguo consorcio prioritario del NHS, el County Durham & Darlington (ahora incorporado al consorcio NHS Tees, Esk y Wear Valley), sumaron un 35 % de los ingresos totales (30 % más de lo que proporcionaba la tarifa). Esto contrasta con consorcios como el King's College (Londres) y Calderdale & Huddersfield en los que los costes de capital son menores al 10 % del ingreso. Los cánones anuales del consorcio County Durham & Darlington se corresponden

²⁰ El concepto de «excedente» de los costes de capital ha sido desarrollado por Keith Palmer en gran número de trabajos, publicados o de próxima edición. Véase especialmente *Analysis of the causes of the Queen Elizabeth II Hospital Trust Deficit*, Londres, Cambridge Economic Policy Associates, 2007.

con tres contratos PFI en el año 2005-06, mientras que King's College y Calderdale & Huddersfield pagan sólo uno cada consorcio. Los proyectos PFI son sólo una pequeña parte de las propiedades de estos dos consorcios.

Casi todos los consorcios PFI experimentan déficit de fondos para los costes de capital, pero este déficit es mucho mayor en los proyectos PFI con valores de capital de más de 50 millones.

Este análisis explica un problema encontrado con frecuencia: el hecho de que los consorcios con proyectos de mucho capital se encuentren con problemas financieros. Es así que la Comisión Auditora ha señalado una «marcada correlación» entre la presencia de nuevos proyectos de grandes edificios y los déficit en el NHS.²¹ La Comisión sugiere que su causa puede ser el tiempo de gestión empleado en el proceso de construcción y el traslado a las nuevas instalaciones. Sin embargo, una explicación más obvia para esta «marcada correlación» entre nuevos hospitales (casi todos desarrollados a través de PFI desde 1997, como señalamos en la primera parte) y los déficit es simplemente el alto coste de estos contratos y la subfinanciación que reciben para hacer frente a los mismos.

En un contexto político en el que es prioritario mostrar que los consorcios NHS son rentables, por delante de la capacidad de los servicios de responder a las necesidades locales de salud, podemos dar por sentado que estos consorcios desviarán recursos de sus partidas de servicios clínicos a las partidas de instalaciones y de equipo.

El problema de la subfinanciación de los costes de capital

Para ilustrar las consecuencias de los costes de capital por encima de la media, este epígrafe examina el caso de los déficit de las unidades de cuidados intensivos en South East London, un área de severas penurias y altas necesidades sanitarias, y en Worcestershire.

²¹ Audit Commission, «Learning the Lessons from Financial Failure in the NHS», Londres, 2006, p. 27.

1. South East London

Esta localidad está administrada por la Autoridad de Estrategia Sanitaria (AES) de South London y Maudsley, que proporciona apoyo a seis consorcios NHS que tienen unidades de cuidados intensivos. Estos comprenden dos hospitales universitarios: King's College y Guys and St Thomas' y cuatro hospitales generales de distrito: University Hospital Lewisham, Queen Elizabeth Hospital in Woolwich, Bromley Hospital y Queen Mary's Sidcup.

En un documento reciente la AES señaló que los problemas financieros de South-East London eran más severos²² en Queen Elizabeth y Bromley; los dos únicos consorcios de hospitales en la localidad que tienen proyectos PFI de «hospitales generales».

En el año 2005-06, se alcanzó un déficit de 66 millones de libras en los cuatro hospitales generales de distrito, con las mayores pérdidas en Queen Elizabeth y Bromley. En el año 2006-07 estos consorcios registraron un déficit mayor (33 millones de libras: 13 millones en el Queen Elizabeth y 20 millones en el Bromley) mientras que los dos consorcios «no-PFI», Lewisham y Queen Mary's, tuvieron superávit. Para finales de 2006-07, la deuda agregada a pagar por los hospitales generales de distrito a la AES superará los 180 millones de libras, siendo el QEH y Bromley responsables del 84 % de esta cantidad.

De acuerdo con la AES, el déficit de ambos consorcios surge «porque los costes de los *cánones de disponibilidad* de las PFI exceden la financiación de los *costes de capital* de las tarifas». En 2006-07, Bromley y QEH tenían una ratio de costes de capital/ingresos (todos los cargos de capital, más el *canon de disponibilidad* de las PFI) del 11,3 % y del 10,4 % respectivamente, siendo la media del NHS del 5,8 %. La AES destaca que la ratio de Lewisham ascenderá del 5,3 % en 2006-07 al 8,2 % en 2007-08, cuando su proyecto PFI entre en funcionamiento.

Los datos de la AES demuestran que, mientras que los *costes de disponibilidad* de Guys and St Thomas', Kings College y Queen Mary's están financiados íntegramente por las tarifas, Bromley y Queen Elizabeth, con grandes proyectos

²² South London and Maudsley Strategic Health Authority, «Acute Sector deficits in SE London», Londres, 2007.

PFI, tienen costes de capital que no llegan a ser financiados por dichas tarifas. A Lewisham le ocurrirá lo mismo cuando su proyecto PFI esté operativo.

El documento de la AES señala que estos consorcios «tendrán déficit recurrentes (en la balanza ingresos/gastos y de liquidez) incluso si funcionan de forma tan eficiente como la media de los consorcios hospitalarios de Inglaterra. Una alta proporción de su déficit subyacente se corresponde con este efecto» (p.67).

2. El plan de la AES para eliminar los déficit

Resulta interesante analizar las propuestas de la AES para reconducir las dificultades económicas en South East London. La AES sugiere que no se alcanzará el «equilibrio financiero» en el área si no se reducen significativamente sus «gastos fijos», por ejemplo, sus gastos en servicios. El documento establece:

Para alcanzar el equilibrio financiero previsto para 2007-08 va a ser necesario reducir sustancialmente los gastos de personal y el número de la plantilla. (p.10)

Si bien son muy probables los recortes en los consorcios afectados, la AES advierte que esos recortes deberían estar localizados, si fuera posible, en los hospitales generales de distrito sin compromisos PFI importantes.

Y esto porque, como explica la AES, el capital PFI y los costes de servicios son fijos en gran medida. Los consorcios PFI no pueden vender ningún patrimonio (porque no lo tienen), ni pueden alquilar parte de sus terrenos a terceros usuarios sin el consentimiento de la mayoría de los titulares de bonos; llegar a un acuerdo tal sería «difícil y costoso», según el documento de la AES (p.22).

Es así que los costes de servicios están protegidos de facto, dado que «es probable que la negociación de la revisión de los términos sea difícil y cara porque el proveedor privado tiene fuertes derechos adquiridos» (p.23). En una situación en la que se deben realizar recortes, estos no se harán en los consorcios PFI:

Será necesario reconfigurar los servicios de manera que se amplíe la capacidad de los lugares en los que hay pocas expectativas de reducir los costes fijos de ocupación [y] reducir la actividad de los lugares donde sea más fácil reducir los costes fijos de ocupación a través de la venta o alquiler de patrimonio. (p.26)

En un documento reciente, «Framework for Action»,²³ el Departamento de Sanidad esbozó propuestas para el NHS de Londres que supondrían un cambio mayor en el patrón de provisión del NHS, alejándose del modelo hospitalario hacia «policlínicas» comunitarias, con la correspondiente reorganización del patrimonio del NHS. Muchos hospitales verán así reducido el alcance de sus servicios.

En una entrevista con *The Guardian*, el recientemente nombrado ministro de Sanidad y autor del «Framework», el Dr. Ara Darzi, afirmó que los contratos PFI no serían una barrera para el proceso de reconfiguración.²⁴ Afirmó ante la prensa que si un hospital general de distrito cambiaba su estatus a hospital local o especializado, el coste del *canon anual* PFI sería el mismo.

Sin embargo, como demuestra el caso de South East London, mientras el alto coste de PFI es a menudo la causa de los cambios, la falta de flexibilidad de los contratos dificulta la reducción de los servicios, lo que podría ser un objetivo para los consorcios afectados. Es más: en muchos casos están dispuestos a incrementar su capacidad a expensas de los consorcios vecinos.

En la actualidad hay 10 proyectos PFI en funcionamiento en Londres que tienen un *valor de capital* de más de 50 millones de libras, y otros seis en construcción, obtención del permiso o en las primeras etapas de planificación. El proceso de reconfiguración del NHS de Londres se verá influido por el número de proyectos PFI puestos en marcha en la capital.

²³ Department of Health, «Framework for Action», Londres, Department of Health.

²⁴ Carvel, J., «Labour's NHS Plan: the end of the local general hospital», *The Guardian*, Londres, 17 de julio de 2007.

3. Worcestershire

El problema del déficit no se limita a Londres. El consorcio hospitalario NHS de cuidados intensivos de Worcestershire gastó 4,9 millones de libras por encima del presupuesto, registrando un déficit acumulado de 31,8 millones de libras.²⁵ El consorcio atribuye siete millones de este déficit al canon del PFI, que supera lo financiado por la tarifa.

El consorcio hizo público su plan de reducir la plantilla hasta los 675 trabajadores e identificó la necesidad de lo que describió como «una revisión razonable de los servicios» en cada uno de los tres hospitales (que incluyen el degradado hospital Kidderminster y los vecinos Redditch y Queen Alexandria) inmersos en «serias dudas sobre su sostenibilidad». No se sabe cómo los consorcios vecinos se verán afectados por los cambios previstos.

En general parece que los recortes y cierres de servicios planteados antes de que se firmasen los contratos para que los proyectos PFI pudieran pagarse, no han bastado para cerrar el «agujero» de la financiación, haciéndose necesario el cierre de más servicios.²⁶ Los ministros de Sanidad han dejado claro que los planes de reconfiguración del sistema londinense son parte integrante de un cambio en todo el país.²⁷

La experiencia de South East London apunta a que las reducciones en la capacidad clínica no se limitarán a los consorcios PFI, sino que tendrán impacto en toda la política económica sanitaria.

²⁵ Worcestershire Acute Hospitals NHS Trust, «Health Committee Written Evidence», (todavía no publicado, pero disponible en la House of Commons Health Select Committee).

²⁶ Pollock, A.M., Price, D., Dunnigan, M., *Deficits before patients: a report on the Worcester Royal Infirmary PFI and Worcestershire Hospital reconfiguration*, Londres, University College of London, 2000.

²⁷ Carvel, J., «Labour's NHS Plan: the end of the local general hospital», *The Guardian*, Londres, 17 de julio de 2007.

Conclusión

En 2005-06 había 53 proyectos PFI en marcha en el NHS con un valor de capital de 2,8 billones de libras. Según los actuales planes del gobierno, para 2013-14 habrá 126 proyectos PFI con un coste de capital de 15,5 billones. El *canon anual* va a aumentar de 470 millones en 2005-06 a 2,3 billones en 2013-14. En el mismo periodo los gastos totales en PFI más allá de la duración de los contratos habrán aumentado de 52 a 90 billones.

Esta expansión sigue produciéndose a pesar de las controversias sobre los altos costes de las PFI y su relación con recortes y cierres de servicios. Este artículo muestra que los costes no financiados de los consorcios con contratos PFI en marcha siguen siendo significativos, a pesar de los recortes de servicios hechos en los primeros intentos de superar el «agujero» en la financiación. La extensión de la subfinanciación aumentará con el tamaño de las PFI y producirá en muchos consorcios mayores dificultades financieras. Los consorcios con mayores proyectos son, de media, subfinanciados en un 4,4 % de sus ingresos totales bajo la fórmula de «pago por resultados».

Esta subfinanciación crea la presión necesaria para otra ola de recortes en la prestación de servicios con el objetivo de reducir los déficit. En South East London y Worcestershire, las autoridades del NHS están trabajando en esta dirección a través de los planes de reconfiguración, que probablemente incluyan el cierre de servicios de cuidados intensivos, entre otros.

Además, la naturaleza fija, innegociable e inflexible de las PFI marca una limitación en los recortes de servicios para los consorcios directamente incluidos en los contratos. En este contexto los consorcios con activos NHS son tan vulnerables a los cierres de servicios como los consorcios PFI.

4. ¿Por el bien de los pacientes? El impacto de la creación de un mercado en la provisión del Sistema Nacional de Salud de Inglaterra

UNISON

Sindicato del sector público de Gran Bretaña

Las fundaciones se han creado para lograr una completa transformación de la provisión de servicios sanitarios. Estamos pasando de un sistema integrado en el que el NHS proporcionaba prácticamente toda la atención sanitaria a otro sistema mixto en el que el sector privado jugará un papel cada vez más importante —primero en todos los cuidados y diagnósticos hospitalarios y probablemente, con el tiempo, en otros tipos de atención, desde los cuidados crónicos a aquéllos que tradicionalmente han desarrollado los médicos de familia. El gobierno ha tomado un camino por el que el NHS se irá convirtiendo en un seguro sanitario que proporciona la financiación, pero donde se darán diferentes modelos de provisión en los que el sector privado será un gran proveedor.

*Chris Ham, director de estrategia del Ministerio de Sanidad,
abril de 2005*

Introducción

El NHS (*National Health System*, Sistema Nacional de Salud de Reino Unido) está experimentando una reforma radical. Continúa siendo de acceso gratuito y los servicios mejoran gracias a los históricos niveles de inversión. Pero al mismo tiempo, el gobierno está alterando seriamente la provisión de servicios del NHS mediante la creación de un mercado competitivo y comercial.

Desde noviembre de 2006, siguiendo la publicación de un código de marketing del Ministerio de Sanidad, el NHS ha sido testigo del desarrollo de un nuevo fenómeno, inimaginable hace pocos años: los hospitales están gastando parte de su presupuesto en publicidad para atraer pacientes. Hasta el momento, éste es el indicador más claro del crecimiento de un mercado sanitario en Inglaterra.

Al personal y a los pacientes del NHS les preocupa extremadamente que estos cambios pongan en riesgo la calidad de los servicios del NHS y comprometan el principio de equidad en el que se basan. UNISON está exigiendo al gobierno que detenga la expansión del sector privado en el NHS y ha propiciado que el gobierno y el Partido Laborista debatan las consecuencias de las reformas revisando el rol, los límites y la regulación del mercado en el NHS. Esta sesión informativa debería:

- Exponer cómo las políticas del gobierno suponen la creación de un nuevo mercado en la provisión de servicios de salud del NHS.
- Examinar las iniciativas que favorecen la expansión del sector privado.
- Explicar por qué los efectos del nuevo mercado en el NHS amenazan con ser perjudiciales.
- Hablar de la debilidad del marco actual de regulación del nuevo mercado.

El nuevo mercado en el NHS

En 1997, el gobierno laborista llegó al poder con la promesa de terminar con el mercado interno del NHS y recuperar los servicios sanitarios en tanto servicios públicos que trabajan conjuntamente por los pacientes, de manera opuesta a cualquier negocio comercial regido por la competencia. Una vez en el poder, cumplió sus compromisos aboliendo muchas estructuras del mercado interno y sustituyéndolas por otras, y haciendo hincapié en el trabajo y la planificación de la provisión de servicios de forma coordinada. El Plan 2000 del NHS se creó sobre esas reformas, asentando un ambicioso programa a diez años, desarrollado conjuntamente con el personal, los pacientes y otros actores implicados.

Desde 2002, sin embargo, el gobierno ha llevado a cabo una serie de reformas que representan un cambio fundamental en la dirección de sus políticas. Cada vez más, la atención sanitaria del NHS está en manos de diversos proveedores que compiten entre sí y proceden del sector público, del privado y del voluntariado. Además, los hospitales del NHS están aumentando su autonomía respecto del gobierno y se están convirtiendo en organizaciones que funcionan de acuerdo a principios comerciales.

Los elementos claves de este mercado son:

- Mantenimiento de la *división entre comprador y proveedor* mediante la transferencia de más del 85 % del presupuesto del NHS a los Consorcios de Atención Primaria (Primary Care Trusts, PCTs) para que compren o se encarguen de la atención médica de la población que tienen asignada.
- El *estatus de consorcio-fundación*, a través del cual los consorcios hospitalarios del NHS, y ahora también los servicios de salud mental y los consorcios de ambulancias, pueden llegar a ser independientes y quedar liberados del control del gobierno, de tal modo que adquieran nuevos poderes y libertades que les permitan comportarse como compañías comerciales (por ejemplo, la capacidad de endeudarse con el sector privado, de quedarse con los beneficios, y una gran autonomía para fijar los pagos y condiciones de compra). Para el 2008, el gobierno quiere que todos los consorcios hospitalarios puedan solicitar el estatus de fundación.
- *Incremento del uso del sector privado* en la provisión de servicios sanitarios del NHS, no como medida temporal para solucionar aumentos de demanda en un cierto momento, sino como base a largo plazo para consolidar deliberadamente la existencia de diversos proveedores. En 2004, el ministro de Sanidad John Reid sugirió que el sector independiente podría encargarse de hasta el 15 % de las actividades del NHS. Sin embargo, recientemente, su sucesora, Patricia Hewitt, ha dicho que no habrá «porcentajes arbitrarios» que establezcan o limiten a uno u otro proveedor.¹

¹ Departamento de Sanidad, discurso de Patricia Hewitt, MP miembro del Parlamento, en el Instituto de Investigación de Políticas Públicas, 19 de septiembre de 2006.

- La introducción de la *elección de proveedor por parte del paciente*. Desde enero de 2006 todos los pacientes que requieran cuidados hospitalarios programados han podido elegir, a través de su médico de familia, entre cuatro o más proveedores. Desde mayo de 2006, esta elección se ha ampliado a un «menú» nacional de consorcios-fundación del NHS y, en breve, incluirá también los Centros de Tratamiento del Sector Independiente (Independent Sector Treatment Centres, ISTCs). A partir de 2008, los pacientes podrán elegir cualquier proveedor de servicios sanitarios que mantenga los estándares de calidad y los precios del NHS.

Apuntalando estas políticas, nos encontramos con un nuevo sistema de financiación del NHS, el Pago por Resultados (PpR), que se ha desarrollado en todas las áreas del NHS durante los años 2005 y 2006. Con este sistema, los hospitales asociados a PCTs (Consortios de Atención Primaria) ya no tienen asignado un presupuesto determinado sino que los proveedores cobran, por primera vez, según el proceso sanitario que atiendan, aplicando un sistema de precios y tarifas centralizado y fijo. Esto facilita la competencia, el dinero sigue al paciente entre diferentes proveedores y los ingresos del hospital y gastos del PCT variarán de acuerdo con el número de pacientes tratados.

Además, en el caso de que un hospital pierda pacientes, la disminución de ingresos será mayor que la de los gastos, ya que los precios de las tarifas nacionales reflejan más una media que los costes marginales.

Todo este conjunto de reformas está creando un sistema en el que:

- Los proveedores de servicios actuarán de forma independiente respecto del gobierno y tendrán que sobrevivir financieramente o arruinarse —no habrá redistribución de recursos entre aquellos servicios que funcionen bien desde el punto de vista financiero y aquéllos que no.
- Más que trabajar conjuntamente para compartir información y planificar servicios integrados, los proveedores competirán entre sí para atraer a los pacientes más rentables.
- Aquellos servicios que tengan pérdidas por tener costes

demasiado altos o porque no atraigan a suficientes pacientes, tendrán que cerrar.

- En lugar de responsabilidad pública, las decisiones sobre la naturaleza y los modelos de provisión de servicios dependerán cada vez más de la rentabilidad y la lógica de mercado.
- Cada uno de los requisitos de los servicios tendrá que ser definido contractualmente.
- Los proveedores tratarán de recortar costes reduciendo la duración de los contratos y empeorando las condiciones de los trabajadores con lo que se deteriorará la planificación de las plantillas.

Estas reformas ya han producido consecuencias dramáticas en hospitales con déficit que están cerrando servicios y que, en algunos casos, tendrán que cerrar por completo.

La creación del nuevo mercado

A la vanguardia de la campaña del gobierno para incrementar el papel del sector privado en la provisión de servicios del NHS está el programa de Centros de Tratamiento del Sector Independiente (Independent Sector Treatment Centres, ISTCs).

Estos nuevos centros son propiedad y están dirigidos por compañías privadas; el NHS los contrata para cubrir los procesos no complicados o los procedimientos de corta estancia, como tests diagnósticos, prótesis de cadera e intervenciones de hernias. Actualmente, hay 21 ISTCs en funcionamiento, y algunos más previstos. Se espera que la inversión total en la primera fase de ISTCs sea de más de 1.600 millones de libras en cinco años, y la segunda fase de los ISTCs previstos supondrá otros 3.750 millones de libras.

No obstante, esta provisión del sector privado ha sido a precio de coste. Para atraer a proveedores privados al mercado de Centros de Tratamientos, el gobierno se ha visto obligado a incumplir las reglas de su propio mercado. Mientras los hospitales del NHS han tenido que asumir el Pago por Resultados, a los proveedores de ISCT se les han ofrecido los siguientes incentivos:

- Exención en la aplicación de tarifas nacionales hasta 2008 con el fin de atraer proveedores por los costes de lanzamiento. En 2006, el Ministerio de Sanidad no reconoció que los procesos modelo ISTC costaron, de media, más del 11,2 % que sus correspondientes en el NHS.²
- Contratos con cupos de pacientes garantizados en los que se aseguraban los ingresos al margen de los niveles reales de utilización por parte de dichos pacientes.

Al mismo tiempo, se están externalizando desde los Consorcios del NHS al sector ISTC volúmenes sustanciales de trabajo y recursos:

- Al principio, cuando se anunció el programa ISTC, la justificación fue que éste aumentaría la capacidad del NHS. Sin embargo, una proporción sustancial de la actividad de los ISTCs proviene de trabajo que se desarrollaba en el NHS, por lo que no se está utilizando una parte de los recursos de los Consorcios del NHS.
- Temporalmente, se ha trasladado personal desde los consorcios del NHS para asumir el trabajo transferido a los ISTCs. Además, para la segunda fase de los ISTCs, el gobierno pretende disminuir las restricciones, sobre captación de personal del NHS, que estaban vigentes en la primera fase, manteniendo estas restricciones sólo para especialidades con déficit de personal.
- Como parte de la expansión de los ISTCs, se ha intentado subcontratar a los gestores de Centros de Tratamientos del NHS recientemente puestos en marcha, con óptimos resultados— por ejemplo, el South West London Elective Orthopaedic Centre.

Estas políticas generan un desequilibrio entre los proveedores del NHS y los del sector privado. Los proveedores de los ISTCs pueden minar los servicios del NHS quitándoles trabajo y personal y, al mismo tiempo, no estar afectados por la competencia, al permitírseles transferir los costes comerciales y los riesgos de la provisión del sector público.

² Respuesta de la Casa de los Comunes, Ivan Lewis MP miembro del Parlamento, 20 de septiembre del 2006.

