

ANALISIS DEL ACUERDO DE REFORMA DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO



CONFEDERACIÓN GENERAL DEL TRABAJO

SINDICATO DE SANIDAD DE MADRID

C/ Alenza, 13-Madrid 28003-☎ 91 553 33 29 fax: 91 553 33 29

NOTA PREVIA

Este documento, que tienes en tus manos, es un análisis crítico del ACUERDO alcanzado en diciembre de 1997 por las fuerzas políticas que formaban parte de la Subcomisión Parlamentaria (PP, CIU, PNV, CC), en torno a la nueva reforma sanitaria.

Esta Subcomisión, creada en junio de 1.996, ha desarrollado tres borradores hasta alcanzar este texto final. Debemos destacar que la claridad de las propuestas y su desarrollo concreto, así como la sencillez en la exposición del primer borrador, se han ido perdiendo sucesivamente hasta concluir en un documento ambiguo que juega con el lenguaje, eludiendo palabras concretas que aparecían anteriormente ("privado", "revocación de nombramientos", "planes de empleo", etc.), prestándose a diversas interpretaciones y abusando de términos como "y otras", "entre otros", "etc.", si bien su conjunto no logra evitar dejar claras sus intenciones.

El documento pretende enmarcar la nueva reforma sanitaria, iniciada con la Ley sobre Nuevas Formas de Gestión de abril de 1997 (que recoge el espíritu de la Reforma Abril de 1991), con el menor desgaste político para las fuerzas firmantes, pasando su concreción a las Comunidades Autónomas, al Consejo Interterritorial, a otros foros donde participan los Sindicatos mayoritarios (elaboración del nuevo Estatuto Jurídico), a las Gerencias e incluso a los propios hospitales (Plan Estratégico de Centro).

INTRODUCCIÓN: EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

El Acuerdo de la Subcomisión parlamentaria para la consolidación y modernización del SNS alude, como motivo para su elaboración, a la necesidad de acometer una serie de medidas sin las cuales sería más que dudoso poder garantizar la asistencia sanitaria a toda la población en un futuro próximo.

Los factores referidos como determinantes, relacionados en su totalidad con planteamientos económicos -bien por incidir en el crecimiento del gasto o bien por presentar una baja rentabilidad referida a la relación coste/eficacia-, y que son mencionados de forma dispersa a lo largo del documento, podemos agruparlos en tres apartados:

1. Crecimiento del gasto sanitario y previsión de un fuerte incremento por:

- aumento de la esperanza de vida, disminución de la tasa de natalidad y envejecimiento progresivo de la población (p. 5, 2º párr., p. 7. 3º párr.).
- cambios en los patrones de morbilidad, con un crecimiento importante de los procesos crónicos y del número de personas que presentan pluripatologías (p. 5. 2º párr.).
- una mayor demanda de servicios y de atención sanitaria, y una mejora en la calidad de la asistencia, que han corrido parejas con un mayor desarrollo económico (aumento del PIB), y con el crecimiento de las clases medias (p. 7, 3º párr.).
- el desarrollo técnico y la inclusión de nuevas tecnologías, que no siempre tienen carácter sustitutivo (p. 7, 3º párr.)
- un exagerado gasto farmacéutico (p. 6, 3º párr.).

2. Políticas de contención del déficit público (y de los excesivos gastos del Estado), necesaria para poder confluir en la Europa de Maastricht (p. 7, 4º párr.).

3. Mejora de la calidad y, fundamentalmente, de la eficiencia del sistema sanitario. Siendo ésta el pilar sobre el que deben girar todas las soluciones de reorganización del SNS (p.7, 5º párr.).

Sin embargo, debe tenerse en cuenta que los planteamientos relacionados con **el apartado sobre el crecimiento del gasto** (excepto el punto referido al exceso del gasto farmacéutico), lejos de ser algo preocupante y motivo de alarma, **deben ser aceptados como una consecuencia lógica y positiva** e, incluso, como algo que el Estado debe potenciar:

- porque **la sanidad, económicamente, es considerada como un BIEN SUPERIOR** y porque entre los bienes de consumo no parece que sean los

gastos destinados a este sector los más perjudiciales. Tampoco parece juicioso mantener unos elevados niveles de consumo y emprender medidas que incidan negativamente en la esperanza de vida de la población o en sus niveles de salud.

- porque el desarrollo económico no puede desligarse del técnico. Los nuevos descubrimientos y el uso de una tecnología cada vez más avanzada inducen a la elevación del coste de los servicios. Pero, de nuevo, **no parece lógico permitir y fomentar su utilización general y alarmarse o plantearse su limitación en el terreno sanitario**, con las consecuentes **repercusiones negativas sobre la salud y la calidad de vida de la población, afectando en mayor medida a los sectores sociales más débiles.**

Por tanto, el aumento de la parte del PIB destinada a sanidad será cada vez mayor, siendo ésta la evolución natural en la medida que se incremente dicho PIB.

La **preocupación** real surge **al observar el cambio producido en el discurso entre la anterior reforma sanitaria dirigida al desarrollo de la Atención Primaria** (salud, bienestar, prevención, promoción de la salud, solidaridad, desigualdades, equidad,...), **y la actual** (producto, mercado, competencia, valor añadido, beneficio, cliente,...), **en un Estado donde las desigualdades sociales son manifiestas.** Las personas consideradas como pobres se calculan entre 7 y 8 millones, los analfabetos suman más de un millón y la población marginada -indigentes sin hogar, mendigos, toxicómanos, prostitutas, etc.-, puede estimarse en un mínimo de medio millón de personas (Zaldívar y Castells, 1.992; FOESSA, 1.994; Argenteria, 1.995; "Desigualdades sociales de salud en España", V. Navarro y J. Benach, 1.996).

La preocupación real surge ante la ocultación de datos y la utilización de otros fuera de contexto. No podemos abordar con seriedad los problemas sanitarios, si existen tal y como se plantean, sin antes enmarcar la situación:

1. El gasto sanitario ha crecido durante los últimos años, pero no puede olvidarse que en 1.970 era tan sólo el 2,4% del PIB (en Europa únicamente Grecia y Portugal dedicaban un porcentaje inferior), que en 1.988 **el propio Ministerio de Economía y Hacienda reconoce cierto deterioro en los niveles de equipamientos y conservación de las instituciones sanitarias debido a la contención de los gastos de sanidad durante el período 85-87** ("Gasto público en asistencia sanitaria", J. Barea, Papeles de Economía Española 37, p.242-248), y que **el crecimiento de 1 punto del PIB en los 5 primeros años de la década de los noventa ha coincidido con la universalización de la asistencia**, alcanzando el SNS el 98,5% de cobertura en 1.995 ("Descripción y estado de situación del SNS", Ministerio de Sanidad y Consumo, febrero de 1.997, p. 8, último párr.). **En la actualidad el gasto sanitario público supone el 5,9% del PIB, un 0,12% inferior a la media europea y muy lejos aún de lo empleado en Alemania, Francia, Bélgica, Holanda** (ECO-Santé, OCDE, 1.996).
2. **El crecimiento del gasto sanitario durante los últimos 10 años NO ha sido superior en los Estados con un sistema público hegemónico que en**

aqueles con un sistema mixto (Francia), **o mayoritariamente privado** (EEUU). Sin embargo, EEUU, con un gasto sanitario superior al 14% del PIB, presenta graves desigualdades en el acceso al sistema sanitario o su cobertura (más de 40 millones de personas, el 16,5% de la población, carece por completo de protección y el 56% tiene una protección limitada). EEUU se caracteriza por una financiación pública del 40% del gasto sanitario y una gestión enteramente privada, alcanzando los gastos administrativos el 25% del total (OCDE, Health Systems, Facts and Trends 1.960-91, 1.993; Comparecencia a la Subcomisión parlamentaria de J.F. Martín Seco, 1.997).

3. **El gasto público del Estado es inferior a la media europea en 1 punto de PIB** -7,3% en España frente al 8,2% en la CE (OCDE en Chiffres, 1.995)-, **y los gastos sociales son inferiores en 4 billones de ptas** (FOESSA, 1.994).
4. **El fraude fiscal de los grandes y medianos capitales** -a los asalariados se les descuenta el IRPF antes de cobrar la nómina-, **ronda los 4 billones de ptas anuales** (Instituto de Estudios Fiscales, años 95 y 96), **superior al gasto sanitario público** (3,6 billones de ptas). **Y esto sucede en un Estado que tiene una presión fiscal inferior en 7 puntos del PIB a la media europea** (IGAE, Actuación económica y financiera de las Administraciones Públicas, 1.995, p. 25), y que en el período 92-95 disminuyó la presión fiscal en 2,51 puntos (Idem, p. 18), **beneficiando** ambos aspectos fundamentalmente **a los grandes capitales y a los grandes propietarios**.
5. **Las sucesivas reformas del Impuesto de Sociedades** supusieron en el período 91-94, una **reducción de los ingresos del Estado de más de 1/2 billón de ptas**. En 1.994, un cambio de la Ley redujo los ingresos en **otros 250 mil millones de ptas**. En 1.996, una nueva reforma provocó una reducción estimada de los ingresos de unos **300 mil millones, de manera que el empresariado paga cada año menos que el anterior**. **Esto contrasta con los elevados beneficios de bancos y grandes empresas**, y tiene como consecuencia que **en el reparto de los porcentajes en los ingresos del Estado, las rentas del capital cada vez aportan menor cantidad de fondos** (el 78% procede de las rentas del trabajo y el 22% de las rentas del capital).
6. **El déficit de la SS en 1.993** totalizó -según fuentes oficiales-, **96 mil millones de ptas**, al tiempo que **las empresas adeudaban a la SS ese año más de un billón de ptas en impagos de cotizaciones**.

Estos hechos entran en conflicto con el discurso alarmista sobre el exceso del gasto o la escasez de los ingresos -exceso y escasez fabricadas desde las propias instancias del Estado-, y la necesidad de aplicar una política de recorte de unos gastos sociales de por sí escasos.

La mejora de la eficiencia del sistema proponiendo una gestión privada del mismo, aparece tras una intensa campaña desarrollada durante los últimos años sobre la ineficacia de la gestión pública y el despilfarro que provoca. Campaña en la que la Administración ha ocultado las causas, al desvincular de la supuesta ineficacia y

despilfarro tanto las políticas concretas aplicadas como a los gestores que las han llevado a cabo, en una maniobra de culto a la confusión. En realidad, **estamos asistiendo a un boicot de lo público desde las altas instancias de la Administración.**

Aunque el análisis detallado del Acuerdo se realiza a lo largo del estudio pormenorizado en las páginas que siguen a esta introducción, aprovecharemos la misma para situar la cuestión en sus justos términos:

- **La gestión será eficaz o no lo será independientemente de que sea pública o privada.** Sólo así entenderemos que miles de empresas privadas vayan a la quiebra cada año. **Lo mismo ocurre si oponemos una gestión transparente a otra fraudulenta,** y así podremos entender los numerosos delitos económicos, ecológicos, contra la salud pública, etc., que se producen en el terreno de lo privado y no sólo **en el sector público,** en el que **numéricamente es muy inferior.**
- **La tendencia que define el Acuerdo es una financiación pública y una gestión privada,** y lo que **esconde** tras los denominados mecanismos de gestión privada no es otra cosa que la **desregulación y eliminación de las garantías jurídicas que deben acompañar la actividad financiera de cualquier entidad pública.** Se argumenta que la gestión privada es más eficiente debido a la competencia. Sin embargo, **no está demostrado que a igualdad de CALIDAD en las prestaciones, la gestión privada haya sido más eficaz que la pública.** Las comparaciones que suelen establecerse no son válidas ya que no existe ningún mercado sanitario puramente privado. En los mercados público-privados se producen, inevitablemente, transferencias de recursos del sector público al privado (de lo gestionado directamente por el Estado hacia la gestión indirecta y privatizada), al dedicarse éste a las prestaciones rentables y dar una cobertura limitada a nivel territorial.
- **En los Estados donde se ha aplicado el tipo de reformas que se proponen en España** (política de recortes sociales y contención de los gastos sanitarios; separación entre financiación, compra y provisión de servicios; mantenimiento de la financiación pública con limitación de las prestaciones gratuitas y gestión privada de centros y servicios sanitarios), **los resultados no han sido los anunciados.** En el Reino Unido, por ejemplo, ha aumentado el gasto sanitario cerca de un billón de ptas en los últimos 3 años, se han disparado los gastos administrativos de un 4% a un 16% del gasto sanitario (The Development Quasi Markets in Welfare Provision. London: London School of Economics, 1.994), han disminuido en 50.000 el número de enfermeras/os y ha aumentado en 20.000 el de altos cargos directivos, descendiendo los niveles de salud y la calidad de la atención (This fourth reorganization of the NHS, NHS Support Federation and NHS Consultants Association, 1.992; Health care - private corporations or public service? The Americanization of the NHS, NHS Support Federation and NHS Consultants Association, 1.996).

