

La política privatizadora en sanidad

MARCIANO SÁNCHEZ BAYLE*

Resumen

A lo largo del artículo el autor analiza la política privatizadora del Partido Popular del Sistema Nacional de Salud. La tesis que se defiende es que nos encontramos ante un plan preestablecido para privatizar el Sistema Nacional de Salud, en el que las distintas iniciativas no son sino la concreción del mismo, y cuyo encaje en un proyecto global escapa fácilmente de la percepción de quienes viven cada problema concreto. Ante la imposibilidad de realizar esta transformación a corto plazo, se introducen elementos que desregularizan y distorsionan, confiando en que, a medio o largo plazo, estos signifiquen modificaciones profundas que supongan un punto de difícil o imposible retorno.

Palabras clave: Aseguramiento, Privatización, Sanidad, Sistema Nacional de Salud.

Introducción

El gobierno del Partido Popular pretende aplicar al sistema sanitario público la misma política de privatización que esta presente en otros sectores de la vida económica y social. El marco general de esta política esta dise-

* Médico y Presidente de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública.

ñado en el documento «Acuerdo para la consolidación y modernización del Sistema Nacional de Salud» (1), aprobado en diciembre de 1997 por el Parlamento con el apoyo del PP, CiU, PNV y Coalición Canaria.

En el mismo se establecen 3 vías fundamentales para la privatización del Sistema Nacional de Salud (SNS):

1. Ruptura del aseguramiento

El acuerdo abre la posibilidad de la ruptura del aseguramiento al señalar que se debe «precisar en el marco del aseguramiento público, el papel a desarrollar por las distintas entidades, especialmente por las actuales mutualidades administrativas, en la gestión y provisión del aseguramiento y la asistencia sanitaria, de acuerdo con la pluralidad de formas existentes», lo que abre la puerta al papel de las aseguradoras privadas, con financiación pública, en la línea del modelo MUFACE, cuya puesta en funcionamiento tendría efectos devastadores para el SNS.

Los problemas de estas propuestas son de dos tipos. El primero tiene que ver con la selección de riesgos, que hace que los mayores incentivos de cualquier compañía estén, no tanto en la eficiencia de su funcionamiento como en conseguir la «expulsión» o la no admisión de los asegurados con mayores riesgos, y por lo tanto no rentables para el seguro. La presencia de seguros públicos y privados en concurrencia, produce el desplazamiento de los mayores riesgos hacia el sector público, en detrimento de su rentabilidad, como se ha observado en el modelo MUFACE (2).

El segundo problema, tiene que ver con el incremento de los gastos de gestión y administración que son propios de estas entidades, y que o bien encarecen el coste de la atención sanitaria, o empobrecen los recursos disponibles para la misma.

2. Aumento del gasto sanitario privado

El acuerdo señala la posibilidad de poner en marcha sistemas de tasas y/o copagos en determinadas áreas (por ej. la asistencia sociosanitaria), así como el que las CCAA tengan capacidad de financiar determinadas prestaciones de manera aislada con cargo a sus presupuestos, lo que podría augurar una situación en la que exista un catálogo básico de prestaciones para todo el SNS y que las demás prestaciones no recogidas en el fueran financiadas por alguna/as CCAA o por lo propios ciudadanos.

3. Creación de un mercado sanitario y privatización de la provisión

Se fomenta la separación de la financiación y provisión, la puesta en funcionamiento de los centros sanitarios como entidades autónomas y se favorece el papel de los centros privados en la provisión de servicios sanitarios.

4. Establecimiento de un mercado sanitario

Las propuestas que se centran en la creación de un mercado sanitario pivotan sobre el argumento de que los sistemas sanitarios públicos están excesivamente esclerotizados, favorecen los comportamientos oportunistas de las burocracias internas (sean gestores o profesionales), no tienen en cuenta las necesidades de los clientes (no es casual el desplazamiento de los términos desde el paciente, al usuario y luego al cliente), y a la postre son ineficientes.

