

La contrarreforma sanitaria

Estamos viviendo una verdadera contrarreforma sanitaria en nuestro país. Esta contrarreforma se ejemplifica en cuatro cuestiones fundamentales: los recortes y el deterioro del sistema sanitario público, las privatizaciones, los copagos y el cambio del modelo sanitario establecido por la Ley General de Sanidad. Todo ello rompe con la accesibilidad de nuestro sistema de salud ya que muchas de sus prestaciones se quedan hipotecadas a la capacidad económica de las personas. Se rompe así, con el derecho constitucional a la protección de la salud y se deja desprotegida a una gran parte de la población, los más enfermos y los que tienen menos recursos económicos, en un momento de grave crisis económica.

Desde el inicio de la crisis los recortes se han cebado en la sanidad pública. Los presupuestos sanitarios de las CCAA han disminuido un 14,6% de 2010 a 2013, lo que supone en torno a 7.500 millones de euros menos de presupuesto en 2013 respecto a 2010, año en el que ya se había producido una disminución presupuestaria respecto a 2009. Y todo ello en un país que se situaba tradicionalmente en un bajo gasto sanitario público (2.224,2 € por habitante y año en 2011 frente a 2.476,6 de promedio en Europa), uno o dos puntos por debajo del promedio europeo en cuanto a porcentaje de gasto público sobre el total que ha disminuido de 74,7% en 2009 a 73% en 2011.¹

El resultado de los recortes es bien conocido: disminución de profesionales de todas las categorías (despidos de eventuales e interinos, no cobertura de vacantes, jubilaciones forzosas, no cubrir bajas de enfermedad, etc.). Como deriva casi inevitable, se han producido cierres de plantas, quirófanos, recursos en horario de tarde, desaparición de puntos de atención continuada, etc. Como en casi todo lo demás, la intensidad de los recortes ha sido muy distinta según las CCAA, si bien en todas ellas se han producido recortes. Por poner un ejemplo, mientras que el promedio de disminución presupuestaria ha sido del 11,42% esta ha oscilado desde el 1,3 hasta el 23,3% según las autonomías.

Marciano Sánchez Bayle es médico y portavoz de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública

¹ OCDE Health Data 2013.

El resultado ha sido un empeoramiento de la calidad de la atención sanitaria y un incremento de las listas de espera. En algún caso (Castilla-La Mancha) se ha conseguido la paralización judicial de medidas muy lesivas (cierres de puntos de guardia que dejaban sin atención sanitaria a algunas zonas rurales). Desde hace mucho tiempo se conoce la relación entre recursos sanitarios (profesionales, etc.) y los resultados en salud (morbilidad, mortalidad, etc.). Recientemente, se ha señalado la relación directa entre la supervivencia de los enfermos de cáncer con la inversión pública en sanidad.²

Establecimientos de copagos generalizados

En España existía un copago en farmacia para los no jubilados. El RD Ley 16/2012 aumentó el copago sobre farmacia de los no jubilados e incluyó a los pensionistas, estableciéndolo además sobre transporte sanitario, dietas, ortesis y prótesis y ahora recientemente la aplicación del copago sobre los medicamentos que se retiran en las farmacias hospitalarias que penaliza especialmente a personas con graves enfermedades crónicas. Estos copagos, a pesar de la propaganda oficial, discriminan a las personas más enfermas y con menos recursos que ven muy dificultado e incluso impedido su acceso a prestaciones sanitarias que necesitan (hay ya 2 encuestas que señalan que entre el 12 y el 16% de los pensionistas no retiraban medicamentos prescritos por problemas económicos).

Un problema especialmente grave es el que plantea el copago sobre el transporte sanitario no urgente, porque el área rural es donde la población está más envejecida, tiene más discapacidades y menores ingresos (1.947.347 personas del área rural vive en hogares sin vehículo, el 60% de la población rural de 12 provincias). Estas personas ven penalizadas actividades asistenciales básicas como acudir al especialista, hacerse una radiografía o una sesión de fisioterapia. Por otro lado el retirar recursos (los recortes) y el dificultar el acceso a los servicios básicos es una manera de propiciar la despoblación del área rural.