La política del gobierno de introducir los ISTCs en los servicios de salud ha recibido numerosas críticas en el informe presentado por el Comité de Salud de la Cámara de los Comunes en julio de 2006:

- Los ISTCs no son necesariamente más eficaces ni utilizan mejor los recursos que los centros de tratamiento del NHS.
- Los ISTCs no han aumentado de forma sustantiva la calidad de la atención.
- La expansión del programa ISTC puede desestabilizar los consorcios del NHS locales, especialmente aquéllos con déficit financieros.
- La Fase 2 de los ISTCs podría conllevar el cierre de hospitales importantes y los servicios que éstos proporcionan podrían pasar a los ISTCs.

Se pretende que el programa ISTC se encargue de medio millón de procesos al año con un coste de más de cinco millardos de libras. Esto podría afectar claramente a la viabilidad de muchos de los proveedores del NHS existente en los próximos cinco años y, quizá, posteriormente.

*Comité de Salud de la Cámara de los Comunes, ISTCs.
Cuarto documento de la sesión 2005-06, vol.1.*

Así como la provisión de cuidados de los hospitales del NHS se está abriendo al sector privado, el gobierno pretende hacer lo mismo con la Atención Primaria. Desde 2004, organizaciones comerciales y de beneficencia han proporcionado servicios de medicina de familia a través de contratos llamados Modelos Alternativos de Provisión de Servicios Médicos (*Alternative Provider Medical Services Model*). Además, en marzo de 2005, el gobierno anunció un proyecto piloto abierto a una serie de proveedores, incluidos los consorcios-fundación, para que los médicos de familia pudieran hacer las prácticas en estos servicios y que incluía centros para que los pacientes pudieran acudir sin cita previa.

Estos hechos han aumentado las quejas de los pacientes contra los contratos que permiten que los médicos de familia realicen las prácticas en el sector privado. Por ejemplo, la elección por parte de United Health Europe del Consorcio de Atención Primaria (PCT) North-Eastern Derbyshire como «postor prioritario» para poner en marcha el Centro de Atención Primaria de Creswell (Creswell Primary Care Centre) en diciembre de 2005, generó un conflicto entre la población local que denunció esta elección ante la Corte de Apelación en agosto de 2006. Esta Corte anuló la decisión de la United Health e hizo que se reabriera el proceso, obligando a que el PCT incluyera y consultara a los ciudadanos sobre sus planes.

En julio de 2005, el gobierno hizo público el documento *Commissioning a Patient Led NHS*, que anunciaba la reconfiguración de los Consorcios de Atención Primaria (PCTs) y de la estructura y funciones de las «Autoridades en Estrategia Sanitaria» (Strategic Health Authorities, AESs), incluyendo los servicios comunitarios proporcionados actualmente por los PCTs, como son la enfermería de distrito, las visitas a domicilio y la terapia ocupacional. En términos de estructura, en el NHS se han reducido las AESs de 28 a 10, desde julio de 2006, y los PCTs de 303 a 152, desde octubre de 2006.

Estos cambios de funcionamiento significan que los PCTs y las AESs deben revisar sus servicios e incluir proveedores alternativos para aumentar la competencia. Esto supone la fragmentación de los servicios de salud comunitarios y la transferencia de decenas de miles de trabajadores del NHS a las nuevas empresas.

Los proveedores alternativos potenciales podrían ser:

- Consorcios-fundación, que han estado presionando [lobbying] para expandirse en Atención Primaria.
- Consorcios de Mejora de Financiación Local (*Local Improvement Finance Trusts*, LIFT), unión de empresas con mayoría de participación privada. Fueron creadas originalmente para abrir nuevos centros de Atención Primaria y se les garantizaron derechos exclusivos para prestar servicios específicos durante un periodo de más de 20 años. Sin embargo, hay señales de que

el gobierno pretende expandir su área de acción a servicios clínicos.

- Otras compañías del sector privado.
- Organizaciones del sector de beneficencia.
- Nuevos proveedores sin ánimo de lucro, llamadas Compañías de Interés Comunitario o Empresas Sociales [*Community Interest Companies* o *Social Enterprises*]. Por ejemplo, el PCT East Elmbridge y Mid Surrey ha delegado su prestación directa de servicios a una nueva empresa social, la Central Surrey Health, a pesar de la oposición del 80 % de su personal a ser trasladados.

Después de la publicación del documento *Commissioning a Patient Led NHS*, el ministro de Sanidad prometió que los PCTs no dejarían de prestar servicios. Sin embargo, el Libro Blanco de Atención Primaria del gobierno, de enero del 2006, *Nuestra salud, nuestro cuidado, nuestra voz (Our Health Our Care Our Say)* incluía un gran programa para generar competencia entre los proveedores y para transferir los servicios de atención primaria al sector independiente. El programa-marco del Ministerio de Sanidad reafirma la diferenciación entre gestión y provisión de servicios de los PCTs con el fin de facilitar la llegada de proveedores alternativos, considerando la competencia como elemento fundamental de mejora del sistema. Además, se han publicado anuncios en julio de 2006 en el Boletín Oficial de la UE animando explícitamente a las compañías a que se preparen para cuando los servicios PCT salgan a concurso.

Los efectos del nuevo mercado

Ya se están notando los efectos del nuevo mercado. Hay pruebas crecientes de que nos llevan a:

- La generalización de los problemas financieros. Los datos del Ministerio de Sanidad para 2005-06 nos muestran que las deudas del NHS alcanzan los 547 millones de libras y que, aproximadamente, un tercio de las instituciones del NHS están endeudadas. La Comisión auditora ha advertido que estos niveles de

volatilidad y riesgo financiero de los consorcios NHS aumentarán cuando el volumen de prestación de servicios del sector privado se incremente y el modelo de Pago por Resultados se extienda.³

- Recortes de servicios y cierres de camas como resultado de las políticas de los gestores del NHS para reducir costes y equilibrar presupuestos. Un sondeo entre directores médicos llevada a cabo por la BMA (British Medical Association) antes de que se dejaran notar los peores efectos de los déficit, reveló que el 37 % estaban planeando reducir servicios para hacer frente a las dificultades financieras.⁴
- Congelación de las contrataciones y despidos de personal en todas las categorías del NHS. Los intentos del gobierno de minimizar el impacto de los recortes de personal, asegurando que los despidos forzados serán marginales, no tienen en cuenta el impacto de las reducciones de personal en la atención a los pacientes, sean despidos forzados, despidos voluntarios, sustituciones por vacaciones no cubiertas o despidos del personal temporal.

El gobierno insiste en que la solución a estos problemas es una mejor gestión financiera, y que el nivel de inestabilidad del sistema supondrá incentivos positivos. Espera que, introduciendo la competencia a través de la elección de proveedor por parte de los pacientes, se genere:

- Una mayor igualdad, al poderse cambiar los pacientes a mejores proveedores.
- Estándares de calidad más altos, ya que los proveedores deberán mejorar si quieren mantener a sus pacientes y al verse obligados por la necesidad de obtener cierta rentabilidad.
- Mayor diversidad y adaptación de los servicios, ya que el número de proveedores es mayor y los proveedores se verán obligados a adaptarse rápidamente a las cambiantes necesidades de los pacientes.

³ «Primeras lecciones del Pago por Resultados», Comisión auditora, octubre de 2005.

⁴ «Funding Difficulties in the NHS: a survey of medical directors of trusts in England», British Medical Association, 5 de octubre de 2005.

- Mayor eficiencia, ya que los proveedores buscarán reducir costes y los recursos se canalizarán a los proveedores más solicitados.

En teoría, gran parte de lo dicho suena atractivo. Sin embargo, hay pruebas y razones reales para poner en duda que el nuevo mercado vaya a funcionar así en la práctica. Lejos de llevar a los beneficios descritos, estas reformas pueden producir los efectos contrarios. Los principales problemas son:

Igualdad

Para que los mercados funcionen eficientemente, los individuos necesitan estar, ante todo, motivados para lograr sus propios intereses, claramente definidos [...] Deberían aprovechar cualquier oportunidad para obtener beneficios sin tener en cuenta la repercusión en la prestación del servicio o en las personas que utilicen dicho servicio.

*Julian le Grand, antiguo núm. 10
Asesor de Políticas Públicas*

Un principio fundamental es que los servicios del NHS sean igual de accesibles para todos ante necesidades iguales. Pero, con el nuevo sistema de precios fijos que el gobierno está introduciendo, algunos servicios y tratamientos son más rentables que otros para los proveedores y éstos deben cubrir gastos para sobrevivir. Como resultado, los proveedores tenderán a tomar decisiones basadas en el beneficio, más que en las necesidades de los pacientes o de la población. Competirán por aquellos servicios y pacientes que sean más atractivos económicamente (los más rentables), evitando aquéllos que generan pérdidas (*dumping* de pacientes). Esto fue lo que ocurrió cuando se introdujo un sistema centralizado de precios fijos en el Medicare de EEUU.⁵

⁵ «Will More Choice Improve Outcomes in Education and Health Care? The Evidence from Economic Research», The Centre for Market and Public Organisation, p. 33.

Algunos pacientes, subsidiarios de un tratamiento rápido, disfrutarán de una buena salud durante más tiempo. Otros, por falta de voluntad o porque no pueden viajar, o por las elecciones del primer grupo, tendrán que conformarse con servicios de peor calidad o con más listas de espera [...] las razones por las que la gente no elige ofertas de tratamiento más rápido con proveedores alternativos [...] está íntimamente relacionada con la distribución desigual de otros recursos en la sociedad —ingresos, poder, educación.

*John Appleby, Anthony Harrison, Steve Dewar,
«La elección de hospital por parte de pacientes puede no ser ni
justa ni equitativa», British Medical Journal, febrero 2003*

Una segunda amenaza a la igualdad es que algunas personas encontrarán más difícil que otras elegir a los proveedores. Puede que algunos pacientes no tengan la capacidad de investigar y valorar las diferentes opciones para llegar a una decisión informada, mientras que otros, particularmente aquellos menos acomodados, no puedan elegir proveedores lejanos por dificultades de movilidad. En los programas piloto gubernamentales para la elección por parte de los pacientes, estos problemas se superaban a través de la existencia de la figura del Asesor de los pacientes (Patient Care Advisors) y de la posibilidad de transporte gratuito para todos los participantes.⁶ Por el contrario, al tener que elegir en la consulta del médico de familia, el transporte gratuito se restringirá a aquéllos a los que dé derecho el Servicio de Traslado de Pacientes (Patient Travel Services) o el Proyecto de Costes de Traslado al Hospital (Hospital Travel Costs Scheme). El Asesor de pacientes quedará sólo para casos limitados y localizados.

Un estudio encargado por el Departamento de Sanidad reveló que los pacientes no quieren tener que elegir hospital cuando están graves sino que prefieren que la decisión sea tomada por su médico de cabecera de confianza. También destacó que no había pruebas de que una buena elección mejorara la calidad de la atención mientras que sí se podía temer que sólo beneficiara a los más ricos y conectados. De acuerdo con la BMA, el informe, que desacreditaba la política

⁶ Véase, por ejemplo, «Patient's experience of choosing where to undergo surgical treatment: evaluation of London Patient Choice Scheme», Picker Institute, julio de 2005.

del gobierno, desapareció misteriosamente de la página web del DOH (*Department of Health*, Ministerio de Sanidad).⁷

Calidad

El nuevo mercado en el NHS supone el riesgo de deterioro de la calidad de los servicios por tres razones:

- En los casos en que el coste de tratamiento sea superior al de las tarifas nacionales y los proveedores no puedan evitar su asunción, existe el peligro de que intenten reducir los costes a costa de la calidad. Existen evidencias de que esto ocurre con los pacientes del Medicare de EEUU.⁸
- La calidad de la atención clínica depende enormemente de la colaboración y la coordinación del trabajo entre los profesionales —por ejemplo, a través de la creación de redes contra el cáncer, las cuales han jugado un papel crucial en la mejora de la calidad de los servicios oncológicos. Existe el peligro de que, aumentando la fragmentación y la competencia, el gobierno ponga en riesgo estas redes basadas en la colaboración y mine la continuidad de la atención a los pacientes.
- La competencia también puede erosionar el interés en la difusión de las buenas prácticas que ha caracterizado al NHS desde 1997.

Problemas de suministro

La teoría económica señala que el mercado funciona mejor cuando existe un gran número de proveedores en competencia que puedan entrar y salir del mercado rápidamente y sin costes —condiciones que no se ajustan a la naturaleza de la

⁷ «Doctors claim study on patient choice suppressed», *The Guardian*, 1 de enero de 2007.

⁸ Gowrisankaran G. y Town R., «Competition, payers and hospital quality», *Health Services Research*, núm. 38, pp. 1403-1421, 2003.

prestación de servicios sanitarios. Los servicios hospitalarios implican inversiones sustanciales de capital y tienden a caracterizarse por economías de escala y alcance (el volumen y la diversidad de los servicios prestados). Además, la provisión de servicios sanitarios no se ajusta rápidamente a la demanda: se producen demoras significativas debido, por ejemplo, a la necesidad de planificación de plantillas. Estos factores indican que la posibilidad de una competencia completa entre distintos proveedores locales está limitada en muchos aspectos. Por lo tanto, si la población quiere ejercer su elección de hospital tendrá que viajar largas distancias para hacerlo. Además, si se cierran los servicios de un área, el mercado no será capaz de cubrirlos y el gobierno tendrá que estar preparado para intervenir y asegurar la continuidad de prestación de servicios locales.

La provisión pública de servicios sanitarios [...] se apoya en fracasos continuados del mercado tanto en relación con la demanda como con la provisión, que podrían no ser efectiva o eficazmente resueltos mediante la regulación gubernamental por sí sola [...] incluyendo el posible abuso de poder monopolístico —las economías de escala derivadas de los grupos de especialistas, necesarios para la provisión de los servicios de urgencias, podrían crear monopolios locales [y] resulta complejo redactar y hacer cumplir los contratos —la naturaleza de la medicina, individualizada para cada paciente, hace difícil evaluar o contratar servicios específicos.

Ministerio de Hacienda, «Servicios públicos: el desafío de la productividad pública», abril de 2003

Eficiencia

Uno de los mayores riesgos para la eficiencia del nuevo mercado NHS son los costes de transacción —los costes de administrar y gestionar el mercado, por ejemplo, proporcionar información, aplicar el sistema de precios y supervisar y hacer cumplir los contratos. Experiencias de todo el mundo —de EEUU al mercado interno del NHS— muestran que son

más altos en los sistemas de salud basados en el mercado. El Ministerio de Sanidad ha estimado que las infraestructuras adicionales y los costes de transacción de la introducción de la elección del paciente a partir del médico de cabecera suponen unos 122 millones de libras.⁹ Muchos consorcios han señalado que tuvieron que invertir considerables recursos en la implementación del Pago por Resultados, lo que llevó al gobierno a dar marcha atrás en julio de 2006; también tuvo que rescatar varios hospitales infantiles debido a las dificultades financieras derivadas de las tarifas. Sin embargo, no existen cálculos globales de los costes de transacción adicionales que conllevarán las reformas pro mercantilización del gobierno — a pesar de que éste es otro aspecto señalado por el Comité de salud en lo que a los ISCTs concierne.¹⁰

Además, el nuevo mercado conlleva otras amenazas para la eficiencia:

- Si se permite que los hospitales cierren y se desmantelen servicios, los profesionales formados con fondos públicos quedarán abandonados a la búsqueda de empleo, con el consecuente derroche de recursos e inversión pública. Por ejemplo, de acuerdo con la información del Comité de Salud, en noviembre de 2006, el Ayuntamiento de Deans informó de que sólo el 56 % de las enfermeras graduadas en 2006 y el 58 % de las comadronas tenían empleo — dos profesiones que normalmente alcanzan el 100 %. En fisioterapia, trabajaban el 15-20 % de las graduadas en el verano de 2006.¹¹
- Con el cambio al sistema de pago por proceso, existe un riesgo real de que los proveedores de hospitales inflen artificialmente el número de tratamientos más rentables desde el punto de vista económico (lo que se conoce como «demanda inducida por el proveedor»).
- Como la provisión de servicios sanitarios tarda un tiempo en responder a la demanda, la elección real de

⁹ «Patient Choice at the Point of GP referral», National Audit Office Report, enero del 2005, p.1.

¹⁰ Comité de salud de la Cámara de los Comunes, «Independent Sector Treatment Centres», cuarto informe de la sesión 2005-6, vol. 1.

¹¹ Comité de salud de la Cámara de los Comunes, «Uncorrected Oral Evidence on NHS Deficits», 2 de noviembre de 2006.

proveedores por parte del paciente supone el pago de servicios no realizados en el NHS. En los PCTs, que han sido presionados para firmar contratos con ISTCs, ya está sucediendo, precisamente en zonas donde existe capacidad de sobra en el NHS, lo cual resulta ineficiente.

Cada vez existe una mayor conciencia de que se está creando un falso mercado en el NHS, que deliberadamente está dando lugar a inestabilidad. Claro que el gobierno reconoce que los nuevos incentivos ocasionarán «fluctuaciones financieras».¹² El mercado favorece artificialmente a los proveedores independientes. El muy alabado principio de competencia no se está aplicando a las compañías que crean ISTCs, a las que se paga sin tener en cuenta las condiciones del contrato.

Problemas similares se dan en los proyectos LIFT, en los que a las compañías LIFT se les conceden contratos exclusivos de larga duración, y en las Iniciativas de Financiación Privada (PFIs) en las que un puñado de compañías de construcción y gestión de instalaciones controlan el mercado. En primer lugar, se utiliza un concepto equivocado de mercado sanitario; además, los argumentos pro-mercado basados en la competencia y la eficiencia se vuelven falaces ante la ausencia de una verdadera competencia.

Regular el mercado

El actual sistema de control en el NHS consiste en:

- El Comité de Salud es el responsable de evaluar la calidad y prestación de los servicios del NHS en Inglaterra, de publicar información sobre el estado de la atención sanitaria y de llevar a cabo investigaciones sobre los fallos de gravedad. Además, debe regular el sector independiente de atención sanitaria a través de registros, inspecciones anuales, supervisión de las reclamaciones y su tramitación.
- El regulador independiente para consorcios-fundación (Independent Regulator for Foundation Trusts), *Monitor*,

¹² Departamento de Sanidad, «The NHS in England: the Operating Framework for 2006/7».

debe autorizar, supervisar y regular los consorcios-fundación. Es el responsable de aprobar las solicitudes de los consorcios-fundación, determinar los servicios que éstos deben prestar, regular sus préstamos, y supervisar la conformidad de éstos con los términos y condiciones de sus licencias. Si un consorcio-fundación incumple una de las condiciones de su licencia, el regulador independiente puede tomar medidas e intervenir o no, según las circunstancias.

- El Ministerio de Sanidad es el responsable de fijar las tarifas nacionales del nuevo sistema de Pago por Resultados.
- Los consorcios de Atención Primaria (PCTs) todavía tienen entre sus funciones firmar y gestionar contratos con proveedores del NHS para asegurar que los servicios mantienen los estándares de calidad del NHS y para facilitar la elección de los pacientes, aunque puede que este papel se reduzca con las propuestas de externalización de las funciones de los PCTs.

Sin embargo, existen serias dudas sobre si este marco es el adecuado para regular un mercado comercial y competitivo emergente. Las principales áreas de preocupación son:

- La *ausencia de control político y público* en todos los niveles. El Comité de Salud y el regulador independiente para consorcios-fundación sólo tienen responsabilidades limitadas y no están sujetos a la dirección de la Secretaría de Estado. A nivel local, muchas de las estructuras introducidas para dar voz a los pacientes y a la población no han funcionado correctamente. No está claro que las nuevas propuestas de Redes de implicación local (*Local Involvement Networks, LINKs*) vayan a incrementar la participación de los pacientes y de la población en las decisiones sobre la sanidad.
- La *fragmentación de las funciones de regulación*, que dificulta el desarrollo de un enfoque coherente e integral y hace difícil discernir dónde recae la responsabilidad.
- No está claro qué mecanismos se están poniendo marcha para evitar la *selección favorable de pacientes por los proveedores de servicios [cream-skimming]* y para asegurar que se está enfocando de manera integral la planificación de la prestación de servicios para conocer las necesidades de toda la población.

- Existen también dudas sobre la adecuación del actual marco de *supervisión y cumplimiento de los estándares de calidad clínicos* en los servicios del NHS desarrollados por proveedores independientes. Aunque el Comité de Salud inspecciona a los proveedores independientes del NHS, como los ISCTs, comparándolos con los estándares mínimos nacionales, actualmente se está realizando una inspección *a la baja*, al confiar en que las empresas declararán voluntariamente sus estándares. Al mismo tiempo, hay muy poca transparencia sobre los requisitos de calidad y los procesos de supervisión que se han puesto en marcha en los contratos ISTCs. Demasiado a menudo se cita la «confidencialidad comercial» como razón para evitar dar explicaciones de los detalles exactos de los contratos firmados con proveedores del sector privado.
- A medida que el gobierno deja de controlar cada vez más organizaciones que prestan atención sanitaria en el NHS y a medida que la presión del mercado empieza a aparecer, se pierde la capacidad de *hacer cumplir las prácticas y acuerdos llevados a cabo con los trabajadores*, como, por ejemplo, el estándar de mejora de la vida laboral de Recursos Humanos y el código del Ministerio de Sanidad para contrataciones internacionales. El ministro de Sanidad, Lord Warner, tuvo que escribir a todas las AESs en agosto de 2006 instándoles a implementar los incrementos de salarios de la Agenda por el Cambio, que los hospitales con déficit se estaban negando a realizar.¹³ A largo plazo, los fracasos en la mejora de las condiciones laborales pueden tener un enorme impacto en los servicios sanitarios afectando a la calidad de atención a los pacientes y a la manera en que son tratados los profesionales del NHS. Éste es un vacío regulatorio que es necesario solucionar.

Tradicionalmente, la regulación se aborda mejor en situaciones en las que exigimos estándares mínimos. Pero cuando hay una promesa explícita de que el tratamiento médico se prestará al mejor nivel para cada paciente, según sus necesidades y no según su capacidad de pagar,

¹³ Departamento de Sanidad, «Agenda for Change and NHS contractors' staff – implementation of the joint statement for soft facilities management staff», carta de Lord Warner a las AESs, 14 de agosto de 2006.

entonces uno llega a la conclusión de que, incluso si la tarea de regulación del mercado pudiera cumplirse en la práctica, es más probable que la provisión pública alcanzara mayor eficiencia a menor coste y sin poner en riesgo la ética de los servicios públicos, por la que, en los mejores casos, los trabajadores públicos anteponen su deber, sus obligaciones y su servicio al beneficio o la recompensa personal.