Para evitar estos males se pretende implantar un mercado sanitario que, en teoría, favorecería la asignación eficiente de los recursos y dejaría en manos de los clientes, de sus preferencias, la potenciación y/o desaparición de los centros y servicios que se adecuen mas a las necesidades. Es evidente que el paradigma del mercado sanitario (EE.UU.) demuestra que las cosas *no son tan perfectas, sino al contrario, que funcionan bastante mal.*

Los problemas del mercado sanitario han sido analizados múltiples veces, por lo que solo haré un recuerdo de los mismos: dificultad para definir el producto sanitario; asimetría de la información y relación de agencia de los profesionales de la salud (lo que hace ilusoria en la practica la capacidad de los clientes-ciudadanos para decidir sobre la utilización de la mayoría de los servicios sanitarios); incertidumbre y variabilidad de la enfermedad (si los servicios sanitarios se dirigen solo a la demanda presente pueden carecer de respuesta a problemas infrecuentes y/o inesperados); externalidades (que hacen que, en ocasiones, el interés de las personas afectadas no sea el único a considerar a la hora de su asistencia: por ejemplo el caso de las enfermedades infecto-contagiosas); incremento de los gastos administrativos que se detraen de la asistencia; tendencia a la utilización innecesaria de la tecnología; incremento de la llamada «medicina de complacencia», etc. Por todos estos motivos se considera que el mercado y la competencia chocan con obstáculos muy importantes a la hora de su aplicación en el terreno sanitario (3).

Por otro lado, existen diversas versiones del mercado sanitario, básicamente el llamado mercado interno (dentro del propio sector público) y el mercado mixto (público-privado). Este ultimo que es el objetivo de los gobiernos conservadores, produce una transferencia de capitales desde el sector

público al privado, merced a la necesidad que el primero tiene de asegurar la asistencia en todas las circunstancias y de todas las patologías (4).

El primer paso para la instauración del mercado sanitario es la puesta en marcha de la separación de la financiación y la provisión, que teóricamente permitiría una mayor eficiencia, una disminución del papel del Estado y una mayor descentralización de las decisiones y una mayor capacidad de elección. Sin embargo la experiencia, tanto en Gran Bretaña como en EE.UU. demuestra que, por contra, significa un incremento de los costes administrativos, un reforzamiento de las posiciones de poder de los tecnócratas, un debilitamiento del Estado del Bienestar, y mayores trabas a la capacidad de elección real de los ciudadanos (5).

5. Privatización de la provisión

La consecuencia lógica de las anteriores propuestas es la privatización de la provisión de servicios sanitarios, que la ideología neoliberal, pretende que son económicamente más eficientes que los servicios públicos. Este hecho contrasta con la experiencia, en nuestro país y a nivel internacional, que ha sido incapaz de demostrar que la provisión de servicios sanitarios por el sector privado, a iguales niveles de calidad y prestaciones, sea más eficiente.

La mercantilización de la salud

En el fondo de todos estos planteamientos late una cuestión esencial, como es la mercantilización de la salud. Se trata de un nuevo paradigma, que no busca la consecución de la salud de la población, y por lo tanto la realización de aquellas actuaciones que avancen hacia ella (asistencia sanitaria, prevención, promoción, rehabilitación), ni la autoresponsabilidad de la población sobre su propia salud, sino por el contrario, la consecución de beneficios económicos con la asistencia sanitaria. Los efectos negativos de esta ideología son evidentes, para la población, porque verá preterida su atención a la consideración de la rentabilidad o no de esta, y por lo tanto favorecerá la creación de segmentos de población desatendidos (el caso de EE.UU. es ejemplificador), y para los profesionales de la salud, porque deteriora sus condiciones de trabajo, significará la presión de los gestores- aseguradoras sobre su práctica profesional, y producirá una profunda desmoralización y desmotivación en unas profesiones cuyo componente de altruismo y solidaridad es tan importante.