Al final todos los copagos se focalizan sobre grupos de población muy concretos: mujeres, mayores de 65 años, personas con bajos recursos, habitantes del área rural, enfermos crónicos y discapacitados. Si en alguien concurren varias o todas estas circunstancias es muy probable que quede excluido de la atención sanitaria que precisa (más de 6 millones de personas en todo el país).

Por si fuera poco, todavía está pendiente la revisión de la cartera de servicios básica, de la que es presumible se irán retirando prestaciones que pasarán a las carteras suplementarias o complementarias y, por lo tanto, a ser objeto de copagos.

² *Annals of Oncology*. 2013.

Privatizaciones crecientes

El proceso privatizador viene de antiguo (desde los años noventa del pasado siglo) y, como se ha dicho, ha tenido intensidades y velocidades muy distintas según las CCAA. Las primeras medidas arrancan de 1990 con la Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña, seguidas por las propuestas de la Comisión Abril en 1991, que aunque inicialmente rechazadas, han ido guiando la agenda concreta de las transformaciones del sistema sanitario. Posteriormente, se ponen en funcionamiento los denominados “nuevos modelos de gestión” (fundaciones, empresas públicas, etc.), que introducen en el sistema público criterios de gestión privada y sistemas de “mercados” que inicialmente se plantean como “internos” (circunscritos al sistema sanitario público), pero que pronto se convierten en mercados a secas (donde se fomenta la competencia entre lo público y el sector privado, que siempre acaba favoreciendo a este último). Luego se aprobarían el RD 10/96 y la Ley 15/97 que dan cobertura a todo tipo de experimentos de gestión y titularidad privada con financiación pública, lo que se trasladaría a las Leyes de Ordenación sanitaria de las CCAA.

En los últimos años se ha producido una preocupante aceleración del proceso privatizador especialmente en las Comunidades de Valencia y de Madrid

El proceso avanzó de una manera paulatina y más bien lenta y las diferencias entre cada CCAA, en general (no siempre) han estado relacionadas con el color político de sus respectivos Gobiernos. En los últimos años se ha producido una preocupante aceleración especialmente en las Comunidades de Valencia y de Madrid, siendo esta última la que ha conseguido una mayor contestación y relevancia mediática y social del problema.

¿Por qué es necesaria la gestión pública de la sanidad?

La atención sanitaria tiene una serie de características especiales que hacen aconsejable su gestión pública y que se pueden resumir en las siguientes:

1. La consecución de niveles de salud y de satisfacción de todos. La empresa privada busca, lógicamente, maximizar los beneficios y carece de interés en la búsqueda de resultados en salud, que por otro lado son muy difíciles de cuantificar y, como es bien conocido, están influenciados por muchas actuaciones ajenas al sistema sanitario.
2. Corregir los fallos del mercado. El mercado tiene problemas a la hora de la asignación eficiente de recursos y necesita de regulaciones externas, lo que es bien conocido hace

mucho tiempo. En la atención sanitaria a los problemas generales se unen otros más específicos que hacen más complicada su utilización. Esquemáticamente serían:

Información asimétrica. Los profesionales o los proveedores de atención sanitaria tienen mucha más información sobre los problemas de salud y las necesidades de diagnóstico y tratamiento que otras personas. Ello permite a dichos profesionales o a los servicios influir de una manera muy significativa sobre las decisiones de las personas y anula en la práctica la libertad de elección que debería ser una de las características para el funcionamiento de un mercado. Entre los profesionales, el sistema sanitario y los ciudadanos se establece una relación de agencia que se basa más en la confianza de la ciudadanía en los profesionales o en el sistema sanitario que en la capacidad de las personas de tomar opciones informadas.