- Por otra parte, **es absurdo crear un mercado sanitario e intentar reducir los gastos a través de la reducción de los costes** (EEUU, Reino Unido), ya que **en sanidad es la oferta la que genera la demanda**. A mayor número de hospitales, mayor es el precio y el coste de cada hospital, ya que cada uno considera necesario tener lo último en tecnología para competir en el mercado y atraer "clientes". Esto genera duplicidad de servicios y encarecimiento. **Para lo que sí ha demostrado eficacia** en estos Estados **introducir el mercado en la provisión de servicios y privatizar la gestión, es para abaratar los costes salariales**, al debilitar o eliminar a los sindicatos y la actividad de oposición que estos puedan jugar, aumentando la indefensión de los trabajadores.
- En definitiva, **las preocupaciones en cuanto al crecimiento del gasto y las medidas que se proponen para su contención y para aumentar la eficiencia del sistema, no encubren otra cosa que la intención de dar entrada a los capitales privados y configurar el campo de la salud como un lugar en el que realizar plusvalía** (Salud y capital, A. Fernández Liria, Archipiélago/29, 1.997), **es decir, crear un mercado en el que obtener beneficios y expandir el mercado a zonas hasta ahora no explotadas intensamente**. Por ello, el futuro de la atención a la salud deberá entenderse, durante un período tan extenso como la población permita, desde una lógica que no será principalmente la sanitaria.

ΨΨΨΨΨΨΨ

ACUERDO DE LA SUBCOMISIÓN **PARLAMENTARIA**

I ASEGURAMIENTO Y PRESTACIONES

1. CONSOLIDACION DEL ASEGURAMIENTO UNIVERSAL.

El Acuerdo plantea que para la **universalización del aseguramiento** es preciso que la totalidad de **la financiación se realice por vía impositiva** a través de los Presupuestos Generales del Estado (aseguramiento no contributivo -p.3, 3º párr.-), eliminando el actual régimen de la Seguridad Social. **Esta iniciativa es positiva siempre que se articulen mecanismos de control de los presupuestos y su reparto, pero sin establecer estas seguridades supone dejar al criterio arbitrario del gobierno de turno el fijar la partida destinada a sanidad.**

Se manifiesta por **mantener las mutualidades y las empresas colaboradoras**, modificando su régimen en función de los planteamientos derivados de la pluralidad de formas de gestión que defiende este Acuerdo en consonancia con la Ley 15/97, lo que supone avanzar en el fraccionamiento de la sanidad pública y amenaza el actual sistema de aseguramiento único.

No aclara si la universalización de la cobertura va a implicar que el sector sanitario público se haga cargo de la totalidad de la población o podrá desviarse parte de ésta a agentes privados, ya que la Administración se reserva el derecho de encomendar la prestación de servicios por enfermedad común o accidente no laboral a agentes externos a la propia Administración (p. 3, 5 párr.), y marca incluso la necesidad de precisar el papel que desarrollarán las distintas entidades en la gestión y provisión del **ASEGURAMIENTO** y de la asistencia sanitaria, refiriéndose principalmente a las mutualidades -como MUFACE- (p. 3, 5 párr.), con lo que se admite que no sólo serán entidades públicas sino también privadas las encargadas de las prestaciones sanitarias. Este planteamiento **ELIMINA EL PRINCIPIO DE EQUIDAD** y abre la posibilidad de **ROMPER EL ASEGURAMIENTO UNICO**, al permitir la entrada de empresas y seguros privados en el sistema, y que la población pueda optar por el tipo de aseguramiento.

2. GARANTIA DE LAS PRESTACIONES SANITARIAS. ORDENACION DE LAS PRESTACIONES.

NUEVA ORDENACIÓN

La ordenación de las prestaciones planteada responde básicamente a **criterios economicistas**, como son el **crecimiento de la demanda de servicios y el aumento consecuente del gasto**. En consecuencia, **EL OBJETIVO ES CONTROLAR Y LIMITAR LA DEMANDA AL DELIMITAR LA OFERTA**. Para ello se plantea actuar sobre los estamentos sanitarios, principalmente el médico, que es el verdadero generador de la demanda al hacerla efectiva con la firma correspondiente. Es evidente

que, en la mayoría de las prestaciones, no es el enfermo quien determina la demanda, dadas las dificultades lógicas en el conocimiento de la materia, lo que va a determinar el nivel y tipo de la información que será capaz de comprender, o la imposibilidad de ejercer una discriminación positiva y un control individual sobre la información recibida. Todo ello le coloca en una situación de incapacidad, en la mayoría de los casos, para poder elegir de manera fundada.

La actual ordenación procede de la organización de los servicios sanitarios y de las decisiones de los profesionales, básicamente de los facultativos, es decir, de las necesidades que captan los agentes directos en contacto con la población y las soluciones que dan, y que inciden en la propia organización de los servicios, a la que se suman estrechos y formales cauces de participación ciudadana (no ha existido en ningún momento voluntad política para desarrollarlos). A este modelo, que ha ido siendo alterado paulatinamente, se le da un giro espectacular con **este proyecto de nueva "ordenación de las prestaciones"**, que lo que **pretende es trasladar los centros de decisión a las autoridades sanitarias, siendo estas las que definan desde arriba quiénes y en qué condiciones tendrán acceso a determinadas prestaciones**, todo ello dentro de la visión economicista que impregna el documento. Las **consecuencias** serán la **limitación de las mismas para la población y la concentración de poder en las direcciones, al limitar el protagonismo e iniciativas del personal médico y de los agentes sanitarios en contacto con la población, y limitar aún más el control y la participación ciudadana.**

Con esta "ordenación" se pretende disminuir la oferta de prestaciones gratuitas y dificultar el acceso de la población a las que preste el SNS, enmascarando así las actuales deficiencias estructurales de la red pública, incapaz de hacer frente a las necesidades sanitarias reales de la población (se trata del Estado con menos camas hospitalarias por 1.000 habitantes de la CE -ECO Santé, OCDE, 1.996-, altamente deficitario tanto en centros de crónicos como psiquiátricos, con importantes limitaciones en la dotación de aparataje si lo comparamos con los Estados del entorno, con listas de espera inasumibles, etc.). Pero como **el envío de pruebas diagnosticas, los ingresos hospitalarios o las intervenciones quirúrgicas, son necesarias o no independientemente del número y capacidad de los centros, quirófanos, hospitales o personal existente, el falseamiento que pueda hacerse de la realidad conducirá irremediamente al aumento de las necesidades sin cubrir**, resultando la ineficacia y pérdida de calidad del SNS y el empeoramiento de los niveles de salud poblacional, que si bien afectarán en un comienzo a los sectores sociales más débiles acabarán repercutiendo en el conjunto de la sociedad, degradándola paulatinamente en términos sanitarios y, por tanto, en sus niveles de calidad de vida y en la propia vida cuantitativamente medida.

CONDICIONES DE GRATUIDAD

Por otra parte, las condiciones que se establecen para que una prestación sea financiada por el SNS son: **necesidad, utilidad asistencial y social, y coste/efectividad** (p.4, 30 párr). **Las tres condiciones serán acordadas por el Consejo Interterritorial, que procederá a delimitar las prestaciones cuya gratuidad**

deba quedar garantizada en todo el SNS (p.3, último párr. y p. 4, 1º párr.). Queda claro que va a procederse a una **REDUCCIÓN del catálogo de prestaciones gratuitas** del sistema:

- Hasta ahora la **necesidad** era algo que escapaba a la intervención de las altas jerarquías políticas del sistema, siendo los profesionales sanitarios quienes, mediante el estudio de la población de su zona básica, de los condicionantes de salud que se diesen en la misma, y de la captación de enfermos y estudio de los mismos, definían las necesidades individuales y colectivas de su población. A partir de ahora, el comportamiento del SNS será como el de las sociedades privadas (los profesionales solicitan las pruebas o intervenciones y las autoridades las aceptan o niegan). La diferencia radicará en que los profesionales del SNS serán los encargados de negar directamente el servicio al paciente (fruto de las presiones ejercidas por las jerarquías políticas), sufriendo así una doble presión.
- La **"utilidad asistencial o social"** no es un concepto unificado, teniendo significados muy diferentes según la filosofía con que se aborde. La ausencia de criterios definidos así como su falta de concreción en el documento, hacen imposible abordar este segundo factor.
- El tercero, **coste/efectividad**, exige unas reflexiones más detalladas. Por ejemplo, en determinadas tumoraciones neurológicas, como un glioblastoma maligno, el tratamiento quirúrgico más la radioterapia no logra prolongar la vida ni un año en el 90% de los casos, falleciendo el 10% restante en los primeros meses transcurrido aquel, siendo muy raros los casos que alcanzan los 2 años de vida. En términos económicos el tratamiento posee una coste/efectividad muy bajo. El número de nuevos casos anuales en España apenas ronda los 1500, ¿se incluye entre las prestaciones públicas? ¿Y los tratamientos del SIDA? ¿Y cualquier tratamiento en ancianos mayores de 75 años, máxime si se trata de varones, cuyas expectativas de vida son ya mínimas? ¿Cuál es el precio asumible por cada mes o cada año en que se alarga la vida? ¿Cuál por la calidad de vida en ese tiempo? Entre dos tratamientos, uno con un bajo coste, efectos secundarios importantes y un porcentaje considerable de riesgos vitales, y otro más caro y que sin lograr mayor efectividad que el anterior sus efectos indeseables son mucho menores, prestando una mejor calidad de vida, ¿cual se introduciría en el catálogo de prestaciones? ¿Va a tener la población acceso a una información veraz y va a poder participar en este tipo de decisiones?

Las actividades que integran programas y políticas de salud deben ser protocolizadas y la valoración de eficacia, eficiencia y efectividad se deben hacer midiendo costes marginales, minimización de costes, coste/oportunidad, coste/eficacia, etc. En cualquier caso el criterio básico de evaluación será el nivel de impacto sobre los problemas de salud y las mejoras logradas en el tiempo y calidad de vida de las personas afectadas y de la población en su conjunto, y no la rentabilidad económica alcanzada, y ello **sin olvidar que la población**, que es quien costea el gasto sanitario público, **debe ser quien tenga la última palabra**, de forma directa y sobre temas concretos como el sanitario, sin diluirse en apoyos a opciones políticas de

forma general (el voto en unas elecciones generales no supone el apoyo a una política sanitaria concreta; ésta debe ser, por su trascendencia, consultada directamente al tiempo que se abren canales de participación y decisión directa y en todos los niveles asistenciales e institucionales). **En salud es inadmisibile sustituir el concepto beneficio social por el de beneficio económico, y si esto se hace se acaba por pagar un alto precio.**

Otro aspecto que debe tenerse en cuenta es que si la aplicación de determinadas prestaciones supone un fraude en el sector público y no debe permitirse su uso, lo mismo debe suceder para el sector privado o la población estará siendo engañada de una u otra forma.

En definitiva, **van a disminuir las prestaciones gratuitas que presta el SNS, lo que supone aplicar medidas privatizadoras del sistema, ya que quien desee acceder a ellas deberá hacerlo a través del sector privado, pagando.** Las desigualdades aumentarán en función del poder adquisitivo de cada persona o familia ("El término desigualdad tiene una dimensión moral y ética. Se refiere a diferencias que son innecesarias y evitables, pero que, además, se consideran injustas". Whitehead, M.: Conceptos y principios de igualdad y salud', Proyecto de Programa de Política de Salud y Planificación, OMS, Oficina Regional para Europa, Copenhage, 1977; página 7).

