



La mercantilización de la sanidad: el caso de Catalunya

Ana Martínez^{*1}, Kayla Smith², Alba Llop-Gironés³, Montse Vergara⁴, Joan Benach⁵

Recibido: 14 de diciembre de 2015 / Aceptado: 06 de junio de 2016

Resumen. La mercantilización de los sistemas sanitarios públicos ha sido en las últimas décadas, un proceso creciente, con especial presencia en los sistemas sanitarios de cobertura universal y en países de renta alta como España. Hay sustanciales diferencias en los sistemas sanitarios de las diferentes comunidades autónomas del estado Español, entre las que Catalunya se caracteriza por tener un sistema sanitario mixto con complejas colaboraciones e interacciones entre los sectores sanitarios público y privado. Mediante un enfoque de revisión narrativa, este artículo aborda diversos aspectos del sistema sanitario catalán, caracterizando los procesos de privatización y mercantilización de la sanidad en Catalunya desde una perspectiva histórica, con especial atención a los cambios legislativos recientes y las medidas de austeridad. El artículo se aproxima, con respecto a la mercantilización, a los eventuales efectos de la misma y de las medidas de austeridad, en la salud de la población y en la estructura, la accesibilidad, la efectividad, la equidad y la calidad de los servicios sanitarios.

Palabras clave: mercantilización; sistema sanitario; privatización; austeridad.

[en] Commodification of health care systems: The Catalan case

Abstract. Commodification of the public healthcare system has been a growing process in recent decades, especially in universal healthcare systems and in high-income countries like Spain. There are substantial differences in the healthcare systems of each autonomous region of Spain, among which Catalonia is characterized by having a mixed healthcare system with complex partnerships and interactions between the public and private healthcare sectors. Using a narrative review approach, this article addresses various aspects of the Catalan healthcare system, characterizing the privatization and commodification of health processes in Catalonia from a historical perspective with particular attention to recent legislative changes and austerity measures. The article approximates, the eventual effects that commodification and austerity measures will have on the health of the population and on the structure, accessibility, effectiveness, equity and quality of healthcare services.

Keywords: commodification; healthcare system; privatization; austerity.

* Grup de Recerca en Desigualtats en la Salut-Employment Conditions Network (GREDS-EMCONET)

¹ Universidad Pompeu Fabra (Barcelona)
E-mail: laanain@gmail.com

² Universidad Pompeu Fabra (Barcelona)
E-mail: kaylaesmith1@gmail.com

³ Universidad Pompeu Fabra (Barcelona)
E-mail: alballogirones@gmail.com

⁴ Universidad Pompeu Fabra (Barcelona)
E-mail: montse.vergara@upf.edu

⁵ Universidad Pompeu Fabra (Barcelona)
E-mail: joan.benach@upf.edu

Sumario: 1. Introducción. 2. La progresiva mercantilización de la sanidad en Catalunya. 3. El avance privatizador bajo la recesión económica. 4. Los efectos de las políticas de “austeridad” sobre el sistema sanitario y la salud. 5. Curar y cuidar un sistema sanitario catalán más humano y realmente público. 6. Bibliografía.

Cómo citar; Martínez, A., Smith K., Llop-Gironés, A., Vergara M., Benach, J. (2016) La mercantilización de la sanidad: el caso de Catalunya. *Cuadernos de Relaciones Laborales* 34(2), 335-355.

1. Introducción

En las últimas décadas, en buena parte del continente europeo hemos asistido a una importante mejora en algunos indicadores de salud como la esperanza de vida (EV) o la mortalidad infantil (MI). Por ejemplo, la EV en Europa ha aumentado de 77,7 años de media en 2002 a 80,4 años en 2011 y la MI se ha reducido de 5,4 muertes por cada 1000 nacidos en 2002 a 3,9 en 2011. No obstante, los problemas sociales, económicos y sanitarios persisten y las desigualdades en salud siguen, en muchos casos, aumentando (Comisión de Determinantes Sociales de la OMS, 2008). La crisis económica, política y social actual ha propiciado un rápido empeoramiento de los determinantes sociales de la salud (DSS) en muchos de los países europeos. Las drásticas restricciones en el gasto en servicios públicos y en prestaciones sociales -entre ellos, los sistemas de salud- han supuesto reducciones en el presupuesto, recursos o infraestructuras en los servicios sanitarios públicos. Y, pese a que el sistema sanitario no es el único determinante de la salud, constituye uno de los pilares fundamentales del estado del bienestar, y más especialmente, en estos momentos de recesión económica, en los que se empeoran los determinantes sociales, se incrementan las desigualdades y aumentan las demandas y necesidades sociosanitarias (Kondilis, et al., 2013) (Stuckler & Basu, 2013), sobre todo entre los colectivos que resultan más vulnerables (Karanikolos, et al., 2013). No en vano los mejores resultados de salud tienen lugar en aquellos países que han reforzado la protección social, incluso durante el periodo de recesión y de políticas de “austeridad” (Karanikolos, et al., 2013).

Las tendencias mercantilizadoras y privatizadoras, que se empezaron a desarrollar en Europa con la introducción de la Nueva Gestión Pública (NGP)⁶ en los años ochenta (Gallego, 2000) (Krachler, 2013), se han visto intensificadas en los últimos años -más especialmente con las recientes medidas de austeridad (Benach, et al., 2012)- defendiéndose desde algunos ámbitos políticos, económicos y sanitarios, como alternativas ante la insostenibilidad económica y de recursos de los sistemas públicos de salud (García-Sánchez, 2007). Especialmente en sanidad, en las últimas décadas del siglo XX, muchos países europeos y en general de la OCDE han ido incorporando progresivamente el sector privado en los sistemas públicos (Maarse, 2006) e introduciendo criterios mercantiles en el funcionamiento y gestión de las administraciones públicas. Y, si bien los criterios de mercado no

⁶ La “Nueva Gestión Pública” (NGP) es una corriente teórica sobre la gestión de las administraciones públicas ampliamente extendida a partir de finales de los años 80 en los países de la OCDE. Defiende explícitamente la necesidad de desburocratizar el ámbito público e introducir el sector privado y mecanismos de competencia en la función pública.

son en todos los casos avances privatizadores (Saltman, 2003), la mercantilización de los sistemas públicos se sustenta habitualmente en el mismo ideario que defiende los procesos de privatización, alegando que el mercado es el gestor más eficiente en la asignación de recursos y señalando que los servicios públicos son ineficaces, rígidos, burócratas y corruptos.

En este contexto, el Sistema de Salud español, hasta el año 2012 un Sistema Nacional de Salud (SNS) no ha quedado exento de los cambios, procesos y políticas de austeridad, en favor de la mercantilización y la privatización de los servicios públicos. Asimismo, aunque diferenciado e independiente, el sistema sanitario de Catalunya, ha seguido la misma línea. Sin embargo, Catalunya ha configurado un modelo con una estructura mixta particular, que si bien posee las bases fundamentales del SNS estatal, se diferencia sustancialmente de otras comunidades autónomas (CCAA). En el modelo catalán la convivencia y la colaboración público-privada, así como los elementos de mercantilización han estado muy presentes en su origen y evolución, siendo el modelo catalán uno de los casos más paradigmáticos para explicar la mercantilización -y posterior privatización- de los sistemas sanitarios públicos en Europa (Martínez, et al., 2014). Las formas de configuración de la mercantilización en el sistema sanitario catalán van desde la dirección y el aumento de las licitaciones y conciertos, a la creación y diversificación de un mercado sanitario con empresas públicas y privadas (con o sin ánimo de lucro), caracterizado por una mínima rendición de cuentas, una cesión progresiva de poder en la toma de decisiones a los mismos proveedores (Puig-Barrachina, et al., 2013) y unos sistemas de información (aunque mejorados en los últimos años) escasos y en ocasiones, incompletos. Todo ello en un sistema sanitario en el que el paradigma es fundamentalmente biomédico, un elemento coadyuvante de la mercantilización, dónde se favorece el nivel de atención hospitalario y se infradesarrollan los ámbitos de atención primaria, social, comunitaria, prevención y promoción de la salud.

De la misma manera, al igual que en el resto de países europeos, la crisis económica y financiera mundial ha afectado profundamente los diversos ámbitos de la vida social catalana, y en particular, el acceso a la salud y a los servicios sanitarios. En tanto que precursoras o potenciadoras de la mercantilización y la privatización de los sistemas públicos, las recientes políticas de “austeridad” plantean la necesidad de valorar en qué grado se estaría señalando una aceleración de estos procesos y cómo estas medidas podrían estar afectando al sistema sanitario y, en general, a la salud de la población. Algunas investigaciones internacionales apuntan a la privatización y la mercantilización como precursoras de más desigualdad, peor calidad y peores resultados en salud (Mackintosh & Koivusalo, 2007) (Egan, et al., 2007). No obstante, hasta el momento existen pocos estudios científicos que evalúen el impacto de la actual situación económica y de las políticas aplicadas durante los últimos años sobre la sanidad, o sobre la salud de la población en el momento actual, especialmente en el Estado español.