Gordon Brown MP (miembro del Parlamento), Discurso en la Fundación del mercado social, febrero de 2003

Segunda parte

**Privatización en el
Estado Español**

5. La experiencia valenciana de las concesiones administrativas en la sanidad pública

*Juan Benedito Alberola, Presidente del SIMAP,
Sindicato de Médicos de Asistencia Pública*

LA GESTIÓN PRIVADA DE UN SERVICIO PÚBLICO (la llamada PPP: *Public-Private Partnership*) tiene en la sanidad española la cobertura normativa de la Ley 15/1997 de 25 de abril (BOE, 26 de abril de 1997) sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud (SNS). De todo lo previsto en la citada Ley y su desarrollo reglamentario sólo persiste (pues el resto ha fracasado) el modelo de Concesión Administrativa aplicado en la Comunidad Autónoma Valenciana y el modelo Iniciativa de Financiación Privada (PFI, por sus siglas en inglés) que se aplica en los nuevos hospitales públicos de la Comunidad Autónoma de Madrid.

¿Gestión privada de la sanidad pública?

Con una estudiada periodicidad, la Conselleria de Sanitat de la Generalitat Valenciana emite a través de los medios de comunicación, noticias acerca de las excelencias de la gestión privada de la sanidad pública. El régimen jurídico que se aplica es la modalidad de Concesión Administrativa para la Gestión de Servicios Públicos. Se inició con la gestión de la Atención Especializada del área 10 (Alzira), para extenderla progresivamente a la gestión de la asistencia sanitaria integral (Atención Primaria y Atención Especializada) de esa misma área y continuar con las áreas 12 (Dénia), 20 (Torrevieja) y 23 (Manises). En estas noticias, se aprecia siempre una valoración positiva con un cúmulo de ventajas sobre la gestión tradicional, sin que se evidencie ninguna desventaja ni ninguna problemática. Sin embargo, se trata de un asunto

fundamental para la democracia: ¿cómo se gestiona el dinero recaudado a los ciudadanos a través de sus impuestos? Es necesario, pues, aportar algunas luces sobre el tema.

Desde el Sindicato de Médicos de Asistencia Pública no sólo estamos convencidos de la bondad de la sanidad pública (que en nuestro país se realiza a través de un Sistema Nacional de Salud financiado por el Estado), sino que también pensamos que la gestión deseable de dicha sanidad pública es la gestión pública. No debe haber posibilidades de obtener beneficios al tratarse de un servicio público esencial, y si los hubiere deberían revertirse en la mejora del propio sistema.

Más allá de los principios ideológicos, querríamos destacar lo que nunca se menciona, es decir, cómo se está produciendo en la práctica el desarrollo de la gestión privada de recursos públicos. Así, destacamos los siguientes puntos:

- 1) La gestión privada de recursos públicos tal y como se concibe en la actualidad es una falacia en cuanto a su audacia y modernidad. Pues, como los trapecistas de los circos de segunda fila, actúa con red protectora. La inversión privada participa en el 51 % del capital con lo cual se asegura la toma de decisiones, pero sólo arriesga parte ya que el resto del capital lo aportan entidades financieras sin ánimo de lucro como son las Cajas de Ahorro. Una de ellas de pequeño tamaño, Caixa Carlet, ya ha quebrado al no poder asumir las pérdidas reales del proyecto.
- 2) La gestión privada de recursos públicos concebida en la actualidad goza de una serie de privilegios con respecto a los hospitales comarcales de gestión pública. En concreto capta clientes de entidades privadas y públicas de todo el Estado español al precio que considera conveniente. Se constituyen servicios «estrella» quirúrgicos que se ofertan como servicios externos a otras entidades. Además se prima a las especialidades médicas y quirúrgicas rentables económicamente, sobre las que no son rentables y que poseen un coste social añadido. Por ejemplo, el hospital de Alzira carece de UCI infantil y la atención a los pacientes VIH o trasplantes no se realizan en este hospital comarcal. Y vuelve a tener la red protectora de la derivación a la red pública tradicional de lo no rentable, a veces por la derivación indirecta realizada por el propio paciente. Actuando, además, de

forma monopolística, pues se trata de la única empresa autorizada para proporcionar la asistencia sanitaria de su área de salud.

- 3) La gestión privada de recursos públicos concebida en la actualidad tiene garantizado el cobro inmediato de sus prestaciones. La Conselleria siempre paga. La Conselleria nunca pone pegos. Ya quisiera cualquier empresa privada tener esta tercera red protectora. Y encima en las Cortes Valencianas los grupos políticos de la oposición siempre critican la opacidad de las cuentas. Nunca hay respuesta satisfactoria sobre las facturas y las posteriores cuentas del hospital de Alzira.
- 4) La actual gestión privada de recursos públicos sólo realiza asistencia, con lo cual concentra todo su potencial en ella, en detrimento de las otras dos funciones de la medicina: la investigación y la docencia. Estas funciones son un coste indispensable que se tiene que asumir, pues sin ellas, la medicina se autoextinguiría en una década. Como otra red protectora, es la gestión pública la que asume este coste indispensable. En un tímido intento de asumir funciones formativas, en el presente año, se han ofertado plazas de formación sanitaria especializada para el programa MIR, pero en un número significativamente inferior al de los hospitales comarcales de similar tamaño.
- 5) La actual gestión privada de recursos públicos realiza la gestión de personal como en una empresa privada de corte estrictamente «sólo beneficios». El convenio colectivo está recopilado en unos pocos folios que recogen sucintamente el Estatuto de los Trabajadores y que no citan al personal más complejo en términos laborales como es el personal médico. El personal facultativo es el más difícil de gestionar debido a que su dedicación horaria comprende la jornada ordinaria más la jornada de atención continuada/guardias. Se trata del único grupo profesional al que se le hacen trampas en la cuantificación de su jornada laboral anual; el único grupo profesional que tiene vedado el concepto de hora extraordinaria; el único grupo profesional al que se puede dividir por especialidades, mejor o peor pagadas, en un mercadeo libre de competencia desleal con el resto de la sanidad pública valenciana. Además, ofertan puestos de coordinación con mejoras económicas y en especie, lo que supone

una discriminación hacia los facultativos de base asistencial. No hay control en la contratación de trabajadores, pues a pesar de utilizar recursos públicos no se contemplan los principios constitucionales de acceso al empleo en condiciones de igualdad, mérito, capacidad y publicidad. Por otra parte, los trabajadores tampoco tienen las garantías del sistema público, siendo la primera institución del país que utilizando dinero público practica el despido libre de médicos. Y tampoco asume el coste social del mínimo porcentaje del 5 % de personal con minusvalías. Ingeniándose las además para reducir el coste social de la protección a las mujeres trabajadoras ya que se efectúan los procedimientos más ingeniosos para reducir a su mínima expresión el ineludible cumplimiento de la protección a la maternidad; se han producido despidos por un simple cambio de turno de guardia (práctica habitual en todos los hospitales españoles), sabiendo que ese cambio de turno se había producido en una mujer médico madre de un niño menor de tres años por condicionamientos del cuidado del mismo.

- 6) Y en el pliego de cláusulas administrativas para la contratación de la gestión del servicio público por concesión, mediante concurso y procedimiento abierto, siempre figura el siguiente párrafo «el concesionario no asumirá las prestaciones ambulatorias de Farmacia y Oxigenoterapia ni será de su cuenta el coste de las Prótesis y del Transporte Sanitario». Es decir, que el punto que hasta el momento se ha mostrado imposible de controlar queda a cargo de las arcas de la Administración Pública. El coste de la prestación farmacéutica supone el 30 % del presupuesto de la Conselleria de Sanitat Valenciana, que a su vez representa el 40 % del presupuesto de la Generalitat Valenciana. A principios de año, según los presupuestos generales, se asigna una cantidad para esta prestación, cantidad que se realiza prácticamente «a ojo»; siempre a finales de año se tiene que hacer un aporte extraordinario por parte de la Conselleria de Hacienda para sufragar el presupuesto real. Ninguna empresa podría soportar el hecho de que su principal partida presupuestaria estuviese abierta, siendo los gastos impredecibles y sin techo. En la actualidad el crecimiento porcentual del gasto farmacéutico se acerca al 10 %, mientras que los presupuestos crecen

alrededor del 2 %. Con el actual diseño de la prestación farmacéutica en el Sistema Nacional de Salud su control es imposible.

En definitiva, así cualquiera. No se puede llamar gestión privada en sentido estricto pues no respeta los principios fundamentales de la economía de mercado, se trata de un tutelaje estatal al capital, comparable a la aportación de dinero del Estado a los bancos para que no quiebren. Los mismos partidarios del libre mercado están en contra de estas prácticas, como pudimos ver en los reparos del Partido Republicano de los Estados Unidos a las iniciativas del nuevo presidente Obama. El Estado no puede tutelar a los capitalistas que lo hacen mal.

Tampoco se han comparado los resultados de esta concesión administrativa con los resultados de un nuevo hospital comarcal valenciano, el de La Plana de Vila-Real, que se puso en funcionamiento por las mismas fechas con una gestión tradicional. Este hospital no ha sufrido, por otra parte, ningún tipo de reticencia en cuanto a su gestión y a sus gestores. La persona que puso en marcha este hospital es en la actualidad Subsecretario de la Conselleria de Sanitat Valenciana, puesto al que accedió tras su excelente gestión en el mismo. El dogma de fe de que el coste de los modelos Concesión Administrativa es un 25 % inferior al coste del modelo tradicional es simplemente eso, una cuestión de fe. No se pueden comparar dos modelos que tienen obligaciones distintas. La afirmación de que al ciudadano sólo le interesa que su asistencia sanitaria le resulte gratuita es simplemente otra cuestión de fe. Al ciudadano su asistencia sanitaria no le resulta gratuita, ya que la abona a través de los impuestos que soporta.

Otro indicador de que este sistema no se podría aplicar a toda la red sanitaria es que, en ningún momento, se ha planteado que este tipo de gestión se aplique a los grandes hospitales de referencia que no tienen posibilidades de derivación y que tienen que ser autosuficientes. Se externalizan hospitales secundarios que siempre pueden recurrir a los públicos cuando no saben, pueden o quieren ocuparse de ciertos procesos o pacientes. Ésta es una prueba de fuego para los que dicen que el cambio va a ser beneficioso para la sociedad en su conjunto y para el ciudadano en particular.

Consecuencias reales del modelo

El modelo de concesión administrativa ha supuesto, tras diez años de experiencia en el Departamento de Salud núm. 11 de Alzira (nueva denominación de la antigua área núm. 10), numerosas innovaciones perjudiciales para la Hacienda Pública.

Se ha roto el principio de que la sanidad pública no genera beneficios, debido a que ha de atender las necesidades de salud de toda la población en condiciones de universalidad, equidad y facilidad de acceso. Si hubiera supuestos beneficios, deberían repercutir en su totalidad en la mejora del propio sistema. Conseguirlos, respetando las citadas condiciones, es en extremo difícil.

Se ha dejado entrar al capital privado en el mercado de la sanidad pública, queriendo mantener la estructura de un SNS. Y se le ha dejado entrar con unas condiciones privilegiadas que rompen los principios esenciales de la economía de mercado. No se respeta el principio de la libre competencia ni el de la oferta y la demanda. Los clientes son fijos y obligatorios (todos los ciudadanos del departamento deben acudir al hospital designado). No hay competencia (sólo existe un hospital público al que acudir). No hay impagados (el erario público siempre paga, y a las concesiones, sin demora). Los gastos de imposible gestión los paga directamente el erario público (la factura farmacéutica, el dispositivo SAMU, la oxigenoterapia, la ortopedia y el transporte sanitario no son asumidos por la concesión). Se trata siempre de hospitales comarcales de mediano tamaño que tienen el colchón de los grandes hospitales de referencia que suplen sus insuficiencias. Incluso se llega a seleccionar procesos, primando los de poco coste y poca duración.

La supuesta flexibilidad de la gestión significa únicamente no someterse a las reglas fijas del control del dinero público. Las dimensiones de las plantillas de médicos de estos hospitales son inferiores a las de los hospitales públicos. Se produce una sobrecarga asistencial con altos índices de estrés y *burn-out* de los profesionales con una alta tasa de abandono del puesto de trabajo. Las condiciones laborales son peores que en los centros de gestión pública directa (más horas de trabajo y menor retribución). Se utilizan técnicas empresariales no vistas hasta ahora por los médicos de los hospitales públicos

(el despido es libre y las jefaturas funcionan como verdaderos capataces). Además, para mantener el principio de autoridad, como en cualquier empresa privada, se utilizan, a través de asesorías jurídicas impecables técnicamente y, por supuesto, muy bien retribuidas por parte de la empresa (o sea, indirectamente a través de los impuestos de los ciudadanos) todo tipo de caminos legales para impedir cualquier tipo de reivindicación. Pero no todo lo legal es legítimo: los tribunales de justicia americanos se cansaron de dictar sentencias que aplicaban las leyes de la esclavitud vigentes en su época; sin embargo, dicha ley era inmoral y se derogó.

El SIMAP tiene la experiencia de haber convocado una huelga de médicos en febrero de 2007 en el hospital de Alzira. Actitud reivindicativa insólita en la sanidad española por su valentía y por haber conseguido el respaldo absoluto de todos los médicos. Y la respuesta de la empresa privada fue brutal utilizando todos los medios legales: se nos planteó un Conflicto Colectivo contra el sindicato, aduciendo que la huelga no estaba debidamente convocada a pesar de contar con la Resolución de servicios mínimos por parte de la administración correspondiente. Se hizo una coalición *contra natura* empresa y resto de sindicatos tanto de clase como profesionales para desactivar la huelga, a través de un arbitraje previo que la desconvocara. Se envió un burofax personalizado a todo el Comité de huelga amenazándole implícitamente con el despido por organizar la huelga. La huelga acabó con la desaparición del Gerente en una huida hacia delante, la conquista de prácticamente todos los objetivos de la huelga y con los tribunales de justicia dando la razón legal a la empresa. En las elecciones sindicales siguientes a la huelga, el SIMAP obtuvo la mayoría en su Colegio Profesional y prácticamente la totalidad de los votos del estamento médico. Contra todo lo descrito, debemos estar preparados los médicos que trabajemos para las empresas privadas. Es de destacar que a pesar de que la huelga se produjo en pleno proceso electoral autonómico, los partidos políticos nos hicieron el vacío más absoluto y que, como ya hemos descrito, los sindicatos de clase se aliaron con la empresa en contra nuestra.

Y encima, como se trata de empresas de seguros las que obtienen las concesiones administrativas, todas se han hecho un reaseguro. Cada empresa de seguros ha cogido sólo un Departamento. La composición accionarial supone

que la empresa de seguros participa en el 51 % (con lo cual tiene garantizada la toma de decisiones) y el dinero público participa en el 49 % (las Cajas de Ahorro asumen la mitad de las pérdidas, a pesar de que son entidades sin ánimo de lucro). La participación de este dinero público garantiza la viabilidad del sistema, y además repercute negativamente en la sociedad al montarse una infraestructura burocrático-administrativa ideal para proporcionar cargos apetecibles a los afiliados al partido político que gobierna. A pesar de ello volvemos a recordar que una pequeña caja de ahorros de la comarca de la Ribera quebró debido a no poder soportar este tipo de gestión. Rápidamente una de las grandes cajas de ahorros, Bancaixa, asumió todas las pérdidas de Caixa Carlet. Esta pequeña caja de ahorros fue absorbida por Bancaixa y ya no existe.

Conclusiones sobre las concesiones administrativas

En definitiva estamos ante un nuevo marco de prestación de la asistencia sanitaria al ciudadano. Los partidos políticos mayoritarios del Estado español han decidido de forma consensuada que el Sistema Nacional de Salud no sea gestionado por la Administración Pública de forma exclusiva. Tras la Ley de Nuevas Formas de Gestión de la Sanidad Pública 15/1997 de 25 de abril, aprobada con el visto bueno de ambos partidos, el capital privado entra a participar en dicha gestión. Se trata, pues, de una decisión política de gran calado.

Ante ello, cabe preguntarse dos cuestiones. La primera es: ¿qué repercusiones tiene para los ciudadanos?, y la segunda, ¿qué repercusiones tiene para la medicina y los profesionales?

Los ciudadanos deben saber que con sus impuestos se está pagando un Sistema Nacional de Salud en el que empresas privadas van a obtener beneficios. En caso de no tenerlos, las pérdidas se sufragarán vía impuestos. De forma imperceptible quizá estemos caminando hacia unas formas de medicina como la existente en EEUU, donde la calidad de la asistencia médica depende del nivel de ingresos del ciudadano.

Los médicos se encuentran de nuevo con un cambio en el desarrollo de su actividad profesional. Tradicionalmente profesión liberal, tuvo que cambiar su mentalidad para

adaptarse a ser un profesional asalariado, con la progresiva implantación de la Seguridad Social para todos los ciudadanos (que comenzó en la posguerra con un porcentaje pequeño de asegurados y concluyó en la década de los ochenta con la adscripción obligatoria a la Seguridad Social de prácticamente del 100 % de la población). Su «empresario» ha sido la Administración Pública de forma mayoritaria. Ahora, de nuevo, debe cambiar su mentalidad pasando de ser funcionario a trabajar para la empresa privada. Este cambio se irá instaurando de forma progresiva. Y de la misma manera que la profesión liberal quedó como minoritaria a través de algunas consultas privadas, ahora el estatus de funcionario será minoritario y se laboralizará la profesión médica. La medicina privada actual ya no consiste en mantener consultas privadas sino en trabajar como empleado de empresas privadas que gestionan servicios públicos. Los médicos, como profesionales indispensables de los servicios sanitarios, podemos decir mucho sobre estos cambios, debemos analizarlos y denunciarlos ya que nos afectan a nosotros y a los ciudadanos, para poder mantener una relación médico-enfermo satisfactoria para todas las partes.

ANEXO: Datos y cronología del caso Alzira

Coordinadora Anti privatización de la Sanidad, Madrid

La Comunidad Valenciana «cedió» la gestión de un área sanitaria (la comarca de La Ribera, con 250.000 habitantes) a una Unión Temporal de Empresas (Adeslas 51 %, Bancaja y CAM 45 %, ACS-Dragados 2 % y Lubasa 2 %), que construyó el hospital de Alzira, con una inversión final de 72 millones de euros (frente a los 41 millones anunciados) para su explotación, en principio por un periodo de 10 años, pasados los cuales el hospital revertiría al sector público.

Acerca de la eficiencia económica

El hospital se inauguró el 1 de enero de 1999, fijándose ese año una cantidad de 204 € por habitante y año (47 millones de euros) a cobrar por la UTE, independientemente de que se utilizaran o no ese año los servicios sanitarios (pago capitativo). Ese mismo año, el gobierno del PP «engordó» el censo en 11.242 personas más de las consideradas inicialmente para el cálculo del importe a abonar por capitación (lo que supuso 2,3 millones de euros más).

Aún así, el ejercicio del primer año de funcionamiento se cerró con pérdidas económicas, por lo que se inició una actividad desenfrenada ofreciendo servicios a pacientes de fuera del área sanitaria, por los que se facturaba a la Consellería de Sanidad el coste de cada atención.

Se puede comprobar que ya en el año 2000, Sanidad desviaba pacientes de otras áreas sanitarias hacia la UTE Alzira (por ejemplo el parto con cesárea se facturaba a 2.566 €, un parto simple a 1.202 €). De esta forma, mientras el número de partos atendidos en el hospital de Alzira se incrementó en un 37 %, en los hospitales públicos de la Comunidad Valenciana el incremento fue de solo un 0,7 %. A la empresa le interesaba sobremanera atender a pacientes de fuera de su ámbito para cuadrar sus balances.

La UTE anunció que, durante 2001 obtendría beneficios, pero a finales de 2002, año en el que recibió 225 € por habitante (lo que hace un total de 52,2 millones de euros), se comprobó

que las pérdidas iban en aumento. Finalmente, durante los cuatro primeros años (1999-2002), la UTE Alzira reconoció unas pérdidas de 5,24 millones de euros.

Dado que la cuenta de resultados del negocio no cuadraba, se iniciaron una serie de técnicas de «ingeniería picaresca-financiera» de forma que:

- Se facturaron 5 millones de euros más por atención prestada a ciudadanos que residen fuera del área y no constan en el censo; la facturación, en este caso, se realizó por proceso atendido (más beneficioso para la empresa) y no por pago capitativo (que era lo establecido en el contrato).
- Se facturó un millón de euros por atención a salud mental (aspecto incluido en el catálogo básico de prestaciones y que, por lo tanto, no debería ser facturado).
- Se facturaron 1,7 millones de euros por atención a pacientes de la comarca que estaban en lista de espera en la fecha de inauguración del hospital.
- Además, la propia Conselleria, para «velar por lo que es de todos», aprobó una circular que paralizaba la facturación de los hospitales públicos de la Comunidad a la UTE-Ribera (por pacientes pertenecientes a la comarca de la Ribera que fueron atendidos en los hospitales públicos); es decir, Alzira facturaba a los hospitales públicos de la Comunidad, pero éstos no podían facturar a su vez los pacientes correspondientes a Alzira que habían sido atendidos en los hospitales públicos.

Ante el fracaso del experimento, la Conselleria decidió lanzarse al rescate de los «legítimos intereses de la empresa privada» (los beneficios económicos). Para ello, rescindió el contrato y convocó un nuevo concurso de gestión sanitaria de la comarca de La Ribera, incluyendo esta vez entre lo privatizado la Atención Primaria de la zona (trece centros de salud) y, de paso, mejorando las condiciones económicas para la empresa. Extinguir el contrato obligó a la Conselleria a «rescatar el hospital» y abonar a la UTE el importe de la inversión realizada. Para ello se dedicaron en el presupuesto de 2003 hasta 43,9 millones de euros (7.300 millones de ptas.), lo que supuso el 40 % de la inversión prevista en centros públicos para dicho año. A pesar de no figurar ni en el

contrato original ni en el pliego de cláusulas de explotación la indemnización por «lucro cesante», la Conselleria «premió» a la empresa con 25,4 millones de euros como «indemnización para cubrir el lucro cesante de los 6 años de explotación que restaban» y otros 43,9 millones de euros por los activos que quedaban por amortizar (quedaba por amortizar el 60 %). Posteriormente, el Sindic de Comptes (Tribunal de Cuentas Valenciano) censuró en un informe dicha indemnización.

Acerca de la calidad asistencial

Tras más de cinco años de experimento, la situación en el centro no parecía haber acabado con los problemas que se achacan a la pública y que el modelo privado iba a resolver (masificación, listas de espera en muchas especialidades de más de seis meses —cardiología, trauma, oftalmología...). Pero hay una diferencia sustancial, las demoras prolongadas las sufren los pacientes de la comarca y no los que acuden de fuera de La Ribera, por los que se puede facturar ventajosamente y son atendidos con preferencia. Otra mencionada ventaja, una mayor calidad de estancia, también ha sufrido modificaciones: al menos 75 habitaciones han dejado de ser individuales y se ha instalado una segunda cama (retirando la cama del acompañante).