Externalidades. Los resultados de la atención sanitaria no se producen solo en las personas que la reciben, sino que tienen, en muchas ocasiones, resultados –beneficiosos o perjudiciales–, sobre el conjunto de la población. El mejor ejemplo son las enfermedades infectocontagiosas o algunas actividades preventivas como las vacunaciones. El interés y el beneficio de que se trate a las personas con enfermedades infectocontagiosas no es solo para el afectado sino también para la población que le rodea, ya que así se evita el contagio y la aparición de la enfermedad en otras personas, inicialmente sanas. Las vacunaciones igualmente solo son eficaces si se produce una elevada cobertura vacunal que proteja al conjunto de la población y evite reservorios de la enfermedad, fuente de posibles brotes epidémicos. Por eso decisiones que únicamente contemplan la dimensión individual pueden resultar finalmente negativas para las mismas personas que las adoptan y deben ser tomadas por una autoridad sanitaria que adopte los intereses de la comunidad.

Incertidumbre. Las enfermedades se producen con una presentación en muchos casos impredecible, especialmente en lo que se denomina “enfermedades raras” que por otro lado precisan de atenciones muy costosas para el sistema sanitario. Solo un planteamiento de cobertura universal permite una agregación de riesgos y la asunción de costes imposibles de ser asumidos individualmente, de manera que se haga factible la atención en todos estos casos.

3. Para mejorar la equidad social. El sistema sanitario público es un mecanismo básico para asegurar la cohesión entre territorios y la accesibilidad a la atención sanitaria en todos los puntos de la geografía donde el sector privado no tiene interés en ofertar servicios. Constituye además un sistema fundamental para fijar la población al territorio, al ofertar servicios que evitan la despoblación y la marginación de grupos de población.

Pero, además, conocemos que los centros privatizados tienen menos personal (no hay que olvidar que los costes de personal suponen más del 50% de los costes sanitarios y más del 60% en los hospitales): el promedio de médico y profesional de enfermería por cama es en España de 0,61 y 1,26 en los centros públicos frente a 0,16 y 0,43 en los centros privados y, además, generalmente se trata de un personal con peores condiciones laborales (mas horarios, etc.) y con una gran rotación de personal (hay un caso descrito en un centro de gestión privada donde un mismo puesto de trabajo de especialista médico fue desempeñado por 18 personas en un año) lo que dificulta la necesaria continuidad asistencial.

Por otro lado, se ha descrito que la reducción de profesionales de enfermería en los hospitales produce un aumento del número de infecciones postoperatorias y de mortalidad. Recientemente ha habido un escándalo en Inglaterra en el hospital de Staffordshire, una "foundation trusts". Una comisión del NHS detectó una mortalidad elevada en este centro, que concretó en un exceso de mortalidad entre 2005 y 2008 de entre 400 y 1.200 fallecidos, más de lo previsto, de acuerdo con la patología y la gravedad de los enfermos atendidos (las diferencias tienen que ver con la variabilidad de mortalidad en otros hospitales del NHS con los que se compararon los resultados del centro), ante estos hallazgos, una comisión del Ministerio de Sanidad reveló que «las enfermeras no estaban lo suficientemente cualificadas», «que pacientes en estado crítico estaban a cargo de médicos sin experiencia» y que se produjeron «situaciones en las que el personal de recepción era el que decidía si los pacientes ingresaban o no en cuidados intensivos». El informe acaba señalando que se había primado «la consecución de objetivos económicos por encima de la calidad del servicio».³

Aunque la excusa que suele utilizarse para llevar a cabo estas privatizaciones es que tienen menor coste, la realidad no lo confirma, antes al contrario existe un incremento en los costes que suele situarse entre 6 y 7 veces por encima de la alternativa pública. Este encarecimiento hace que haya aún menos recursos para el sistema sanitario público, lo que es especialmente notorio en los momentos de crisis económica.