INCORPORACIÓN DE NUEVAS PRESTACIONES Y TECNOLOGÍAS

La incorporación de nuevas prestaciones y de nuevas tecnologías se vinculará a fondos específicos como garantía futura de suficiencia económica (p.4, 4º párr.). En todo caso, **las nuevas tecnologías**, para ser incluidas en el catálogo de prestaciones, **deberán pasar por un proceso de evaluación, financiándose por vías alternativas a las de la atención sanitaria** (p.4, 101 párr.). **Esto supone crear un sustento legal para evitar fácilmente la inclusión en el futuro de nuevas prestaciones en el sistema público** -lo que implicaría que a los nuevos avances científico/técnicos sólo podría accederse por la vía de la sanidad privada, aumentando las actuales desigualdades de acceso-, **o bien romper su financiación a través de los Presupuestos Generales del Estado**, creando vías paralelas (**impuestos especiales o finalistas**, medidas de **copago**, etc.).

El documento también plantea que **las CCAA deberán garantizar las prestaciones comunes al SNS y que PODRÁN ESTABLECER PRESTACIONES ADICIONALES**, siempre que las paguen a través del "esfuerzo económico de los ciudadanos de esa Comunidad" (p.4, 1º párr.). Con esta medida se elimina el principio de equidad, la homogeneidad en la cobertura de prestaciones y la igualdad en el acceso a éstas, aumentando las **DESIGUALDADES GEOGRÁFICAS y sociales** en base a los recursos económicos que posea cada Comunidad y la presión fiscal que sean capaces de soportar sus ciudadanos. Este apartado es esclarecedor en cuanto a declaración de intenciones. Se definen las prestaciones como básicas y comunes -cuyo carácter es gratuito-, y adicionales -cuyo acceso precisará un desembolso adicional lo que supone introducir medidas de **COPAGO**-. **Se quiebra la**

LGS, que en el capítulo Primero, artículo tercero, dice que «la política de salud estará orientada a la separación de los desequilibrios territoriales o sociales»; **se quiebra igualmente la Constitución**, que exige la garantía para todos los ciudadanos de tener cubierta la contingencia de la enfermedad, definiendo la igualdad de oportunidades en el acceso; **y quiebra**, finalmente, **las recomendaciones del Consejo de Comunidades Europeas** ("La protección social en Europa", Comisión de las Comunidades Europeas 1.993, p.97), cuando expone este organismo la necesidad de «garantizar el acceso de las personas que residan legalmente en el territorio del Estado miembro a la asistencia sanitaria, así como las medidas de prevención de las enfermedades».

El profesor V. Navarro expone en el informe "DESIGUALDADES SOCIALES EN ESPAÑA" (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1.996), que Andalucía o Murcia poseen Razones de Mortalidad Comparativa superiores en un 10% al promedio de España o que -refiriéndose a las clases sociales-, "la diferencia de esperanza de vida entre los barceloneses del barrio de Monjüic y los del barrio de Pedralbes es de 10 años".

Otro tipo de prestaciones que serán reguladas son las ligadas a facturación entre servicios (p.4, 1º párr.). La ambigüedad, falta de concreción y el espíritu del documento en su conjunto, inducen a pensar en una regulación restrictiva en función meramente del coste. **La regulación únicamente obedece a un criterio de organización económica del sistema una vez que se genere la competencia en un mercado regulado, tras introducir las nuevas formas de gestión.** Esto lo desarrollaremos en el capítulo III.

LISTAS DE ESPERA

En cuanto al tema de las LISTAS y TIEMPOS DE ESPERA (p.4, último párr.), declara que **no será admisible la existencia de éstas por encima de un tiempo máximo común y que, superado dicho tiempo, el paciente tendrá derecho a recibir atención en otros centros, sin concretar si serán públicos, concertados o privados.** Curiosamente, en el primer borrador se hacía mención explícita a éstos, en tanto que en el acuerdo definitivo, se deja en la ambigüedad -que cada cual interprete lo que quiera-.

La propuesta no responde a la exigencia de adecuación de servicios a las necesidades reales que se plantean (crecimiento de las infraestructuras, implantación al 100% de la Atención Primaria -actualmente es del 60%- , optimización de servicios y quirófanos, ampliación de las plantillas general y especialmente en algunas especialidades,...), **sino a la política de recortes del sector público y desvío al sector privado de pacientes y dinero público, como ya se viene haciendo**, fundamentalmente en Catalunya (el 70% de los centros ofertados son privados en régimen de concierto con la sanidad pública). Dentro del sector con gestión pública directa, se favorecerán medidas perversas, como ha sucedido con las peonadas (pago como horas extras por las intervenciones quirúrgicas realizadas fuera de la jornada habitual). Estudios realizados en diversos hospitales gallego han dado como resultado, que quirófanos rentados en un 60% durante la jornada habitual han alcanzado cifras del

110% en las horas que funcionaban como peonadas, resultando un coste adicional importante y la inmoralidad que supone para la población pagar por algo ya pagado, además de incrementar su uso por encima de lo estipulado como seguro para el enfermo.

3. ASISTENCIA SOCIO-SANITARIA.

Plantea el enorme gasto que suponen determinados colectivos a causa del aumento de la esperanza de vida (ancianos), y de los patrones de morbilidad que se observan en España (enfermos crónicos y minusválidas, pacientes terminales, SIDA, neoplasias,... -p.5, 20 párr.-).

Estas predicciones no se corresponden con la realidad. En el primer grupo, los ancianos, el colectivo realmente importante para el gasto sanitario, es el comprendido por las personas con 80 años y más, y este grupo, hoy por hoy, no está predestinado a consumir de tal forma que exceda la capacidad económica de cualquier sociedad "desarrollada". Hay estudios variados en este sentido en el ámbito europeo (ver, entre otros, "El desarrollo sostenible: enverdeciendo la economía", Michael Jacobs, Fabian Tract 538, 1.991).

La filosofía a la que responden las quejas constantes acerca del gasto y de los sectores a los que culpa de disparar éste, olvida que un sistema público y universal se basa en la SOLIDARIDAD de toda la población con esos sectores necesitados -entre otras razones porque un día formarán parte de ellos un importante porcentaje-.

Como medida fundamental para abordar este apartado, **se propone la delimitación de las prestaciones estrictamente sanitarias de las de carácter social, retirando a estas últimas del catálogo de prestaciones básico y gratuito** (p.5, 3º párr.).

La tendencia a incorporar a la atención sanitaria aspectos sociales obedece a una concepción de salud superior a la de mera "ausencia de enfermedad", que se concreta en la llamada **ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD.** Esto supone incorporar a los aspectos curativos otros de prevención de la enfermedad y promoción de la salud, así como la rehabilitación e inserción social (Conferencia de Alma-Ata; Objetivos de Salud para el año 2.000, OMS). **Esta disociación sanitario/social, supone una vuelta a concepciones ya superadas por ineficaces e ineficientes** (suponen un incremento del coste sanitario social evitable desde una concepción sanitaria pública, aunque desde el punto de vista del negocio sanitario privado adoptar medidas de este tipo supone un importante logro), **con la intención evidente de favorecer la iniciativa privada** (p.5, 8ºy 9º párr.), e incluir para todos los centros en los que exista un cierto componente residencial (p.5, 3º párr.), formas de **copago**, lo que afectará a todas las personas que utilicen la atención sociosanitaria, ("contribución económica de los usuarios a la asistencia" -p.5, 4º párr.-).

Las prestaciones que quedarían fuera de la red sanitaria pública serían todas las que supongan una sustitución o colaboración en el apoyo familiar y/o el autocuidado, las de carácter residencial y las paliativas de dificultades económicas (p.5, 3º párr.).

De nuevo se quiebra la LGS, capítulo primero, artículo 6 : “Las actuaciones de las Administraciones Públicas Sanitarias están orientadas: a la promoción de la salud; a promover el interés individual, familiar y social por la salud mediante la adecuada educación sanitaria de la población; a garantizar que cuantas acciones sanitarias se desarrollen estén dirigidas a la prevención de las enfermedades y no sólo a la curación de las mismas; a garantizar la asistencia sanitaria en todos los casos de pérdida de la salud; a promover las acciones sanitarias para la rehabilitación funcional y la reinserción social del paciente”. El Consejo de las Comunidades Europeas (op. cit., p.97), expone: “...velar por el mantenimiento y, en su caso, el desarrollo de un sistema de asistencia de calidad, adaptado a la evolución de las necesidades de la población y, en particular, a las derivadas de la dependencia de las personas de edad avanzada...”, “...y a la necesidad de intensificación de la prevención...”.

El proyecto supone que la población correría con **los costes de hostelería, que pueden suponer un 80% de la estancia hospitalaria** (estudio realizado por Fernando Antoñanzas, catedrático de Economía Aplicada de la Universidad de la Rioja, Diario Médico, 10/9/97), **y dentro de las prestaciones de carácter residencial con los costes de la asistencia sanitaria complementaria**, orientada a la promoción de acciones preventivas de enfermedades crónicas o que eviten la cronificación del paciente o la agudización del proceso.

El documento prosigue con las **medidas a adoptar en el cuidado de enfermos crónicos y ancianos con quienes carezcan de medios económicos para hacer frente a su situación recurriendo a centros privados: fomentar las asociaciones de autoayuda, el voluntariado social** (p.5, 8º párr.), **así como “devolver” el papel asistencia a las familias** (p.5, último párr.). En definitiva, que estos sectores deben organizar su propia solidaridad a través de sociedades de autoayuda o solicitar ayuda desinteresada externa al SNS, porque **el Estado abandona su intervención en las áreas descritas**. Es difícil compaginar estas propuestas con principios como universalidad del SNS, derecho igualitario a la salud, etc.

Devolver el protagonismo al núcleo familiar es un eufemismo. **El “protagonismo” se le devuelve a la mujer dentro del núcleo familiar, dentro de una concepción decimonónica que combate la emancipación de la mujer y su incorporación al trabajo**. El Informe Petras (investigación realizada para el CSIC por James Petras durante 1.995), expone el impacto en la estructura política y en la social del "proceso de modernización de la economía", aplicado durante la década de los ochenta y primera mitad de los noventa, donde el importante crecimiento económico y la extensión de la clase media ha tenido una importante contrapartida: elevadas cifras de paro, extensión de contratos y despidos basura, cambio de mentalidad de las nuevas generaciones, insolidaridad y degradación de numerosos hogares por la sumisión de alguno de sus miembros a la heroína, etc., han conformado un nuevo sector social altamente necesitado y frágil. Y es este sector el que va a sufrir fundamentalmente este tipo de medidas. Hablamos de enviar a un anciano terminal a una casa de 40 o

50 m², donde residen más de 4 personas con jornadas partidas, la mujer subtrabaja también, los ingresos son bajos y no todos son compartidos, y quizás exista algún caso de drogodependencia (no es imaginación, basta con pasearse por los cinturones industriales de cualquier “gran” ciudad).

Estas medidas de ahorro que pretenden llevarse a costa de los sectores sociales más débiles (las rentas más bajas coinciden con un mayor porcentaje de analfabetismo, de paro, peores ocupaciones laborales, hábitos más insanos y mayor porcentaje de enfermedades -V. Navarro en op. cit.-), y chocan incluso con el diagnóstico del Banco Mundial, que en su informe del año 1.991 exponía: “...no existe evidencia de que el ahorro dependa de la desigualdad social o que ésta, la desigualdad social, conduzca a un mayor crecimiento económico. En realidad, la evidencia apunta a un sentido contrario, es decir, que mayor desigualdad lleva a menor crecimiento económico”. Tampoco deben olvidarse las palabras de V. Navarro (op. cit.): “...toda la población está en situación de riesgo debido a las desigualdades...”.

El Acuerdo también destaca que **se promoverán INCENTIVOS PARA LAS ASOCIACIONES DE PACIENTES Y LAS ORGANIZACIONES DE VOLUNTARIADO SOCIAL** (p. 5, 8º párr.). **Esto supone eliminar una serie de prestaciones públicas, encomendándolas a entidades benéficas no especializadas y a un bajo coste económico, con la consiguiente pérdida de calidad de la atención.** Supone una vuelta al pasado, a los sistemas de beneficencia social y la caridad, y un encarecimiento para aquellos que puedan acceder a este tipo de prestaciones por la vía privada.

Por último, y como mencionamos anteriormente, **SE FAVORECERÁ LA INICIATIVA SOCIAL (PRIVADA), MEDIANTE LA "APERTURA DE LINEAS DE CRÉDITOS BLANDOS" para infraestructuras.** Es decir, se desviarán fondos públicos al sector privado y se perderán las garantías en la calidad de la asistencia sociosanitaria y el control de este tipo de asistencia; se romperá igualmente la integralidad de la atención.