El presente artículo forma parte de un proyecto mucho más amplio⁷ que pretende analizar, por un lado, los diferentes aspectos vinculados a la privatización

⁷ Este artículo se basa en el informe “Privatización y mercantilización de la sanidad en Catalunya. Impacto de las medidas de “austeridad” realizado por un amplio Grupo de Trabajo coordinado desde el Grup de Recerca

y la mercantilización de la sanidad en Catalunya y su relación con las medidas de austeridad. Y, por otro, aproximarse a los potenciales impactos de las recientes políticas en la salud de la población y en la estructura, la accesibilidad, la efectividad, la equidad y la calidad de los servicios sanitarios en Catalunya.

En primer lugar, se realizó una revisión de la literatura científica y gris, explorándose diversas fuentes de información y evidencias. Asimismo, se incorporó la consulta de las informaciones que día a día proporcionan los actores sociales relacionados con el movimiento social de la salud, e instituciones que recogen un amplio espectro de experiencias de la sociedad civil y profesional. Aunque alguna de esta información puede valorarse como “subjetiva”, la misma permite tener información relevante normalmente oculta o poco conocida en relación con el tema de estudio. Por otro lado, se realizó una primera aproximación de carácter exploratorio, obteniéndose los datos cuantitativos específicos para Catalunya de las principales fuentes de información sobre indicadores económicos e indicadores de servicios sanitarios disponibles en páginas web oficiales. Los indicadores de estudio se seleccionaron de acuerdo con el criterio de expertos profesionales y académicos del ámbito de economía de la salud y la salud pública, teniendo en cuenta estudios previos sobre la evaluación de los servicios de salud, y seleccionándose aquellos que podían ser más relevantes para el análisis del impacto de las políticas de austeridad, la privatización y la mercantilización. El objetivo del artículo, sin embargo, no ha sido realizar un análisis empírico exhaustivo, sino una exploración y síntesis comprensible de la información disponible y accesible en Catalunya.

2. La progresiva mercantilización de la sanidad en Catalunya

El sistema de salud catalán tiene su origen en 1981, cuando se llevó a cabo la transferencia, desde el gobierno central, de las competencias de planificación y gestión sanitaria y de salud, y, donde junto a los centros públicos transferidos se incluyó una amplia red de centros, que ya mantenían conciertos con la Seguridad Social⁸, propiedad de instituciones locales catalanas (ayuntamientos y diputaciones), grupos eclesiales y agentes privados. En este proceso, Catalunya configuró un sistema con una estructura mixta particular aglutinando bajo una misma red de asistencia pública (la Red de Hospitales de Utilización Pública - XHUP por sus siglas en catalán) los proveedores hospitalarios del sistema, fueran éstos de titularidad pública o no; el Instituto Catalán de la Salud (ICS), compuesto por los centros del INSALUD, gestionaba el 90% de la Atención Primaria mientras que una proporción relativamente alta de los hospitales era propiedad de las administraciones locales o de empresas privadas, y tan sólo el 30% de las camas hospitalarias estaban gestionadas directamente por el ICS. La planificación del sistema sanitario catalán -llevada a cabo con el mapa sanitario adoptado en 1984-

en Desigualtats en la Salut (GREDS) - Employment Conditions Network (EMCONET) y con la participación de un gran número de asociaciones y colectivos por la defensa de la sanidad pública en Catalunya.

⁸ Los conciertos hospitalarios en Catalunya se remontan al franquismo. Hasta el año 1977 se firmaban con el Instituto Nacional de Previsión de la Seguridad Social; hasta el año 1982 con el Instituto Nacional de Salud (INSALUD); y, tras finalizar el proceso de las transferencias y hasta 1991 con el Institut Català de la Salut.

comportó profundas transformaciones, especialmente en Atención Especializada y Hospitalaria.

Dos fueron las figuras jurídicas más importantes: los consorcios públicos, incorporados en los años ochenta, inspirados en los Sistemas Multihospitalarios Estadounidenses (SMH), donde se agrupaban, en un principio, hospitales de propiedad pública no pertenecientes a la *Conselleria*; y las Empresas Públicas, que se iniciaron a principios de los noventa con el objetivo de gestionar algunos de los recursos públicos. Los defensores del desarrollo de consorcios y empresas públicas arguyen que la introducción de mecanismos propios del mercado y la gestión desde el derecho privado, aumentan la eficiencia y calidad de las administraciones públicas (Planas & Pozo, 2010). Sus detractores, sin embargo, señalan el potencial efecto privatizador de estas formas jurídicas, destacando el hecho de que estas entidades (consorcios y empresas) han propiciado la introducción de agentes privados en la gestión pública (directa o indirectamente), en distintas formas y alianzas (Serna, 2010). De hecho, si bien en un principio se había limitado la introducción de entidades privadas –incluso de las benéficas– en los consorcios públicos, esta limitación ha ido desapareciendo progresivamente y, hoy en día, muchos consorcios de mayoría pública integran en su seno centros privados con ánimo de lucro (Colom, et al., 2011).

No obstante, el punto de inflexión en el proceso de mercantilización del sistema catalán fue la separación de las funciones de compra y provisión de servicios con la promulgación en 1990 de la Ley de Ordenación Sanitaria de Catalunya (LOSC). Siguiendo las recomendaciones de la NGP, y al igual que sucedería en otros países de la OCDE (Krachler, 2013), el órgano recién creado por la LOSC⁹, el *Servei Català de la Salut* (CatSalut) se configuró como la aseguradora pública y el agente-comprador de los servicios sanitarios. Así, los proveedores del sistema, una amplia red de variada titularidad y formas de gestión (pública, semi-pública o privada), compiten entre sí por acceder a los contratos de provisión de servicios mantenidos con el CatSalut. El ICS, que había sido hasta la LOSC el mayor proveedor y gestor de la compra de servicios sanitarios quedó, a partir de 1991, como proveedor más (Gallego, 2000; Equip Estudis, 1997). Sin embargo, si bien la aplicación final de la LOSC estuvo muy influenciada por la NGP (Pastor, 2008), quedó sujeta a las particularidades de la red sanitaria catalana previamente establecida y con la que ya se habían instaurado fuertes vínculos. Así, el sistema catalán, camino al casi-mercado, se convirtió realmente en un mercado sanitario basado en relaciones bilaterales y multilaterales de confianza a largo plazo, y de poder, colaboración y dependencia mutua configurándose como una red de vínculos clientelares, establecidos más allá de la competencia de mercado (Gallego, 2000).

A partir de la LOSC de 1990, y siguiendo el modelo de diversificación de proveedores extendido en atención hospitalaria, se inició también la multiplicación de la gestión de Equipos de Atención Primaria mediante proveedores de diferente titularidad (Institut d'Estudis de la Salut, 2007), rompiéndose de forma definitiva el monopolio del ICS en Atención Primaria (AP) con la reforma de la LOSC de 1995, que introdujo *explícitamente* el ánimo de lucro en la sanidad pública (Pastor, 2008;

⁹ La Ley de Ordenación Sanitaria de Catalunya se promulga al amparo de la Ley General de Sanidad, promulgada en 1986

Serna, 2010). Hasta entonces, ya se habían mantenido algunos conciertos o colaboraciones puntuales con entidades con ánimo de lucro. La reforma de 1995, no obstante, oficializó esta situación y, especialmente en AP fomentó la creación de entidades con ánimo de lucro formadas por profesionales de la atención primaria y destinadas a ofrecer servicios públicos. Son las llamadas Entidades de Base Asociativa (EBA), fórmulas de gestión surgidas de los discursos basados en la NGP como una forma de mejorar la eficiencia y la calidad del sistema sanitario a través de la autogestión¹⁰, con ánimo de lucro, y del establecimiento de estrategias basadas en mecanismos de incentivación a los profesionales (Gené, 2010; Institut d'Estudis de la Salut, 2007). Sin embargo, la evidencia sobre este tipo de entidades es ambigua, pone en duda la experiencia (Lewis, 2004) y señala que la orientación lucrativa puede influir en la toma de decisiones (Croxon, et al., 2001; Giuffrida & Gravelle, 2001), en la provisión de los cuidados, y causar inequidades (Propper, et al., 2002; Lewis, 2004). La evaluación de su implementación en Catalunya ha sido escasa a la vez que poco concluyente (Institut d'Estudis de la Salut, 2007; Palomo, et al., 2012; Gené, 2010), no quedando suficientemente probada la supuesta superioridad de ciertos modelos de gestión. Por otro lado, tampoco existen estudios ni informes que evalúen la heterogeneidad de proveedores del sistema público en otros ámbitos de atención, donde la presencia de proveedores no-ICS es más numerosa.