La experiencia internacional

La aplicación de estas propuestas a la práctica concreta de diversos países, permite tener una visión más ajustada de los problemas que generan, y de su capacidad para resolver aquellas cuestiones cuya solución se suponía que era su razón de ser (13). Por supuesto, hacer un análisis pormenorizado de cada país y de cada caso concreto resulta imposible, por eso voy a circunscribirme a algunos comentarios sobre los países que me parecen más significativos y/o cercanos al nuestro, no tanto en lo geográfico sino en las características del sistema sanitario.

El caso de EE.UU. es bien conocido, y también es el modelo «puro» de funcionamiento del mercado, la competencia, así como el que tiene el mayor porcentaje de gasto privado de los de la OCDE (60%). Los resultados son muy esclarecedores, existe una cobertura muy limitada (37 millones de personas carecen de seguro y 50 millones más están subprotegidos), el gasto sanitario por persona y en relación al P.I.B es el mayor del mundo (supera el 14%), y hasta un 20% del gasto sanitario se dedica a costes administrativos. Hay un consenso generalizado en que se trata de un sistema en crisis permanente y que precisa de cambios en profundidad, que por otro lado no se producen (recuérdese el fracaso de las propuestas de reforma de Clinton) porque los grupos de presión que genera (las aseguradoras y la industria de tecnología) tienen un inmenso poder político (6).

Otro ejemplo es el de los países «ex-comunistas», a los que las recomendaciones del Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional, llevaron al desmantelamiento de sistemas sanitarios basados en modelos de Servicio Nacional de Salud, hacia un modelo de seguros. El resultado ha sido una crisis gravísima de la situación sanitaria, con la quiebra de los seguros públicos, un empeoramiento de las condiciones de salud y asistenciales de la población y retroceso de todos los indicadores de salud, tradicionalmente bastante buenos en estos países, aunque no debe olvidarse el impacto que sobre estos hechos habrá tenido la grave crisis económica y social en que se encuentran estos países.

Por fin, hay que hacer referencia a la experiencia en Gran Bretaña, que tiene un especial interés, porque se trata de la introducción de competencia y mercado en un Servicio Nacional de Salud en un país desarrollado, que además, era un modelo de referencia.

La valoración de la reforma «Thatcher», había sido muy negativa por parte de los propios profesionales sanitarios (véase el Informe de la NHS Consultants's Association), valoración que en líneas generales ha sido ratificada por el nuevo Gobierno laborista. El Informe del Libro Blanco elaborado por este, señala que «el gobierno anterior, al introducir el mercado interno, impi-

dió que el servicio sanitario se centrara en las necesidades de los pacientes, y desperdició recursos a causa de la competencia entre hospitales». El mercado y la competencia habían producido una fragmentación de las responsabilidades de planificación, financiación y asistencia entre «100 autoridades sanitarias, unos 3.500 médicos generales (fundholders), y 400 consorcios hospitalarios», lo que producía una falta de coordinación estratégica, y problemas de para integrar los servicios sanitarios y sociales.

Pero es más, el sistema de mercado había dado lugar a injusticias fomentando desigualdades en el trato que recibían los enfermos, y había producido enfrentamientos entre los médicos, los médicos generales entre sí, y de estos con los de los hospitales. También se había detectado una perversión del sistema que obligaba a competir a unos centros con otros, «incluso en los casos en que lo más eficaz habría sido colaborar», estableciendo incentivos perversos que entorpecían la posibilidad de prestar servicios sanitarios de calidad.

En último lugar se señala que el mercado y la competencia habían disparado los costes administrativos, que se consideraban «insostenibles», desviando recursos desde la asistencia, y habían instaurado una manera de gestión de los centros caracterizada por el secretismo, la búsqueda de beneficios, y la ausencia total de control de la población sobre las decisiones (7).