4. PRESTACIONES FARMACÉUTICAS.

El documento hace referencia al elevado gasto farmacéutico actual, un 20% del gasto sanitario público (p.6, 2º párr.), uno de los más elevados de la CE, pero no sitúa el problema ni entra a analizar las causas, ni establece una política integral del medicamento, reduciendo las medidas a tomar a los aspectos correctores del gasto con repercusión económica únicamente sobre el ciudadano.

La aparición y utilización masiva de un importante número de medicamentos en las últimas décadas, al margen de la filosofía que anima las políticas de investigación y dentro del estrecho marco que ofrece el desarrollo de la medicina imperante en occidente, ha contribuido a mejorar las posibilidades terapéuticas, situando al medicamento entre los elementos más importantes del sistema sanitario. Sin embargo, **su utilización viene condicionada por los intereses de la poderosa industria**

farmacéutica. Otros factores que inciden en su uso irracional son una concepción sanitaria curativa, basada en la demanda, y la organización de servicios sanitarios centrada en el mercado. Estas peculiaridades deben ser tenidas en cuenta a la hora de abordar el problema, ya que unas simples trabas al consumo pueden poner en peligro la seguridad de la población sin solucionar nada.

FINANCIACIÓN SELECTIVA

El Acuerdo propone introducir como variaciones principales la separación entre registro y financiación pública de las nuevas especialidades farmacéuticas, y la financiación selectiva, es decir, la no financiación pública de una serie de sustancias (p.6, 3º párr.). No se plantea restringir el número de especialidades, a pesar de ser el mercado español uno de los más elevados de Europa ("Anteproyecto de Dictamen de la Subcomisión Parlamentaria, primer borrador, p.15, 1 párr.), incluyendo muchos fármacos cuya efectividad es más que dudosa y sobre los que se carece de datos sobre posibles reacciones adversas (curiosamente cuando se habla de retirar ciertos medicamentos de la financiación pública, no son éstos los afectados, siguiéndose tan sólo el criterio de precio), y de estar a la cabeza de la CE en aparición de resistencias a los antibióticos (resultado directo de un uso masivo e indiscriminado de los mismos).

La **inmoralidad de no financiar públicamente ciertas especialidades que existen en el mercado** es manifiesta (lo que es útil en el sector privado debe serlo también en el público y viceversa), **y olvida que el Estado tiene la responsabilidad de la salud de toda la población** (Constitución Española). Este tipo de políticas restrictivas en el acceso a los medicamentos se suma al actual sistema de **cofinanciación**, que no parece el más adecuado por los efectos negativos que puede estar originando sobre el consumo necesario y por la injusticia que comporta.

Igualmente propone **financiar entre sustancias iguales la de menor precio**. Sin embargo, esta medida, teóricamente correcta, no se corresponde con los resultados comprobados, ya que está demostrado que la actividad de los principios activos no es la misma dependiendo de la marca comercial (sucede lo mismo que en el mercado con dos productos teóricamente iguales, la calidad de sus componentes no es la misma). Por lo tanto, sin mecanismos de control el peligro es evidente, y el Acuerdo no plantea ninguna medida de control ni tan siquiera la necesidad de las mismas.

Respecto al uso de genéricos nuestro apoyo es evidente, pero estableciendo los controles necesarios que garanticen la calidad del producto. El uso de genéricos, debe suponer un abaratamiento importante en el precio de los fármacos, cosa bien diferente de la práctica iniciada. De los diez primeros puestos a la venta ninguno es más barato que la más barata de las marcas comerciales. Por otra parte, el documento no habla de igualar nuestras leyes a las europeas en esta materia, ni de establecer una legislación que garantice a la población acceder a determinadas especialidades antes de estar obsoleta.

PRECIOS DE REFERENCIA

La instauración de PRECIOS DE REFERENCIA (p.6, 4º párr.), significa que la Administración establecerá un precio por especialidad, pudiendo adquirir el usuario otro medicamento de iguales componentes pero de distinta marca comercial si abona la diferencia con el precio de referencia. Otra **medida perversa de cara a establecer desigualdades entre la población.**

Se deja abierto a regulaciones futuras el aumento del porcentaje que actualmente se paga por los medicamentos, **no excluyéndose el instaurar el pago para los pensionistas en función de su poder adquisitivo.** El documento “Descripción y Estado de Situación del SNS” (Ministerio de Sanidad y Consumo, feb/97), insiste en que el precio de los medicamentos en España es inferior al de los países europeos (¿,?), y que la participación de la población en el pago es también de las más bajas. En este sentido, no sólo están las repetidas declaraciones del asesor injubilable, el profesor Barea, sino los recientes acuerdos entre el Gobierno y CIU (3/9/97) de cara a la financiación de la sanidad pública, donde se contempla el cobro del 40% de las medicinas a los jubilados que tengan una pensión superior a las 100 mil ptas mensuales, lo que supone que se verán afectados 1.200.000 pensionistas de los 7 millones existentes (informaciones aparecidas el 4/9/97 en: El Periódico, El País, La Vanguardia, El Mundo,...). Pero, al margen de la falta de exactitud de estos datos, no se establece un sistema de comparaciones aceptables desde el punto de vista de la lógica formal. Las cifras que manejan estos sujetos deben ser relativizadas para tener validez, y esa relativización debe hacerse teniendo en cuenta no sólo los precios sino también los salarios, las jubilaciones, los servicios y prestaciones sociales que se reciben en cada Estado. De no hacerse así, se incurre en un **burdo manejo de la información**, que se desbaratará cuando el salario no llegue a fin de mes o importantes sectores de la población no puedan acceder a determinados fármacos.

LOS INCENTIVOS COMO BASTARDIZACIÓN DE LA ATENCIÓN SANITARIA

La presión de la Administración sobre los médicos para que se adapten a sus planes de recortes se basa en la incentivación económica de quienes se ajusten o mejoren los presupuestos farmacéuticos fijados por unidad asistencial (p.6, 6º párr.). Las políticas de incentivación deben ser residuales es sanidad, bajo riesgo de alimentar mecanismos perversos en la búsqueda de acceder a los beneficios -como los ya referidos de las "peonadas", que acaban frenando la rentabilidad de los quirófanos en sus horarios habituales para acceder a los incentivos-. El cuidado ha de extremarse si nos referimos a las prestaciones farmacéuticas, ya que al riesgo que pueda suponer para la población debe añadirse el riesgo para los propios facultativos, que no dejan de ser los responsables individuales de las consecuencias ante los tribunales. Lo que la Administración debe fomentar -y no es el caso de esta reforma-, es la responsabilidad que tiene el médico de proporcionar el mejor tratamiento que sepa dar, sin embargo, se procede a alterar la libertad de prescripción facultativa sin disminuir sus responsabilidades y se permite a los farmacéuticos la sustitución de

especialidades concretas recetadas por otras similares más baratas (p.6, 7º párr.). El problema, desde el punto de vista del trabajador sanitario, tiene fácil solución si recurrimos a la prescripción de sustancias o fórmulas magistrales al margen de la marca comercial.

La Asociación Europea de Médicos de Hospitales (Diario Médico, 16/4/97), ha rechazado ya la incentivación salarial ligada al ahorro o que implique una merma en la calidad asistencial que prestan los profesionales.

El Acuerdo reconoce que son los laboratorios privados los principales protagonistas en la investigación y, lejos de plantearse este desequilibrio y el impulso de la investigación pública, hace un llamamiento a que toda política farmacológica debe desarrollarse “velando para mantener el equilibrio que haga posible la inversión a los laboratorios que desarrollan patentes” (p.6, 50 párr.). Luego, en lugar de establecer un programa público de investigación, se trata de garantizar los beneficios de la industria privada. Esto, lejos de solucionar los problemas del gasto farmacéutico, supone garantizar más de lo mismo, de lo que ya tenemos y parece no funcionar según la propia Administración.

Por último, destacar que no se abordan medidas reales que reduzcan el gasto farmacéutico. Lo que se abordan son medidas que preservan los grandes beneficios de las multinacionales del medicamento en detrimento de los derechos de la población, aumentando las restricciones en el acceso a fármacos, aumentando las desigualdades sociales e incrementando los riesgos.

HAY OTRA POLÍTICA VIABLE

Nuestras propuestas en este terreno son: la **creación de una industria pública que desarrolle medicamentos considerados esenciales y de mayor consumo** en el sector público; el establecimiento de **sistemas de control por parte de usuarios y trabajadores sanitarios**; la **prohibición de registro de aquellos medicamentos cuya garantía de calidad no esté garantizada** y, por tanto, prohibición de su comercialización y venta (este criterio existe en los países nórdicos desde hace décadas y ha permitido que el número de especialidades registradas sea hasta 5 veces menor que el nuestro, sin que disminuyan las posibilidades terapéuticas; por el contrario, la existencia injustificada de numerosas especialidades del mismo principio activo, como sucede en España, sólo introduce confusión, inseguridad e incremento del riesgo en el uso de los medicamentos); **extensión de auténticos genéricos**, con detalle de grageas, viales, etc.; **compra al por mayor de los fármacos más prescritos con distribución en los propios centros sanitarios públicos**; **acuerdo entre el Ministerio de Sanidad y Farmaindustria para contener el incremento de los precios**; **limitación de los gastos de promoción de los medicamentos y reducción del margen comercial de las oficinas de farmacia y de Farmaindustria**, tendiendo a la adecuación del precio al coste de los productos.

Medidas de este tipo, que se llevan en Estados de nuestro entorno, nos permitirían no sólo NO restringir el acceso a los **medicamentos** sino garantizar que aquellos

considerados **esenciales** sean **gratuitos para toda la población** (pensionistas y no pensionistas).

El ahorro debe proceder de un cambio a estructuras más eficaces y de las restricciones de los elevados beneficios del sector, justo al contrario de lo que propone el Acuerdo.

∴ ∴ ∴ ∴ ∴ ∴ ∴ ∴ ∴ ∴ ∴ ∴

II FINANCIACIÓN SANITARIA

Define un **modelo de financiación pública no contributiva, a cargo de los PGE**, desapareciendo las actuales cotizaciones sociales (apenas el 5,1 % en los PGE de 1.997). Como mencionamos anteriormente, **implantar esta medida sin establecer garantías y mecanismos de control, deja a la arbitrariedad del gobierno de turno el poder fijar las cantidades destinadas al mantenimiento y desarrollo de la sanidad pública**. En la medida que, en este modelo social, las diferentes políticas de los diferentes gobiernos responden a las necesidades del capital, que es el centro del sistema y sin el cual éste desaparecería, el aspecto teóricamente progresista de tal medida se evapora, reduciéndose a establecer un mecanismo que permita a los gobiernos controlar y manipular sin control los fondos sanitarios públicos, y proceder a atacar y debilitar la sanidad pública desde arriba, reduciéndola por hambre. Sin mecanismos de control que garanticen una financiación suficiente, el aspecto progresivo que nos venden se transformará en el futuro en una plataforma de ataque desde las propias instituciones a la sanidad pública y al derecho a la salud de toda la población.

No se aborda el problema del fraude, olvidando la necesidad de control en el cobro de la atención sanitaria a terceros (mutuas de accidentes y enfermedades laborales, etc.).

El nuevo modelo de financiación propuesto para el reparto de fondos a las diferentes CCAA y al propio INSALUD, **amplía el actual criterio capitativo** (por población cubierta), incluyendo, aunque de forma marginal, otros factores que inciden sobre el gasto, como el envejecimiento de la población o recursos adicionales destinados a docencia y atención a desplazados (p.8, 4º párr. y p.9, 1º párr.). Sin embargo, **no recoge ningún CRITERIO CORRECTOR DEL PROBLEMA FUNDAMENTAL, LAS ACTUALES DESIGUALDADES TERRITORIALES** (recursos, diferentes gastos por persona y año, morbimortalidad, nivel socioeconómico, dispersión poblacional, recursos sociosanitarios disponibles, etc.).