Posteriormente a la reforma de la LOSC, son varios los decretos que han acabado definiendo el llamado Sistema Integral de Salud de Catalunya (SISCAT) como una red de redes *integrada y coordinada* (Decreto 196/2010). La estructura final del sistema catalán lo hace muy diferente al resto del SNS: El Departament de Salut gobierna y establece las políticas, el CatSalut es el organismo encargado de comprar servicios sanitarios al SISCAT, una amplia red de proveedores, entre los que se encuentra el ICS, de naturaleza, titularidad y gestión pública; y un bloque, llamado “la concertación” que incluye una amalgama de entidades que pueden ser públicas, mixtas o privadas, con o sin ánimo de lucro¹¹. Con el fin de salvar las ineficiencias producidas por la competición en el sistema –duplicidad de pruebas diagnósticas, más gasto, pérdida de la continuidad, menor calidad (Puig-Junoy, 2002; Terraza, et al., 2006)- se produce un acercamiento progresivo que potencia la colaboración y la coordinación entre proveedores, dando lugar a las Organizaciones Sanitarias Integradas (Vargas, et al., 2009). No obstante, la concertación y la subcontratación siguen siendo las piezas clave del modelo (Serna, 2010); caracterizándose la red por una intensa proliferación de entidades diversas que se asocian, agrupan y/o coordinan en distintos modos. Esta diversificación ha propiciado múltiples formas de colaboración público-privada en los servicios públicos, y no sólo en la coordinación, gestión y provisión de los servicios, sino también en la formación continuada de los profesionales o incluso en la

¹⁰ Definimos “autogestión” en este contexto como la situación en que los sanitarios gestionan directamente el servicio, en el marco de una entidad de la que son propietarios, o en el desempeño individual de los médicos de familia.

¹¹ En este sistema, el ICS gestiona el 77% de la Atención Primaria y, tan solo un 25% de la atención hospitalaria (incluye, no obstante, la mayoría de hospitales con mayor nivel de complejidad). Los servicios de la atención especializada socio-sanitaria y salud mental, también están concertados mayoritariamente con proveedores no-ICS.

construcción de nuevas infraestructuras mediante alianzas comerciales entre proveedores (como los llamados “Public Private Partnership” u otras iniciativas de financiación privada).

3. El avance privatizador bajo la recesión económica

La profunda recesión económica de los últimos años ha supuesto un escenario socio-económico muy propicio para promover y reforzar la ideología, estrategias, políticas y acciones en favor de una sanidad mercantilizada. En Catalunya, las políticas de austeridad han comportado una reducción del presupuesto destinado a Salud de casi un 17% desde 2010 (Generalitat de Catalunya, 2010-2015). Sin embargo, los recortes se han distribuido de forma desigual a lo largo del sistema sanitario. Por ejemplo, aun cuando numerosos estudios ponen de manifiesto que los sistemas centrados en atención primaria, prevención y promoción de la salud son más eficientes, más equitativos y obtienen mejores resultados (Starfield, et al., 2005), el presupuesto asignado a la AP ha pasado de un 20% a un 16% entre 2010 y 2014. Mientras el presupuesto asignado a la Atención Especializada (AE) crecía tres puntos en el mismo período (del 46% al 49% del total).

Asimismo, también en ese período, mientras el ICS ha mantenido su presupuesto entorno al 30% del total, la concertación ha visto aumentada su partida presupuestaria en más de un 10% (Generalitat de Catalunya, 2010-2015). Aunque la concertación supone más de la mitad del presupuesto del CatSalut, el necesario control democrático del presupuesto y gasto público en el caso de las entidades concertadas, resulta enormemente difícil (Martínez, et al., 2014). Si bien es cierto que pueden consultarse las cuentas de las entidades públicas o mayoritariamente públicas con mayor o menor dificultad en el acceso a ellas, no es tan sencillo en el caso de las entidades privadas o con participación pública minoritaria, sean éstas benéficas o con ánimo de lucro. La información sobre todas las entidades que contratan con el CatSalut puede encontrarse en el Registro de Convenios y Contratos, publicado en la web del CatSalut. Según este registro, las entidades privadas con ánimo de lucro mantienen el importe de los contratos con el CatSalut, mientras que el resto de entidades, benéficas, públicas o semi-públicas ven reducidos a partir de 2010 sus presupuestos, con distintas variaciones (Martínez, et al., 2014) (Figura 1).

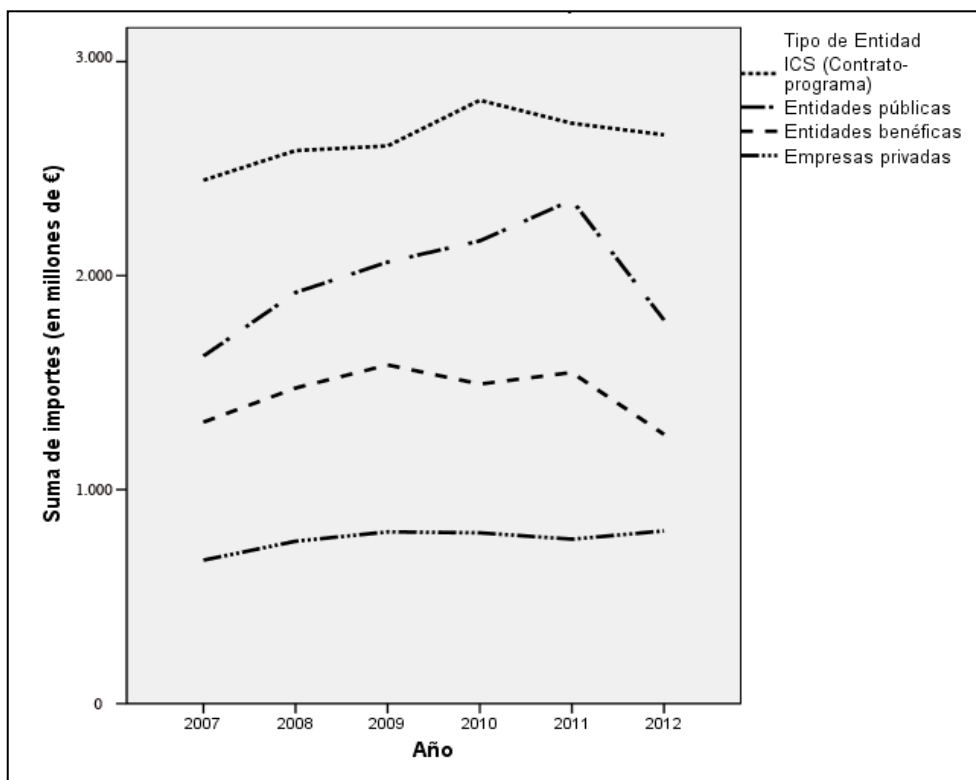


Figura 1. Evolución del presupuesto del CatSalut según titularidad de la entidad proveedora (2007- 2012). Fuente: Registro de Convenios y Contratos del CatSalut 2007-2012. Entidades públicas: Entidades públicas: Consorcios, Empresas y Sociedades Mercantiles participadas mayoritariamente por la Generalitat. Entidades benéficas: Cualquier entidad de carácter benéfico sin ánimo de lucro participada o no por la Generalitat. Empresas Privadas: Entidades con ánimo de lucro no participadas por la Generalitat o participadas de forma minoritaria.

La incorporación en el SISCAT de distintos tipos de gestión ha potenciado una extensa proliferación de entidades proveedoras de servicios y ha propiciado la inclusión (cada vez en mayor medida) de diversas formas de colaboración público-privada, la mayoría de ellas dirigidas a la asistencia pública pero también algunas dirigidas a la asistencia privada. Todo ello ha sido justificado y legitimado por los discursos oficiales y diversos informes realizados por entidades o personas de prestigio (Camps, et al., 2006) asegurando que la colaboración privada en la esfera pública no afecta a la equidad, a la vez que tiene beneficios sobre la eficiencia, la calidad y la redistribución de recursos, ya que desde la esfera privada la asignación resulta más equilibrada. (Camps, et al., 2015).