Desde el centro se han remitido sistemáticamente al resto de la red pública a los pacientes «menos rentables», aquéllos cuya atención generaba mayores costes unitarios a la empresa (existe una denuncia de prensa del presidente de la Asociación de Enfermos Respiratorios Crónicos). En la práctica, se rechazan pacientes crónicos para forzar al límite la disminución de la estancia media. Sobre el papel, se niega la información sobre pacientes derivados a centros públicos.

En partos, se oferta anestesia epidural, presencia de acompañante y estancia en habitación individual, mientras se limita esta prestación en los hospitales públicos cercanos (Xàtiva, Gandía, Ontinyent). Se ha mantenido más de un año sin reparar la tecnología sanitaria del hospital de Xàtiva (retinógrafo, sonda de exploración transuretral...) y, como consecuencia, se derivan cientos de pacientes de estos hospitales públicos a Alzira, donde son rápidamente facturados. Es decir, se potencia tecnológicamente Alzira mientras se mantiene a otros hospitales públicos cercanos con tecnología obsoleta

y sin ofrecer a su población de referencia determinadas prestaciones (que sí ofrece Alzira) para que sus usuarios deban acudir forzosamente a este hospital. En la misma línea, se designa Alzira como hospital de referencia para otras comarcas (Marina Alta y Baja), para exploraciones radiológicas y tratamientos de radioterapia, con lo que existe doble coste económico para la pública (ya que los costes de transporte sanitario de los pacientes son asumidos por el sector público).

En Alzira, en el año 2000 se atendieron 1.569 partos, con sólo dos especialistas de guardia, mientras que entre Xátiva y Gandía cuatro médicos atendieron 1.601 (si todos sabemos lo limitado de las plantillas en el sector público, qué calidad de asistencia se estará prestando en Alzira con estas plantillas). Como no sobran recursos en los hospitales públicos, algo no encaja: los paritorios de Alzira más bien pueden parecer una cadena de montaje.

Durante el año 2003, el índice de ocupación fue del 94,7 % (la media en los hospitales públicos fue del 80,5 %) lo que indica una utilización por encima de los límites considerados óptimos por la OMS. Hay testimonios de trabajadores que afirman que existen presiones laborales para reducir el número de ingresos de pacientes de La Ribera (por los que ya cobran, les atiendan o no), para dejar camas libres para pacientes «de pago». Lo que sí está demostrado es un aumento de las estancias medias más cortas; es evidente que el gestor privado puede ahorrar por ahí, pero desde el punto de vista de la sociedad, ¿cuánto cuestan a ésta y a las familias las altas prematuras y los cuidados en casa? ¿Qué riesgos están corriendo los pacientes dados de alta prematuramente? La memoria de 1999 no recoge ni mortalidad, ni, lo que es más importante de cara a evaluar la calidad de la asistencia, reingresos. Sin estos datos, es imposible evaluar la eficiencia y calidad asistenciales.

6. El proceso de privatización en Cataluña. Los retoques de las izquierdas al modelo sanitario catalán

Ramon Serna, CATAAC-CTS/IAC

Referencias históricas

EN CIERTOS ÁMBITOS DEL NACIONALISMO CATALÁN, es motivo de orgullo la tradición mutualista¹ y, en general, la ilusión de tener una sanidad de alto nivel a pesar de la falta de inversión de la Seguridad Social en centros propios en Cataluña. En 1981, momento de las transferencias, sólo un 10 % de los hospitales con un 27 % de las camas eran del INSALUD, mientras el resto era concertado, casi exactamente la proporción inversa a la del resto del Estado. Era cierto que salía más económico a corto plazo continuar concertando en vez de construir nuevos centros y de paso se evitaba provocar «la ruina» de instituciones y empresas existentes. Pero, como veremos, esto sólo era una excusa para experimentar nuevas formas de gestión.

El objetivo de la Ley General de Sanidad de 1986, a saber, que los Servicios de Salud de las diferentes Comunidades Autónomas integraran en su seno a todos los centros y servicios que dieran un servicio sanitario público,

¹ También como una tradición justificaba un Delegado Territorial del Departament de Sanitat i Seguretat Social, ahora Departament de Salut, las *igualas*, cuotas que los asegurados abonaban a los médicos rurales para tener garantizada una mayor dedicación, al tiempo que el Sindicat de Metges (entonces CEMSATSE) las defendía como un complemento salarial necesario. Lo que es una ilegalidad flagrante no ha desaparecido con el gobierno de izquierdas, y con él hemos podido ver cómo un alcalde veta una comisión de servicio a su municipio a un médico de familia por el simple hecho de ser contrario a esa práctica.

no era compartido por el «pujolismo» que, aquel mismo año, empezó a constituir consorcios con voluntad de futuro y a «cederles» la gestión de los hospitales que se construían con fondos de la Generalitat. Consorcios (ocho entre 1986 y 1992) que, por el hecho de integrar fundaciones de carácter religioso, mutuas, cajas de ahorros y gobiernos locales en manos de otras fuerzas políticas, y por tanto repartir el pastel de la gestión, consolidaban las «relaciones de confianza y de poder» de las que nos habla Raquel Gallego como esencia del mercado relacional en que se convirtió nuestro «modelo» sanitario.² También se potenció entonces la dirección directa de la sanidad por parte de sociedades anónimas municipales. Así se dió la gestión del Hospital de Móra d'Ebre al Ayuntamiento de Reus, distante 70 km, el cual constituyó al efecto una empresa que sería uno de los pilares de SAGESSA, grupo sanitario y social que controla nuestras tierras del sur. El actual presidente del Parlament, Ernest Benach, de ERC, presidió varias empresas del grupo cuando formaba parte del gobierno municipal, por lo que no es de extrañar la defensa mayoritaria del modelo dentro de ese partido.

El año anterior a aquella ley, Cataluña ya había hecho su plan de reconversión hospitalaria, o por lo menos la parte que le permitieron las movilizaciones de rechazo,³ y había constituido la XHUP, Red (Xarxa) Hospitalaria de Utilización Pública. Y en 1990 se aprobó, por unanimidad de todas las fuerzas parlamentarias, la Ley de Ordenación Sanitària de Catalunya (LOSC) que, contradiciendo la general de Sanidad (total, era la de Ernest Lluch), consolidaba el sistema de provisión mixta reservando para el «Servei Català de la Salut» (SCS o CatSalut) la compra y el supuesto control de los servicios y dejando en manos de los proveedores la gestión sin ningún riesgo, aspecto éste destacado en un libro que causó gran revuelo en el año

² Raquel Gallego Calderón, *Tipus d'agències i estructures pressupostàries: Anàlisi de la separació entre comprador i proveïdor en l'administració sanitària catalana*. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. Servei Català de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya (BR04/2000). Barcelona, abril 2000.

³ La huelga del hospital de Girona contra la reducción del 10 % de la plantilla trastocó los planes oficiales. Iniciada como huelga salvaje, el comité de huelga era la autoridad del hospital, hasta decidía la actividad que se realizaba y la que se aplazaba, y, tras la victoria, se pudo imponer la condición de que no hubiera descuentos. En ella se fraguó nuestro sindicato CATA-CATS.

1997.⁴ Esta separación de funciones entre compra y provisión de servicios ha sido puesta en duda, con ánimo de consumarla, por la UCH, patronal de gestores privados en gran parte concertados, porque el SCS es juez y parte. Efectivamente, el SCS participa mayoritariamente en casi todos los consorcios. Para nosotros esta falsa separación simplemente delata al responsable real de toda la actividad sanitaria y pone en evidencia la inutilidad de unos intermediarios que, encima de salir beneficiados, critican porque nunca tienen bastante.

Cataluña escogió pues, con un consenso político difícilmente igualable, un modelo con «una orientación sensiblemente enfocada al reforzamiento del ámbito privado».⁵ Los políticos se aseguraban así puestos de trabajo ante los cambios previsibles en el poder, jubilaciones doradas en fundaciones o su paso a empresas privadas con más posibilidades de negociar con el dinero público.

La fase intensiva de constitución de consorcios fue seguida por la de las empresas públicas (nueve entre 1991 y 1995). Los Bancos de sangre, el transporte sanitario urgente, el diagnóstico por la imagen, los servicios dependientes de las diputaciones... pasaron a gestionarse total o parcialmente por empresas que recibían al 100 % dinero público pero que se regían por el derecho privado. El personal estatutario, o funcionario, que quería continuar en esos servicios tenía que laborizarse, con una reserva de 3 años de su plaza de origen. Esta fase ha culminado tardíamente con la transformación del Instituto Catalán de la Salud (ICS, hijo catalán del INSALUD) en empresa pública, por ley de 30 de julio de 2007 aprobada por unanimidad en el Parlament. Pero podemos estar tranquilos: CCOO, UGT y el Sindicato de Médicos se sientan en su Consejo de Administración. Hay que aclarar que aquí no ha sido necesaria la laborización del personal. Laborizar de golpe a casi 40.000 personas hubiera entorpecido el objetivo principal que no es otro que hacer permeable la institución a nuevas formas privadas de gestión con los correspondientes beneficios... privados.

⁴ *Les tendències de l'evolució de la Sanitat a Catalunya*, Polítiques 18, Editorial Mediterrània, Equip Estudis, 1997. Editado con la participación de los sindicatos que luego constituyeron CATACTS/IAC.

⁵ Raquel Gallego, Ricard Gomà y Joan Subirats, *Els règims autonòmics de benestar*, Institut d'Estudis Autonòmics, Generalitat de Catalunya, UAB, 2002; análisis de 20 años de políticas y gestión pública en las Comunidades Autónomas con más alto nivel competencial.

El ánimo de lucro

El golpe de gracia a la unificación de los servicios sanitarios lo dió la reforma de la LOSC del año 1995 con la aceptación del ánimo de lucro en la gestión de la sanidad pública. Aprobada por todo el Parlamento excepto por ICV, a los dos años encontraría eco a nivel estatal al aprobarse la Ley 15/97, también con el voto socialista.

Es entonces cuando el gobierno convergente empieza a impulsar iniciativas de innegable privatización de la Atención Primaria como las que, malintencionadamente, se llaman Entidades de Base Asociativa (EBAs), en teoría constituídas por los y las profesionales de un Equipo de Atención Primaria (EAP) para gestionar un Área Básica de Salud (ABS), con una población de entre 5.000 y 40.000 habitantes según las zonas. En realidad era una parte minoritaria de los Equipos de Atención Primaria la que, con el soporte de la Administración y de los colegios de médicos, creaba una Sociedad Limitada que pasaba a contratar al resto del equipo, poniendo todos los medios a su alcance para que se trasladara el personal estatutario o funcionario que tenía plaza allí. Su carácter cooperativo queda también en entredicho si contemplamos tres de las EBAs de Barcelona ciudad: una gestiona dos ABS y otras dos tienen un mismo administrador. Los beneficios de la Administración a estas nuevas formas de gestión han llegado al descaro de seleccionarles los pacientes, modificando el ámbito territorial de alguna de ellas, pasando a otra área la zona con población de menos poder adquisitivo, la que con toda seguridad no sabría valorar servicios adicionales como la acupuntura o las flores de Bach.

Con la llegada del Gobierno Tripartito, se dejaron de constituir EBAs. El ICS, con la supuesta libertad de gestión que le da el hecho de ser Empresa Pública, está iniciando experiencias «de autogestión» en su propio seno, podría pensarse que para evitar la proliferación de más EBAs. En total hay actualmente en Cataluña unas 365 ABS, de las cuales 79 son gestionadas por fórmulas diferentes al ICS. Las famosas EBAs, en realidad sólo son 10 que gestionan 12 ABS. Las otras 67 son gestionadas: 23 por consorcios, 18 por fundaciones, 14 por institutos o sociedades anónimas creadas por ayuntamientos, siete por empresas públicas de la Generalitat y seis por la Mutua de Terrassa. Mientras se

escribe esto, 150 médicos han pedido a la Consejera que se vuelva a abrir la veda de las EBAs y ya se oye que la próxima toca en Igualada. Conscientes de que el personal facultativo de Atención Primaria que defiende la sanidad pública es superior en número a los que se consideran élite con derecho a negociar con la salud, vamos a solicitar firmas para que nunca pueda decirse que son los médicos en general quienes reclaman este tipo de experimentos.

El hecho de haber precedido al resto del Estado tanto en la legislación como en la puesta en práctica de modelos privatizadores tan diversos, coincidiendo con el cansancio de tantos años de un gobierno de derechas, ha proporcionado en Cataluña la sensación de inmunidad ante las fórmulas privatizadoras del PP. Y así, a pesar de las advertencias de nuestro compañero del CAPS Albert Ferrís⁶ en marzo de 2005, ha pasado desapercibida la adjudicación del Hospital Comarcal del Baix Llobregat a la alianza empresarial formada por La Caixa, Aguas de Barcelona, ACSA, TEYCO y EMTE según el «modelo inglés». ⁷ Que la cantidad de servicios objeto de arrendamiento, a 30 años, no alcance los niveles de Madrid, no invalida que Güemes pueda escudarse en que los socialistas están haciendo lo mismo que él, ni disculpa la maniobra de ocultación en Cataluña. Así hay que considerar vergonzosas las palabras de Carme Figueres, entonces Consellera del Gobierno Maragall, dando todos los detalles, excepto los del mecanismo de financiación, del «primer hospital que construye el Gobierno catalanista y de izquierdas de la Generalitat». Y no es el último. El gobierno catalán ha aprobado al menos dos convenios «de colaboración» con el todopoderoso Consorci Hospitalari de Catalunya que han acabado dándole (2008) una concesión administrativa para la construcción de un gran complejo asistencial en las antiguas Cotxeres de Borbó. De hecho, el Consorcio ya había contratado asesoramiento para sacar a concurso el proyecto en el año 2004, anticipándose a todo tipo de acuerdos, hecho que nos habla de su poderío que más adelante comentamos.

⁶ Albert Ferrís Pellicer, «Alertes en defensa de la sanitat pública catalana», *Butlletí CAPS* núm. 29, marzo del 2005; disponible en <http://www.matriz.net/caps2/butlleti294.htm#q1>.

⁷ TEYCO y EMTE, que forman parte del Grupo Sumarroca, apellido íntimamente ligado al inevitable Jordi Pujol, se han aliado recientemente (<http://www.expansion.com/2008/06/19/empresas/1136787.html>) con Bovis, grupo australiano que gestiona en el Reino Unido 10 hospitales y cerca de 500 colegios en régimen de concesión.

El neoliberalismo en la sanidad y el negacionismo de la privatización

Como vemos, Cataluña no es ajena al proceso general de neoliberalismo. Al contrario, cuenta con penosos líderes ideológicos que contribuyen a difundir la doctrina con citas meridianamente claras como «en sanidad, no todo el mundo tiene las mismas necesidades». Es aquello de que la gente de clase alta tiene la piel más fina. Por lo tanto, hay que obstaculizar el abuso de los plebeyos mediante copagos, medida que se podría complementar con la que en 1993 propuso el Consejero Trias: que los socios de las mutuas, a las que en Cataluña está afiliado más del 20% de la población, dejen de cotizar a la Seguridad Social para que ésta, con menos fondos, se convierta en la beneficencia de los pobres.

En 1991, Vicenç Navarro elaboró una respuesta airada al Informe Abril Martorell que propugnaba el copago.⁸ Pero ni las valoraciones de este estudioso que los socialistas utilizan como reclamo ni las recomendaciones de la Comisión de Expertos, constituida para informar sobre el financiamiento de la sanidad, que no lo recomendaba a pesar del gran peso que en ella tenían los intereses privados, frenan a la ilustrísima Marina Geli que sigue insistiendo en el problema de la financiación e incitando rocambolescas y discriminatorias propuestas de copago de las patronales. En Italia fue un gobierno de centro-izquierda el que lo instauró y ella no quiere ser menos. CiU llevaba más de 10 años intentando la conversión del ICS en empresa pública, cosa que para ella, arropada por un supuesto gobierno de izquierdas, ha sido coser y cantar. Es aquello de que la izquierda hace lo que no se atreve a hacer la derecha.

De hecho, el copago se va extendiendo tímidamente. Se ha pasado de la ya lejana abolición de determinados servicios hoteleros en los hospitales (agua embotellada, televisión colectiva...) a tener que llamar a un 902 para concertar visita con tu médico/a de familia, ahora que las tarifas planas se han extendido, y contribuir así al pago de la empresa encargada del servicio. Se paga el precio público marcado

⁸ «Es sorprendente que un gobierno socialista con una mayoría parlamentaria constituya una comisión, las recomendaciones de la cual se oponen tan claramente a la tradición socialdemócrata de reforzar y ampliar el Estado de bienestar o Estado social», decía.

por la ortopantografía que te pide el dentista, por el simple informe médico no oficial que necesita un niño para hacer una actividad deportiva, una abuela para ir a un balneario o un ciudadano para presentarse a bombero voluntario.

La subcontratación es una pieza básica del modelo. Para subcontratar los servicios auxiliares se emplearon argumentos pueriles, como decir que «nosotros» (un nosotros que son ellos, los gestores, pero donde nos quieren incluir a los sanitarios en general para hacernos cómplices) sólo entendemos de sanidad, del «núcleo duro del negocio», y que son las empresas de hostelería las que se tienen que encargar de los cuidados hoteleros... Esta teoría, acompañada de un presupuesto bajo del que la empresa subcontratada ha de obtener beneficios, sólo da para subcontratar, a través de ETTs, a personal inexperto, y para comprar productos de cocina o de limpieza de baja calidad. Además, se empezaron a crear empresas expresamente para ser contratadas, sin ninguna experiencia previa, tal y como también denunciábamos en nuestro estudio de 1997.⁹

Extendida a los servicios sanitarios en un marco de estímulo de la competencia, y al margen de anécdotas como la contratación de una ambulancia sin los debidos permisos o la de un médico que no tenía el título de médico pero sí el de ladrón, ha llevado a problemas más graves. Con el objetivo de acaparar actividad o demostrar un poder resolutivo que no corresponde, gestores de la entidad adjudicataria han actuado temerariamente, tomando medidas que retardaban el traslado de pacientes a los hospitales de referencia y persiguiendo hasta el exterminio, con claros ejemplos de *mobbing*, al personal responsable que se resistía. También, gestores del ICS con intereses en otra adjudicataria, además de dedicar a ésta el tiempo que les pagaba el ICS, empleaban las mil y una argucias para favorecerla, entre otras, citar a los pacientes gratuitamente en la empresa subcontratada «para no tener que esperar en las colas del ICS». Te hacían saltar la doble lista de espera gratis. Luego pagaba el CatSalut.¹⁰

⁹ Oriol Ramis, Jean-Pierre Malé, Ignacio Merediz (Equip Estudis). *Les tendències de l'evolució de la Sanitat a Catalunya*, Polítiques 18, Editorial Mediterrània, 1997. Editado con la participación de los sindicatos que luego constituyeron CATA-CCTS/IAC.

¹⁰ Más ejemplos en la revista CATA-CRAC de CATA-CCTS, especialmente en el núm. 11, página 7: <http://www.pangea.org/iac/sanitat/catacrak/set01.pdf>.

En busca del pelotazo

El último escándalo saltó a finales del 2008, cuando el CatSalut adjudicó 129 de los 211 millones de euros destinados a oxigenoterapia ambulatoria a Oximeplus, a un precio sensiblemente superior a otros ofertantes que ya habían sido contratados previamente y no habían recibido quejas. Una empresa con sede en Jaén, que, además de no tener experiencia, acumulaba pérdidas de gestión, pero que curiosamente tiene como apoderado a Salvador Doy, que había sido gerente del ICS y luego subdirector del CatSalut, aspecto éste no destacado por los medios de información generales. Finalmente Oximeplus renunció a parte de los lotes adjudicados. A alguien se le había ido la mano.

A pesar de que a menudo no trasciendan, en Cataluña existen múltiples casos de este fenómeno, conocido como de la «puerta giratoria». Así, entra en esta lógica del sistema que MGO, filial de Agrupación Mutua (presidida y descapitalizada por el mismísimo Millet del Palau de la Música), reciba adjudicaciones para hacer revisiones médicas a los Mossos de Escuadra a pesar de, o precisamente por, tener como miembro de su Consejo Asesor a Xavier Pomés, que había sido «Conseller» primero del Departament de Salut y después del de Gobernación, del cual dependen los Mossos. Tampoco parece motivo de escándalo que Ramon Bagó, que primero había sido Director General de Turismo y luego gran magnate del Grupo Shers (hostelería y turismo), haya estado al frente del Consorcio Hospitalario de Cataluña desde su creación hasta su jubilación, el pasado año.

En cuanto a proyectos faraónicos de la iniciativa privada que se han tenido que salvar con fondos públicos, cabe citar el del Hospital Oncológico, iniciativa fracasada de la Asociación Española contra el Cáncer que seguiremos pagando durante 30 años para mantener un actual hospital «Duran i Reynals» absolutamente infrautilizado, y el Hospital General de Catalunya, proyecto de un grupo de personalidades ligadas a la naciente «Convergència Democràtica de Catalunya» (partido de Pujol, el mayoritario de los dos que componen CiU), que fue inaugurado en el año 1983 como símbolo de la sociedad civil catalana y de su «proyección hacia Europa». Hizo que quedaran en nada las aportaciones de los 76.000 socios que consiguió y en 1993 presentó su primera

suspensión de pagos. Con avales de la Generalitat que nunca devolvió y con jugosas adjudicaciones de servicios sanitarios, fue comprado por una filial de IDC, principal proveedor global de inteligencia de mercado según su propia definición, que en 1998 se integraba en Capiro, multinacional que hoy mantiene las adjudicaciones sin formar parte de la XHUP. Mucha mentalidad faraónica hay también en los proyectos de convertir Cataluña en un clúster de salud y es de esperar que el gobierno deje de alimentar proyectos que fomentan el turismo sanitario como objeto de negocio.

Otros ejemplos serían el escándalo Roma, en 1995, cuando Jaume Roma dimitió de su cargo de Consejero de Obras Públicas por su relación con una empresa que recibía adjudicaciones del SCS del cual había sido director general, o los continuos fraudes de las mutuas, por ejemplo, el de La Alianza, intervenida en 2002 por doble facturación y otras irregularidades, y el más reciente de la Mutua Universal acusada por la Fiscalía Anticorrupción de estafar a la Seguridad Social 219 millones de euros entre 1990 y 2007.