NUEVO MODELO DE FINANCIACIÓN AUTONÓMICA

La financiación sanitaria a las CCAA transferidas puede incluirse en el modelo general de financiación autonómica, y que los gobiernos de las Comunidades repartan los fondos recibidos entre las distintas consejerías (financiación generalista), o puede realizarse directamente desde los PGE (financiación finalista), como capítulos cerrados sin que los diferentes gobiernos autonómicos puedan variar dichas cantidades. **De estas dos vías de financiación el Acuerdo opta por la primera** (p.9, 30 párr.), **abriendo la puerta a una futura quiebra del aseguramiento único y ahondando aún más las actuales desigualdades en materia de salud**. Los riesgos que se correrían, de implantar esa vía de financiación, serían muy graves:

- Se mezclaría el dinero destinado a garantizar las prestaciones sanitarias con el destinado a obras públicas, enseñanza o empleo. El reparto de los fondos públicos sanitarios no correría a cargo del gobierno central sino de los gobiernos autonómicos y serían las diferentes consejerías de éstos las que compitiesen por la captación de fondos, **dependiendo la financiación sanitaria del peso político de cada Consejería de Salud en su Comunidad Autónoma o de los intereses concretos de los gobiernos autonómicos en cada momento**, lo que podría suponer pérdidas económicas en materia sanitaria, cosa imposible cuando vienen como capítulo cerrado desde el Ministerio de Hacienda.
- Es un tipo de financiación que **no tiene en cuenta las necesidades específicas de salud de la población ni las grandes diferencias en lo referente a recursos económicos de cada Comunidad**. La actual estructura territorial unida a este modelo de financiación, basada en la corresponsabilidad fiscal, situaría al borde del colapso a diversas CCAA que carecerían de capacidad para mantener sus propios servicios sanitarios, acrecentándose las actuales desigualdades sanitarias.
- **Impediría una planificación general** y el establecimiento de objetivos y criterios comunes, **al ser sustituida una política sanitaria general a todo el Estado por múltiples políticas sanitarias definidas en cada Comunidad, que dependiendo del criterio o las prioridades económicas de cada momento tenderían a separarse paulatinamente** (el propio Acuerdo, como ya hemos visto, define que cada Comunidad tendrá las prestaciones básicas y aquellas que desee o pueda financiarse). Y de igual modo dificultaría la coordinación del sistema sanitario.

RECORTE DE PRESTACIONES GRATUITAS Y COPAGO

Otro aspecto que el Documento plantea, a lo largo del capítulo destinado al aseguramiento y las prestaciones, es la necesidad de **contener el gasto moderando el consumo o la conveniencia de ayudar a la financiación recortando las prestaciones gratuitas e introduciendo el copago** (entendiendo éste como la aportación económica que efectúa el usuario en el momento de utilizar determinados servicios o acceder a determinadas prestaciones que no serían cubiertas en su totalidad por el SNS). En esta modalidad entrarían el **cheque moderador**, como en las sociedades privadas, **el pago de parte de los costes sanitarios de determinadas pruebas diagnósticas o intervenciones quirúrgicas, el pago por día de estancia en un hospital para cubrir los gastos "hoteleros" y de las comidas, o el copago en función de los ingresos del usuario**.

En primer lugar y por poco rigurosos que seamos en nuestros análisis, **no podemos catalogar estas medidas de financiación del gasto público sanitario sino de privatización, con las consecuencias negativas para la equidad ya que se penaliza a los más débiles** (ya sean enfermos crónicos, aquellos que padecen procesos más graves y costosos, o los más débiles económicamente). Por ejemplo, en odontología, con la privatización de prestaciones que existe a este nivel, la proporción de personas que acuden al dentista disminuye a medida que descendemos en la escala social, agudizándose el problema durante los últimos años. “La financiación

eminentemente privada de los servicios dentales está generando desigualdades sociales que no se presentan cuando la financiación es pública" (V. Navarro en op. cit., apartado 7.5.17).

En segundo lugar, si la finalidad es moderar el consumo, tendremos **que planteamos qué consumo pretendemos moderar: el superfluo o el necesario**. Es evidente que **este tipo de medidas actúa indiscriminadamente**; es decir, es dudoso que las clases altas o medias renuncien a las prestaciones que CREAN necesarias, máxime si la cuantía del copago no es excesiva, pero en las clases bajas sí va a incidir, tanto en lo necesario como en lo superfluo. En Holanda, durante una reducción de camas públicas hospitalarias por un recorte en los presupuestos, las clases sociales altas tenían un número de ingresos hospitalarios superior proporcionalmente a la etapa anterior, en tanto que las clases bajas, disminuyeron estos de forma importante (Rutten, F.H.: "An economic approach to equality in health care". De Ongelijke Verdening van Gezondheid, WRD V58, The Hague, 1987). **Los servicios y tratamientos preventivos serán los más afectados**, pues las clases bajas tenderán a utilizar los servicios sólo cuando SE SIENTAN enfermos. Además, **el efecto de contención del gasto es discutible**. No olvidemos que el copago ya se utiliza en farmacia (pago del 40% del gasto farmacéutico para los no pensionistas), y, aparte de introducir un efecto perverso sobre la salud -puede haber usuarios que carezcan de los medios económicos para acceder a la medicación que precisan-, no parece haber tenido efecto sobre la moderación del consumo y del gasto (muy por encima de la media europea).

Pretender **discriminar la aportación según la capacidad económica tiene grandes inconvenientes**. Cualquier procedimiento de copago selectivo suele acarrear un incremento de los gastos administrativos, que en algunos casos se comen el ahorro que se pretende. Ahora bien, cuando el coste se hace prohibitivo es cuando se pretende discriminar en función de la capacidad económica del usuario. Además, **PARA ESO ESTA EL IRPF**. **El sistema fiscal posee suficientes mecanismos para realizar una tarea discriminatoria. Lo lógico es establecer fuertes impuestos progresivos y prestaciones universales, en lugar de aumentar la burocracia y los gastos burocráticos que este tipo de medidas introduce, dada su complejidad, y porque acabaríamos por establecer una sanidad para ricos y otra para pobres.**

Este capítulo hace mención expresa a la necesidad de buscar **medios de financiación al margen de los Presupuestos Generales del Estado** (p.8, 1º párr.) y hace hincapié en que antes de definir nuevas coberturas y prestaciones, deben hacerse explícitas las fuentes de financiación (p.8, 2º párr.). Es decir, **crear impuestos especiales para financiar determinados aspectos sanitarios y crear impuestos finalistas** (aquellos impuestos que se imponen a determinados productos de consumo con la finalidad de obtener unos fondos destinados a cubrir un servicio previamente establecido). El 13/9/97, el Gobierno, tras pactar con CIU, decidió grabar el tabaco y el alcohol, subiendo su precio cinco veces la inflación, a fin de obtener fondos adicionales destinados a sanidad. **Esta modalidad**, que algunas fuerzas que se reclaman progresistas han apoyado, supone crear compartimentos estancos, **no respondiendo a lo que debe ser una hacienda pública, en la que el sistema fiscal debe diseñarse globalmente y con capacidad recaudatoria suficiente para atender a los diferentes gastos con garantías, y no someterse a los avatares del mercado**. Los fondos sanitarios se verían incrementados o disminuidos dependiendo del consumo de

determinados productos, en este caso tabaco y alcohol, es decir, que para tener las infraestructuras y personal sanitario necesario deberíamos incrementar el número de copas o cigarrillos diarios. Por ello, la financiación de la sanidad debe plantearse dentro del marco de la financiación del sector público en su conjunto, y si fuese preciso recortar partidas de éste, no parece que tenga que ser elegida la asistencia sanitaria en primer lugar.

En cuanto a gravar productos como el tabaco o el alcohol, no parece muy progresista si tenemos en cuenta que el consumo está más extendido entre las clases bajas (V. Navarro, op. cit., 7.5.11,7.5.12).

IMPORTANTES LAGUNAS

No aparece en este capítulo **ninguna alusión a la necesidad de realizar inversiones para cubrir DEFICIENCIAS EN INFRAESTRUCTURA BÁSICAS**. Ya nos referimos al déficit general de camas hospitalarias en relación a la CE y a la escasa cobertura del modelo de AP (61% de la población). Pero hemos de destacar que **el déficit de camas alcanza niveles alarmantes si atendemos a las de larga estancia** (9.927, el 5,91% del total de camas), y dentro de éstas a la relación público/privado (tan sólo el 45,6% pertenecen al sector público). **Si atendemos a las camas psiquiátricas** (19.066, el 11,34% del total), **la situación es similar**, perteneciendo a la red pública el 46,8% (datos recogidos del Catálogo Nacional de Hospitales, 1.996).

Para cubrir estas deficiencias y corregir los desequilibrios territoriales existentes, sería preciso desarrollar un **PLAN EXTRAORDINARIO** e **incrementar el gasto sanitario público en 1 punto de PIB en un máximo de dos años**, pasando del 5,9 actual al 6,9% del PIB, **y a partir de ahí vincular el crecimiento del gasto sanitario con relación al PIB nominal**. El plan extraordinario que absorbería este aumento del gasto tendría como objetivos finalizar la red de centros de AP (entre 700 y 800), estructurar una red dedicada a los enfermos crónicos (aumento del número de camas y de centros hospitalarios y de día, aumento de las residencias, garantizando la ayuda a domicilio, etc.), y ampliar el número de centros y de camas a nivel psiquiátrico. El objetivo es alcanzar las 30.000 camas públicas destinadas a larga estancia y psiquiátricas (actualmente suman 13.463), en un período no superior a los 5 años.

.. .. .

III ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN.

Tanto la Ley 15/97 como este Acuerdo de “Modernización”, **pretenden una organización y gestión del sector sanitario** en base a una concepción que lo sitúa **como un sector productivo más de la economía, abandonándole a las leyes del mercado, transformado el concepto “beneficio y rentabilidad social” por el de “beneficio y rentabilidad económica”**.

La sanidad es **un bien esencial y un servicio básico ineludible** en el tiempo e **inexcusable sean cuales fueren las circunstancias**. Por ello, su tendencia será siempre a comportarse como un sector deficitario, no debiendo observarse bajo parámetros de rentabilidad económica. **Ni su organización ni su gestión pueden realizarse bajo las leyes del mercado y a la búsqueda del beneficio, sin provocar un deterioro de la asistencia y una caída de los niveles de salud de la población**. Transformar al usuario en un productor de beneficios económicos, dividirá a la población en dos grupos: los capaces de generar beneficios y los no capaces. La marginación del segundo grupo, por aplicación de las leyes del mercado, incidirá sobre la salud de toda la población y sobre la sociedad en su conjunto, degradándola y generando tensiones y violencias.

1. AUTONOMÍA DE LA GESTIÓN.

El documento establece la **sustitución de la GESTIÓN DIRECTA DEL ESTADO por la GESTIÓN INDIRECTA**, a través de la transformación del régimen jurídico de los centros sanitarios, que podrán optar por constituirse en FUNDACIONES, CONSORCIOS, EMPRESAS PUBLICAS de derecho privado, S.A. y cualquier otra fórmula admitida en derecho (p.9, último párr.). **El objetivo es extender la gestión indirecta a toda la red asistencial pública** (p.9, último párr.). Esta medida supone **sustituir la gestión pública por la privada**, empresarialización del sistema (p.10, 2º párr.), y, por tanto, **LA SUSTITUCION DEL DERECHO ADMINISTRATIVO POR EL DERECHO PRIVADO**.

Gestión indirecta del Estado es aquella que se realiza mediante un contrato por el cual la Administración delega en un ente privado o público (que se comporta como privado al transformar su régimen jurídico), la prestación de un servicio público.

La **separación de las funciones de COMPRA y PROVISIÓN DE SERVICIOS** (p.9, 60 párr.), **disfraza al Estado de empresario privado** (comprador de servicios sanitarios a través de los Servicios de Salud de las CCAA y del INSALUD) para, bajo el pretexto de buscar la eficacia y eficiencia, **burlar los controles con que el derecho público protege el interés general y el manejo de los fondos públicos**. Al sustituir el derecho administrativo por el privado, el Estado **elude la intervención previa del gasto** -a la que se tacha de excesivamente lenta-, **instaurando un control A POSTERIORI tan ágil como inútil**. Por otra parte, **evita la aplicación de la Ley de Contratos de las Administraciones Públicas**, es decir, que los contratos de

suministros o de servicios **NO QUEDARÁN SUJETOS A PROCEDIMIENTOS REGLADOS**, y el incumplimiento de principios como **publicidad o libre concurrencia no supondrá sanción alguna**. Lo que en realidad se llama adoptar mecanismos de gestión privada consiste tan sólo en establecer estatutos jurídicos de unas características que garantizan la impunidad de administradores y políticos al quedar libres de todo control. Este tipo de controles no son un capricho, ya que el dinero que entra en juego no es de un empresario privado sino de toda la ciudadanía, y si sumamos al volumen de los fondos económicos (3,6 billones de ptas), el valor de las infraestructuras, y eliminamos los controles y los criterios de objetividad sustituyéndolos por la discrecionalidad y la arbitrariedad, **el resultado no puede ser otro que la corrupción y el despilfarro**.