Tanto en Gran Bretaña, como en los países nórdicos, las alternativas han sido las de potenciar la coordinación y planificación, en detrimento del papel del mercado, cuyos resultados son evaluados muy negativamente, en palabras del Informe sobre las «Reformas Sanitarias en Europa» (8): «en la actualidad existe un importante movimiento de vuelta de las posiciones más radicales —incentivos de mercado— a la original de coordinación y cooperación planificadas del sector público».

La aplicación práctica

Voy a centrarme en las iniciativas adoptadas sobre las prestaciones y la provisión de servicios sanitarios que son las que llevan más tiempo en práctica, y que han sido diferentes según las distintas CCAA con transferencias (recuérdese que hasta el presente hay 7 CCAA con transferencias: Cataluña, País Vasco, Navarra, País Valenciano, Andalucía, Galicia y Canarias, cubriendo el INSALUD el resto del territorio) (9).

Estas iniciativas privatizadoras han sido de 3 tipos :

— Constitución de empresas o fundaciones en centros sanitarios públicos, que así salen de la red general del sistema sanitario público. Las experiencias son de varios tipos:

- Fundaciones, como las de Verin (Galicia), Alcorcón, Manacor y Cieza, en el territorio INSALUD.
 - Empresas públicas: como las de los hospitales Costa del Sol y del Poniente en Andalucía.
 - Consorcios, de varias administraciones públicas, de los que hay experiencia muy antigua en Cataluña (Parc Taulí, etc).
 - Sociedades anónimas con capital todavía solo público, como MED-TEC que gestiona la alta tecnología en Galicia.
- Conciertos con empresas privadas para la gestión de determinadas Areas sanitarias, como sucede con POVISA (Galicia) y mas recientemente con la concesión del Hospital de Alcira (Valencia) a la aseguradora ADESLAS.
- Las llamadas externalizaciones, que significan la contratación con centros privados de la provisión de determinados servicios de los centros sanitarios (por ej. la fundación del hospital de Manacor tienen concertado el laboratorio con una empresa privada).
- Las cooperativas profesionales, hasta el momento de médicos, que se hacen cargo de la gestión de un determinado centro sanitario (la experiencia se ha realizado en Atención Primaria en Cataluña, en Vic, pero el Plan Estratégico del INSALUD prevé su generalización en su territorio).
- Los Institutos clínicos. El INSALUD ha puesto en marcha recientemente proyectos de formación de Institutos Clínicos dentro de 6 grandes hospitales. Estos Institutos, aunque pretenden acogerse a un aumento de la autonomía de gestión, en realidad prefiguran microempresas dentro de los centros hospitalarios, con personalidad jurídica propia (que todavía no se ha alcanzado a seguir vigente el RD 521/87), gestionados de manera autónoma por un equipo directivo formado fundamentalmente por los jefes de servicio, y cuya privatización posterior parece una meta a alcanzar. Por otro lado, suponen la ruptura de los hospitales como marco de trabajo y de cooperación de los profesionales, incrementan la carga burocrática, y favorecen la selección de riesgos.
- La gestión de la incapacidad transitoria. El traspaso a las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social y al Instituto Nacional de la Seguridad Social del control de las bajas laborales (10,11) supone una importante agresión a los derechos laborales de los trabajadores, ya que capacita a estas entidades, que tienen intereses económicos en la suspensión de las prestaciones por incapacidad transitoria, para decidir sobre la suspensión de las mismas, incluso contra el criterio de los médicos generales que han dado las bajas, lo que constituye una muy seria agresión contra los derechos de los trabajadores.

Además, estas Mutuas tienen capacidad para derivar a estos trabajadores para que sean atendidos en centros sanitarios privados, eso sí, costeados con fondos públicos, lo que por otro lado propicia la privatización de un segmento de la provisión sanitaria, y permite el establecimiento de dos dispositivos asistenciales separados: uno para los trabajadores, y otro para el resto de la población.