En el Reino Unido donde la experiencia privatizadora proviene de los años ochenta del siglo pasado hay mucha literatura que señala estos sobrecostes, que básicamente están relacionados con la necesidad de las empresas privadas de obtener beneficios y con la utilización de intereses muy elevados y frecuentemente manipulados por las empresas (existen numerosos estudios al respecto realizados por Allyson Pollock y Sally Ruane, Peter Fisher, etc., algunos de ellos disponibles en castellano).

En España la experiencia es muy similar o todavía peor. El sobrecoste de los 7 hospitales PFI (iniciativa de financiación privada, sistema por el que una empresa privada constru-

³ «Report of the Mid Staffordshire NHS foundation trusts public inquiry», Executive Summary, 2013.

ye el hospital y la Administración le paga un canon durante un periodo entre 20 y 30 años) es de 7,14 veces (con lo que en 2011, las empresas constructoras habrían recibido más de lo que supuso el coste de construcción y la Comunidad de Madrid le adeudaría 4.284,7 millones de euros), aparte de aumentos presupuestarios no incluidos en el canon inicial (en 2010 se incrementó en 9,1 millones de euros anuales).

Un ejemplo muy ilustrativo y que podría parecer esperpéntico es el del nuevo hospital de Vigo que recoge la tabla siguiente, en ella se reflejan el coste presupuestado para su construcción con fondos de la Xunta de Galicia, la alternativa para hacerlo mediante un préstamo de la UE para lo que se creaba una sociedad pública de inversiones y el coste por el que Núñez Feijoo lo adjudicó finalmente a una UTE de empresas privadas (con un sobrecoste de 1.234 millones de euros, el 372%). Pero lo más sorprendente es que al final la UTE no consiguió los créditos que necesitaba y ha tenido que ser la Xunta la que avalase un crédito de la UE para las empresas concesionarias.

El RD Ley 16/2012, a medio plazo puede significar la segmentación del derecho a la atención sanitaria: personas con más recursos cubiertas por seguros privados, trabajadores cubiertos por una seguridad deteriorada, el resto por un sistema de beneficencia

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

El otro modelo más generalizado de provisión privada (las concesiones administrativas, también conocido como modelo Alzira, que consiste en que una empresa privada construye y gestiona totalmente el centro) también demuestra ser más caro. Por ejemplo, en 2009, en la Comunidad Valenciana, donde hay cuatro centros de este tipo, en 2009 el coste por habitante era de 707,6 € en las concesiones frente a 658,5 € en los centros de gestión directa (es decir un 7,45% de sobrecoste a pesar de que los centros de gestión tradicional son los que atienden patologías mas complejas).

Por otro lado, es una práctica habitual de los centros privatizados la derivación de los enfermos más complejos o de diagnósticos y tratamientos más costosos a los centros de gestión pública, donde se realiza sistemáticamente una selección de riesgos, lo que resulta difícil de evidenciar dada la falta de información y de transparencia que es habitual en los centros privados, pero que se puso de relieve en el caso de las fundaciones en Galicia (derivaban el 41,6% de los enfermos frente al 25,9% de los hospitales de gestión directa de tamaño similar).

Por fin, los ciudadanos prefieren lo público porque es lo que garantiza un servicio de calidad, y hay muchos ejemplos, desde el Barómetro Sanitario en el que año tras año la mayoría de la población muestra su preferencia por la atención en el sistema público, hasta el caso de la lista quirúrgica de la Comunidad de Madrid donde la mayoría elige la intervención en un centro público, a pesar de que supone una mayor demora.

Cambio del modelo sanitario

Ejemplificado en el RD Ley 16/2012, supone el cambio de un modelo universalista que ligaba la cobertura del sistema sanitario a la ciudadanía o a la residencia y que diseñaban la Ley General de Sanidad y la Ley General de Salud Pública, a otro en que el derecho a la atención se vincula al aseguramiento. Este cambio ha tenido como efecto inmediato la exclusión de los inmigrantes no regularizados y de las personas con rentas superiores a 100.000 euros anuales del derecho a la atención sanitaria, pero a medio plazo puede significar la segmentación del derecho a la atención sanitaria en 3 grupos: las personas con más recursos cubiertas por seguros privados (muy probablemente subvencionados con fondos públicos), los trabajadores cubiertos por una seguridad deteriorada y de baja calidad y el resto de la población atendida por un sistema de beneficencia.