De cualquier modo, al ser la financiación pública, el Estado tendría que mantener mecanismos de control sobre los organismos y servicios privados para garantizar la calidad y el coste, tanto o más complejos y gravosos que los que debe mantener sobre los servicios públicos. No hay caso, la finalidad no es agilizar procesos ni eliminar burocracia, la finalidad no es aumentar la eficacia y eficiencia del sistema, la finalidad no es reducir realmente el gasto. De lo que se trata es someter al sistema a las leyes del mercado, disminuir los costes de producción y la rentabilidad por trabajador para crear las bolsas de dinero que supondrán los beneficios de los futuros empresarios privados. En el modelo que proponen **la financiación será principalmente pública** (la ponemos todos), **los beneficios económicos serán privados, el coste será social**.

Los **problemas de ineficacia e ineficiencia** que se esperan corregir y superar con estas medidas, no se corresponden con la realidad. Independientemente de que la gestión puede ser buena (efectiva) o mala (no efectiva), al margen de si es pública o privada, **la eficacia del derecho privado no es tal cuando el empresario es la Administración**. Y esto es así, porque cuando se maneja dinero ajeno, si no hay unos propietarios ante los que rendir cuentas los administradores, **las cautelas del derecho privado no funcionan**. El ejemplo lo tenemos en el modelo catalán, donde desde hace años funciona una red de centros privados de utilización pública a través de la política de conciertos (aproximadamente el 70% del sector sanitario está en manos privadas, siendo el SCS un comprador de servicios). Esta comunidad se ha visto incapaz de disminuir su déficit y de controlar su gasto sanitario, no existiendo datos que relacionen ese mayor gasto con una mejora de los niveles de salud de la población. Su déficit sanitario público se sitúa en los 300 mil millones de ptas, siendo un grave problema si lo comparamos con la anecdótico desviación del gasto producida en el terreno INSALUD, de gestión aún directa.

Un estudio llevado a cabo en Galicia ("Los cuestionables éxitos de la política sanitaria gallega", M. Martín García, Salud 2.000 n. 61, 1.997), pone de manifiesto las debilidades del sector hospitalario privado, no reuniendo las condiciones mínimas necesarias para ser concertado por el sector público (escasa dotación e inadecuado equipamiento, bajos indicadores de calidad asistencial, mortalidad quirúrgica superior en un 14% a la de los centros públicos, casi la quinta parte que en la pública de personal médico y de enfermería por 1.000 camas,...). Además, el sistema privado concentra sus camas y su inversión en alta tecnología en las provincias de mayor nivel de desarrollo. A pesar de todo ello, el SERGAS (Servicio Gallego de Salud), realizó en 1.994 un concierto con el centro privado POVISA, en crisis financiera. En éste, la

escasez de personal es tal que apenas alcanza el 1,83 como índice de personal por cama (la mitad del Hospital Xeral de Vigo), y donde las listas de espera han crecido por los bajos rendimientos (toda esta información está recogida en la Dirección Provincial de Pontevedra del SERGAS). En definitiva, **la participación privada encarece el coste de la sanidad y no es más eficiente.**

Para cambiar el régimen jurídico se aduce también a la necesidad de **autonomía v descentralización**, pero olvidan que las transferencias autonómicas van a descentralizar el Sistema Nacional de Salud en 17 organizaciones autonómicas más reducidas y, por otro lado, que nada impide con la actual organización una descentralización en las compras, suministros, etc., tan amplia como se crea conveniente. **El problema real es hasta donde llevar la descentralización sin perder eficacia** (hay suministros cuya adquisición conviene realizarla por centros y otros donde la compra centralizada provoca un importante ahorro que no es capaz de consumir la organización que precisa su distribución interna posterior). **De lo que no se deberá prescindir es de las normas y procedimientos que garantizan que las adquisiciones, descentralizadas o no, se llevan a cabo con objetividad y en las mejores condiciones posibles.** Sin embargo, **la Administración abandona el control y elude la responsabilidad de la red sanitaria y de los centros**, en capítulos tan importantes como ingresos/gastos y su desglose, contratación, actuación de sus directivos, recursos humanos,... (p.10, 20 párr.), llegando a trasladar a los centros que adopten las nuevas formas de gestión "facultades de decisión y de riesgo" de los que hasta ahora carecían.

Los proveedores de servicios (centros y servicios públicos -de gestión indirecta o que hayan adoptado las nuevas formas de gestión-, y privados), **deberán cumplir una serie de requisitos para lograr la ACREDITACIÓN** (p. 10, 3º párr.), **que les permita entrar en el MERCADO SANITARIO** (p. 10, 4º párr.). Entrar en el mercado sanitario significa capacidad para vender sus servicios a los servicios de salud de las CCAA o al INSALUD en las comunidades aún no transferidas (organismos compradores de servicios). Las licencias serán extendidas por los organismos compradores de servicios. **Esta acreditación, se afirma, jugará un papel incentivador de la competencia.** Este sistema de acreditación **PERMITE LA ENTRADA DEL SECTOR PRIVADO** en el mercado, y abordar la competencia con el sector público en igualdad de condiciones (como en el caso de los consorcios catalanes concertados por el SCS). Esto, junto a la **posibilidad legal de entrada de capitales privados** en Fundaciones, Consorcios, etc., **no sólo potencia la participación directa del sector privado sino que encarece la sanidad e introduce la PRIVATIZACIÓN práctica de la provisión de servicios, rompiendo el ASEGURAMIENTO ÚNICO al permitir la elección de centro público o privado por parte de los usuarios, y descapitalizando el sistema público.** El art. 18.5 de los Estatutos comunes a todas las Fundaciones hasta ahora creadas, expone que el 30% de las rentas e ingresos -una vez deducidos los gastos de administración-, pasan a incrementar la dotación de la Fundación; pero estas compras irán a título de la propia Fundación, perdiendo la propiedad de ellas el Estado, que sólo mantendrá bajo su dominio los bienes de cesión -ver BOE del 6/2/97-. Otra vía de descapitalización se hará bajo los procesos que se esconden bajo el principio "que el dinero siga al paciente", y que veremos más adelante. Y se da otra vía más, que se esconde bajo el hecho ventajoso para el sector privado de que una buena parte de las tareas

administrativas se las va a realizar el sector público, dándoles además una seguridad que no tendrían fuera de su protección.

Toda esta serie de medidas sientan las bases del MERCADO por el que se va a regir en el futuro el sistema sanitario.

En el mercado sanitario se transfiere la responsabilidad sobre la salud del Estado a los particulares, haciendo de la salud una cuestión privada. Esto implica un retroceso del pensamiento social en salud, legitimando la inequidad al discriminar inevitablemente a la población por sus ingresos, y significa el fin del derecho a la salud. Aunque pudiese aligerar los gastos del Estado, cosa no probada en numerosas experiencias, recarga el coste de la salud para la sociedad al transferir costes hasta ahora estatales a los bolsillos de la población, y esto sí está probado por la experiencia. Donde hay mercado, los servicios de salud son más caros que donde no lo hay.

La creación de un sistema mixto público/privado (ya se ha iniciado tal proceso: ADESLAS va a explotar en régimen de concesión administrativa, como las autopistas, el Hospital de Alzira y un área sanitaria de 230.000 habitantes), **posee graves inconvenientes. Como en casi todos los asuntos donde se mezclan ambos sectores, lo que se produce es una transferencia de recursos del sector público al privado. Este sector asumirá los aspectos más rentables y el público los más costosos**, debido a una selección de riesgos o al ser remitidos pacientes al sector público en situaciones críticas, o debido a que la cobertura de las privadas no alcanzará a todas las zonas del territorio ni donde es antieconómica su presencia. Es decir, **se socializarían las pérdidas y se privatizarían los beneficios**. MUFACE lo ha dejado bien claro en unas declaraciones realizadas el 23/9/97 en Diario Médico: en las zonas rurales, no se harán cargo de la asistencia, transfiriendo ésta a los centros públicos.

La instauración de un **MERCADO SANITARIO genera que hospitales, centros y servicios entren en competencia por la captación de enfermos** (ahora "clientes"), **y la venta de servicios** (p.10, 4º párr.), **con el objeto de obtener beneficios**. Esta competencia sustituye a las actuales relaciones de cooperación y complementariedad del sistema (si bien la distorsión que han introducido los **contratos-programa** han debilitado éstas). Así, el Consorcio Hospitalario Parc Taulí de Sabadell (CHPT), se ha lanzado a la búsqueda de pacientes privados y piensa invertir más de 1000 millones de ptas para crear nuevos productos que se ajusten a estos pacientes. Luego el SCS no será el único comprador de servicios a este Consorcio. Por otra parte, el CHPT, da cobertura a una población de 390.000 habitantes del Vallés Occidental, y en su último informe de gestión exponía que con sus recursos sólo podía atender al 80% de la demanda, teniendo unas listas de espera media superiores a los 500 días (Diario Médico 4/9/97). Es decir, que este centro contratado por la red pública invertirá una cantidad respetable no en la mejora de sus servicios y en la disminución de sus listas de espera, aspectos en los que es notoriamente deficiente, sino en la captación de clientes privados.

La compra de servicios por parte del Estado, obedecerá principalmente al principio del coste de la oferta tendiendo a prescindir de otras variables (cantidad y cualificación de los efectivos, estado y calidad del aparataje, garantías en los resultados,...). Así, en la Fundación de Alcorcón (Madrid), se prescindía de intensivistas

(hospital con 576 camas y 1.200 trabajadores), y las plantillas de las Nuevas Formas de Gestión en marcha se sitúan en torno a los 2´8 trabajadores por cama de media, frente a los 3´5 de los centros de gestión directa. Por otra parte, **si la compra de servicios es entre los propios proveedores**, por un principio de ahorro -cuanto más se ahorre más beneficios obtiene el centro, pues se queda con lo no gastado-, **se centrarán los contratos en los centros y servicios más baratos del mercado, independientemente de su calidad**. Por ejemplo, un centro de AP recibe un dinero al año (ya se simula esta situación con los referidos contratos-programa), y se ve obligado a comprar servicios de Atención Especializada, ambulatorios u hospitalarios. El tipo de compra dependerá de su poder adquisitivo general, de sus gastos internos, de los gastos que lleve realizados y del remanente económico que le quede. Si el que eligiese realmente fuese el enfermo, el proceso sería el inverso, porque tendería a acudir a los centros más caros y a aquellos que tuviesen contratados a los más famosos profesionales pensando que el servicio era mejor en ellos.

Aparte de lo expuesto, surge el problema evidente de la **imposibilidad de una PLANIFICACIÓN SANITARIA GLOBAL** en esas circunstancias, de la que se resentirá la investigación -de por sí pobre actualmente-, y la **eliminación de la planificación según necesidades sanitarias de la población**, dado que el mercado se regulará según las leyes de la obtención de beneficios y de la oferta y la demanda (si bien en el sector sanitario es la oferta quien genera la demanda, como vimos en la introducción), siendo imposible garantizar por parte de la Administración una atención homogénea y uniforme a toda la población.

2. PREFERENCIAS DE LOS USUARIOS.

Se da una imagen absoluta sobre la **LIBRE ELECCIÓN DE MEDICO Y CENTRO**: "elección del proveedor por el usuario" (p.10, 6 párr.). Todos sabemos que esto **carece de sentido práctico**, ya que no podemos ser vistos u operados en el mismo centro y por el mismo sujeto por una cuestión obvia de tiempo y espacio. Tan sólo una vez, a lo largo del documento, se menciona el establecimiento de restricciones en la elección por quedar ésta sujeta a las "limitaciones que la organización de servicios imponga" (p.10, 7º párr.). Sin embargo, no se concretan los márgenes de esta limitación.

Una elección libre exigiría unos conocimientos de medicina y de temas sanitarios de los que carece la mayoría de la población, siendo **fácilmente manipulable la opinión pública por sectores interesados**.

La pretensión de **desarrollar información relevante y distribuirla entre la población para facilitar una elección responsable y con conocimiento** (p. 10, 8º párr.), por parte de la Administración, **al margen de lo complicado de la medida y el gasto que supondría, generaría FLUJOS POBLACIONALES hacia determinados centros, que no podrán ser asumidos sin establecer limitaciones, con las consiguientes consecuencias sobre la calidad de la atención, listas de espera, etc.** Pero si se establecen limitaciones, ya no podremos hablar de libertad de elección plena. **El establecimiento de limitaciones exige el establecimiento de criterios de selección**. En la filosofía de la sanidad pública es evidente que estos criterios irían

dirigidos a primar la atención de los más necesitados de la misma, que no suelen coincidir con las clases altas o medias. Y no es esto lo que están vendiendo las autoridades sanitarias. Ellos, demagógicamente, pretenden neutralizar o ganarse el apoyo de las clases medias a favor de esta reforma sanitaria emprendida, vendiendo la idea de que van a poder elegir lo mejor (como en la sanidad privada pura, no en la dependiente de sociedades) sin coste añadido.