Valoración de estas propuestas

Por otro lado es conocido que las cifras «macro» de nuestro sistema sanitario son en general buenas: gasto sanitario moderado en relación al P.I.B., cobertura prácticamente universal, buenos indicadores de salud (algunos como la esperanza de vida excelentes), calidad media elevada de las prestaciones, buenos resultados en actuaciones que incorporan tecnologías avanzadas (transplantes, etc.), buena satisfacción de los usuarios del sistema, etc. Es decir, nos movemos en un entorno bastante homologable (en la parte alta de la banda), en cuanto a resultados a los demás países de la Unión Europea, con los principales problemas (según los detractores del sistema) de la mala imagen entre la población no usuaria del sistema sanitario público (que por cierto ha mejorado últimamente) y de las listas de espera (que si hemos de creer a los responsables de la Administración actual es un problema resuelto en un plazo breve de tiempo).

Sin embargo, en España, no se ha podido demostrar hasta ahora que los centros sanitarios privados, o la utilización de los llamados «nuevos modelos de gestión» (fundaciones, empresas, consorcios, etc.), hayan tenido capacidad de conseguir unas prestaciones sanitarias de manera más eficiente a iguales criterios de calidad, eficacia y cobertura. Es más, la única CCAA, Cataluña, que tiene generalizados estos modelos de gestión, en la que son predominantes, tiene el mayor gasto sanitario per capita, genera déficits continuos, y no da prestaciones de mayor calidad, ni tiene menos listas de espera, ni más satisfacción de la población que en las demás CCAA. Resulta por lo tanto paradójico que, con la excusa de la eficiencia, se intente generalizar un sistema que se ha demostrado que no lo es.

Parece claro que es posible, manteniendo el control y la titularidad pública de los centros, el conseguir una mejor utilización de recursos que, sin fomentar la competencia y el economicismo, favorezca una mejora de la calidad de las prestaciones asistenciales y una mayor participación de profesionales y usuarios en la consecución de objetivos de salud (12).

Una estrategia a largo plazo

La estrategia del PP respecto al sistema sanitario tiene algunas peculiaridades que merece la pena resaltar. La primera, es que se produce de una manera silente y enmascarada. No hay mas que leer las declaraciones de los altos cargos del PP (sea el Ministro, los Consejeros de las CCAA o el Presidente del INSALUD) para ver que el objetivo principal es el de «reforzar» la Sanidad Pública, «consolidar» el SNS, y que todas las iniciativas no pretenden sino «modernizar» y hacer mas viable un sistema sanitario que, dejado a sus tendencias actuales, esta abocado a un fracaso a corto o medio plazo. Claro esta que estas afirmaciones chocan de manera frontal con la consideración internacional que tiene nuestro sistema sanitario, que es estimado entre los mejores del mundo, también con los propios informes de la actual Administración que asegura haber mejorado sustancialmente su funcionamiento (utilizando ahora que no puede culpar a sus antecesores el mismo estilo propagandístico para valorar los resultados de su gestión), y por fin con la apreciación de los ciudadanos, que lo valoran positivamente en todas las encuestas.

La segunda, es que la estrategia de cambios de encuentra en la «letra pequeña» de los documentos y siempre en términos ambiguos y edulcorados (en esto hay que reconocer que suelen salvarse los representantes de CiU y de la Generalitat, que tienen por costumbre llamar a las cosas por su nombre, y recibir de inmediato el desmentido del Ministerio de Sanidad). Por ello los proyectos reales del Gobierno suelen pasar desapercibidos para la mayoría de la población y los profesionales sanitarios, que solo se dan cuenta de ellos en el momento en que se plasman en acciones concretas.