El RD-Ley 16/2012 de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones (RDL) comienza en su capítulo I («De la asistencia sanitaria») con un único artículo y tres apartados cuya principal novedad es que vincula el derecho a la atención sanitaria con el aseguramiento y en ningún caso se señala que este aseguramiento tenga que ser a la Seguridad Social, a la vez que se excluye de la atención sanitaria gratuita a quienes no ostenten esta condición, también se señala el control del Instituto Nacional de la Seguridad Social sobre el reconocimiento de las condiciones para el aseguramiento, la responsabilidad de las administraciones sanitarias para expedir la tarjeta sanitaria individual (TSI) y la limitación del derecho de los extranjeros no regularizados a la atención sanitaria en urgencias, en los embarazos y a los menores de 18 años.

Esta vinculación del derecho a la atención sanitaria al aseguramiento es contradictoria tanto con la universalización del derecho a la atención sanitaria –que deja de ser un derecho ciudadano, vinculado a los derechos humanos básicos tal y como lo señalan la ONU y la OMS– como con lo aprobado en la reciente Ley General de Salud Pública (2011) en la que, precisamente, se articulaban los mecanismos para que por fin se llevara a efecto la universalización del derecho a la atención sanitaria, que es uno de los principios de la Ley General de Sanidad de 1986, si bien se señalaba en ella que se haría «de forma progresiva» (adicional quinta). Tampoco deja de resultar extraño que el RDL no derogue

las disposiciones de la Ley General de Salud Pública que atañen a la universalización, aunque ciertamente puede deberse al evidente grado de improvisación con que se ha realizado.

Otro aspecto llamativo es el tema de la cobertura de las personas con más de 26 años que viven a cargo de sus padres, figura que con la crisis es desgraciadamente cada vez más frecuente, a los que se obliga a demostrar su ausencia de recursos para seguir cubiertos por el sistema sanitario público. El desarrollo que se ha hecho de este aspecto concreto, de momento, ha incluido en la cobertura del SNS a quienes tienen ingresos inferiores a 100.000 euros, pero un desarrollo más restrictivo, que puede producirse en cualquier momento, podría dejar sin cobertura a un grupo importante de población.

EL RDL abre una cierta indeterminación sobre la presencia de un aseguramiento distinto al Régimen General de la Seguridad Social, lo que supondría no solo un grave retroceso en el modelo sanitario actual (vuelve a la etapa anterior a la Ley General de Sanidad de 1986) sino también la posibilidad de que se abran modelos de seguros diferenciados para grupos distintos de población (en relación a su nivel económico), lo que deterioraría inevitablemente el sistema sanitario público. Conviene no olvidar que el modelo sanitario neoliberal (del PP, CiU, etc.), como se ha señalado en múltiples ocasiones, tiende a una segmentación de la atención sanitaria, una atención de seguros privados para las personas con más medios económicos y un sector de beneficencia para las personas sin recursos, pero que en la práctica puede ser un modelo de seguros múltiples (como Holanda) o de 3 niveles (ricos, trabajadores y resto de la población), claro está que subvencionado con fondos públicos (bien mediante desgravaciones, como reivindica CiU, o bien simplemente con financiación de una cartera básica convenientemente adelgazada, dejando el resto de la cobertura a la capacidad económica de cada uno). Las fórmulas son múltiples y no tiene mucho sentido hacer elucubraciones. En todo caso, se pretende fomentar el aseguramiento privado, para lo que es condición indispensable el deteriorar el sistema público (ya lo vienen haciendo con mucha dedicación especialmente en CCAA como Madrid o Valencia) y conseguir que la clase media alta abandone la utilización de los servicios sanitarios públicos para acabar de hacer cierta la frase de Olof Palme «un servicio para pobres será siempre un pobre servicio».