De todos modos, **este problema queda solucionado cuando vislumbramos que la verdadera elección la realizarán los centros y servicios sanitarios:**

- **El pago a centros y servicios dentro del mercado sanitario se hará atendiendo a la libre elección de los ciudadanos**, incorporando flujos financieros de acuerdo con las preferencias de los pacientes –recordemos uno de sus principios: “que el dinero siga al cliente”- (p. 10, 6º párr.). Esto, independientemente de **disparar la competencia entre centros y servicios** -destinarán una parte de sus medios económicos a campañas de imagen y propaganda para captar “clientes”-, traerá consigo el desarrollo de una **política de contratación y promoción de “figuras” y el abandono y degradación de la calidad media del sistema, favoreciendo a los grandes hospitales a costa de los pequeños y medianos** (supone el fin de una regionalización hospitalaria iniciada tardía y tímidamente). También va a contribuir a **centrar recursos humanos y materiales en las grandes capitales y en las zonas de mayor nivel de vida** por ser más rentables, lo que generará flujos de población hacia estas grandes ciudades, donde estarán los mejores especialistas. Esta política va a provocar una **concentración y centralización de recursos en escasos y enormes centros de un puñado de capitales**. Las consecuencias serán múltiples: **aumento de las desigualdades interterritoriales, de las urbano/rurales**, etc.; **aumento del gasto sanitario** (está demostrado que los enormes complejos hospitalarios, además de ingobernables, disparan el gasto); **aumento de la deshumanización de la asistencia**, ya de por sí importante. Los principios de solidaridad y equidad del sistema quedarán rotos de nuevo.
- Junto a los flujos de población, **el pago por objetivos y la elaboración del coste por proceso** (p.10, 2º párr.), **van a configurar el nuevo modelo de pago en el mercado sanitario**. En consecuencia, hospitales y centros sanitarios cobrarán por “acto médico” o “por proceso”, **lo que supone imponer en la práctica una SELECCIÓN NEGATIVA DE RIESGOS** (la experiencia en otros países así lo demuestra -EEUU y RU principalmente-). Se calcula, por ej., el coste medio de una intervención quirúrgica, y éste será el que se abone a cada centro cada vez que se produzca esa intervención. Pero si la intervención se efectúa sobre una persona joven, sana y con un buen nivel económico y cultural, el hospital obtendrá beneficios al estar el gasto por debajo de la media establecida (corta estancia hospitalaria y sin complicaciones). Si la persona intervenida es un anciano/a, que fácilmente padecerá alguna afección crónica (cardiopatías, diabetes, hipertensión arterial, etc.), y que no sería extraño que presentase unas malas condiciones sociales de vida (viudo/a bajo nivel de renta, etc.), se generarán pérdidas al estar el gasto por encima de la media (aparición de complicaciones, larga estancia hospitalaria,...). **Los pacientes serán, inevitablemente, catalogados como RENTABLES Y NO RENTABLES. Lo mismo puede aplicarse a las patologías** (siempre será más rentable operar unas cataratas que un cáncer de colon). **Los centros y servicios sanitarios lucharán,**

en un marco de competencia, **por eludir los procesos no rentables y captar los rentables, porque en ello no sólo irán los beneficios a obtener, sino las pérdidas y la propia existencia del centro, así como el futuro profesional e incluso el empleo de su personal.**

- El problema se agrava cuando **LOS INGRESOS DE QUIENES TIENES LA CAPACIDAD DE DECISION DEPENDEN DEL TIPO DE DECISIONES QUE TOMEN**, pues, entonces, **se enfrentan los intereses de los profesionales sanitarios con los de la población.** Las consecuencias serán intervenciones no necesarias, si estas producen beneficios, y eludir otras necesarias si no son rentables. Un estudio sobre estas cuestiones encontró que la tasa de amigdalectomías ejecutadas al año en la Columbia Británica era de 107 por cada 10.000 niños y en Ontario era de 200 por 10.000. Sin embargo, en Liverpool (Inglaterra) y en Uppsala (Suecia), donde los cirujanos trabajan asalariados en los hospitales, las tasas son de 26 y 17 por 10.000. La práctica de cesáreas en Canadá se ha disparado pasando de menos del 5% de los partos en 1968 a casi el 20% en nuestros días, sólo por detrás de la tasa que tienen los EEUU de un 25%, coincidiendo con la instauración del pago por acto médico. Y no hay otra interpretación. Como señalaba una comisión de expertos de la OMS, “los países con las menores tasas de mortalidad perinatal del mundo, poseen tasas de cesáreas inferiores al 10%. No hay ninguna justificación para que en ninguna región del mundo estas tasas de cesáreas se sitúen entre el 10 y el 15%”. (“Recortes Presupuestarios y Privatización: Una amenaza para la salud”. Milton Terris, M.D., M.P.H, I Jornadas Sanitarias de Izquierda Unida, 1991). **Las intervenciones no rentables en el mercado, tenderán a ser remitidas a los centros de gestión directa** (se calcula que serán el 20% del total), que permanecerán fuera del mercado y serán la cloaca de éste (varios números de EXPANSIÓN de septiembre y octubre de 1997, acerca de las jornadas que IIR España organizó los días 14, 15 y 16 de octubre de 1.997, en el Hotel Castellana Intercontinental).

La mercantilización introducida en la relación médico/paciente, romperá la actual relación asentada en un principio de confianza -único posible ya que se trata de una relación desigual, donde el paciente carece de la formación y conocimientos necesarios para alcanzar una relación de igualdad-, **y provocará el CAOS en su sistema sanitario, pues los pacientes no sabrán si las decisiones médicas y sanitarias serán fruto de las necesidades u obedecerán a motivaciones económicas.**

La introducción del **mercado** supone un retroceso en las concepciones y organización del sistema sanitario, **al colocar de nuevo al hospital, a la demanda y al médico en el centro del sistema, lo que supone relegar todo tipo de actividades de prevención y promoción de la salud y, en definitiva, liquidar la AP,** que se transformará en el apéndice hospitalario fuera del hospital (como ya viene sucediendo), **al no ser rentables económicamente en el momento de su aplicación, al no mover tecnología avanzada ni grandes masas de dinero.** El mercado introduce tal inmediatez que elimina, por poco seguras e irrentables, las inversiones a largo plazo, máxime si son en actividades que reducen el consumo en otras áreas, como sucede con las actividades preventivas y de promoción de la salud. **Es en los hospitales donde se realizan los grandes negocios y movimientos de dinero.**

Sobre la **PARTICIPACIÓN** de los ciudadanos, **el documento elude todo tipo de concreción y articulación** (p.10, último párr. y p.11, 1º párr.). En ningún momento se habla de **CONTROL** del sistema y de los centros. Sin establecer estos mecanismos de control, la participación no existe, ya que controlar implica comprobar, inspeccionar e intervenir, en tanto participar es un término ambiguo; de hecho, la población ya participa en el sistema sanitario al recibir la asistencia.

Por último: "... el sistema competitivo puede permitir más innovación e iniciativas a un nivel descentralizado. La desventaja es que puede suponer la selección de riesgos y, por tanto, una pérdida de protección social para el enfermo, duplicación de los servicios e incluso un aumento de los costes. Como el consumidor no puede juzgar el servicio recibido, la competencia no suele establecerse en la calidad, pero sí frecuentemente en los precios, comodidades e incluso marketing" ("Sanidad: la política de la elección colectiva", E.M. Immergut, Papeles de Gestión Sanitaria 20: 5-110, p.22, 1.991).

Quizás nosotros nos podamos equivocar, pero se dan hechos que anuncian claramente el futuro. La Columbia, una de las mayores compañías sanitarias del mundo (600 hospitales, 285.000 trabajadores y casi 3 billones de ptas de facturación en 1.996), ha comprado la Clínica Dexeus, en Barcelona, y tiene la intención de adquirir otros 30 hospitales más en una primera fase (no debemos olvidar que a comienzos de los 90 -coincidiendo con el inicio de las reformas sanitarias-, esta empresa compró 4 hospitales en el RU; Expansión, 8/5/97). **John de Zulueta** (consejero delegado de **SANITAS**), se encarga de disipar cualquier duda: "**La salud es un negocio**" (El País, 18/5/97); y concreta aún más: "introducir la competencia es introducir el copago por servicio a los usuarios y limitar las prestaciones" (simposium organizado por el Ministerio y la industria), llegando a referir además, que no se harán trasplantes a pacientes mayores de 55 años ("El Tratado de Maastricht y la Sanidad Pública", Ctés por la derogación del Tratado de Maastricht, p.6, 1.997).

3. PROTAGONISMO DE LOS PROFESIONALES.

Para vencer otra de las causas de las rigideces de las instituciones sanitarias, el documento plantea la **necesidad de establecer un "nuevo modelo de relación laboral"** (p.11. 31 párr.), un "**NUEVO RÉGIMEN DE PERSONAL COMPATIBLE CON LA AUTONOMIA DE GESTION DE LOS CENTROS**" (p.11, 4º párr.), y la **capacidad de cada uno de estos centros para definir su propia política de personal**. Este nuevo Estatuto, de carácter básico, regulará específicamente a los PROFESIONALES SANITARIOS a nivel estatal (p.11, 5º párr.), dejando caer la propuesta que sean las Comunidades Autónomas y el INSALUD (en las Comunidades no transferidas) quienes definan el nuevo RÉGIMEN JURÍDICO aplicable al PERSONAL NO SANITARIO y completen las normativas del personal sanitario a conveniencia.

Marca la tendencia a que los **procesos de selección de personal para ocupar una plaza se realicen a través de convocatorias hechas por cada centro** (p. 11, 6º párr.), **que tendrá capacidad para contratar a su propio personal** (esto ya ocurre en

las Nuevas Formas de Gestión). **Este sistema anularía de hecho los traslados**, dado que para acceder a otro centro se deberá concurrir a las convocatorias específicas que realice esa institución. **Cada centro marcará el perfil del personal que desee contratar y marcará el tipo de pruebas de acceso que deban superarse** (también está ya sucediendo en las NFG). Esto supone la **eliminación de los principios de igualdad, mérito y capacidad** vinculados actualmente a la contratación, y colocar en su lugar la **arbitrariedad y la falta de objetividad, desregulando el mercado laboral y perdiéndose el control público sobre el personal sanitario**.

El régimen de dedicación se flexibiliza, admitiendo la personalización de los sistemas de dedicación y de las condiciones de trabajo (p. 11, 7º párr.), posibilitando jornadas reducidas, trabajo a tiempo parcial, vinculación por acto sanitario (como en las sociedades privadas; tanto por tantas intervenciones, o tanto por haber visto a tantos pacientes, lo que permitiría simultanear el trabajo en el sector público y en el privado). De nuevo en las NFG ya se están aplicando estas medidas.

Tras plantear que la actual vinculación del personal a su plaza imposibilita la distribución de los recursos humanos, **propone adecuar las plantillas a las necesidades efectivas de las instituciones** (p. 11. 8º párr.), **y reconocer capacidad a los propios centros para reformar fácil y rápidamente sus propias plantillas**. Esto implica, por ser las únicas vías legales para aplicar estas medidas, imponer **PLANES DE EMPLEO, JUBILACIONES ANTICIPADAS O MOVILIDAD FORZOSA** (como recogía el borrador de nuevo Estatuto Jurídico presentado por la Administración a los Sindicatos mayoritarios a primeros de octubre de 1997).

Actualmente en el régimen estatutario se ha suprimido el derecho a una plaza concreta (se pertenece a un centro o a un Área de Salud), y se ha limitado drásticamente la inamovilidad geográfica, con lo que el personal puede adecuarse a las necesidades reales. **Lo que exige tanto el régimen estatutario como el funcional, es que tales contingencias deben ser justificadas y no pueden deberse a caprichos de la parte contratante**, y anular estas garantías son el objetivo de la Administración, aunque la envuelvan con un sin fin de justificaciones. Por otra parte, si cada centro puede reducir sus plantillas y a su vez cada centro tiene la potestad de contratar a quien quiera según su propio criterio, ¿dónde irán los trabajadores que "sobren" en un centro determinado? ¿Quién los va a reubicar y dónde? ¿Quién los asumirá?