La tercera es que, por primera vez, nos encontramos ante un plan preestablecido para privatizar el Sistema Nacional de Salud, en el que las distintas iniciativas no son sino la concreción del mismo, y cuyo encaje en un proyecto global escapa fácilmente de la percepción de quienes viven cada problema concreto. Se trata de un «puzzle», un rompecabezas en el que todas las piezas encajan, pero cuyo diseño final esta en las intenciones de quienes lo proyectan, y por lo tanto resulta difícil de comprender desde la perspectiva de quienes carecen de ese conocimiento del plan general, que solo perciben actuaciones concretas, aparentemente inconexas, y no muy relevantes. La configuración de este escenario es tachada de «alarmista» por los responsables de la Administración sanitaria, y vista con cierto escepticismo por quienes no se ven afectados por la acciones concretas. Solo cuando se haya logrado cambiar la situación en un numero significativo de centros, aparecerán de manera evidente sus efectos mas nocivos, y entonces la posibilidad de retorno será mas difícil y complicada.

Sin embargo, parece claro que la intención del Gobierno esta en desregular la red sanitaria pública, trocearla en pequeñas mini-empresas autónomas (por centros sanitarios e incluso, como en el caso de los institutos, por unidades y/o servicios), decantando lo que es potencialmente rentable desde la óptica privada, para en un segundo momento, ir privatizando la provisión de servicios por parcelas, y cuando esta privatización adquiera un dintel suficiente, en cuanto a extensión y profundidad, pasar a la rotura del aseguramiento y su privatización. Es evidente que la distinta postura de CiU, que pretende abrir ya el aseguramiento, tiene que ver con las características de la Sanidad en Cataluña, donde la red privada (al contrario de lo que sucede en el resto del Estado Español), tiene ya suficiente entidad, en extensión y en capacidad, para hacerse cargo de la provisión de servicios sanitarios de un sector mayoritario de la población.

En suma, la política del Partido Popular se trata de la mas seria agresión que ha sufrido la Sanidad Pública en nuestro país en los últimos 20 años, ya que pretende una profunda privatización del sistema sanitario público, que, consciente de su imposibilidad de realización a corto plazo, se centra en introducir en el mismo elementos que los desregularicen y distorsionen, confiando en que, a medio o largo plazo, estos signifiquen modificaciones profundas que supongan un punto de difícil o imposible retorno.

Bibliografía

1. *Acuerdo para la consolidación y modernización del Sistema Nacional de Salud*. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid 1998.
2. PELLISE, L.: Regulación de competencia en el mercado sanitario de seguros español. Capitación y selección de riesgos en MUFACE. En: *Política y gestión sanitaria*. La agencia explícita. Sg editores. Barcelona 1996.
3. F.A.D.S.P.: La estrategia privatizadora en sanidad. *Salud 2000*, 1996, 58: 10-16.
4. SALTMAN, R.B.; OTTER, C.: Public competition versus mixed markets. *Health Policy* 1989, 11: 43-45.
5. NAVARRO, V.: El debate sobre la separación entre las funciones de financiación y provisión de los servicios en el estado del bienestar y su relevancia en España. *Salud 2000*, 1996, 55: 5-11.
6. LARIZGOITIA, I.; MARKEZ, I.: Crisis del sistema sanitario de EE.UU.: actualidad y propuestas de cambio. *Salud 2000*, 1995, 50: 11-17.
7. *The New NHS*. London 1997.
8. SALTMAN, R.G.; FIGUERES, J.M.: *Reformas sanitarias en Europa. Análisis de las estrategias actuales*. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid 1997.

9. SÁNCHEZ BAYLE, M. (ed): El sistema sanitario en España. Evolución, situación actual, problemas y perspectivas. *Los libros de la Catarata*. Madrid 1996.
10. GONZÁLEZ HIERRO, M.: Bajas laborales y mutuas: un ensayo para la ruptura del SNS público. *Salud 2000*, 1997, 64: 4-6.
11. FERNÁNDEZ SEGURA, J.M.: Financiación sanitaria, fraude, privatización y bajas laborales. *Salud 2000*, 1998, 67: 8-9.
12. SÁNCHEZ BAYLE, M.: Privatizando lo que es de todos. Análisis crítico del Plan Estratégico del INSALUD. *Revista de Administración Sanitaria*, 1998, 7: 29-38.