En cuanto a las nuevas formas de gestión, si ya el informe de fiscalización de Logaritme, la empresa creada por el ICS para llevar su logística, denunciaba un total de 22 irregularidades, la reciente fiscalización de SEMSA, empresa pública del transporte sanitario urgente, delata 32 «incorrecciones». Entre ellas, destacan los pagos injustificados a la UTE formada por la multinacional argentina IHSA y la empresa «Consultoria i Gestió» del CHC (Consorci Hospitalari de Catalunya) por cuanto nos da idea, por una parte, del real papel evangelizador del Consorcio en Iberoamérica, y por otra de que ni la codicia ni la incompetencia de estas empresas mixtas tienen límite.

El llamamiento a la iniciativa privada

El llamamiento efectuado por el gobierno a la implicación del sector privado y de las cajas de ahorro en particular por la insuficiencia de recursos de la sanidad oficializa la simbiosis entre los poderes públicos y los fácticos. La «colaboración» (el gobierno «de izquierdas» ha enfatizado este término en detrimento de la competencia, aunque la diferencia no se visualice) de La Caixa en la financiación de la sanidad se produce, como la de otras entidades financieras o

empresariales, en múltiples ámbitos. Y no es una colaboración gratuita. No hace falta poner en duda la transparencia de las adjudicaciones de contratos para señalar la casualidad de que se pida específicamente la colaboración a una entidad que resulta ser la adjudicataria de la gestión del Plan de Pensiones de los empleados públicos de la Generalitat, en el cual, con la adhesión de otras administraciones y empresas públicas, ya entran anualmente más de 30 millones de euros en Cataluña y, a 30 de junio de 2009, presenta unos derechos consolidados de 145 millones de euros.

Y si hablamos de simbiosis es para poner un ejemplo que nos orienta sobre los circuitos de este tipo de colaboraciones: llega el cambio político y con él se introducen nuevos cargos de confianza que, en algunos casos, responden a necesidades reales. Pongamos por caso que un nuevo Delegado Territorial confía en una persona concreta para elaborar un plan de inmigración y salud. Hace tan bien el esquema y su aplicación que el plan se toma como referente para el Plan Director de Inmigración del Departamento de Salud para Cataluña. Es entonces cuando llega La Caixa con dinero o, lo que es lo mismo, con poder de decisión. En el marco del correspondiente convenio de «colaboración», presenta un proyecto de financiación de un curso de formación de mediadores culturales en el cual la remuneración a las dos personas responsables es totalmente desproporcionada con las irrisorias cantidades destinadas a las necesidades formativas del curso. Nuestra persona, miembro del comité pedagógico y del equipo del Plan, critica el proyecto y rechaza la remuneración que se le asigna alegando que su trabajo en el desarrollo del programa ya viene remunerado con su cargo. Automáticamente, y coincidiendo con la dimisión de aquel Delegado Territorial, se ve apartado primero de sus funciones de asesor del Plan y del curso y finalmente substituido en su propia región sanitaria por su adjunta, casualmente la mujer de un Secretario General, casualmente de ICV.

A principios de 2003, un informe de ERC revelaba que 46 organismos autónomos y empresas públicas llegaron a pagar a cargos de la Generalitat un total de 1.400.000 euros en el año 2001 en concepto de dietas y asistencia a reuniones. Desgraciadamente, pagos desproporcionados de este tipo, que por lo menos dejan contentos los estómagos, también son una forma de comprar silencios a las personas que teóricamente nos tienen que representar y exigir un control hoy inexistente.

Los 37 Gobiernos Territoriales de Salud (GTS)

El «Informe sobre Buen Gobierno y Transparencia Administrativa» que encargó el nuevo gobierno de izquierdas de la Generalitat, recomendaba, en julio de 2005, «la adopción de un criterio drásticamente restrictivo a la hora de constituir nuevas empresas y consorcios públicos, evitando la proliferación de unas y otros, la burla del control administrativo que facilita el “maquillaje” contable-financiero y provoca que se diluyan en él las responsabilidades políticas».¹¹ Pero en marzo de 2006 salía el Decreto que regula la creación de los nuevos consorcios de «Governs Territorials de Salut», nuevos ámbitos de gobierno descentralizado de la sanidad, que finalmente serán 37 y de los cuales, en octubre de 2009, ya están constituidos 31. A pesar de ser creados teóricamente para favorecer la participación en las decisiones, nacen con un Consejo Rector donde la participación de cada ayuntamiento es ínfima y han de tener una Comisión de Coordinación de Entidades Proveedoras en la que éstas se repartirán ordenadamente el pastel presupuestario que dé al GTS el sistema capitativo. Por último, el Consejo de Salud, como veremos, recogerá una participación inútil si no ponemos remedio.

El reciente Plan de Innovación de la Atención Primaria introduce en los GTS los Consejos Sanitarios Locales, formados por profesionales. ¿Una imprevisión del decreto? Pues como tantas. Ante la estupefacción de los/las trabajadores sociales, tampoco está prevista la participación de ningún órgano del Departamento de Bienestar Social, cuando está definido que los GTS decidirán en temas de atención social.

Los GTS, que tampoco coinciden con ninguna de las divisiones territoriales administrativas actualmente existentes en Cataluña, se publicitan en el momento en que se constituyen, pero después pasan a la sombra y es difícilísimo hacer su seguimiento (aunque en ésas estamos).¹² Así, otra de las

¹¹ «Informe sobre bon govern i transparència administrativa». Departament de la Presidència. Generalitat de Catalunya. 01 de diciembre de 2005, Barcelona.

¹² CATAAC-CTS tiene previsto inaugurar en noviembre de 2009 un Observatorio que permita y fomente el control de los GTS y del proceso de privatización de la sanidad en Cataluña por parte tanto de trabajadores y trabajadoras del sector como de la población en general.

constantes del modelo es la opacidad informativa, ahora acrecentada en la medida en que el CatSalut hace dejación en los proveedores y en los entes locales de aspectos tan básicos como la información; también, porque, como nos ha enseñado Raquel Gallego, en el modelo catalán, una cosa es lo que legislan, otra lo que dicen que han legislado y otra lo que hacen, antes y después de legislar.

El gobierno, o quien mande, descentraliza pero no pierde el control. Sabe perfectamente que ni son los gerentes ni son los alcaldes quienes dirigen la sanidad¹³ aunque le guste dar esa imagen de participación. El modelo se mueve en esa contradicción interna. Pero, ¿quién manda en realidad? Constituido formalmente en 1983 (funciona desde 1979) como emblema de la participación de los poderes locales en la gestión de la sanidad, el Consorci Hospitalari de Catalunya,¹⁴ conglomerado de hospitales consorciados y de los ayuntamientos que en ellos participan, se fue convirtiendo en un holding empresarial que, además de exportar modelos de privatización a América Latina (como hemos visto antes), está gobernando la sanidad de Cataluña desde la sombra. Si su gerente, también socialista, era la alternativa a Marina Geli, el tiempo está demostrando lo que ya nos temíamos, que en realidad es el Consorcio el que gobierna. No sólo por cuanto la Geli se rodeó en la Consejería de hombres del CHC sino porque todos los estudios en que se basa el proceso de constitución de los GTS los ha hecho y los sigue haciendo el CHC. Fue, por ejemplo, el CHC y no la Conselleria el que pactó con las dos representantes de los ayuntamientos, de la Asociación Catalana de Municipios, dominada por el PSC, y de la Federación de Municipios de Cataluña, tendencia CiU, las reglas de distribución de los votos de los ayuntamientos en los consejos rectores de los GTS.

¹³ Joan Gené, «Alcaldes y gerentes no deben liderar la sanidad», *Diario Médico*, 18 de febrero del 2009.

¹⁴ Como podemos ver en su web, www.chc.es, a partir de septiembre pasará a llamarse, de manera gradual, Consorci de Salut i d'Atenció Social de Catalunya (Consorci de Salut i Social de Catalunya a efectos de marca). Lo hace aconsejado por la escuela de negocios ESADE, sin duda para entrar más de lleno en el creciente mercado de la atención social.

El mito de la participación

Otras dos constantes del modelo han influido en el hecho de que no haya habido una respuesta ciudadana a un proceso tan perjudicial para la salud. Por un lado el negacionismo de la privatización practicado tanto por la derecha convergente como por «la izquierda»; el mantenimiento pueril de que, por el hecho de ser financiada con dinero público y ser controlada por los poderes públicos, una empresa se ha de considerar pública, en paralelo a la percepción por parte de la población de una atención similar con independencia de la entidad gestora y sin demasiados elementos para comparar. Por otro lado, factores como la automoderación de las ambiciones (aunque no sea ésta una característica fácil de ver en la actual consejera), la lentitud en la aplicación de los cambios, los muchos entretenimientos palaciegos llenos de opacidad.

Pero entremos en ese otro mito del modelo, el de la participación. Ya hemos visto que la de los ayuntamientos viene a ser puramente presencial, y por lo que respecta a la ciudadana, si ya desconfiábamos de la participación de los dos grandes sindicatos, que nada aporta por cuanto nada informan de su presencia en gran cantidad de consejos de gobierno, de administración y de participación y nada combaten, ahora hemos de desconfiar también de la selección que el gobierno está haciendo de otros «actores sociales», por los ejemplos que tenemos. Los estudios para escoger las asociaciones más representativas en diez de estos gobiernos, que nos costaron 100.000 euros, permanecen escondidos por la tendenciosidad de sus conclusiones. Más baratos, aunque tampoco confiamos en ver su resultado, se han adjudicado recientemente los estudios para otros 14 gobiernos. Pero más barato y democrático sería que dejaran a la población organizarse como las AMPAs de las escuelas y que las reuniones de los consejos rectores de los órganos que llaman públicos fueran realmente públicas, como en Noruega, como en nuestros ayuntamientos. Mientras tanto, el ICS ha designado para representar a los usuarios a Albert Jovell, presidente del Foro Español de Pacientes (y del catalán, y del europeo), de la Fundación Biblioteca Josep Laporte y del montaje que

representa la Universidad de los Pacientes. Hay que leer a Miguel Jara¹⁵ para tener una idea de la fuerte mediatización que las transnacionales farmacéuticas ejercen sobre este foro y sobre muchas de las asociaciones de pacientes que se cobijan en el mismo. Desde luego, no hay como «trabajar» con la bendición del sistema.

Igualmente ha sido plenamente integrada por el sistema la Coordinadora de Usuarios de la Sanidad, que nunca ha contado con afluencia de socios pero sí con suculentas subvenciones. En marzo de este año, organizó una mesa redonda donde se pudieron oír las voces del sistema mientras se cortaban las intervenciones del público detractor. Mientras, el papel representativo reconocido oficialmente a las Asociaciones de Vecinos que se reúnen en la Plataforma en Defensa de la Sanidad Pública, en la que además participan regularmente el sindicato CATACT-CTS, la ACDSF, ATTAC y miembros del CAPS y adicionalmente otras entidades, la única que daba respuestas colectivas puntuales, es mínimo.

No obstante, están surgiendo importantes iniciativas que auguran que, así como un día la población de Cerdanyola consiguió paralizar la privatización de su ABS, ahora conseguirá, con las poblaciones colindantes, el hospital que esperan hace tiempo. Iniciativas como la Legislativa Popular que ha conseguido comprometer al Parlament en la puesta en marcha de unidades de atención a la Fatiga Crónica y a la Fibromialgia, como la plataforma «Derecho y Defensa de los Servicios Públicos» que, con el lema «Servicios públicos, beneficios privados», está organizando actos de concienciación y como «Dempeus per la sanitat pública». Nos falta unir fuerzas y lanzarnos al ataque. Motivos, los hay.

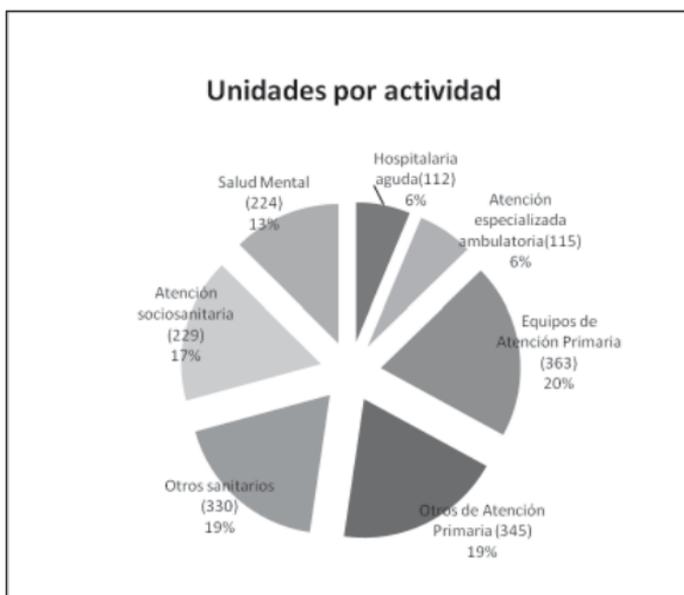
Conclusión

Podemos concluir que los cambios realizados por «la izquierda» en el modelo sanitario catalán, lejos de frenar el proceso de privatización, están implementando fórmulas neoliberales que «la derecha» no se había atrevido a poner en práctica, favoreciendo la obtención de beneficios privados con dinero público. La connivencia de las autoridades públicas,

¹⁵ Miguel Jara, *Traficantes de Salud*, Icaria, 2007.

y la renuncia a los principios (si alguna vez los tuvieron), se explica porque salen personalmente beneficiadas al formar parte de las redes creadas de cargos y privilegios público-privados. Todo ello sin que se demuestre una mayor eficiencia o rentabilidad del servicio y con una llamada engañosa a la participación, en cuanto que sólo se da voz a quienes no ataquen el modelo. Seguiremos denunciando las irregularidades y corrupciones que caracterizan a esta forma de gestión partidista-privada en un terreno tan importante para la vida y la justicia social como es la sanidad. En nuestras manos está agruparnos para dar las respuestas contundentes que se necesitan.

Anexo: Clasificación de las Unidades de Atención del Servei Català de la Salut



1.- Unidades Productivas las llaman. Quede claro que son sumamente heterogéneas y que no tiene la misma entidad un refuerzo de verano que un gran hospital.



2.- En parte por el diferente calibre de las Unidades Productivas antes comentado, el número de éstas gestionado por entidades unidas por el Consorcio Hospitalario de Cataluña no nos habla del poder real de este consorcio de consorcios..



3.- La mitad de estas entidades de todo tipo forman parte del Consorcio Hospitalario de Cataluña que justamente ahora cambia de nombre para ampliar su influencia en los nuevos mercados del bienestar social

7. Madrid, «la sanidad del futuro ya es una realidad»

Juan Antonio Gómez Liébana,
Coordinadora Anti privatización
de la Sanidad de Madrid

INCREÍBLE PERO CIERTO. Apenas trascurridos seis años del acceso de Esperanza Aguirre a la presidencia de la Comunidad de Madrid en octubre de 2003, tras el «tamayazo», el modelo de provisión y organización de la asistencia sanitaria definido en la Ley General de Sanidad ha sido esencialmente modificado. Hoy se habla de *modelo madrileño*, realidad que significa nada menos que la participación de la empresa privada en la asistencia especializada de más de dos millones y medio de habitantes, el 42 % de la población de esta Comunidad (año 2008).

El carácter *subsidiario* y *complementario* de la prestación de servicios sanitarios con medios ajenos¹ mediante *concierto* y/o la vinculación a la red pública de hospitales privados mediante *convenio*² es, en esta Comunidad, cosa del pasado; la Ley 15/1997, de 25 de abril, aprobada por el PP, con el apoyo de PSOE, CiU, PNV y CC y la sola oposición de IU y el BNG, rompió los límites de este marco de colaboración con el sector privado y, en coherencia con su ideología neoliberal, el actual Gobierno del Partido Popular lo ha aprovechado:

La gestión y administración de los centros, servicios y establecimientos sanitarios de protección de la salud o de atención sanitaria o sociosanitaria podrá llevarse a

¹ Resolución de la Secretaria de Estado para la Sanidad, abril 1980.

² Ley General de la Seguridad Social. Texto Refundido aprobado por Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio; Ley 14/1986 General de Sanidad, de 25 de Abril artículos 66, 67 y 90.

cabo directamente o indirectamente a través de la constitución de cualesquiera entidades de naturaleza o titularidad públicas admitidas en derecho. (Ley 15/1997, artículo único 1, párrafo 1º)

Con estrategia calculada, el gobierno autónomo ha ido aprobando, sin apenas resistencia por parte de los partidos de la oposición, diferentes medidas de asegurado e inevitable impacto sobre el sistema sanitario público pero cuyas consecuencias, al no ser inmediatas, apenas resultaron visibles. Tristemente hoy ya son evidentes para muchos y así lo recoge el Informe del Defensor del Pueblo.³ El número de quejas planteadas por los madrileños y la tipología de las mismas supera ampliamente las efectuadas por los ciudadanos que residen en las demás CCAA.

Durante estos años el gasto sanitario público por habitante ha disminuido y situado a la Comunidad de Madrid a la cola de las Comunidades Autónomas. La diferencia con las autonomías que han presentado mayor gasto sanitario público por habitante ha llegado a ser de casi 300 euros menos;⁴ simultáneamente las partidas presupuestarias dedicadas a conciertos (actividad realizada en centros privados y financiada con dinero público) han sido incrementadas de manera progresiva hasta el punto de que en 2007 uno de cada seis euros del presupuesto sanitario estuvo destinado a este concepto.⁵ No ha sido ajena a estos dos hechos la política general de personal seguida, congelación de plantillas e incluso su disminución, pese a la apertura de nuevos centros y el aumento de 552.696 habitantes de 2003 a 2008,⁶ así como una extraña convocatoria de «reordenación de efectivos»,⁷ intento desesperado de la Consejería para poner en funcionamiento los nuevos hospitales. Desafortunadamente, aparte de

³ Informe anual del Defensor Pueblo correspondiente a la gestión realizada durante el año 2008. Boletín Oficial de las Cortes Generales, 4 de junio de 2009.

⁴ Gasto sanitario público (euros/habitante y año) 2003-2006. «La sanidad en la Comunidad de Madrid 2006». Fundación Sindical de Estudios, diciembre del 2006.

⁵ Presupuestos CAM, 2007.

⁶ Instituto de Estadística, padrón continuo.

⁷ BOCM, 19 septiembre de 2007.

las irregularidades⁸ intencionadas que tuvo su resolución, el proceso ha provocado que 5.000 trabajadores —médicos, personal de enfermería, matronas, fisioterapeutas...— salieran indiscriminadamente de los hospitales públicos tradicionales, resultando alterados en su funcionamiento y en situación crítica alguno de los servicios.

Consecuencia lógica de todo ello ha sido el deterioro progresivo, intencionado e interesado del sistema público regional y la ya preocupante disminución de la calidad de la asistencia, el malestar de los profesionales, el aumento de las demandas judiciales y las movilizaciones en la calle de los ciudadanos.

La secuencia de los hechos

Esperanza Aguirre, candidata a la presidencia de la Comunidad de Madrid, promete en enero de 2003 (Coslada, Convención sanitaria del PP) la construcción de 50 centros de salud y 7 hospitales —finalmente serán 8 al incorporar el hospital de Valdemoro—, se trata del llamado Plan de Infraestructuras Sanitarias 2004-2007, la mayor inversión nunca antes realizada, 1.100 millones de euros para «solucionar los problemas estructurales de la sanidad madrileña y construir “la sanidad del futuro”».

Apenas iniciada la legislatura, la Consejería de Sanidad negocia con las corporaciones municipales la cesión de terrenos donde ubicar los futuros centros y, no por azar, elige el municipio de Parla como primer destino; logra con ello desactivar la presión social de sus habitantes que, desde hace tiempo, demandan en la calle un hospital público y el silencio del principal partido de la oposición. El alcalde, Tomás Gómez Franco, es hoy el candidato a la presidencia de la Comunidad de Madrid por el PSOE y considera adecuado utilizar fórmulas de «colaboración público-privada» aunque en un ridículo «porcentaje del 14 %».

Con cierta prisa, apenas un año, el Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid hace públicos los concursos para la adjudicación de las obras de los hospitales Puerta

⁸ *El País*, 13 de julio de 2009. «Una sentencia anula el traslado de personal a los nuevos hospitales».

de Hierro-Majadahonda (22-09-2004), Parla (01-12-2004), Coslada (21-01-2005), San Sebastián de los Reyes (09-02-2005), Vallecas (04-03-2005), Arganda del Rey (17-03-2005) y Aranjuez (23-03-2005) mediante la modalidad *concesión de obra pública*, en el que la empresa realiza el proyecto y construcción del hospital, la gestión/explotación de trece servicios no clínicos y la explotación de zonas comerciales; la Administración le paga una cuota o canon anual. Por su parte, el de Valdemoro (10-08-2005) lo hace con la modalidad *concesión administrativa*: asistencia sanitaria especializada, tanto hospitalaria como ambulatoria, excepto farmacia, oxigenoterapia y transporte sanitario; proyecto y construcción del hospital, equipamiento y explotación de zonas comerciales; la Administración le paga una cantidad al año —prima per cápita— por cada ciudadano adscrito al centro.

En pocos meses se adjudican a empresas procedentes del mundo de la construcción, sin experiencia previa en el sector sanitario (Acciona, Sacyr, Dragados, Begar, Ploder, Hispánica, Capio-Apax Partners, FCC...). Curiosamente, dos de las empresas están siendo investigadas en relación con las tramas de corrupción vinculadas a administraciones gobernadas por el PP: Hispánica S.A., que forma parte de la UTE a la que se adjudica la construcción del hospital de Aranjuez,⁹ y Begar Construcciones y Contratas, que forma parte de la UTE a la que se adjudica el hospital de Vallecas.¹⁰

No fue casual, y sí desalmada, la maniobra de distracción que, en marzo de 2005, estalló en los medios, el denominado «caso Leganés», prolongado intencionadamente por el Consejero de Sanidad, Manuel Lamela, hasta que, en enero de 2008, la «Audiencia de Madrid destruye el bulo y ordena retirar cualquier mención a la supuesta mala práctica

⁹ *El País*, 29 de junio de 2009. La investigación a Bárcenas revela una red de facturas falsas de una constructora del AVE. Más de un millón de euros en billetes de 500 salieron de Constructora Hispánica en 2003 para defraudar al fisco o pagar cohechos, según la Agencia Tributaria.