Entre las nuevas formas de colaboración público-privada, dirigidas a la asistencia pública, cabe destacar los modelos iniciativa de financiación privada (PFI, por sus siglas en inglés) o asociación público-privada (PPP, por sus siglas en

inglés), que suponen la contratación de las obras, el mantenimiento o la gestión de hospitales públicos a entidades privadas o a alianzas privadas o mixtas. Son ejemplos de ello el Hospital comarcal Moisés Broggi en Catalunya y también otros hospitales del estado, especialmente en la Comunidad de Madrid y en la Comunidad Valenciana. Si bien algunos autores afirman que la financiación PFI minimiza el impacto en el endeudamiento de la administración pública, resultando ésta más eficiente y menos costosa (Allard & Trabant, 2006), varios estudios e informes oficiales han puesto en duda la eficiencia y resultados de estos modelos de financiación. (Ruane, 2008; Reyes, 2012; Vecchi, et al., 2010; Pollock, et al., 2011; Pollock & Price, 2012). Recientemente, un órgano independiente de la Comisión Europea ha publicado un informe en el que concluye que no existen suficientes evidencias que demuestren una eficiencia superior de estos modelos y que, por contra, hay indicios de que adoptarlos puede resultar más costoso a largo plazo por lo que no son recomendables (European Commission, 2014).

Otro punto destacable que mercantiliza el sistema público es la instauración de mecanismos de copagos (repagos) o pagos “out-of-pocket” en los diferentes servicios de la cartera del sistema sanitario. El argumento para instaurar sistemas de copagos, ya sea en el consumo o en el acceso a los recursos sanitarios, se sustenta en limitar el coste que puede suponer el abuso o mal uso de los mismos. Sin embargo, la evidencia disponible sobre la implantación de copagos apunta que éstos son ineficaces (Solanas, et al., 2011), injustos e inequitativos (Benach, et al., 2012). El copago mercantiliza la atención sanitaria convirtiéndola en una mercancía en lugar de un derecho social, deteriora el sistema sanitario público culpando al enfermo en lugar de responsabilizar a las autoridades políticas y poderes económicos.

Los defensores de la mercantilización y privatización, sustentan parte de la argumentación en señalar principalmente a los propios enfermos como culpables de la enfermedad, del derroche y del gasto poco racional, primando la responsabilidad individual de los resultados en salud por encima de la responsabilidad colectiva y social (Camps, et al., 2015). Sin embargo, son numerosos los estudios que muestran como los factores fundamentales que generan la salud pública, tienen que ver, sobre todo, con los determinantes sociales de la salud, como por ejemplo la calidad de las condiciones de empleo y trabajo o la calidad de la vivienda y los servicios existentes en el territorio (Comisión para Reducir las Desigualdades en Salud en España, 2012). Existe evidencia, por ejemplo, que los trabajadores con peor situación salarial, laboral y social, son quienes tienen niveles de colesterol o glucosa en sangre más elevados, y también quienes fuman más y realizan menos ejercicio físico. Así, los resultados en salud responden más que a la genética y los hábitos de vida, al contexto, las políticas y la situación social (Martínez, et al., 2014).

Acompañando a las medidas de austeridad se han producido, asimismo, contrarreformas legales y cambios normativos respondiendo, en gran medida, a la ideología mercantil y al poder e influencia de las grandes empresas, los lobbies de la industria farmacéutica y la tecnología sanitaria.

Desde el punto de vista de la equidad en salud y las desigualdades, el Real Decreto-Ley 16/2012 (RD16/2012), aprobado por el gobierno español, ha dificultado aún más el acceso a la sanidad. Tres años después de su implantación, aún y no habiéndose demostrado su supuesta eficacia, se han modificado algunas

condiciones del RD16/2012 que siguen creando enormes desigualdades. Un claro ejemplo es la exclusión de la atención sanitaria completa a miles de personas (extranjeras extracomunitarias en situación administrativa irregular, comunitarias que no trabajen o no sean beneficiarias de un trabajador, estudiantes extranjeros que solamente cuenten con permiso de estudiantes, personas ascendentes con permiso de reagrupación familiar, personas que no coticen, personas de nacionalidad española que residan más de 90 días en el extranjero...). Las personas excluidas del sistema (sin tarjeta sanitaria) pueden recibir atención primaria¹², especializada en caso que sean menores de 18 años, en casos urgentes y durante el embarazo, el parto y el puerperio.

Varias comunidades autónomas han elaborado normativas que dejan sin efecto el RD16/2012 y otras como Catalunya han dado instrucciones para minimizar a los excluidos. Han sido varias las instrucciones que han regulado el acceso a la asistencia sanitaria pública en Catalunya, vinculando el derecho al padrón municipal. Si bien es cierto que debido a la presión y denuncias realizadas desde la sociedad civil y algunos colectivos organizados, se ha conseguido cambiar normativas orientadas a disminuir la restricción del acceso en Catalunya, la norma actual todavía deja en situación de exclusión a muchas personas, especialmente aquellas que resultan más vulnerables. Actualmente, la instrucción 8/2015 da cobertura sanitaria a través del CatSalut con acceso a la atención especializada a personas extranjeras en situación irregular que cuenten con empadronamiento (incluye personas en situación de irregularidad sobrevenida, es decir que no han podido renovar su residencia y personas extranjeras en situación regular pero sin derecho a la atención sanitaria en el resto del estado como la ciudadanía de la Unión Europea o ascendientes reagrupados/as y personas extracomunitarias con visado de estudiante). Sin embargo, esta instrucción sigue siendo restrictiva, ya que todavía no garantiza una atención sanitaria pública y universal en Catalunya. Siguen quedando excluidas personas no empadronadas o con imposibilidad de empadronarse. Por ejemplo, las personas que viven en la calle pueden encontrar diversas barreras ya que no todos los municipios catalanes permiten el empadronamiento “sin domicilio fijo”. Además, en Catalunya, al vincular el acceso al padrón, se está produciendo la paradoja de que casos que sí estarían garantizados según la legislación estatal (casos urgentes, mujeres embarazadas o menores de 18 años) si no están empadronados en Catalunya, están siendo facturados en el momento de la atención (Plataforma per una Atenció Sanitària Universal a Catalunya (Pasucat), 2014).

4. Los efectos de las políticas de “austeridad” sobre el sistema sanitario y la salud

La reducción presupuestaria realizada en el sistema sanitario público conlleva cerrar centros, servicios, urgencias y quirófanos, hacer expedientes de regulación de empleo, reducir el número de profesionales sanitarios y empeorar las

¹² Cabe destacar que la inclusión de la Atención Primaria a las prestaciones garantizadas a inmigrantes en situación irregular no se incluyó hasta Marzo de 2015, 3 años después de la entrada en vigor del RD/16/2012

condiciones de trabajo de quienes se quedan, deteriorando así los servicios y prestaciones sanitarias, pudiendo aumentar el riesgo de enfermar y morir prematuramente. Un estudio internacional reciente señala que el aumento del número de pacientes asignados por enfermero/a, aumenta la mortalidad hospitalaria y disminuye la calidad de los cuidados que estos/as profesionales ofrecen (Aiken , et al., 2014).

A la vez, desde 2010 se ha reducido el presupuesto destinado a Bienestar Social y Familia en más de un 12%. Ello reduce la protección social a la vez que se debilita un sistema de salud que podría atenuar los problemas generados por la recesión económica y los recortes de los servicios públicos.

El acceso universal al sistema sanitario se ha visto drásticamente restringido como consecuencia de la aprobación del RD16/2012 y su instrucción catalana, dejando sin cobertura sanitaria a miles de personas. En muchas ocasiones, las autoridades aluden al turismo sanitario para justificar este tipo de medidas; sin embargo, las personas extranjeras excluidas distan mucho de ser turistas sanitarios sino más bien colectivos vulnerables, en situación de exclusión social, que a su llegada al país de acogida suele presentar un buen estado de salud, el denominado efecto del inmigrante sano (Uretsky & Mathiesen, 2007), y que además han demostrado hacer un menor uso de los servicios sanitarios que la población autóctona (Especial Congreso Semfyc, 2008). Dificultar el acceso a los medicamentos o a la atención primaria puede repercutir en una mayor utilización de los servicios de urgencias y/o hospitalarios, con lo que el coste sanitario aún podría ser mucho mayor (Solanas, et al., 2011; Trivedi, et al., 2010). Por otra parte, no realizar adecuadamente la prevención o tratamiento de enfermedades transmisibles puede generar riesgos importantes para la salud pública.