En las disposiciones adicional primera y final quinta establecen las condiciones para el pago de la atención sanitaria de los españoles residentes en otros países (en algunos casos) y de los extranjeros miembros de la Unión Europea, o de otros Estados parte del acuerdo sobre el espacio económico europeo, que en lo fundamental refuerza los mecanismos de cobro por la asistencia prestada, pero que en lo esencial ya existían y no se ejercían por dejación de las propias CCAA. El famoso “turismo sanitario”, otra “cortina de humo” para justificar la contrarreforma, aparece así en su escasa relevancia real.

Al final la cuestión viene a estar situada en si se admite que el derecho a la atención sanitaria es un derecho de las personas o de los asegurados, porque si aceptamos esta última premisa los resultados acabarán siendo devastadores para toda la población.

El RD-Ley 16/2012 dedica su artículo II a lo que denomina «de la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud» que desarrolla los planes del Gobierno para el recorte de las prestaciones sanitarias que ya se habían anunciado en las palabras de Rajoy en el discurso de investidura, con los eufemismos habituales, señalando que querían establecer una cartera común de servicios sanitarios públicos, como si esta no existiera desde el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. Ya entonces era de esperar que ese empeño en negar la evidencia –la existencia de una cartera de servicios comunes del SNS y señalar su necesidad– no tenía otro objetivo que recortar las prestaciones.

Pues bien, el RDL 16/2012 confirma lo esperado. La cartera de servicios se fragmenta en 3 modalidades: básica, accesoria y suplementaria y se señala que solo la básica tendrá carácter gratuito en el momento del uso, introduciendo mecanismos de copago en las otras dos en temas tan importantes como la prestación farmacéutica, que luego se desarrolla separadamente en el RDL, la protésica y ortoprotésica, la dietoterapia y el transporte sanitario, donde el texto legal añade que se incorporara el copago.

Pero ahí no acaba la cosa, el RDL faculta al Ministerio de Sanidad, previo acuerdo del Consejo Interterritorial, para que, en el plazo de 6 meses, promulgue una orden ministerial que fije las prestaciones incluidas en la cartera básica, es decir y para entendernos, que estas se van a recortar y que algunas de las actuales saldrán de la cartera básica para ir a parar a las carteras accesoria o complementaria, sujetas por lo tanto a copagos, o simplemente quedarán excluidas de todas ellas con lo que serán sufragadas íntegramente por el bolsillo de quienes necesiten estas prestaciones.

Estamos pues ante otra importante agresión a los derechos de la ciudadanía a la que se le recorta aún más sus derechos a las prestaciones asistenciales, y todo ello en un contexto en que se aumentan los copagos por los medicamentos y se establecen en aspectos tan importantes como el transporte sanitario, dietas, prótesis, etc. Todo ello tendrá unos efectos económicos dudosos y desde luego producirá una importante desatención a las personas más enfermas y con menos recursos, y además incentivará la contratación de seguros sanitarios, aunque solo sea para poder hacer frente a este aluvión de exclusiones y copagos.

En resumen, nos encontramos con una política muy agresiva, que combina recortes presupuestarios y el consecuente deterioro de la sanidad pública, con privatizaciones que enca-

recen los costes y empeoran la calidad del servicio, copagos generalizados y cambios en el modelo sanitario con lo que la atención sanitaria deja de ser un derecho de la ciudadanía y queda ligado al aseguramiento. Todo ello rompe con la accesibilidad de nuestro sistema de salud ya que, muchas de sus prestaciones quedan hipotecadas a la capacidad económica de las personas. Se rompe así, con el derecho constitucional a la protección de la salud y se deja desprotegida a una gran parte de la población, los más enfermos y los que tienen menos recursos económicos, en un momento de grave crisis económica.