¹⁰ *El País*, 10 de junio de 2009. En octubre de 2006, el Ayuntamiento de Boadilla del Monte (Madrid) adjudicó suelo para construir 139 viviendas a la empresa UFC, propiedad de José Luis Ulibarri (presidente del grupo Begar), amigo de Francisco Correa. Según la denuncia que llegó al juez Garzón, Ulibarri pagó a Correa una comisión de tres millones de euros para que le consiguiese esa adjudicación, y Correa se repartió el dinero con el alcalde de Boadilla, Arturo González Panero.

médica».¹¹ Inevitablemente, el «caso Leganés», por la gravedad de los hechos denunciados (supuestos homicidios en el servicio de urgencias del hospital público Severo Ochoa), capta y secuestra la atención de los ciudadanos y así, mientras se debate sobre muerte digna, cuidados paliativos y eutanasia, se inicia el proceso de privatización del sistema sanitario. Sorprende por ello que la maniobra de distracción que emplea el Consejero de Sanidad reciba el apoyo de los sindicatos de la Mesa Sectorial de Sanidad —que llegan a ratificar tal actuación con una nota publicada en la prensa nacional—¹² e, inicialmente, de Rafael Simancas, líder del PSM-PSOE, que reacciona ingenuamente exigiendo una investigación a fondo para aclarar la «supuesta práctica continua de eutanasia activa sin consentimiento familiar».¹³

La utilización de maniobras de distracción no es táctica nueva, el gobierno laborista de Gran Bretaña hizo un uso similar de la guerra de Irak mientras avanzaba en el proceso privatizador del Servicio Nacional de Salud británico.¹⁴

El hecho de ofrecer a más de dos millones de ciudadanos nuevos hospitales logra silenciar a los equipos de gobierno de los muchos municipios afectados (difícil, incluso imposible, que los vecinos entiendan y acepten la renuncia a disponer de un hospital), mientras caras e intensas campañas publicitarias lanzadas desde la Administración —«la sanidad del futuro ya es una realidad»: Iª Exposición del Plan de Infraestructuras 2004-2007— consiguen el apoyo de los confiados ciudadanos y hacen muy difícil la respuesta que comienza a estructurarse desde los sectores con más información.

¹¹ Auto 47/2008 de la Audiencia Provincial de Madrid de 21 de enero de 2008.

¹² *El País*, 18 marzo de 2005: «El apoyo a las medidas adoptadas por la Administración Sanitaria tendentes al esclarecimiento de los hechos denunciados...».

¹³ Oriol Güell y Luis Montes Mieza, *El caso Leganés*, Aguilar, 2008, p. 47.

¹⁴ «Las noticias sobre las políticas laboristas dirigidas a introducir el mercado interno a través de los denominados Hospitales de Fundaciones de Consorcios (Foundation Trust Hospitals o FTH), coincidían con la guerra de Irak, por lo que las críticas contra la legislación que creaba estas empresas, los FTH, se diluían en la prensa en medio de la grave crisis de la guerra de Irak». De la intervención de Allyson M. Pollock, en las XXII Jornadas de la FADSP, Madrid, 2005. Traducido por la Associació Catalana per a la Defensa de la Sanitat Pública (ACDSP-FADSP).

En la misma línea, se pone en marcha la estrategia de concertación de «acuerdos» con sindicatos institucionales, sociedades científicas y colegios profesionales, a espaldas de trabajadores y usuarios, que garantiza a la Consejería la nula oposición de estos colectivos. Se pactan más de 30 acuerdos con los sindicatos de la Mesa Sectorial,¹⁵ entre ellos el que incluye la «cláusula de paz social» hasta diciembre de 2007 (tiempo suficiente para finalizar la construcción de los nuevos hospitales); importantes incrementos retributivos que silencian, sobre todo, al personal médico y sanitario no facultativo —la implantación de la «carrera profesional» supone en el nivel máximo un incremento cercano al 30 % del sueldo anual—; se hace posible desempeñar dos puestos de trabajo de carácter asistencial en el servicio público durante la misma jornada¹⁶ (previamente se había suprimido, para el personal médico, el requisito de trabajar sólo en el sector público para poder cobrar el complemento de exclusividad, complemento que se cambió de nombre para extenderlo a todos aquellos que trabajaban en la sanidad privada). También se firma el «Plan de Mejora de la Atención Primaria. Madrid 2006-2007» con colegios profesionales de medicina y enfermería y con sociedades científicas, acuerdo que incluye, como mejora, la «valoración de otras fórmulas de gestión», es decir, contempla la posibilidad de utilizar formas empresariales de gestión en los centros de salud. Los escasos aspectos positivos de dicho Plan, como el incremento de plantillas, se incumplen en la inmensa mayoría.

Llamativos son los términos del concierto singular firmado el 28 de diciembre de 2006 entre el Servicio Madrileño de Salud (SERMAS) y la Fundación Jiménez Díaz-Unión Temporal de Empresas, UTE (Unión Temporal de Empresas) en la que es mayoritaria la multinacional Capiro, propiedad de Apex Partners y adjudicataria del hospital de Valdemoro.

¹⁵ http://www.madrid.org/lapresidencia/contenidos/asuntos/asuntos_interes08.htm.

¹⁶ La Ley de Acompañamiento a los Presupuestos Generales de la Comunidad de Madrid para 2008, aprobada en el Parlamento regional sólo con los votos del PP, especifica en su artículo 11 que «el personal sanitario dependiente de la Consejería de Sanidad y de sus organismos autónomos, empresas públicas y entes del sector público de la comunidad adscritos, podrá compatibilizar un segundo puesto de trabajo de carácter asistencial o ejercer una segunda actividad en el sector público, si así lo exigiera el interés del servicio público».

El nuevo concierto delega en la empresa toda la atención especializada de 400.000 habitantes frente a los 234.975 que contemplaba el concierto previo (abril de 2003 y vigencia inicial de diez años). En la práctica, la ampliación del ámbito de la asistencia se ha visto acompañada de la sustitución de los trabajadores de los centros de especialidades Pontones y Quintana, propiedad de la Tesorería General de la Seguridad Social, por personal de la empresa privada y la consiguiente explotación de los dos inmuebles por una empresa con ánimo de lucro. Pese a la requisitoria de organizaciones como el Sindicato Asambleario de Sanidad y CoBas a la Seguridad Social, el Ministerio de Trabajo no ha tomado medidas para recuperar los inmuebles.¹⁷

La segunda legislatura de Esperanza Aguirre continúa, con mayor descaro pero ritmo más lento, el proceso de privatización. El Plan de Infraestructuras Sanitarias 2007-2011, construcción de cuatro hospitales (Torrejón, Collado-Villalba, Carabanchel, Móstoles) y 55 centros de salud, es presentado en el hotel Ritz por el Consejero de Sanidad, Juan José Güemes, a un auditorio de empresarios y aseguradoras con el lema «Aproveche las oportunidades de negocio». Se les ofrece participar en un negocio de millones de euros, la construcción de nuevos centros, la reforma de los grandes hospitales públicos tradicionales —Gregorio Marañón, La Paz, Doce de Octubre, Ramón y Cajal— que, en palabras del Director General de Hospitales Antonio Burgueño, resulta obligado «jibarizar», reducir su tamaño a la mitad.

Si quieren ustedes tener una referencia de cómo van a ser los modelos de concesión de estos hospitales...no tienen más que fijarse en los pliegos que en su día se aprobaron para el hospital de Valdemoro y en el contrato que tenemos firmado con Capio. (Juan José Güemes, Consejero de Sanidad)

Las palabras del Consejero evidencian, sin dejar lugar a dudas, la intención del Gobierno de la Comunidad, trasladar la gestión de la práctica totalidad de la asistencia especializada a la iniciativa privada.

¹⁷ ADN, 27 de mayo de 2008. «Dos sindicatos han presentado un documento en el Registro de la Tesorería General de la Seguridad Social, en el que preguntan por la situación legal en que quedan los centros de especialidades de Pontones y Quintana tras la firma del acuerdo entre el Servicio Madrileño de Salud y la Fundación Jiménez Díaz».

No obstante, la crisis económica parece condicionar los tiempos de ejecución del plan de actuaciones del equipo de gobierno y no es hasta la primavera de 2009 que la Consejería de Sanidad publica el concurso —«Contrato de gestión de servicio público en la modalidad de concesión denominada atención sanitaria especializada correspondiente a los municipios de Torrejón de Ardoz, Ajalvir, Daganzo, Ribatejada y Fresno de Torote»—. El contrato tiene dos particularidades que provocan inquietud, incluye la remodelación y gestión del Centro de Especialidades de Torrejón —la Administración cede otra vez a una empresa con ánimo de lucro un centro que es patrimonio de la Seguridad Social— y segrega el pago en dos conceptos —*prima per cápita* o cantidad que la empresa cobrará por cada una de las personas con tarjeta sanitaria individual (como sucede en la concesión administrativa de Valdemoro) y *cuota/canon* por la prestación de los servicios complementarios no clínicos (como ocurre en las concesiones de obra pública del resto). En definitiva, la Consejería traslada la gestión de toda la asistencia especializada de la población de esos cinco municipios, 150.000 habitantes, durante 30 años y un importe de 2.127.651.697,17 € al grupo empresarial Ribera Salud, Asisa, FCC, Concessia, Cartera y Gestión de Infraestructuras.

A Ribera Salud, propietaria o con participación en todos los hospitales modalidad concesión administrativa construidos en el País Valenciá (Alzira, Elche-Crevillente, Torrevieja, Denia y Manises) se le adjudica también en la Comunidad de Madrid el «Laboratorio Central de Diagnóstico Analítico» por un importe de 172 millones de euros y un plazo de ocho años.

El laboratorio central de diagnóstico analítico va a atender las pruebas que realicen los hospitales nuevos [...] el objetivo es agilizar los tiempos de respuesta de las pruebas analíticas y hacer una gestión más eficiente con una reducción de costes [...] se mejorará la calidad, la eficacia y la accesibilidad en la utilización de los recursos. (Ignacio González, portavoz del Gobierno Regional)

Negocio redondo, la empresa recibe suelo público gratis y se le garantiza la rentabilidad (el diagnóstico de laboratorio es uno de los procesos sanitarios que genera «mayor plusvalía»); los laboratorios de seis de los ocho hospitales nuevos, realmente pseudo-mini-laboratorios de acuerdo al pliego de prescripciones técnicas de los respectivos

proyectos de construcción, sólo tienen capacidad para realizar aquellas determinaciones que precisan un tiempo de respuesta inferior a seis horas, una mínima parte de las pruebas que actualmente se realizan en los laboratorios de cualquiera de los hospitales tradicionales. De esta forma, las pruebas urgentes que no se realicen en dichos hospitales, más todas las pruebas de rutina no incluidas en lo urgente (aproximadamente un 80 % de pruebas),¹⁸ se van a derivar al macro-laboratorio privado. La Consejería insiste aun más en garantizar la viabilidad del Laboratorio Central de Diagnóstico Analítico y, previo al inicio de su funcionamiento en junio de 2009, cierra el laboratorio público del centro de especialidades de Coslada y posteriormente los de Aranjuez y Vallecas.

En abril de 2008 abre la Unidad Central de Radiodiagnóstico («anillo radiológico»), empresa pública creada¹⁹ para la «gestión y explotación de los servicios de diagnóstico y tratamiento que conlleven la aplicación de alta tecnología en las empresas públicas Hospital del Norte, Hospital del Sur, Hospital del Henares, Hospital de Vallecas, Hospital del Sureste y Hospital del Tajo; así como en otros hospitales o centros, previa decisión al respecto de la Consejería».

Es también en esta fecha cuando se suprimen la Dirección General de Salud Pública y Alimentación de la Comunidad de Madrid, y el Instituto de Salud Pública,²⁰ expresión del nulo interés del gobierno regional por las actividades de planificación sanitaria, prevención y promoción de la salud que estos organismos tenían asignadas.

Tras una negociación de varios meses con los sindicatos de la Mesa Sectorial y las sociedades científicas, la Asamblea de Madrid en pleno mes de julio de 2009 aprueba el anteproyecto de la «Ley de libertad de elección» en la Comunidad de Madrid, un paso más para que sea el mercado quien guíe las decisiones en política sanitaria. La citada Ley concreta poco pero va a permitir casi todo.

¹⁸ Colectivo de Profesionales de los Laboratorios Clínicos de la Comunidad de Madrid. Nota de prensa, 28 de noviembre de 2007.

¹⁹ Ley 7/2007, de 21 de diciembre, de Medidas Fiscales y Administrativas de la Comunidad de Madrid, artículo 14.

²⁰ <http://www.casmmadrid.org/index.php?idsecc=noticias&id=578&limit=&titulo=NOTICIAS>.

Utilizando un discurso grandilocuente en la exposición de motivos, la Ley tiene por objeto «regular el ejercicio de la libertad de elección de médico de familia, pediatra y enfermero en Atención Primaria y de médico y hospital en Atención Especializada, con excepción de la atención domiciliaria y las urgencias» (artículo 1^o). Más que regular el ejercicio de un derecho (la «libre elección» de especialista²¹ y médico de Atención Primaria²² hace tiempo que está reconocida y pendiente, en esta Comunidad, del desarrollo reglamentario que la hiciera efectiva) la Ley que, en este sentido, nada añade ni mucho menos concreta, parece ser una mera excusa para romper la actual subdivisión del territorio en 11 Áreas de Salud y la correspondiente asignación de los recursos asistenciales (Mapa Sanitario): «El Sistema Sanitario Público de la Comunidad de Madrid se organiza en un Área de Salud Única integrada por el conjunto del territorio de la región» (Artículo 2.2).

Sin explicación alguna, deja en el recuerdo la subdivisión territorial en 15 Áreas de Salud,²³ sometida a trámite de información pública en julio de 2006, y sin contestación a las miles de alegaciones presentadas por partidos políticos, corporaciones municipales, asociaciones de vecinos y particulares.

¿Es posible la libre elección en sanidad? La respuesta es no. Aparte de la conocida «asimetría de información» entre paciente y clínico que hace de la libre elección un espejismo, la «ilusión» de elegir pasaría por facilitarle al ciudadano

²¹ Real Decreto 8/1996, de 15 de enero, sobre libre elección de médico en los Servicios de Atención Especializada del Instituto Nacional de la Salud. Las especialidades en las que el usuario podrá ejercitar el derecho de elección serán las siguientes: Cardiología, Cirugía General y del Aparato Digestivo, Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología, Aparato Digestivo, Endocrinología y Nutrición, Neumología, Neurología, Obstetricia y Ginecología, Oftalmología, Otorrinolaringología, Traumatología y Cirugía Ortopédica, Urología.

²² Real Decreto 1575/1993, de 10 septiembre por el que se regula la libre elección de médico en los servicios de Atención Primaria del Instituto Nacional de la Salud. Permite la elección de médico de familia y pediatra.

²³ Resolución de 25 de julio de 2006, del Secretario General Técnico de la Consejería de Sanidad y Consumo, por la que se somete a trámite de información pública el proyecto de Decreto por el que se aprueba la Zonificación Sanitaria de la Comunidad de Madrid. BOCM, núm. 186, 7 de agosto de 2006.

información relevante más allá de la dirección del centro sanitario, el tiempo de acceso al mismo y la situación de la lista de espera, cosa impensable e incompatible con la política informativa (nula) a la que nos tiene habituados la Consejería de Sanidad en esta materia.

¿Cuáles son los motivos no explícitos de la Ley? ¿Satisfacer la insistente y mayoritaria petición de la ciudadanía? De nuevo, obviamente, no. Incluso la propia Consejería de Sanidad estima entre un 5 % y un 10 % el número de madrileños que, en la práctica, ejercerán el derecho.²⁴

Sí puede tener categoría de motivo «dejar sin efecto» la norma básica²⁵ que circunscribe la movilidad forzosa de los trabajadores, por necesidad imperativa de la organización sanitaria, al Área de Salud. El Área Única permitirá el traslado del personal, incluso contra su voluntad, a cualquier centro y a los nuevos hospitales que, pese al proceso de reordenación de efectivos en curso, tienen evidentes carencias de profesionales; año y medio después de su apertura necesitan del «proteccionismo» de la Administración y el «apoyo obligado» de los hospitales tradicionales.

Le urge al gobierno de la Comunidad que los nuevos hospitales funcionen a pleno rendimiento, para que el presupuesto de cada centro dependa del número de pacientes tratados, y exista competencia entre ellos («mercado interno»). La selección de los pacientes más rentables es un riesgo real, tal y como de forma reiterada han evidenciado los profesionales sanitarios de países con reformas similares, además de provocar un incremento real del gasto sanitario debido a la obligada hipertrofia del aparato administrativo necesario para el control de la facturación entre centros.

No es disparatado pensar que, a medio plazo, existan centros de segunda categoría, tipo beneficencia, para atender aquellos pacientes considerados no rentables, ni tampoco que la Atención Primaria —casi 400 centros de salud—, pase de ser la puerta de entrada al sistema a instrumento de contención y filtro de acceso a la Atención Especializada.

²⁴ Memoria económica del Anteproyecto de Ley de Libertad de elección en la Comunidad de Madrid.

²⁵ «El personal podrá ser cambiado de puesto por necesidades imperativas de la organización sanitaria, con respeto de todas las condiciones laborales y económicas dentro del área de salud», Ley General de Sanidad, artículo 87.

La incentivación económica del personal que tiene la capacidad de reducir el gasto sanitario (sobre todo el personal médico) ha sido la estrategia del campo empresarial privado. Existen experiencias en el Estado que lo confirman: el hospital de Alzira en la época en la que Antonio Burgueño era directivo de dicho centro (actualmente es Director General de Hospitales de la Consejería de la Sanidad de Madrid), condicionó una parte sustancial del salario a la consecución de objetivos tan arriesgados como «premiar a aquéllos que adecuan el número de ingresos que se producen desde urgencias», o el «número de altas» y la UTE propietaria del hospital de Torrevieja estableció suculentos incentivos, entre 18.000 y 24.000 €/año, a los médicos de primaria que redujeran las derivaciones a especializada y al hospital (es decir, hasta 2.000 euros/mes).²⁶

Argumentación política, ventajas teóricas y resultados tangibles

La restricción impuesta por el Tratado de Maastricht a la capacidad de endeudamiento de los gobiernos —déficit público inferior al 3 %—, es el *argumento no cuestionable* al que recurren los gobiernos del entorno europeo, de cualquier color político, para justificar el recurso a la financiación privada de servicios públicos y a las «fórmulas de colaboración público-privada» (*Public Private Partnership*, PPP, según sus siglas en inglés);²⁷ argumento que, lógicamente, esgrime el PP en Madrid y que se acompaña de un sinfín de supuestas ventajas:

- «Se evita tener que acudir a fórmulas de financiación a crédito —emisión de deuda pública u otras— que comprometan el pasivo de la Comunidad Autónoma

²⁶ UTE hospital de Torrevieja (Asisa, Ribera Salud, Acciona, HCB y el grupo Ortiz). La concesión incluye la gestión de 9 centros públicos de Atención Primaria. Abono trimestral de incentivos económicos a los médicos de Atención Primaria en concepto de «resolución» de casos de pacientes que de esta forma no se derivan a la consulta del especialista. *Diario Información*, de Alicante, 27 de noviembre de 2007.

²⁷ La colaboración público-privada se erigiría así en «una solución eficaz para garantizar una infraestructura o para ofrecer un servicio público» siendo su principal objetivo «la mejora de la calidad del servicio prestado a los ciudadanos» (Dictamen sobre la Comunicación de la Comisión al Parlamento Europeo, al Consejo, al Comité Económico y Social Europeo y al Comité de las Regiones sobre colaboración público-privada y Derecho comunitario en materia de contratación pública y concesiones).

por encima de los límites permitidos por las normas comunitarias y estatales sobre control del déficit público (Eurostat)».

- «Se optimiza el valor del dinero que pagan los contribuyentes mediante la participación de empresas privadas en todas las áreas de servicios públicos».
- «Modernización de la Gestión Pública, aumento de la eficacia y la eficiencia del sistema sanitario». El sistema tradicional se presenta a la opinión pública como obsoleto y lleno de funcionarios ociosos.
- «Se transfiere el riesgo de la construcción y puesta en marcha a las entidades privadas que gestionarán los nuevos hospitales, con aumento de la eficiencia en lo que se refiere a los costes de inversión dado que el precio y el plazo de la construcción quedan cerrados desde el inicio».
- «Una mayor rapidez para la construcción y entrega de los centros».
- «El modelo incentiva la calidad y la disponibilidad de los servicios dado que el incumplimiento de los indicadores de calidad lleva aparejada una reducción del canon».

Hoy existe abundante literatura sobre las características y riesgos generales de estas iniciativas; la experiencia internacional pone de relieve²⁸ graves objeciones al modelo y muchas dudas sobre las teóricas ventajas. Por ejemplo, T. Sacckeville, uno de los promotores de la iniciativa PPP en el Reino Unido, expone una «visión negativa sobre esta estrategia económicamente cara y financieramente cuestionable. Algunos de los más importantes hospitales construidos bajo las directrices de este nuevo modelo presentan serios problemas como es el caso del Hospital Queen Elizabeth en Grenwicht en situación de quiebra al presentar costes que exceden en 19,7 millones de libras anuales a lo inicialmente presupuestado; o el Hospital Barts

²⁸ <http://www.web.net/ohc/P3s/Flawed,%20Failed,%20Abandoned%20-%20Final.pdf>. Existe traducción reducida en castellano: «Proyectos PFI/PPP fracasados, abandonados o erróneos». Natalie Mehra. «La evidencia canadiense e internaciona»: <http://www.casmadrid.org/index.php?idsecc=documentos&id=11&limit=50&titulo=DOCUMENTOS>.

de Londres que, con unos costes previstos de 8,62 millones de libras —año 2005—, ha tenido que incrementar su presupuesto 8 veces más para asegurar su sostenibilidad».²⁹

Que la financiación privada de las inversiones evite la aparición de deuda pública no se traduce en ventaja obligada para los contribuyentes y resulta escandalosamente cara (el coste total de los proyectos PPP/PFI puede ser hasta seis veces mayor que el coste de construcción de un hospital tradicional). Lo que, en definitiva, ofrece el modelo PPP/PFI no es más que un conjunto de mecanismos que altera el tiempo de los pagos y los flujos de beneficios. El hecho de que el sector privado adelante la financiación no ofrece a la administración «dinero nuevo»: «Reparte la misma cantidad de dinero privado que un Bono del Estado convencional, pero a través de un mecanismo que altera el tiempo, por motivos contables, de las obligaciones financieras gubernamentales».³⁰ Recurrir a ella es una decisión política que poco tiene que ver con el gasto público, con el control del mismo o con sus límites (en muchas ocasiones superados). Los que, de hecho, salen ganando son los directivos, los asesores financieros, los consultores, los abogados, los grandes bancos y las empresas que están compitiendo entre sí por llevarse los recursos públicos. Se garantiza a compañías privadas, muy afectadas por el hundimiento de los sectores más especulativos, rentabilidades superiores a la media del mercado durante muchos años (30 años prorrogables hasta 60 años en el caso de Madrid).