Sin embargo, tener una tarjeta de cobertura pública no asegura tampoco un acceso equitativo a la sanidad debido entre otras razones al uso de copagos. El pago directo en el acceso o uso de los servicios sanitarios públicos no existe ni en el Estado español ni en Catalunya. Hasta el momento, las medidas sobre copago han sido retiradas. Sin embargo, en Catalunya se ha instaurado el pago para acceder prioritariamente a determinados servicios. La cohabitación público-privada en algunos hospitales de la red pública ha posibilitado una vía rápida para que aquellos pacientes que pueden pagar, sean intervenidos, ingresados prioritariamente o se les realicen antes las pruebas diagnósticas, pasando injustamente por delante de otras personas pendientes también de recibir atención. Un menor acceso al sistema sanitario es una fuente importante de desigualdad. Los estudios internacionales muestran que aquellos sistemas de salud universales y con menor presencia de copagos tienen una mayor equidad en el acceso (Organisation for Economic Co-operation and Development, 2003). Sin embargo, tanto en Catalunya como en el Estado Español, hay una tendencia general a disminuir la universalidad e instaurar mecanismos que limitan el acceso a la asistencia e incrementan la desigualdad ya generada por el mismo contexto económico y social.

La aplicación de las políticas de austeridad está afectando a la cantidad y calidad de los servicios tanto de atención primaria, como de atención especializada, lo cual comporta consecuencias negativas a corto y medio plazo, y otras consecuencias a más largo plazo que es urgente conocer.

En la AP catalana, desde 2010, se han producido cierres o restricciones de los horarios en más de 60 puntos de atención continuada. En la atención especializada, donde se incluye atención a la salud mental, socio-sanitaria y hospitalaria de agudos, entre 2010 y 2013 se cerraron 1.485 camas de hospitalización y se suprimieron, total o parcialmente, varios servicios y actividades, como la actividad quirúrgica por las tardes. En la atención a la salud mental disminuyeron tanto los recursos para la atención de agudos como los existentes en los centros y hospitales de día. Igualmente, se redujeron también las plazas en la atención socio-sanitaria. Por su parte, el transporte sanitario urgente ha visto reducidas sus unidades en un 6% entre 2010 y 2013 (Servei Català de la Salut, 2004-2014). Si bien los datos son todavía muy recientes, estas medidas estructurales, están probablemente teniendo un impacto sobre la atención sanitaria, sobre el acceso, las actividades, la calidad o la equidad, así como también sobre la salud de la población.

Por ejemplo, como consecuencia de los cierres de quirófanos, las listas de espera para las intervenciones quirúrgicas, urgentes o no urgentes han aumentado de forma alarmante en los últimos años. El tiempo de espera para las intervenciones urgentes cardíacas se duplicó entre 2009 y 2013 (Departament de Salut, 2013; Canal Salut, 2011-2014), obligando a la puesta en marcha de un “plan de choque” por parte del Departament de Salut para paliar los efectos (Castedo, 2013). La situación de espera quirúrgica, aun cuando se trata de intervenciones no urgentes, puede suponer un detrimento importante en la calidad de vida de las personas, en su autonomía personal y puede aumentar la demanda de otros servicios. La situación es más grave cuando se trata de la espera para una cirugía urgente, ya que esta puede conllevar, tanto a medio como largo plazo, el desarrollo de otras complicaciones asociadas y empeorar el resultado final y en conjunto la salud de la persona. Por otro lado, el cierre de los puntos de atención primaria continuada ha obligado a los pacientes a desplazarse lejos de su domicilio para recibir atención, afectado a la accesibilidad y la continuidad de los cuidados que proporciona la atención primaria. Los servicios de atención primaria pierden así la oportunidad de ser la puerta de entrada en la atención a las urgencias, a la vez que se saturan los servicios de urgencias hospitalarios y los sistemas de emergencias con motivos de consulta no adecuados para esos niveles de atención (Vall-llosera & Zapater, 2015).

Todavía es pronto para evaluar los posibles impactos a largo plazo de las medidas de “austeridad” sobre la salud, la morbilidad o la mortalidad. Por otro lado, cabe además tener en cuenta que no son sólo los sistemas sanitarios quienes influyen en estas variables. Por ejemplo, hasta 2013, la tasa de mortalidad evitable atribuible a los sistemas de salud disminuye; mientras que la tasa de mortalidad atribuible a las políticas intersectoriales de salud aumenta ligeramente desde 2009 (aunque se observa un descenso entre 2012 y 2013) con más diferencia entre las mujeres (Servei d'Informació i Estudis, 2015). Asimismo, según un reciente informe publicado por el Observatorio de Salud de Catalunya, los ingresos por tentativa de suicidio han aumentado un 33,8% en las mujeres y un 21,6% en los hombres (Observatori del Sistema de Salut de Catalunya, 2014). La tasa de mortalidad por suicidios, descendente desde 2004, inicia una tendencia creciente a partir del 2010. La diferencia porcentual es de un 21% de incremento entre 2009 y 2013 para total, siendo del 17 y 34% de incremento, para mujeres y hombres,

respectivamente (Canal Salut, 2013). Existe una clara evidencia del incremento en el grado de sufrimiento de la salud mental en la población en los contextos de crisis económica (Karanikolos, et al., 2013; Kondilis, et al., 2013). A pesar de ello, los recortes estructurales en *salud mental* muestran un descenso en casi la totalidad de los recursos existentes: camas hospitalarias psiquiátricas, plazas en hospitales de día, y centros de día para adultos; y si bien es verdad que ha aumentado la actividad en salud mental, los recortes estructurales en este sector han podido afectar a la calidad de esta actividad tal y como muestra la literatura internacional (Yoon & Bruckner, 2009).

En definitiva, dado que la atención sanitaria pública, de cobertura pública, se asocia a un riesgo menor de morir y a menores desigualdades en salud según la clase social, el género, la etnia y la situación migratoria, la sanidad mercantilizada es injusta, rompe el concepto de ciudadanía y solidaridad social y abre paso al clasismo, la discriminación y la desigualdad (Mackintosh & Koivusalo, 2007).

La reducción, deterioro e incluso destrozo de la sanidad pública es una estrategia neoliberal en favor del enriquecimiento y ampliación de la sanidad privada; se trata de convertir la salud y la asistencia sanitaria en una mercancía más, lo cual hace posible incrementar en gran manera las posibilidades de negocio. El hecho no es banal ni inocente; como señalan varios informes y estudios, la participación privada, la gestión desde formas privadas (sobre todo con ánimo de lucro) no beneficia la eficiencia del sistema ni obtiene mejores resultados en salud (Mark, 1999; Pollock, et al., 2011; European Commission, 2014; Quercioli, et al., 2013) es una decisión ideológica (Martínez, et al., 2014) que, sin embargo, sí supone un extraordinario beneficio para el capital sanitario privado¹³ y empobrece la calidad del sistema público (Mckee & Stucker, 2011). Cabe recordar que el 40% del presupuesto de la Generalitat se destina a salud.

No obstante la falta de desarrollo y acceso público completo a los indicadores en los sistemas de información del Departament de Salut de la Generalitat, dificulta la realización un análisis más exhaustivo y completo. En el análisis de estos datos cuantitativos cabe mencionar, además, algunas limitaciones, no sólo en cuanto a la selección de indicadores, sino también en relación con la disponibilidad y la calidad de los mismos. Todos estos aspectos deberían considerarse a la hora de interpretar los resultados obtenidos, a la vez que sugieren la necesidad de revisar y mejorar los registros disponibles. En primer lugar, algunos indicadores presentan incoherencias entre diferentes registros. Así, por ejemplo, para un mismo indicador en el mismo año, sin hacerse explícito ningún cambio de definición en los apartados metodológicos correspondientes, las memorias de los distintos registros no ofrecen los mismos datos. En segundo lugar, algunos indicadores cambian su definición, su fórmula o su presentación en los diferentes informes. Por ejemplo, hasta un determinado año se incluyen una serie de patologías bajo un mismo indicador, y a partir de dicho año para el mismo nombre de indicador se excluyen o incluyen otras diferentes. En tercer lugar, en algunos indicadores apenas se observa su evolución a lo largo de tres años, hecho que limita su análisis de tendencia

13 Entre 2010 a 2013, los seguros médicos privados en Catalunya han ganado 101.000 abonados, mejorando su beneficio en más de un 10%. (El País Agencias, 2010). De hecho, según datos del Observatorio de Salud de Catalunya, los contactos hospitalarios de financiación pública se reducen ligeramente desde 2008 aumentando, en contrapartida, los contactos hospitalarios de financiación privada.

temporal. Por último, algunos indicadores dejan de presentarse a partir de un año determinado. En los informes no se especifica, en la mayoría de casos, el motivo por el cual un indicador cambia de fórmula, de definición, empieza a utilizarse o deja de ser incluido o analizado en los siguientes informes. Las incidencias mencionadas podrían atribuirse a la constante mejora de los sistemas de información, vigilancia y control sobre los servicios sanitarios, y en concreto sobre el sistema de salud de Catalunya. Sin embargo, precisamente con este objetivo, es importante remarcar la necesidad de revisar y mejorar sistemáticamente la accesibilidad y la calidad del sistema de información de los servicios sanitarios, que a su vez debieran estar fundamentados en indicadores con base teórica y científica contrastada y rigurosa. A modo de ejemplo, recientemente, el Observatorio de Salud de Catalunya ha unificado los datos que se obtienen de los diferentes proveedores, desarrollando distintos aplicativos en la web con una importante batería de indicadores muy detallados. No obstante, no todos los indicadores son accesibles, con consulta on-line, para toda la ciudadanía. Muchos de los datos solamente se publican en los informes que realiza la Central de Resultados desde el año 2010, con las limitaciones antes mencionadas. Es importante destacar la necesidad de disponer de indicadores y análisis, públicos pero también obtenidos de forma independiente, que sean accesibles y fáciles de entender, que sean fiables y elaborados en forma continua, y que posean un elevado nivel de calidad que permita conocer en profundidad la situación, evolución y determinantes de la atención socio-sanitaria y sus resultados en la salud de la población. Disponer de la información necesaria para conocer como es nuestra sanidad, salud pública y equidad en salud debe ser un derecho ciudadano fundamental.