Este conjunto de medidas sólo esconden la posibilidad de despidos, la precariedad en las condiciones de trabajo (salvo para los altos cargos, que podrán incluso acceder a contratos blindados), **la desregulación laboral, con el objetivo de disminuir las plantillas y los costes salariales para aumentar los beneficios**.

En cuanto al **sistema retributivo, lo liga al incremento de la eficacia del sistema**. Para ello propone **PERSONALIZAR la RETRIBUCIÓN, concediendo una significativa importancia a los INCENTIVOS** (p. 11, 7º párr.). Este punto lo tratamos en el capítulo primero, donde nos hicimos eco de la opinión de la Asociación Europea de Médicos de Hospitales en cuanto a la incentivación y la necesidad de desvincular a los profesionales sanitarios de la obtención de beneficios en sus tomas de decisiones, a fin de no mediatizar éstas y garantizar la objetividad de todo el proceso. La finalidad de

esta medida es, sencillamente, **disminuir los conceptos fijos a nivel salarial aumentado los graciables**, generando una dinámica que tenderá a disminuir la mayoría de los salarios, excepto los de los altos cargos y las "figuras" que atraigan población a los centros.

En cuanto a la **negociación colectiva**, se reconoce **capacidad a cada centro para alcanzar un acuerdo con sus trabajadores, siendo el acuerdo general (SNS/trabajadores) NO VINCULANTE para los centros que adopten las nuevas formas de gestión**. Las pautas comunes a todo el sistema serán tan sólo las condiciones salariales básicas (salario base y trienios), y el volumen total de empleo en el sector (p. 11, 8º párr.), siendo difícil de mantener ésta última con las potestades otorgadas a los diferentes centros. Cada centro se comportará como una pequeña empresa con capacidad para definir retribuciones (complementos e incentivos), condiciones laborales, etc. Este punto supone la **pérdida de las actuales garantías y normativas sin ser reemplazadas por otras**.

El resto de temas que se tratan (función directiva, carrera profesional, ordenación de las profesiones sanitarias), están sin definir ni concretar. Sin iniciativas concretas y sin plazos, no pasan de ser vagas declaraciones de intenciones ("hay que elaborar") expuestas con tal ambigüedad que todo es posible.

No podemos finalizar este apartado sin hacer determinadas **aclaramientos**. Una de las características esenciales de esta reforma, consiste en modificar sustancialmente las condiciones laborales de los trabajadores sanitarios del sector público, **buscando aumentar la eficiencia a costa de flexibilizar las condiciones laborales**. Las primeras recomendaciones partieron de organismos económicos internacionales (FMI, Banco Mundial, OCDE), comenzando a aplicarse, curiosamente, en Estados caracterizados por poseer un sólido y prestigioso sistema sanitario público (Reino Unido, Suecia), y con un gasto a este nivel realmente bajo (en 1.990, el RU gastaba tan sólo el 5,1% del PIB). En España, las razones fundamentales que se utilizan para restringir los derechos laborales, son:

- ▶ la **defensa del sector sanitario público, haciéndole competitivo y eficaz**. Este argumento se debilita cuando se observa que **las autoridades sanitarias, a la hora de concretar medidas para mejorar la eficacia, confunden ésta con el ahorro a ultranza y el recorte de prestaciones en un marco de recorte de los gastos sociales**. Como hemos visto en el capítulo primero, no se trata de una defensa del sector sanitario público sino de su recorte y privatización.
- ▶ la **excesiva rigidez del actual Estatuto**, que afecta negativamente al rendimiento laboral y perjudica al centro sanitario, como empresa de producción de servicios públicos. **Ya hemos detallado que el Estatuto no es tan rígido y permite racionalizar los recursos**, eso sí, **justificando las necesidades y las medidas a tomar**, para evitar las arbitrariedades. Y todo ello sin mencionar que actualmente más del 30% de las plantillas son interinas.

- ▶ los **privilegios laborales que representan el Estatuto en relación con el resto de los trabajadores**. Sin embargo, el **Estatuto representa una garantía en la continuidad y calidad de la atención**, es decir, que todos y cada uno de los trabajadores que la integran están cualificados para ello y que existe un control sobre la dotación de personal del sistema, a diferencia de lo que sucede en los **centros privados**, donde el **porcentaje de personal indebidamente titulado es alto y la relación de personal por cama es un tercio de la pública**. Es cierto que el **Estatuto supone una garantía de estabilidad en el puesto de trabajo**, pero esta garantía lo que **no es ningún privilegio a erradicar sino un derecho a extender para todos los trabajadores**, un derecho básico recogido en la **Declaración Universal de los Derechos Humanos**. En cuanto a las afirmaciones de que los trabajadores de la sanidad disfrutamos de privilegios amparados en el citado Estatuto, tenemos que decir lo siguiente: En primer lugar, nos cuesta calificar como privilegios los recortes en la negociación colectiva, las jornadas penosas y los bajos salarios. En segundo lugar, los abusos individuales, que sin duda se producen, no se deben a limitaciones estatutarias (el Estatuto contiene mecanismos sancionadores suficientes), sino a la falta de voluntad de la Administración que busca la degradación del propio sistema sanitario para justificar medidas que nada tienen que ver con los fines que exponen. **El que los trabajadores sanitarios deban estar incluidos en el régimen de la función pública**, no es un capricho, sino que **es una garantía fundamental para que la sanidad siga siendo pública para toda la población**, independientemente de dónde se viva y de su nivel de ingresos.

Nuestra propuesta gira en torno al **mantenimiento un ESTATUTO JURÍDICO** que, entre otras, debe garantizar y desarrollar las siguientes condiciones: **la estabilidad en el puesto de trabajo** (por razones de eficacia, garantía y continuidad de la asistencia); **dedicación exclusiva** (establecimiento de una ley estricta de incompatibilidades); **desarrollo de una ley de funciones profesionales** que acabe con el actual caos, provocado con finalidades de abaratamiento de la atención, aunque signifique empeorar la atención sanitaria; **erradicación de los puestos de libre designación**; **delimitación clara entre la actividad administrativa y la política**; **formación continuada y gratuita de los trabajadores del sistema**; **igualdad de retribuciones en todas las CCAA**, según el principio de “a igual trabajo igual salario”; **desaparición de las peonadas y "horas extras"**; **dotación adecuada de plantillas** (OPEs anuales y suficientes), en relación con las necesidades sanitarias de la población; **limitar y condicionar la movilidad forzosa dentro de las Areas de Salud en función de necesidades asistenciales justificadas**, previa oferta voluntaria y con la aprobación de los representantes de los trabajadores y de la población; **promulgación de una nueva reglamentación de traslados voluntarios en todo el SNS**, que no se base en la precariedad del empleo y se ajuste a las necesidades de los trabajadores (permutas, etc.).



IV MODELO TERRITORIAL

Este capítulo se caracteriza por declaraciones de intenciones, los nuevos organismos a crear y el desarrollo legislativo y normativo necesario para llevar adelante la reforma.

Marca la necesidad de finalizar el proceso de transferencias. En la actualidad tan sólo 7 Comunidades Autónomas han asumido las transferencias para hacerse cargo de la gestión de la asistencia sanitaria. Por otra parte, marca la necesidad de dar mayor presencia a las Corporaciones Locales en la actividad asistencial (p.12, 5º párr.). Lo que no se establecen son mecanismos que garanticen los principios de solidaridad y equidad del sistema, ni que el SNS se comporte como una estructura integradora con capacidad para definir las políticas sanitarias a nivel estatal. Hasta hoy no existe una verdadera **planificación integral** del sistema, lo que ocasiona que la población perciba una atención sanitaria filtrada por diferentes modelos sanitarios, según su lugar de residencia, lo que va a agudizarse al aumentar aún más las diferencias en el tipo de prestaciones y su número, así como en las formas de pago entre unas y otras Comunidades Autónomas. El desarrollo de este punto no pasa de un “definir”, “redefinir”, en busca de un equilibrio entre el poder central y la negativa de CIU a que el SCS deba rendir cuentas a este poder, conservando plena independencia en materia sanitaria.

Lo que se define en este apartado, es el **aspecto controlado del mercado sanitario**, siguiendo la teoría de los “pseudo-mercados”, ideada para atacar todo el sistema público (la sanidad, los servicios sociales, la enseñanza).

En cuanto al **Consejo Interterritorial**, el objetivo es reforzar su capacidad de coordinación, ampliar sus funciones, modificar su composición (suprimiendo su carácter paritario, disminuyendo los representantes de la Administración central del Estado), y establecer un nuevo régimen de acuerdos. Sin embargo, el Estado se reconoce incapaz de interferir en las políticas sanitarias de las CCAA. Este organismo carece actualmente de capacidad ejecutiva, teniendo un mero **carácter consultivo, dando cabida a sindicatos sanitarios, usuarios y consumidores, corporaciones profesionales sanitarias, universidades, entidades científicas y organizaciones empresariales** (p.14, 8º párr.), **sin detallar proporciones ni condiciones**. En cuanto a las organizaciones empresariales No queda claro a quien se refiere. Imaginamos que se restringe a organizaciones empresariales sanitarias privadas, con o sin conciertos con la sanidad pública. Este Consejo supone, sin crear ni desarrollar los Consejos de Participación en todos los niveles, institucionalizar la participación desde arriba para neutralizar una participación real y directa de trabajadores del sector y usuarios. En definitiva, bajo el título “participación”, se hurta el control real y la fiscalización de las decisiones que se tomen en este organismo, su cumplimiento y sus consecuencias, con lo que la transparencia del sistema continuará como hasta ahora.



CONCLUSIONES

1. El Acuerdo de la Subcomisión (PP, PNV, CIU, CC), presentado por el PP está recorrido por la lógica del beneficio económico y no por la lógica de la salud: bajo las permanentes apelaciones a la eficiencia y a la calidad no hay otra cosa que reducción del gasto público y búsqueda del beneficio privado. Así se refleja en el apartado de las prestaciones sanitarias, de las nuevas tecnologías, de la asistencia socio-sanitaria, de la financiación, igualmente en el apartado de las nuevas formas de gestión y de las condiciones laborales. Se refleja también en las diversas propuestas que buscan abrir hueco al negocio privado en el apartado del aseguramiento, cuando habla de la reducción de las listas de espera, o de la separación de financiación-compra-provisión.
2. Una de las piezas decisivas de este entramado sería la relativa a las nuevas formas de gestión, al unir estrechamente varios aspectos esenciales: recortes en la atención, degradación de las condiciones laborales y facilidades a la participación privada. Discrepamos, por tanto, con aquellos que presentan las nuevas formas de gestión como algo exclusivamente técnico e inocuo.
3. La degradación de las condiciones laborales no está al servicio de mejorar la asistencia, sino de la búsqueda del beneficio económico: ahorro, entrada de la empresa privada en el SNS,... Se inscribe en la pérdida generalizada de derechos laborales que, desde hace años, venimos sufriendo los trabajadores en todo el Estado. Por otro lado, la precarización de las condiciones de trabajo no puede tener otra consecuencia que una repercusión negativa en las condiciones de asistencia: plantillas reducidas, cambios abusivos de turnos, falta de formación...
4. Se pone al usuario como centro de todas las preocupaciones de manera artificial, y por tanto falsa. Todos los cambios se pretenden hacer al margen del ciudadano, sin información y sin debate. Cambios tan fundamentales como los que se intentan introducir, requerirían un amplio debate que contrasta con el sigilo y la política de hechos consumados con que se está actuando, e incluso con el total desprecio que el gobierno viene mostrando hacia las protestas y hacia las opiniones adversas a su política sanitaria. No es casual, que el PP plantee la cuestión de la participación de los usuarios desde una filosofía puramente mercantil: el usuario a través de su elección en el mercado sanitario estaría expresando sus deseos y preferencias, como si este tipo de elecciones no tuviese que ver con la información o su falta y con las posibilidades económicas a la hora de elegir. La mejor manera de optar y participar no puede ser otra que la habilitación de aquellos medios que permitan al ciudadano expresar directamente sus preferencias, sus quejas y sus propuestas, así como controlar la ejecución de lo acordado. Y en este sentido el documento no hace la más mínima mención a los organismos de participación ciudadana, que si ya existen, no sólo son estrechos sino que apenas funcionan por falta de voluntad política.