Las compañías de construcción comprometidas en la Iniciativa de Financiación Privada (PFI) en Gran Bretaña esperan conseguir entre tres y diez veces más ingresos de los que hubieran logrado con contratos tradicionales, situando sus márgenes de beneficio entre el 7,5 y el 15 % (los propietarios de acciones de renta variable), y entre el 10 y el 20 % (las compañías que participen en el consorcio). El diario británico *The Guardian* publicó en 2003 un informe de la industria de construcción europea que señalaba directamente a los contratos PFI como la razón principal para que, en el Reino Unido, las empresas de la construcción

²⁹ García Martín, Manuel, *La crisis de los Sistemas Sanitarios*, Federación de Asociaciones para la Defensa de la Santidad Pública.

³⁰ Hugh McKenzie, «Financiación de los hospitales de Canadá: Alternativas públicas a las CPP», octubre del 2004.

crecieran por encima del 8 %, frente a las de Alemania y Francia que experimentaron crecimientos tan sólo del 2,5 % y 0,7 %, respectivamente ese mismo año.³¹

La experiencia cuestiona también la «transferencia de riesgo» a las empresas privadas³² —existe un importante debate sobre cómo son tasados y cuantificados los riesgos—. El supuesto riesgo no parece ir más allá de la fase de construcción; las penalizaciones previstas en los contratos por incumplimientos en la calidad o en la disponibilidad de los servicios no clínicos, se aplican con enorme dificultad e importante coste añadido o, sencillamente, no se adoptan. En situación extrema, el riesgo se acaba transfiriendo al sector público pues la asistencia no puede dejar de prestarse; si se producen pérdidas económicas o los ingresos son inferiores a los deseados, siempre queda la posibilidad de amenazar con cierres y presionar a la Administración para lograr condiciones más ventajosas.³³

Los proyectos PPP/PFI de Madrid ratifican lo denunciado en Gran Bretaña y Canadá: un coste 4-5 veces superior al sistema tradicional de construcción, una autentica bomba de relojería para el sector público. Sirvan de ejemplo los, al menos, 1.200 millones de euros que los madrileños pagaremos a la concesionaria de Majadahonda-Puerta de Hierro por los 30 años de utilización del hospital, frente a los 400 millones de euros que, por la utilización del Hospital Central de Asturias con 200 camas más, los asturianos abonarán a GISPASA, empresa pública creada en el Principado de Asturias para realizar funciones equivalentes a la empresa privada. GISPASA, por su condición de empresa pública, ha conseguido financiación en condiciones óptimas del Banco Europeo de Inversiones (BEI), un préstamo de 165 millones de euros con un periodo de carencia de 28 años y a un tipo de interés equivalente al euribor sin recargos. La rentabilidad que esperan los inversores de los fondos bancarios que participan en los proyectos de los hospitales de Madrid se sitúa entre el 12 % y el 18 %, rentabilidad que está asegurada

³¹ *The Guardian*, 5 de septiembre de 2003.

³² Allyson Pollock and David Price, «Public risk for private gain? The public audit implications of risk transfer and private finance», UNISON, Julio 2004.

³³ http://www.casmadrid.org/docStatic/no_se_cuenta_alzira.pdf.

por el canon anual fijado,³⁴ más los ingresos obtenidos por la explotación de las zonas comunes (parking,³⁵ restauración, tiendas...) cuantía esta última que permanecerá en el más absoluto de los secretos.

Cerca de 138 millones de euros es la cifra que consta en los Presupuestos de 2008 para pagar el alquiler de los nuevos hospitales,³⁶ cantidad que comienza a afectar negativamente a los presupuestos asignados a los centros asistenciales tradicionales y a la contratación de profesionales. Esta cantidad permitiría contratar durante un año a 3.500 trabajadores del sector, 700 médicos, 1.300 diplomados sanitarios, 300 técnicos y 1.200 no sanitarios.

Es habitual que el equipo directivo de la Consejería de Sanidad se sirva de la frase «hospitales llave en mano» para señalar otra de las supuestas ventajas, «no se comienza a pagar hasta que están a disposición de los pacientes», es decir, en funcionamiento. La frase resulta tan convincente como decepcionante el significado que adquiere en la Comunidad de Madrid. La Administración pagó a las empresas concesionarias casi 54 millones de euros en 2007 con un único centro funcionando parcialmente, el hospital de Valdemoro, inaugurado el 25 de noviembre de 2007. La pregunta es obligada: ¿qué pagamos? El gobierno autónomo no se siente obligado o considera necesario responder.

Otro aspecto relevante a tener en cuenta es la pérdida de control público del funcionamiento de estos centros y la continua delegación de competencias propias de la Administración a la empresa privada. Así, la Comunidad de Madrid crea una Unidad Técnica de Control, órgano de la Administración Sanitaria, para controlar y evaluar los servicios externalizados,

³⁴ Serían 44.548.550 millones de euros, Puerta de Hierro-Majadahonda; 13.792.400, Parla; 14.964.000, Coslada; 17.859.968, San Sebastián de los Reyes; 15.448.178, Vallecas; 9.912.709, Arganda del Rey; 9.006.528, Aranjuez.

³⁵ Los hospitales de Inglaterra y Gales ganaron en 2007, sólo en concepto de aparcamiento, 102,3 millones de libras: <http://www.telegraph.co.uk/news/uknews/1579883/Hospitals-earn-100m-from-car-park-fees.html>.

³⁶ El presupuesto anual de un hospital de tamaño medio —525 camas—, como el de Getafe era de 116 millones de euros, de los que 65 millones se dedicaban a salarios. Memoria Hospital Getafe 2004.

pero entrega a una empresa privada,³⁷ a través de un contrato de consultoría,³⁸ por dos años (prorrogable otros dos), el análisis de la información, las inspecciones físicas, el seguimiento de los fallos de servicio... en lugar de hacer recaer exclusivamente esta actividad en los propios funcionarios públicos. Otros métodos de supervisión y control como son las auditorías externas y encuestas de satisfacción serán realizadas otra vez más por «empresas externas», es decir, otra subcontratación de actividades a una nueva empresa privada.³⁹

Eficiencia de la gestión privada, la ventaja incuestionable. Termino añejo del campo de la economía, de uso obligado y muchas veces inadecuado en el discurso de políticos, administradores e intelectuales del ámbito sanitario, pero en la práctica simple impostura intelectual que oculta una penosa realidad: reducción de plantillas, sobrecarga laboral, efectos nocivos sobre los pacientes, reducción del coste de cada unidad de producción (proceso asistencial) y, sorprendentemente, aumento del gasto sanitario total.

La bibliografía que recoge los resultados de reformas similares llevadas a cabo con anterioridad en diversos países de la OCDE es amplia.⁴⁰

³⁷ La calidad de los servicios prestados por filiales de Sacyr, Acciona, ACS, OHL y FCC será auditada por Gerens Hill, que está implantando ya sus sistemas de control: http://www.cincodias.com/articulo/empresas/Esperanza-Aguirre-encarga-Gerens-Hill-control-hospitales-privatizados/20080721cdscdiemp_8/cdsemp/.

³⁸ Resolución de 18 de diciembre de 2007. BOCM núm. 13, de 16 de enero de 2008. Adjudicación del contrato de consultoría y asistencia denominado «apoyo técnico a la Unidad de Control Administrativa de las obras y servicios públicos de siete hospitales de la CAM», por 2.206.320 €.

³⁹ Pliego de prescripciones técnicas del contrato de consultoría y asistencia técnica titulado «Apoyo técnico a la Unidad de Control Administrativa de las obras y servicios públicos de siete hospitales de la CAM».

⁴⁰ Experiencia en Gran Bretaña: «La primera fase, iniciada en 1979, consistió en introducir los términos eficiencia y gestión y en alejar al médico y a la enfermera de los políticos. Esto trajo consigo una mayor estratificación administrativa. Estos nuevos administrativos eran tecnócratas que creían que los servicios sanitarios podían funcionar como un supermercado, alejándose del modelo en el que priman las necesidades sanitarias [...] La segunda fase, ya en 1991, fue la introducción de un mercado interno. Se separaron las funciones de compra y provisión de servicios. Nuestros hospitales y servicios sanitarios se convirtieron en

La privatización de la limpieza en muchos centros de Gran Bretaña se acompañó de un descenso importante del número de trabajadores (se pasó de 100.000 limpiadores a 55.000 en 15 años)⁴¹ así como de un incremento de las infecciones hospitalarias.⁴² En el caso canadiense, la opinión del 86 % de la plantilla del personal del servicio de urgencias de un hospital de Vancouver, cuyo servicio de limpieza había sido privatizado recientemente, era que había disminuido la limpieza.⁴³

Es más, la evidencia indica que entre el 30 y el 50 % de las infecciones hospitalarias son evitables⁴⁴ y están relacionadas con la política de reducción de gastos y remiten al duplicar las horas de limpieza.⁴⁵ Por otra parte, el hecho de que los gastos de personal supongan el 93 % del gasto de las

proveedores, y se introdujeron compradores y vendedores [...] se privatizaron áreas concretas, como limpieza, comedores y lavandería [...] de esta forma se introdujo el mercado interno [...] En 1992 se introducen los fundamentos de la participación conjunta entre lo público y lo privado (Public Private Partnership o PPP) y, con las Iniciativas de Financiación Privada (Private Funding Initiative o PFI), mediante las cuales el gobierno introdujo ya de lleno al sector privado en la gestión. De esta forma el gobierno se convierte en arrendatario. El efecto es transferir la propiedad y el control de estos servicios de las instituciones y las empresas públicas a las compañías privadas, los bancos y los accionistas [...] La cuarta y última fase fue iniciada en 2000: una vez privatizada gran parte de la estructura del NHS, el gobierno comenzó a privatizar la fuerza de trabajo clínica: los médicos y las enfermeras». De la intervención de Allyson M Pollock, en las XXII Jornadas de la FADSP, Madrid, 2005. Traducido por la Associació Catalana per a la Defensa de la Sanitat Pública (ACDSP-FADSP).

⁴¹ http://cupe.ca/updir/Hospital_room_tour_fact_sheet.pdf.

⁴² Comptroller & Auditor General, «The management and control of hospital acquired infection in acute NHS trusts in England», National Audit Office, London, 2000: http://www.nao.org.uk/whats_new/9900/9900_230.aspx?alreadysearchfor=yes).

⁴³ http://cupe.ca/updir/Hospital_room_tour_fact_sheet.pdf.

⁴⁴ Zoutman, *et. al.*, «The state of infection surveillance and control at Canadian acute care hospitals», *American Journal of Infection Control*, núm. 31, 2003, p. 266-275.

⁴⁵ Rampling, A., Wiseman, S., Davis, L., Hyett, P., Walbridge, A. N., Payne, G. C., & Cornaby, A. J., «Evidence that hospital hygiene is important in the control of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*», *Journal of Hospital Infection*, núm 49, 2001, pp. 109-116.

empresas de limpieza, determina que la supuesta «eficiencia» se logra, en definitiva, a expensas de reducir el número de trabajadores.⁴⁶ Además, esta privatización de los servicios de limpieza no ahorra costes ya que los efectos adversos derivados del deterioro de la higiene hospitalaria provocan una serie de gastos añadidos (reingresos, estancias más largas, gasto en IT y medicación, intervenciones quirúrgicas sobrevenidas, cierre de plantas y quirófanos, retraso de otras intervenciones..), que son cubiertos desde el sector público, no desde las concesionarias ni desde las subcontratas, y que algunos autores han cuantificado en 14.360 euros por paciente.⁴⁷

Una investigación realizada en el hospital privatizado de North Durham, en Gran Bretaña, demostró que el personal de enfermería se había reducido en un 12 % debido a la necesidad de cuadrar las cuentas del nuevo hospital modelo PFI. Una enfermera especializaba recordaba el caso de un paciente de unos 40 años, en fase terminal: «Lo había estado atendiendo durante siete años, tanto en el hospital como en su domicilio. Falleció poco después de que nos mudáramos al nuevo hospital. No me di cuenta de que había muerto hasta cuatro horas después. Sencillamente, no había tenido tiempo. No había gritado y todos los demás pacientes sí, por eso no pude fijarme en él. Había cuatro trabajadores para 32 pacientes: dos cualificadas y dos ayudantes y, encima, dos de ellas eventuales. Eso ahora es lo habitual. Se hace todo lo contrario de lo que aprendimos. Me hice enfermera porque quería cuidar a los pacientes».⁴⁸

La seguridad de los pacientes aumenta cuando el número de trabajadores es adecuado, sobre todo el personal de enfermería, que es el que está las 24 horas del día en contacto con los pacientes, y que ya en el Estado español parte de

⁴⁶ «Hospital-Acquired Infections», CUPE On the front line, en: http://cupe.ca/updir/Hospital_room_tour_fact_sheet.pdf.

⁴⁷ Tony Kim, MA; Paul I. Oh, MD; Andrew E. Simor, MD, «The Economic Impact of Methicillin-Resistant Staphylococcus aureus Canadian Hospitals» *Infect Control Hosp Epidemiol*, núm. 22, 2001, pp. 99-104.

⁴⁸ <http://www.web.net/ohc/nursesandP3s.htm> y <http://www.guardian.co.uk/society/2001/jul/23/hospitals.ppp>.

unos niveles escandalosos respecto a la UE.⁴⁹ La apertura de ocho nuevos hospitales sin aumentar las plantillas totales (el oscurantismo de la Consejería de Sanidad en este punto es total), explica las penosas condiciones laborales que refiere el personal de los nuevos centros,⁵⁰ quedando al descubierto que el problema de la calidad de la asistencia y la adecuación de las plantillas no parece concitar ningún interés entre los gestores del SERMAS.⁵¹

Así, el aumento de una hora diaria en los cuidados de enfermería especializada se asocia con un descenso de las neumonías, trombosis, insuficiencias respiratorias e infecciones urinarias, presentando los hospitales lucrativos mayores tasas de complicaciones.⁵² Las horas de enfermera por paciente y día están en relación inversa con la mortalidad en pacientes con IAM.⁵³ Un incremento

⁴⁹ *Informe sobre recursos humanos sanitarios en España y la Unión Europea*. Consejo General de Enfermería, 2007. «España ocupa el lugar número 22 en la lista de países europeos y tiene un total de 531,83 enfermeras por cada 100.000 habitantes, mientras la media en Europa es de 808,5 profesionales, siendo los países con mayor número Irlanda con 1.862,6 profesionales, Finlandia con 1.493,7 profesionales, Países Bajos (1372,6), el Reino Unido (1241,4), Suecia (1072,9), Dinamarca (1042,6), República Checa (1018,82), Alemania (979,9), Austria (950,4) y Luxemburgo (917,2)».

⁵⁰ En entrevistas realizadas a personal de enfermería de los nuevos hospitales, este personal refiere estar trabajando al límite de sus posibilidades, teniendo asignados en ocasiones hasta 17 pacientes de cirugía por enfermera. Existen cartas registradas a las Gerencias respectivas poniendo en su conocimiento la insoportable presión asistencial.

⁵¹ En cambio, en otros lugares como el estado de Victoria (Australia), se han establecido mediante normas legales, ratios máximos de pacientes por puesto de enfermería.

⁵² Kovner & Gergen. «Nurse staffing and postsurgical adverse events: an analysis of administrative data from a sample of U.S. hospitals, 1990-1996 - Acute Care», *J. Nurs. Schol.*, núm. 30, 1998, p. 315. «Mientras que aumentar de 4 a 6 los pacientes de cirugía por enfermera incrementó un 14 % la probabilidad de que uno de ellos muriera en los siguientes 30 días de su ingreso»: Aiken L. Et al., «Hospital Nurse Staffing and Patient Mortality, Nurse Burnout, and Job Dissatisfaction», *JAMA*, núm. 288, 2002, pp. 1987-1993.

⁵³ Schultz Martlch, *et al.*, «The relationship of hospital structural and financial characteristics to mortality and length of stay in acute myocardial infarction patients», *Outcomes Manag. Nurs. Pract.*, núm. 2(3), 1998, pp. 130-136.

del 10 % del personal de enfermería se asocia a 17 muertos menos por cada 1.000 altas.⁵⁴ O lo que es lo mismo, si todos los hospitales aumentaran el personal de enfermería hasta alcanzar el 25 % de los que tienen mejores plantillas, se podrían evitar más de 6.700 muertes de pacientes ingresados y unas 60.000 secuelas negativas.⁵⁵ Incluso el recorte de ratios enfermera-pacientes hasta 1:4 podría salvar 72.000 vidas al año y resulta más coste-efectivo que otras actuaciones como el uso de los trombolíticos para infartos o la prueba PAP para el cáncer cervical.⁵⁶ Otros autores afirman que hasta 20.000 muertes anuales de pacientes se pueden vincular con dotaciones bajas de personal de enfermería, o que el incremento de cuatro pacientes adicionales por enfermera aumenta el riesgo de muerte en un 31 %.⁵⁷

Por otra parte, pese a que los intereses inmediatos de los gestores se centran en la reducción del gasto, está fuera de toda discusión que si las plantillas fueran adecuadas se reducirían los gastos globales, ya que plantillas insuficientes incrementan el riesgo de infecciones graves que suponen miles de dólares de coste añadido;⁵⁸ o que en los hospitales con menos enfermeras de noche en las UVI se incurre en un aumento de costes del 14 %;⁵⁹ o que unas plantillas adecuadas de enfermeras reducen entre el 3 % y el 6 % las convalecencias, y por lo tanto los costes.⁶⁰

Respecto a la mortalidad, los estudios de P.J. Devereaux son concluyentes. Su meta-análisis de 15 estudios observacionales, con la participación de 26.000 hospitales y 38 millones de pacientes adultos, demostró que los hospitales con ánimo de lucro se asocian con un mayor riesgo de muerte (un 2 % más) respecto a los privados no

⁵⁴ *Science Daily*, 16 enero 2007.

⁵⁵ *Health Affairs*, enero-febrero 2006.

⁵⁶ *Journal of the American Public Health Association*, agosto 2005.

⁵⁷ *JAMA*, octubre 2002.

⁵⁸ *Critical Care*, julio 2007.

⁵⁹ *American Journal and Critical Care*, noviembre 2001.

⁶⁰ «Nurse staffing and patient outcomes in hospitals», *Harvard School of Public Health*, report 2001.

lucrativos, porcentaje que, aunque puede parecer mínimo, era equiparable a la mortalidad por accidentes de tráfico o cáncer de colon en Canadá.⁶¹ Su estudio sobre una muestra de 1.642.000 recién nacidos ingresados en 243 hospitales, encontró un incremento de la mortalidad del 9,5 % en los hospitales lucrativos respecto a los no lucrativos,⁶² mientras que el realizado con 500.000 pacientes de hemodiálisis demostró un aumento de mortalidad de casi un 10 % en los centros con ánimo de lucro (equivalentes a 2.500 muertes prematuras en Canadá en ese periodo).⁶³ Entre las razones que sugieren los autores para explicar que los hospitales con ánimo de lucro y beneficios privados se asocian con un aumento estadísticamente significativo del riesgo de muerte, destacan la necesidad de generar ganancias para los accionistas (los inversores esperan de un 10 % a un 15 % de retorno sobre su inversión); los incentivos por alcanzar o exceder los márgenes de beneficios previstos; la reducción de plantillas de personal altamente cualificado... acciones que obligan, en definitiva, a dedicar menos recursos a la atención de los pacientes.

Casos recientes como son las denuncias de la situación de la urgencia del nuevo Puerta de Hierro-Majadahonda,⁶⁴ las insufribles listas de espera de lo que iba a ser la «sanidad el futuro»,⁶⁵ las múltiples denuncias de cierres y bloqueos de agendas impidiendo a los pacientes acceder a

⁶¹ P.J. Devereaux *et al.*, «A systematic review and meta-analysis of studies comparing mortality rates of private for-profit and private not-for-profit hospitals», *CMAJ*, mayo 2002.

⁶² *Ibidem*.

⁶³ P.J. Devereaux *et al.*, «A Systematic Review and Meta-analysis. Comparison of Mortality Between Private For-Profit and Private Not-For-Profit Hemodialysis Centers», *JAMA*, vol. 288, núm. 19, 2002, pp. 2449-2457. Existe resumen en castellano en: http://www.casmadrid.org/docStatic/dialisis_mortalidad.pdf.

⁶⁴ «El funcionamiento de la unidad de urgencias del hospital Puerta de Hierro tras su traslado a Majadahonda», AMURG, Madrid, 2 junio 2009. Documento remitido al Defensor del Pueblo.

⁶⁵ El Defensor del Pueblo denuncia las listas de espera de Madrid: <http://www.casmadrid.org/index.php?idsecc=noticias&id=1324&limit=&titulo=NOTICIAS>.

la asistencia,⁶⁶ la huida de las ginecólogas del hospital de Arganda,⁶⁷ los problemas en ginecología de Coslada⁶⁸ y Aranjuez,⁶⁹ en urgencias del Ramón y Cajal,⁷⁰ en la UCI de Aranjuez,⁷¹ las denuncias de los neumólogos de los nuevos hospitales,⁷² los informes de Inspección de Trabajo sobre múltiples deficiencias en seis de los nuevos hospitales,⁷³ el desgraciado suceso de la muerte del bebe Rayan en el Gregorio Marañón,⁷⁴ son simplemente la punta del iceberg del deterioro de la asistencia que se está produciendo, pese a los esfuerzos de la Consejería de Sanidad por ocultarlo.

⁶⁶ Datos de demoras en consulta en los nuevos hospitales a 31 de marzo de 2009: <http://www.casmadrid.org/index.php?idsecc=noticias&id=1253&limit=&titulo=NOTICIAS>.

⁶⁷ «Si os vais, no encontraréis trabajo en la sanidad pública madrileña», http://www.cadenaser.com/sociedad/articulo/os-vais-encontrareis-trabajo-anidad/csrcsrpor/20081107csrcrsoc_5/Tes.

⁶⁸ Ginecólogas del hospital de Coslada denuncian «riesgos inadmisibles»: http://www.elpais.com/articulo/madrid/Ginecologas/hospital/Coslada/denuncian/riesgos/inadmisibles/elpepuespmad/20081115elpmad_2/Tes.

⁶⁹ Aranjuez: denuncian al Hospital del Tajo por no atender a una mujer con un parto prematuro: <http://www.casmadrid.org/index.php?idsecc=noticias&id=764&limit=&titulo=NOTICIAS>.

⁷⁰ *El País*, 21 de abril del 2008. Las urgencias quirúrgicas del Ramón y Cajal las atiende un aprendiz. Dimite la jefa del servicio en protesta por la precariedad de medios.