5. Curar y cuidar un sistema sanitario catalán más humano y realmente público

En los últimos años, coincidiendo con las políticas de austeridad y privatización del modelo sanitario hemos asistido a la proliferación de numerosas movilizaciones que luchan por el derecho a la sanidad y contra la exclusión, pero también que intentan avanzar hacia un sistema sanitario verdaderamente público y con mucha mayor transparencia. Un ejemplo de ello son las acciones desde diferentes sectores del ámbito sanitario que surgen como respuesta a los recortes, las políticas aplicadas y el empeoramiento del sistema público con la reducción de equipamientos sanitarios, salarios, plantillas, y el empeoramiento de las condiciones laborales y los recursos para atender a los pacientes. Por un lado, las acciones de organizaciones sindicales y colegiales, y asociaciones vecinales y otros colectivos locales y, por otro, ciudadanos y profesionales organizados a través de las redes sociales de organización horizontal y sin pertenencia a partidos o sindicatos.

Junto a las concentraciones, manifestaciones y huelgas tradicionales se han fortalecido formas de reivindicación de los espacios públicos como acampadas o encierros en los centros sanitarios y nuevas formas de organización, conexión y difusión que han potenciado los vínculos y articulación entre los diferentes

colectivos en lucha en Catalunya y en todo el Estado. Entre los colectivos en defensa de la sanidad pública destacan también personas de la sociedad civil, que actúan localmente en centros, barrios y pueblos o que, de forma global, difunden información, convocan manifestaciones, realizan acciones de presión directa o desobediencia civil y hasta presentan demandas por la vía judicial.

Algunos ejemplos de estas movilizaciones son los encierros en los Centros de Atención Primaria o en los hospitales en contra los cierres de servicios, de las reducciones horarias o de los despidos o pérdidas de profesionales y especialistas. La ciudadanía también se ha organizado para denunciar el *apartheid sanitario* que sufren las personas excluidas de la sanidad (como consecuencia del RD 16/21012), llaman a la desobediencia por parte del personal sanitario y organizan grupos de acompañamiento para que estas personas sean atendidas en los centros de salud: es la campaña *Yo Sí, Sanidad Universal*, nacida en Madrid y ya extendida a todo el Estado. En Catalunya, la *Plataforma per una Atenció Sanitària Universal a Catalunya (Pasucat)*, formada por diversos colectivos en defensa de la sanidad pública, ha iniciado un observatorio sobre la exclusión sanitaria en el territorio catalán; también está implicada en la campaña *Jo Sí, Sanitat Universal* propulsada desde las diferentes asambleas de barrios y pueblos, y colectivos en defensa de la sanidad pública vinculados al 15M. Las listas de espera también han sido denunciadas desde diferentes colectivos. Destacamos la campaña "*No marxis sense hora, hi tens tot el dret!*" impulsada por las *Candidatures de Unitat Popular (CUP)* y otros colectivos en defensa de la sanidad pública, asociaciones de vecinos o plataformas de trabajadores como *Can Ruti diu Prou*. Estos grupos han iniciado campañas similares a la Plataforma de Afectados por la Hipoteca (PAH) como por ejemplo en el Hospital Joan XXIII de Tarragona, Reus, Penedès, Terrassa, Bellvitge o Barcelona, donde instan a la institución a proporcionar una programación de la visita o la intervención sanitaria requerida. Estas movilizaciones priman lo que se considera legítimo y justo por encima de lo legal; combinan modos de actuación habituales en los años 60, de gran activismo vecinal y participación abierta y horizontal, con nuevas maneras de hacer y pensar la política, con nuevos recursos que permiten nuevas formas organizativas, participativas y de acción.

El modelo catalán no sólo ha favorecido progresivamente la mercantilización y privatización del sistema sanitario sino que también ha propiciado varias irregularidades, malversaciones, prevaricaciones o corrupciones que han sido ampliamente denunciadas. Cabe destacar a la revista *Cafè amb llet* y la *CUP de Reus* como pioneras en destapar casos de corrupción en la sanidad catalana. Por su parte, la *Plataforma de Afectadas por los Recortes Sanitarios (PARS)* y la *Iniciativa Penal Popular (IPP)*, han denunciado cómo las medidas de austeridad se podían considerar como un posible delito criminal del Departament de Salut hacia las personas que no estaban recibiendo una adecuada asistencia a su salud. Ante la instauración de copagos y el euro por receta promovidas por la Generalitat la indignación de varios colectivos sociales empezó a gestar formas de "desobediencia civil" a través de las campañas promovidas por *Dempeus per la Salut Pública*, *Cafè amb llet* y la *Plataforma pel Dret a la Salut (PDS)* en las que también participaron numerosos colectivos.

Además, en la lucha por defender la sanidad pública, mejorar la salud de la población y los determinantes sociales de la salud y reducir las desigualdades en salud, cabe destacar los estudios desarrollados por grupos de investigación científica como el *Grup de Recerca en Desigualtats en Salut* (GREDS-EMCONET) de la Universitat Pompeu Fabra, o la *Agència de Salut Pública de Barcelona* (ASPB).

En relación a la mejora y regeneración del modelo sanitario público catalán, y para reivindicar un modelo de sistema de salud realmente universal (financiado mediante impuestos y gestionado públicamente), accesible para toda la población, orientado a la atención primaria, con mejores sistemas de información, transparencia, y una participación ciudadana real destacan las reivindicaciones y aportaciones realizadas por *l'Associació Catalana per la Defensa de la Sanitat Pública* (ACDSP), el *Centre d'Anàlisi i Programes Sanitaris* (CAPS), el *Fórum Català d'Atenció Primària* (FoCAP), los propios sindicatos de trabajadores/as del ámbito sanitario, y todos los colectivos de ciudadanos y profesionales que desde sus grupos, asociaciones de vecinos, barrios, o simplemente como usuarios de la sanidad pública, se unen a la defensa de la sanidad pública, se informan, difunden conocimiento y actúan. Cabe destacar, en este sentido la creación de la *Marea Blanca de Catalunya*, en Febrero de 2015, como plataforma aglutinadora de todas estas luchas, colectivos o movimientos, bajo el lema: “de la protesta, a la propuesta”. Un modelo alternativo de sanidad pública es necesario y posible. Se puede avanzar hacia un sistema sanitario con otros valores e ideología, con un modelo de financiación que provea el derecho a la sanidad para toda la población, y que esté fuera de la lógica del beneficio y el negocio mercantil (Benach, et al., 2012). Una sanidad donde la atención primaria y comunitaria sea fundamental para ayudar a contrarrestar los efectos dañinos producidos por los determinantes sociales de la salud en nuestras vidas.

Es necesario por tanto avanzar hacia un sistema basado en la salud de la persona y no en la enfermedad, con un enfoque biopsicosocial, menos medicalizado y con menos peso farmacéutico, que fomente la participación real de las personas junto a los profesionales de salud. Todo ello acompañado de políticas de salud, a cargo de los gobiernos, en “todas las políticas” públicas, ya que los principales determinantes de la salud son sociales, ambientales y económicos. Para ello, se debería potenciar la salud pública y la atención primaria y comunitaria como elementos centrales del sistema, resolutivos, como puerta de entrada y gestores del proceso preventivo y asistencial, con mayor autonomía por parte de las personas y profesionales y con mayor participación real de todos y todas.