⁷¹ *El País*, 11 de julio del 2009. Empleados del hospital del Tajo denuncian al juez la falta de personal: «...los trabajadores de la UCI han enviado al juzgado de guardia un escrito en el que alertan de que se podrían dar situaciones de riesgo para los pacientes».

⁷² Madrid: neumólogos de los nuevos hospitales reclaman más dotaciones humanas y técnicas para dar mayor atención a estos enfermos: «muchos pacientes con enfermedades respiratorias no pueden ser atendidos por especialistas ni en estas consultas ni cuando su estado hace necesaria su hospitalización», en: <http://www.casmadrid.org/index.php?idsecc=noticias&id=1359&limit=&titulo=NOTICIAS>.

⁷³ Informe de Inspección de Trabajo sobre los nuevos hospitales de Madrid, 26 de mayo de 2009 y *El País*, 28 de mayo de 2009. Falta personal, material básico y vigilancia en los nuevos hospitales.

⁷⁴ «El primer día de la enfermera», *El País*, 14 de julio de 2009: http://www.elpais.com/articulo/sociedad/primer/dia/enfermera/elpepusoc/20090714elpepisoc_6/Tes.

Si a esto le unimos los anuncios de altos cargos de la Consejería de Sanidad, de que se van a reducir un 15 % los gastos de personal del SERMAS,⁷⁵ algo muy similar a lo acontecido en Gran Bretaña,⁷⁶ nos podemos situar ante un futuro aún más sombrío.

Frente a la agresión, movilización. Defendiendo lo que es de todos

En un contexto de apertura al mercado de un negocio potencial de más de 6.000 millones de euros de presupuesto sanitario (60.000 millones a nivel estatal), las implicaciones empresariales y políticas son muy fuertes. Sólo así se explica el silencio de las organizaciones políticas, sociales y sindicales institucionales durante las fases de licitación y adjudicación de los nuevos hospitales así como sus tibios mensajes posteriores hasta el punto de que, cuando la situación se tornó evidente y los centros comenzaron a mostrar las deficiencias propias del modelo elegido, han eludido cualquier confrontación seria a propósito del proceso de privatización. Así, el discurso del PSOE raya el cinismo, ya que continuamente acusa al PP de privatizar la sanidad cuando sabe perfectamente que el PP no está haciendo nada que no permita la Ley que el mismo PSOE aprobó.⁷⁷

⁷⁵ Madrid contempla un recorte presupuestario del 15 % en personal sanitario. http://www.casmadrid.org/index.php?idsecc=noticias&id=1323&titulo=NOTICIAShttp://www.casmadrid.org/docs/area_unica_trabajadores.pdf.

⁷⁶ Allyson Pollock: «Nuestro gobierno está muy ocupado privatizando lo que es más rentable, como es el caso de las intervenciones de cataratas y las prótesis de cadera [...] Los hospitales están cerrando plantas y reduciendo camas porque el dinero no les llega, porque se va al sector privado. En estas condiciones, los hospitales no pueden funcionar y están recortando prestaciones y cerrando servicios como nunca [...] Con el nuevo modelo también se están cerrando servicios y se está reduciendo el número de camas, casi en un 33 %, a pesar de que el Reino Unido es uno de los países de la OCDE con menor número de camas por habitante. El enorme coste de esta transformación ha obligado al gobierno a recortar el presupuesto de personal hasta en un 25 % en las áreas médicas y de enfermería. Es una cuestión ideológica». XXII Jornadas de la FADSP, Madrid, 2005.

⁷⁷ *El Mundo*, 11 de julio del 2009. Declaraciones de la Vicepresidenta De la Vega: «El Ejecutivo está “vigilante” ante los “intentos de privatización” de la sanidad en la Comunidad Valenciana y en la de Madrid», donde se

La única respuesta ha venido desde pequeños grupos sindicales, sociales y vecinales, no subvencionados, que han criticado desde el inicio el proceso. Así en 2004 se crea la Coordinadora Anti Privatización de la Sanidad (CAS)⁷⁸ que ha puesto en marcha varias campañas denunciando las negativas repercusiones del modelo sanitario que el PP está implantando en Madrid. Posteriormente, desde CAS se propició la creación de la Plataforma Matusalén (Madrileño Tu Salud en Peligro) que ha logrado aglutinar a la mayor parte de la izquierda no institucional. El relativo éxito logrado en las movilizaciones convocadas a partir de 2008, que han llegado a reunir en alguna de ellas hasta 20.000 manifestantes,⁷⁹ contando con escasos medios y ante el silencio de los grandes medios informativos, sólo es explicable porque se ha logrado conectar tanto con aquellos sectores de población más concienciados como con grupos de usuarios que han tenido la desgracia de sufrir el deterioro asistencial. El mensaje dirigido a la población denuncia tanto la principal causa del problema (las leyes que permiten privatizar la sanidad), como los síntomas (el proceso de deterioro), señalando a los responsables: aquéllos que, con sus votos, establecieron los mecanismos para la introducción del ánimo de lucro en el Sistema Nacional de Salud. Solo así se ha logrado conectar con aquellos sectores de población que han entendido el proceso y las implicaciones de políticos y sectores empresariales, lo que ha permitido reunir 400.000 firmas solicitando, a los grupos políticos con representación parlamentaria, la derogación de la Ley 15/97 «Sobre Habilitación de Nuevas Formas de Gestión en el SNS»,⁸⁰ que el PSOE ha mantenido en vigor

está dando, ha dicho, el mayor deterioro de este servicio público. «Con la sanidad no se hace negocio, ése es el límite».

⁷⁸ Formada inicialmente por CNT, Plataforma Sindical de la EMT, Solidaridad Obrera, Ecologistas en Acción, Sindicato Asambleario de Sanidad y grupos vecinales.

⁷⁹ Madrid: más de 20.000 personas salen a la calle contra la privatización sanitaria y por la derogación de la ley 15/97: <http://www.casmadrid.org/index.php?idsecc=noticias&id=1010&limit=&titulo=NOTICIAS>.

⁸⁰ Véase: «Razones por las que hay que derogar la Ley que permite la privatización sanitaria. Algunas reflexiones sobre el argumentario del PSOE acerca de la Ley 15/97»: <http://www.casmadrid.org/index.php?idsecc=documentos&id=48&limit=30&titulo=DOCUMENTOS>.

durante dos legislaturas pudiendo haberla modificado, pese a que la realidad contradice lo que afirmó durante el debate parlamentario en el Congreso.⁸¹

En el terreno laboral, el silencio y la parálisis de los sindicatos institucionales aceptando de facto el nuevo modelo, incluso llegando a firmar el acuerdo⁸² que permite a la Administración aplicar la movilidad forzosa a los trabajadores de los laboratorios públicos de Aranjuez y Vallecas para cerrar esos laboratorios y trasladar la carga de trabajo al Laboratorio Central privado de Ribera Salud, unido a las medidas de incrementos salariales citadas anteriormente y a la parcialización de las luchas, no han permitido articular una respuesta desde los trabajadores del sector, incluso desde aquéllos que ya han comenzado a estar afectados. Frente a cada agresión, desde algunos sectores y para regocijo de la Consejería, se ha potenciado el surgimiento de plataformas profesionales sectoriales (coordinadora de laboratorios, de Atención Primaria, de pediatras, de no sanitarios...) que no han centrado la respuesta en la causa (mercantilización del sector a través de la ley 15/97) sino en las repercusiones profesionales específicas con lo que, además de no ser capaces de conectar con los usuarios/pacientes, no han logrado conformar un frente único, lo que las ha condenado al fracaso. Las denominadas sociedades científicas, extraordinariamente dependientes de financiación externa y cuyo funcionamiento cada vez se asemeja más a los sindicatos subvencionados, no parecen haber apreciado el deterioro asistencial (incremento de las listas de espera diagnósticas y quirúrgicas, cierres

⁸¹ Debate Parlamentario sobre la Ley 15/97 de «Nuevas Formas de Gestión en el Sistema Nacional de Salud. Una visión imprescindible diez años después»: <http://www.casmadrid.org/index.php?idsecc=documentos&id=37&limit=40&titulo=DOCUMENTOS>. Diario de Sesiones del Pleno del Congreso. Angeles Amador, portavoz del PSOE: «esta Ley garantiza la titularidad pública de los centros sanitarios y sus socios sanitarios, y cierra esa posibilidad que, a nuestro juicio, constituía una decisión gravísima [...] Esta ley no santifica cualquier decisión de gestión en relación con la administración sanitaria [...] Esta ley cierra el paso a la privatización de la sanidad, señorías...».

⁸² «Acuerdo de 16 de septiembre de 2009 sobre adjudicación de nuevo destino al personal adscrito a los laboratorios del Hospital Virgen de la Torre y CEP Vicente Soldevilla». Firmado por CCOO, UGT, FEMYTS, SATSE y CSIT-UP: <http://csitsanidad.es/VIRGEN%20DE%20LA%20TORRE/nuevo%20destino%20personal%20laborato.pdf>.

intermitentes de agendas de especialistas, deterioro de las unidades de urgencias...) y han mantenido un absoluto silencio desde el inicio de la contrarreforma.

Ante el avance de la implantación de modelos empresariales, no sólo en las comunidades gobernadas por el PP como Madrid y Valencia, sino incluso en otras con gobiernos encabezados por el PSOE,⁸³ aún hay tiempo para defender el mantenimiento de un Sistema Nacional de Salud público, de calidad y no mediatizado por el ánimo de lucro. Pero para ello es necesaria una confluencia estatal de organizaciones, trabajadores del sector, pacientes y ciudadanos en general, que permita extender la lucha por su defensa. Solo así, incrementando la presión sobre los políticos, se podrá revertir el proceso, tal como ya ha sucedido en otros países.⁸⁴

⁸³ El «modelo madrileño» de hospital, se está utilizando tanto en Cataluña (Baix Llobregat) donde gobierna PSC-ERC-ICV, como en Baleares (Son Espases y futuro Ibiza) donde gobierna PSOE-IU-PSM-UM.

⁸⁴ En Gales, Escocia, Nueva Zelanda y Australia se ha dado marcha atrás en procesos de privatización similares al de la Comunidad de Madrid.

Apéndice. Cronología

- 1883 Se crea en España la Comisión de Reformas Sociales bajo la influencia bismarckiana. Empieza a apreciarse la necesidad de la intervención del Estado para superar las evidentes limitaciones y carencias de la beneficencia.
- 1899 La Ley del Seguro de Accidentes de Trabajo, de Eduardo Dato, atribuyó la responsabilidad del riesgo profesional de accidentes, y la consecuente cobertura del riesgo, a los patronos. Éstos, en general, y aunque no era obligatorio, suscribían un seguro de accidentes con una compañía aseguradora autorizada por el Gobierno. Quedaban fuera de cobertura la enfermedad, la invalidez y la vejez.
- 1908 Ley de 27 de febrero de 1908. Nace el Instituto Nacional de Previsión (INP). Establece un sistema de Retiro Obrero, de carácter voluntario, bajo el principio de libertad subsidiaria de las pensiones de vejez que libremente contrataran los obreros con el INP. Este instituto recibió del Estado un capital fundacional de 500.000 de las antiguas pesetas y una subvención presupuestaria anual de 125.000.
- 1923 Se establece el Seguro de Maternidad.
- 1929 Real Decreto Ley del Seguro Obligatorio de Maternidad, que reforzaba el anterior subsidio y garantizaba entre otras prestaciones la asistencia facultativa en el embarazo y parto. El INP estableció los primeros convenios con las organizaciones de médicos, farmacéuticos y matronas.

- 1931 Decreto que extiende la aplicación a los trabajadores de la agricultura de la Ley de Accidentes de Trabajo de 1900.
- 1932 Se aprueba la Ley de Accidentes de Trabajo de la Industria.
- 1933 Se aprobó, en el seno del INP, la Caja Nacional de Seguros, entidad aseguradora cuya finalidad era proteger la responsabilidad empresarial frente a los trabajadores por los riesgos de incapacidad permanente y fallecimiento originado por los siniestros laborales.
- 1942 Ley de creación del Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE). Primer informe Beveridge que preconiza las tasas sociales como base de las prestaciones de enfermedad, paro y jubilación.
- 1944 Se crean en Bretton Woods, el FMI y el BM.
- 1945 Empieza en Europa el período de construcción de Estado de Bienestar.
- 1948 Declaración Universal de los Derechos Humanos. Gran Bretaña se convierte en el primer Estado que implanta un Servicio Nacional de Salud (NHS).
- 1954 Primera reunión, que será anual, del Club Bilderberg. Políticos y representantes de las finanzas y de los medios de comunicación empiezan a marcar las pautas del «Nuevo Orden Mundial» y del nuevo mercado único globalizado.
- 1957 Tratado de Roma. Se crea el Mercado Común Europeo para garantizar la estabilidad política creando intereses económicos comunes.
- 1963 Ley de Bases de la Seguridad Social.
- 1968 La imaginación al poder. Mayo francés, revueltas en EEUU, Italia, México y muchos otros países del mundo por la retirada norteamericana de Vietnam y por cambios en los gobiernos.
- 1971 Reagrupamiento de neoliberales, Foro Gerencial Europeo Davos que en 1987 pasa a ser Foro Económico Mundial.
- 1973 El Golpe de Pinochet en Chile impone a sangre y fuego las recetas de la Escuela de Chicago, entre ellas la privatización masiva de los servicios públicos.

- 1974 El Decreto 2065/1974 aprueba el texto refundido de la Ley de la Seguridad Social modificando y ampliando las prestaciones de asistencia sanitaria de la Seguridad Social.
- 1975 Franco muere en la cama. Empieza la Transición.
- 1976 Primera concesión de un crédito a un país occidental por el FMI (Gran Bretaña) con las condiciones de recorte de gastos públicos (servicios y funcionarios) y privatizaciones (Callaghan, 1976-79).
- 1977 La OMS publica la Lista de Medicamentos Esenciales. Muchos medicamentos no están en ella por su alto precio, no porque no sean esenciales.
Legalización de las centrales sindicales en España. Pactos de la Moncloa. Primeras elecciones generales desde 1934. Se crea el Ministerio de Sanidad y Seguridad Social.
- 1978 Declaración de Alma Ata firmada por todos los gobiernos (objetivo: Salud para Todos en el año 2000). Primeras elecciones sindicales. Constitución española. Desaparece el INP y se crea el INSALUD.
- 1979 Thatcher accede al poder en Gran Bretaña. Su consigna «No hay alternativa» se convierte en pieza clave del pensamiento único. En 15 años despedirá a dos millones de empleados públicos y destrozará la modélica sanidad británica.
Con UCD en el gobierno, explota una «huelga salvaje» asamblearia de 60 días en los hospitales de Madrid. CCOO y UGT se posicionan contra la huelga.
- 1980 Reagan. Cambio macroeconómico a nivel mundial. Ley del Estatuto de los Trabajadores. Jordi Pujol, presidente de Cataluña contra pronóstico. Real Decreto de Estructuras Básicas de Salud: APS.
- 1981 Transferencia de la sanidad a Cataluña.
- 1982 El PSOE gana las elecciones.
- 1984 Transferencias sanitarias a Andalucía.
- 1986 Adhesión de España al Mercado Común Europeo. Nacen los Fondos de Cohesión.
Ley General de Sanidad. Nueva mayoría absoluta socialista.

- 1987 El Acta Única elimina obstáculos a la circulación de capitales, de mercancías y de trabajadores con papeles, no de personas.
UGT y CESH pactan el nuevo modelo retributivo del INSALUD. Transferencias al País Vasco y al País Valenciano.
- 1988 Huelga del 14D, éxito rotundo. Felipe González se plantea dimitir.
Una coordinadora autónoma del personal de los hospitales concertados consigue un primer acuerdo de equiparación de las condiciones laborales a las del ICS en Cataluña.
- 1989 Se publica en Gran Bretaña «Working for Patients», libro blanco para la privatización del servicio público de salud más importante de Europa Occidental.
Felipe González pierde la mayoría absoluta.
- 1990 Consenso de Washington: acuerdo en los pasillos entre altos funcionarios, financieros, gabinetes de estrategia... sobre las reformas que los estados deudores han de adoptar (liberalización, desregulación, privatizaciones).
Ley del Medicamento en España. La Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña consolida el sistema de provisión mixta y establece la separación entre comprador y proveedor. Transferencias a Navarra y a Galicia.
- 1991 La desaparición de la URSS da hegemonía al discurso neoliberal. La OTAN se lanza contra Irak en la lucha por el control del petróleo.
Informe Abril Martorell propugnando el copago. Réplica de Vicenç Navarro. Ley de universalización de la sanidad.
- 1992 El Tratado de Maastrich establece el horizonte de la Unión Económica y Monetaria y los criterios de convergencia de las economías.
- 1993 Aprobación del R.D. de libre elección de médico y pediatra en Atención Primaria.
- 1994 Transferencias a Canarias.

- 1995 La Organización Mundial del Comercio substituye al GATT. Dictamen del NHSCA sobre el deterioro de la sanidad británica.
El Reglamento General sobre Colaboración de las Mutuas en la Gestión de la Seguridad Social da más atribuciones a las Mutuas y las pone en manos de los empresarios. La reforma de la Ley de Ordenación de la Sanidad de Cataluña introduce el ánimo de lucro en la gestión.
- 1996 Primer gobierno del PP. Primera EBA en Cataluña, en Vic-sur. Aprobación del R.D. libre elección de especialista.
- 1997 El tratado de Amsterdam acentúa los criterios de convergencia. 40.000 participantes en las Euromarchas obligan a hablar de la Europa social.
Aprobación de la Ley 15/97 de «Nuevas Formas de Gestión».
- 1998 Constitución del Banco Central Europeo. Medicamentazo.
- 1999 En Seattle el movimiento contra la globalización neoliberal se hace visible.
Apertura del hospital de Alzira, primer hospital de modelo PFI/PPP del Estado español.
- 2000 Resolución de la Asamblea General de la ONU para reducir a la mitad el índice de pobreza en 15 años. La Cumbre de Lisboa pretende convertir Europa en la economía más competitiva del mundo. En Niza se aprueba la Carta de Derechos Fundamentales con grandes olvidos.
Real Decreto legislativo 4/2000, texto refundido de la Ley sobre Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado.
- 2001 La oposición a la reunión del Banco Mundial en Barcelona, demostración del movimiento antiglobalización. Cataluña inicia experimentos de pago capitativo de los servicios sanitarios.

- 2002 Culminan las transferencias sanitarias del INSALUD a todo el resto de comunidades autónomas. En «Els règims autonòmics de benestar», Raquel Gallego analiza las tendencias de la sanidad resultantes de las seis primeras transferencias.
- Los movimientos alternativos convocan una manifestación contra la reunión del Consejo Europeo en Barcelona en la que participan 500.000 personas. En el primer Foro Social Europeo celebrado en Florencia, nace la Red Europea por el Derecho a la Salud.
- CCOO, UGT y CEMSATSE firman con el Instituto Catalán de la Salud el acuerdo que introduce los Objetivos como complemento salarial.
- 2003 Ley 16/2003 de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud.
- Esperanza Aguirre llega al gobierno de Madrid gracias al «tamayazo».
- 2004 Tras 23 años de años de gobierno de CiU, en Cataluña se constituye un gobierno de «izquierdas» que pronto truncará muchas expectativas. El PP de Madrid lanza el Plan de Infraestructuras Sanitarias 2004-2007: ocho hospitales de modelo PFI/PPP.
- 2005 La Comisión Europea aprueba el proyecto de Directiva Bolkestein con su «principio del país de origen» e intenta aplicarla de manera inmediata. Hungría celebra un referéndum sobre la privatización de los hospitales.
- Referéndum en España sobre la Constitución europea.
- 2006 R.D. 63/95 de Ordenación de las prestaciones sanitarias del SNS. El gobierno catalán decreta la formación de 37 Gobiernos Territoriales de Salud que serán regidos por consorcios constituídos a partes iguales por los ayuntamientos y por el gobierno.
- 2007 El Parlamento catalán convierte el Instituto Catalán de la Salud en una Empresa Pública.

- 2008 El PP de Madrid anuncia el Plan de Infraestructuras Sanitarias 2008-2011.
20.000 manifestantes en Madrid piden la Derogación de la 15/97.
- 2009 Nueva manifestación en Madrid: 20.000 manifestantes contra el deterioro sanitario y por la derogación de la 15/97. Se entregan 400.000 firmas exigiendo la Derogación de la 15/97. La Asamblea de Madrid aprueba el Anteproyecto de Ley de Libertad de elección/Área Única (Mercado Sanitario).

Acerca de los autores

JOHN LISTER es director del London Health Emergency, organización fundada en 1983 para la defensa de la sanidad pública británica, no vinculada a ningún partido político. Es periodista, doctor en Política Sanitaria y profesor de Comunicación y Política Sanitaria en la Universidad de Coventry, Inglaterra. Autor de numerosos artículos y libros, en relación con la materia de este volumen es especialmente destacable: *Health Policy Reform: Driving the wrong way?* [La Reforma de la Política Sanitaria, ¿un camino equivocado?], Londres, Middlesex University Press, 2005.

ALLYSON M. POLLOCK es directora del Centre for International Public Health Policy [Centro de Estudios de Políticas Públicas Sanitarias] de la Universidad de Edimburgo y una de las principales autoridades internacionales acerca de los procesos de privatización de los servicios sanitarios y de los partenariados público-privados. Ha escrito *The New NHS: a guide* (Londres, Routledge, 2006) numerosos artículos en la prensa británica y en el *British Medical Journal*. Junto a Mark Hellowell, investigador del mismo centro, es autora de: «The use of public private partnerships in Northern Ireland», *NIPSA*, 2008 y «The private financing of NHS hospitals: politics, policy and practice», *Economic Affairs*, núm. 29, 2009.

UNISON es el mayor sindicato del sector público de Gran Bretaña y también de Europa, con más de un millón de afiliados. Sus afiliados trabajan tanto en los servicios públicos como en las empresas subcontratadas por el sector público.

JUAN BENEDITO ALBEROLA es presidente del SIMAP, Sindicato de Médicos de Asistencia Pública de la Comunidad Valenciana.

RAMÓN SERNA es miembro de CATAAC-CTS, sindicato asambleario de la sanidad catalana, que a su vez forma parte de la Intersindical Alternativa de Cataluña (IAC).

DELIA ÁLVAREZ EDO y JUAN ANTONIO GÓMEZ LIÉBANA son miembros de CAS-Madrid, coordinadora de profesionales del sistema público (médicos, personal sanitario y no sanitario), colectivos de usuarios y vecinos, y organizaciones sociales (CNT, Solidaridad Obrera, Plataforma Sindical EMT y Sindicato Asambleario de Sanidad). www.casmadrid.org

traficantes de sueños

útiles