El dinero de los impuestos debería garantizar un servicio sanitario realmente público y de calidad, accesible para toda la ciudadanía. Y debería garantizarlo de forma transparente, permitiendo que la población sepa cómo se gasta su dinero y quién lo gasta. Asimismo, el *Departament de Salut* debería cumplir sus funciones esenciales de control y regulación para garantizar el cumplimiento de objetivos del sistema sanitario y de salud, la excelencia de los servicios, y la no proliferación de desigualdades territoriales de acceso y calidad en los servicios de salud, que se pueda producir por la diversidad de proveedores y la falta de protocolos estandarizados, así como la desigual distribución de recursos, en base a la naturaleza de dichos proveedores (con o sin ánimo de lucro). Se debe garantizar la

transparencia, haciendo públicos y accesibles a toda la ciudadanía todos los datos referentes al sistema, tanto los indicadores económicos como los de salud. Asimismo, en el caso de que se mejore la metodología utilizada para calcular un indicador, es necesario explicar la antigua fórmula, las razones del cambio y el nuevo cálculo. El objetivo de la transparencia debería ser mejorar el desempeño de los centros y la gobernabilidad del sistema sanitario con el fin de proveer la mejor calidad en la atención al paciente, así como también constituir una herramienta de control por parte de la población.

Es necesario, además, avanzar en una investigación científica donde tenga lugar el máximo nivel de participación e implicación por parte de la población, desarrollando un concepto transdisciplinar e integral de la misma, y con indicadores adecuados para medir su evolución y cambios. Asimismo, debería poder evaluarse cuál es el impacto en salud de este proceso privatizador y demostrar con mayor profundidad como las políticas sanitarias se rinden cada vez más a los intereses privados y reservan el derecho de admisión al mundo de la salud a quienes tienen el dinero para comprarlo.

Los profesionales de la salud, unidos en grupos de trabajo, sindicatos, asociaciones o movimientos, deben actuar, protestar, movilizarse, desobedecer, y decir basta a la derivación de pacientes a los centros privados. Deben oponerse con contundencia a la privatización y mercantilización de la sanidad, desarrollando objetivos claros para exigir la equidad de acceso a una atención sanitaria para todos sin distinción de clase, género, edad o etnia o cualquier otra condición social. Deben reivindicar una sanidad de calidad, financiada y gestionada públicamente, basada en los principios de solidaridad e igualdad, y deben reclamar también un aumento adecuado y suficiente de profesionales de la salud, bien preparados, adecuadamente remunerados y con buenas condiciones laborales. Y deben cuidar, estimular y potenciar la profesionalidad de los profesionales, potenciando los valores éticos inherentes a la profesión y combatir los conflictos de intereses y la dependencia (sobre todo en la formación) de la industria farmacéutica. Se debería prestar especial importancia a evitar todo aquello que signifique debilitar el sistema público y la falta de equidad, como son las restricciones de acceso, los copagos, el recorte indiscriminado del gasto en salud y de las prestaciones y servicios necesarios o la rebaja de la fiscalidad relacionada con las mutuas sanitarias; se debería evitar la actividad privada de todos los centros que reciben recursos públicos, los conciertos a proveedores privados, y la precariedad laboral de los profesionales socio-sanitarios; se debería pedir la derogación de todas las contrarreformas que atentan contra el sistema sanitario y su carácter público y el derecho universal a la asistencia sanitaria regularizada. La ciudadanía, debe reivindicar una mejor atención sanitaria, debe reivindicar su legítimo derecho a la sanidad y a la salud. La lucha es el único camino que permitirá mantener y mejorar una sanidad que sea realmente pública, humana, y con la mayor calidad para toda la ciudadanía.

En conclusión, las políticas “austericidas” y los “recortes” en la sanidad pueden estar dañando de forma desigual la salud de la población catalana, a la vez que hay suficiente evidencia que permite pensar que las políticas realizadas son una estrategia (bien sea de forma directa o indirecta) para avanzar en el proceso de mercantilización de la atención sanitaria. El programa neoliberal actual quiere

transformar el “derecho a la sanidad” en una “sanidad como negocio” donde se pueda obtener el mayor beneficio económico posible. Pero para evitar que la salud sea una mercancía deben reformularse los principios de nuestro modelo de salud y luchar por una sanidad realmente pública (en su propiedad, en su provisión y gestión de servicios), que permita ofrecer un servicio universal y equitativo, que sea gratuito en el momento de acceso (pagado con impuestos y sin copagos), de calidad y humano. Un sistema sanitario controlado por el interés público, donde se devuelva el espacio público a los centros públicos sin espacio para el “ánimo de lucro” y donde nadie pueda hacer negocio con nuestra salud. Un sistema sanitario con buenas condiciones laborales para los profesionales, verdaderamente controlado y gestionado públicamente con la participación comunitaria directa, con el máximo nivel de conocimiento científico, cultura sanitaria y motivación social, y con una participación con un elevado poder en los planos económico y político

6. Bibliografía

- Aiken, L. y otros, 2014. Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *Lancet*, Volumen 383, pp. 1824-1830.
- Allard, G. & Trabant, A., 2006. *La tercera vía: en la frontera entre público y privado*, Madrid: Cátedra Económico Financiera de PricewaterhouseCoopers y Instituto de Empresa.
- Balsells, F., 2011. Salud amplia en 58 los cierres de urgencias nocturnas en ambulatorios. *El País*, 15 Octubre.
- Benach, J., Muntaner, C., Tarafa, G. & Valverde, C., 2012. *La sanidad está en venta: y también nuestra salud*. Barcelona: Icaria.
- Benach, J., Tarafa, G. & Muntaner, C., 2012. El repago sanitario y la desigualdad: ciencia y política. *Gaceta Sanitaria*, 26(1), pp. 80-82.
- Camps, V., Lopez i Casasnovas, G. & Puyol, A., 2006. *Les prestacions privades a les organitzacions sanitàries públiques*, Barcelona: Fundació Víctor Grífols.
- Camps, V., López-Casasnovas, G., Puyol, A. & Fusté, J., 2015. *La interacció públic-privat en sanitat/La interacción público-privado en sanidad*, Barcelona: Fundació Víctor Grífols i Lucas.
- Canal Salut, 2011-2014. *Informes de la Central de Resultats de l'Àmbit Hospitalari*. [En línea] Available at: http://observatorisalut.gencat.cat/ca/central_de_resultats/informes_cdr/dades_actuais/ [Último acceso: 12 Febrero 2014].
- Canal Salut, 2013. *Taxa de mortalitat per suïcidis i autolesions. Registre de Mortalitat de Catalunya*. [En línea] Available at: http://observatorisalut.gencat.cat/ca/detalls/article/18_IND_Taxa_mortalitat_suïcidis_autolesions [Último acceso: 12 Mayo 2016].
- Castedo, A., 2013. Salud aplica un "plan de choque" para contener las esperas en cirugía cardíaca. *El País*, 18 Octubre.
- Colom, A., Marimon, S. & Tuà, T., 2011. *Cataluña: Impacto del Presupuesto de Salud 2011. Análisis y propuestas alternativas para mejorar el Sistema Público de Salud*, Barcelona: CAPS.

- Comisión de Determinantes Sociales de la OMS, 2008. *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health*, Geneva: WHO.
- Comisión para Reducir las Desigualdades en Salud en España, 2012. Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. *Gaceta Sanitaria*, 26(2), pp. 182-189.
- Croxon, B., Propper, C. & Perkins, A., 2001. Do doctors respond to financial incentives? UK family doctors and the GP fundholder scheme. *Journal of Public Economics*, 79(2), pp. 375-98.
- Departament de Salut, 2013. *Atenció Mèdica i Sanitària Públiques a Catalunya*. [En línea] Available at: http://premsa.gencat.cat/pres_fsvp/docs/2014/03/20/20/52/176c8731-68c3-493f-8248-4ab0ad3feac5.pdf [Último acceso: 17 Noviembre 2015].
- Egan, M. y otros, 2007. “Profits before people”? A systematic review of the health and safety impacts of privatising public utilities and industries in developed countries. *J Epidemiol Community Health*, Issue 61, p. 862–870.
- El País Agencias, 2010. Los seguros médicos privados han ganado más de 100.000 abonados desde 2010. *El País*.
- Equip Estudis, 1997. *Les tendències de l'evolució de la sanitat a Catalunya*, Barcelona: Mediterrània.
- Especial Congreso Semfyc, 2008. *Los inmigrantes presentan la mitad de enfermedades crónicas que los españoles*, Madrid: Semfyc.
- European Commission, 2014. *Expert Panel on effective ways of investing in Health. Health and Economic Analysis for an Evaluation of the Public- Private Partnerships in Health Care Delivery across Europe*, Bruselas: EXPH.
- Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública, 2015. *Los servicios sanitarios de las CCAA*. Madrid: FADSP.
- Gallego, R., 2000. *Tipus d'agències i estructures pressupostàries: anàlisi de la separació entre comprador i proveïdor en l'administració sanitària catalana*, Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques.
- García-Sánchez, I., 2007. La nueva gestión pública: evolución y tendencias. *Presupuesto y Gasto Público*, Issue 47, pp. 37-64.
- Gené, J., 2010. Las entidades de Base Asociativa: una innovación del siglo pasado que debe modernizarse. *Integración Asistencial: ¿Cuestión de Modelos? Claves para un debate*, pp. 79-85.
- Generalitat de Catalunya, 2010-2015. *Leyes de Presupuestos de la Generalitat de Catalunya*.
- Giuffrida, A. & Gravelle, H., 2001. Inducing or restraining demand: the market for night visits in primary care. *Journal of Health Economics*, Volumen 20, pp. 755-779.
- Institut d'Estudis de la Salut, 2007. *Avaluació dels models de provisió de serveis d'Atenció Primària*, Barcelona: Generalitat de Catalunya-Departament de Salut.
- Karanikolos, M. y otros, 2013. Financial crisis, austerity, and health in Europe. *The Lancet*, 381(9874), pp. 1323-1331.
- Kondilis, E. y otros, 2013. Economic Crisis, Restrictive Policies, and the Population's Health and Health Care: The Greek Case. *American Journal of Public Health*, 103(6), pp. 973-979.

- Krachler, N., 2013. *How to Create the Conditions for a Healthcare Market: The Step-by-step. Marketisation of the NHS in England. An Outline of Marketisation Processes in the English NHS On The Basis of Marketization Theory*, Greenwich: University of Greenwich.
- Lewis, R., 2004. *Practice-led Commissioning: Harnessing the power of the primary care frontline*, London: King's Fund.
- Maarse, H., 2006. The Privatization of Health Care in Europe: An Eight-Country Analysis. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 31(5), pp. 981-1014.
- Mackintosh, M. & Koivusalo, M., 2007. Commercialization and Globalization of Health Care: Lessons from UNRISD Research. *UNRISD Research and Policy Brief*, Issue 7.
- Mark, T., 1999. Analysis of the rational for, and consequences of, nonprofit and for-profit ownership conversions. *Health Services Research*, Volumen 34, pp. 83-101.
- Martínez, A., Vergara, M., Benach, J. & Tarafa, G., 2014. *Cómo comercian con tu salud: privatización y mercantilización de la sanidad en Catalunya*. Barcelona: Icaria.
- McKee, M. & Stucker, D., 2011. The assault on universalism: how to destroy the welfare state. *British Medical Journal*, Volumen 343, p. d7973.
- Muntaner, C. & Juandó, C., 2014. *Espai Fàbrica - Participació ciutadana: entre la retòrica liberal i la democràcia sanitària integral*. [En línia] Available at: <http://espaifabrica.cat/index.php/perspectives/item/804-participaci%C3%B3-ciutadana-entre-la-ret%C3%B2rica-social-liberal-i-la-democr%C3%A0cia-sanit%C3%A0ria-integral>. [Último acceso: 17 Noviembre 2015].
- Observatori del Sistema de Salut de Catalunya, 2014. *Determinantes sociales y económicos de la salud. Efectos de la crisis económica en la salud de la población de Catalunya. Primer Informe*, Barcelona: Generalitat de Catalunya. Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries. Agència de Salut Pública de Catalunya .
- Organisation for Economic Co-operation and Development, 2003. *A disease-based comparison of health systems: what is best and at what cost?*, París: OECD Publishing.
- Palomo, L., Gené, J. & Rodríguez-Sendín, J., 2012. La reforma de la atención primaria, entre el refugio del pasado y la aventura de la innovación. *Gaceta Sanitaria*, pp. 14-19.
- Pastor, I., 2008. La reforma del sector sanitario en Catalunya en los últimos veinte años. El caso de los servicios hospitalarios de la Generalitat de Catalunya. *Revista Internacional de Organizaciones*, Volumen 1, pp. 55-75.
- Planas, I. & Pozo, A., 2010. *Evolució del model de governança i gestió de les entitats participades pel Servei Català de la Salut*, Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Servei Català de la Salut.
- Plataforma per una Atenció Sanitària Universal a Catalunya (Pasucat), 2014. *Dos anys des del canvi de model sanitari. Dos anys d'exclusió. Avaluació de l'impacte en l'assistència sanitària a Catalunya*, Barcelona: Pasucat.
- Pollock, A. & Price, D., 2012. The private finance initiative: the gift that goes on taking. *British Medical Journal*, Volumen 341, p. c7175.
- Pollock, A., Price, D. & Liebe, M., 2011. Private Finance Initiatives during NHS austerity. *British Medical Journal*, Volumen 342, p. d324.
- Propper, C., Croxon, B. & Shearer, A., 2002. Waiting times for hospital admissions: the impact of GP fundholding. *Journal of Health Economics*, Volumen 21, pp. 227-252.
- Puig-Barrachina, V., Martí-Valls, J. & Vergara Duarte, M., 2013. Experiencias privatizadoras de la Sanidad en Catalunya. En: *La contrarreforma sanitaria: análisis y alternativas de la privatización de la sanidad pública*. Madrid: Catarata, p. 37.63.

- Puig-Junoy, J., 2002. Integración Asistencial y capitación. *Economía y Salud*, Volumen 15, pp. 1-2.
- Quiercioli, C. y otros, 2013. The effect of healthcare delivery privatisation on avoidable mortality: longitudinal cross-regional results from Italy, 1993-2003. *J Epidemiol Community Health*, 67(2), pp. 132-138.
- Reyes, F., 2012. Análisis económico-financiero de la colaboración público-privada (PFI) del nuevo hospital de Vigo. *Salud 2000*, Volumen 137, pp. 8-10.
- Ruane, S., 2008. La iniciativa de Financiación Privada (PFI) en el Reino Unido: El impacto sobre los trabajadores sanitarios y la comunidad sanitaria en general. *Salud 2000*, Volumen 119, pp. 5-7.
- Saltman, R., 2003. Melting public-private boundaries in European health systems. *European Journal of Public Health*, Volumen 13, pp. 24-29.
- Serna, R., 2010. El proceso de privatización en Catalunya. Los retoques de las izquierdas al modelo sanitario catalán. En: *¿Por nuestra salud?: la privatización de los servicios sanitarios*. Madrid: Traficantes de Sueños.
- Servei Català de la Salut, 2004-2014. *Memòries d'activitat del Servei Català de la Salut*, Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Servei Català de la Salut.
- l'assistència sanitària pública de l'exercici 2007-2012 (entitat contractant: Servei Català de la Salut)*, Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Servei Català de la Salut.
- Servei d'Informació i Estudis, 2015. *Anàlisi de la mortalitat a Catalunya 2013*, Barcelona: Servei Català de la Salut, 2013. *Registre de Convenis i Contractes en l'àmbit de Departament de Salut*, Generalitat de Catalunya.
- Solanas, P. y otros, 2011. Copago: Conclusiones desde la evidencia científica. *Cuadernos de atención primaria*, 18(3), pp. 241-247.
- Starfield, B., Shi, L. & Macinko, J., 2005. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. *The Milbank Quarterly*, 83(3), pp. 457-502.
- Stuckler, D. & Basu, S., 2013. *Por qué la austeridad mata: el coste humano de las políticas de recorte*. Madrid: Taurus.
- Terraza, R., Vargas, I. & Vázquez, M., 2006. La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. *Gaceta Sanitaria*, 20(6), pp. 485-495.
- Trivedi, A., Moloo, H. & Mor, V., 2010. Increased ambulatory care copayments and hospitalizations among the elderly. *N Engl J Med*, Volumen 362, pp. 320-328.
- Uretsky, M. & Mathiesen, S., 2007. The effects of years lived in the United States on the general health status of California's foreign-born populations. *J Immigrant Health*, Volumen 9, pp. 125-136.
- Vall-Ilosera, A. & Zapater, F., 2015. La atención primaria en Catalunya: una paulatina regresión. *Salud 2000*, Volumen 146, pp. 25-29.
- Vargas, I., Vázquez, M. & Henao, D., 2009. De la competència a la col·laboració. Experiència en la integració assistencial a Catalunya. *Full Econòmic del Sistema Sanitari*, Volumen 38, pp. 27-37.
- Vecchi, V., Hellowel, M. & Longo, F., 2010. Are Italian healthcare organizations paying too much for their public-private partnerships?. *Public Money & Management*, Volumen 30, pp. 125-132.
- Yoon, J. & Bruckner, T., 2009. Does deinstitutionalization increase suicide?. *Health Serv Res*, 44(4), pp. 1385-1405.