

cuaderno POLÍTICAS DE SALUD

ANÁLISIS, REFLEXIÓN Y DEBATE

OBSERVATORIO DE POLÍTICAS DE SALUD

EDITORIAL

8

La colegiación obligatoria, una incomprensible herencia del pasado

MARCIANO SÁNCHEZ BAYLE

La crisis del Estado social y la defensa de la sanidad pública

MARCO MARCHIONI

La gestión del conocimiento en la práctica enfermera

ANA MARÍA BENITO PÉREZ

La desgravación fiscal a las pólizas de seguros privados: una propuesta de subvención al sector privado

TONI TUÁ MOLINOS

Modelos de pseudoprivatización en el SNS español

MANUEL MARTÍN GARCÍA

La sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud

MARÍA DEL ROSARIO FÁTIMA ABURTO BASELGA

CITAS BIBLIOGRÁFICAS

LUIS PALOMO

JUNIO 2011

Coordinador | Eddy D'Orleans

Consejo Editorial | Marciano Sánchez Bayle, Alberto del Pozo, Carmen Mancheño, Elvira S. Llopis, Antonio Cabrera, José A. Serrano, Joan Canals, Merche Boix, Javier González Medel, Manuel Martín García, Araceli Ortíz.

EDITORIAL

22-M: cayó una noche fría sobre el sueño y las esperanzas de un mosaico de generaciones, congelando la respuesta militante al ¿qué hacer?, alumbrando una nueva interrogante: ¿y ahora qué?

La actual crisis económica-financiera, borrachera cosechada en la barra libre del neoliberalismo global, se está despertando violentamente de la resaca asediando las conquistas del Estado del Bienestar en países como Irlanda, Grecia y Portugal (¡de momento!), sin dejar de lanzar inquietantes mensajes a España cuyo gobierno está intentando, sin mucho éxito, mantener un difícil equilibrio entre las exigencias del neoliberalismo y sus ya frágiles convicciones socialdemócratas. Además, a este sarao financiero se ha añadido en España una crisis política cuyas coordenadas principales se traducen, primero, en el desahucio político del PSOE tras el 22-M y, muy posiblemente, en su desalojo del poder institucional después de las próximas elecciones generales en 2012.

¿Qué consecuencias tendrá este pequeño seísmo político para la sanidad española? Eso queda por ver. Sin embargo, no nos podemos resistir a la tentación de recordar la dirección del viento cuando los adeptos del neoliberalismo están al mando de la nave:

- abuso de las “nuevas formas de gestión” consistente en la proliferación de centros sanitarios públicos gestionados por empresas privadas;
- institucionalización de las externalizaciones con un incremento del volumen de derivaciones de los pacientes desde los centros sanitarios públicos a la privada;
- proliferación de fundaciones y empresas públicas en la mayoría de Comunidades Autónomas (CC.AA);
- desregulación de la gestión y de la unidad de los servicios asistenciales de los hospitales públicos con la creación de los llamados “institutos de gestión clínica”, fragmentando así los centros asistenciales en mini-empresas, rompiendo su gestión centralizada y, de paso, debilitando el poder sindical;
- una política errática de gestión de las listas de espera, lo que permite su manejo con criterios políticos al servicio del negocio privado derivado y a la sombra de las externalizaciones;

- la ausencia o la falta de transparencia en la recogida de datos que permitieran monitorizar el uso eficaz y eficiente de los recursos públicos;
- aumento no controlado del gasto sanitario;
- excesiva burocratización y política de recortes sociales en la aplicación de la Ley de la Dependencia en algunas CC.AA.;
- potenciación de la medicina asistencial en detrimento de las políticas de prevención y de promoción de la salud y de humanización de los cuidados médico-enfermeros;
- una creciente medicalización de la salud en beneficio de las multinacionales farmacéuticas y tecnológicas;
- una hiperburocratización de la práctica asistencial; etc, etc...

Soplan malos vientos para el futuro de la sanidad. Nos llegan ecos de futuros tornados para el 2012: introducción del copago para los pensionistas de la Seguridad Social y su aumento para los demás usuarios de la sanidad; derogación de la Ley de Interrupción Voluntaria del embarazo; recortes drásticos en los derechos laborales de los trabajadores del sistema sanitario; privatización “encubierta” de los centros sanitarios públicos (¡de la gestión, dicen de momento!), etc, etc.

De todo lo que antecede, es evidente que muy pronto tendremos que enfrentarnos a un problema social grave: un ataque frontal en toda regla a nuestro sistema sanitario público en un momento en que la ciudadanía no siente como propia esta conquista del estado del Bienestar, debido a su relativa despolitización y a las potentes coordenadas burocráticas de la democracia representativa.

Desde una consciencia sanitaria colectiva de la ciudadanía, en coordinación estrecha y solidaria con los movimientos sociales que propugnan la defensa de la sanidad pública, NOS QUEDA Y TENEMOS AHORA LA PALABRA. ■

La colegiación obligatoria, una incomprensible herencia del pasado

Marciano Sánchez Bayle

Médico, Presidente de la International Association of Health Policy, Portavoz de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública y Director del Observatorio de Políticas de Salud

En estos momentos se está debatiendo en el seno del Gobierno el Anteproyecto de Ley de Servicios Profesionales en desarrollo de la conocida como "ley Ómnibus" que supone la transposición de directivas europeas a nuestro país, y en la misma se debate la obligatoriedad de la colegiación de los profesionales, especialmente el caso de los que solo trabajan en las administraciones públicas y los organismos y entidades autónomos que de ellas dependen. El asunto es especialmente importante en el caso de las profesiones sanitarias (como medicina y enfermería) en las que es predominante el ejercicio solo en el sector público.

La colegiación en España asume un modelo de herencia napoleónica en que las corporaciones, los colegios profesionales servían como sistema de encuadramiento y control de las profesiones liberales y garantizaban su actuación de acuerdo a unas normas que establecían las propias entidades, en ese sentido eran unos herederos de los gremios medievales. Existe otro modelo de colegios en Europa, en los países anglosajones y nórdicos, en el que la colegiación es independiente del registro, y esta colegiación supone un grado de reconocimiento por parte de estas entidades. Por otro lado, en el caso del Reino Unido los colegios no agrupan al conjunto de la profesión, sino que se articulan por especialidades, así existe un colegio de *general practitioners* (médicos generales), etc, y son el conjunto de los colegios los que se agrupan en este caso en la asociación médica británica (BMA).

La colegiación sirvió también, en su día, para garantizar a la ciudadanía de la titulación y cualificación de los médicos, pero en este momento ese papel lo cumplen sobradamente el Ministerio de Educación y el de Sanidad, mediante la expedición de los títulos correspondientes y la reglamentación de la formación pregrado y las administraciones autonómicas que acreditan la formación continuada. La experiencia demuestra que la obligatoriedad de colegiación no impide los casos de intrusismo profesional, tal y como se puede comprobar por los recientes

casos descubiertos precisamente en CCAA donde la colegiación continua siendo obligatoria, y por lo tanto no supone protección alguna para el conjunto de la ciudadanía.

El carácter obligatorio de la colegiación supone una limitación a la libertad de los médicos para ejercer su profesión en el sistema público, que les obliga a desembolsar una importante cantidad de dinero personal para ejercer su profesión, situación que supone un agravio comparativo con otros países de la Unión Europea donde no existe esta obligatoriedad, por otro lado no se entiende que se obligue a los profesionales a la adscripción a unas corporaciones, la situación no deja de recordar los tiempos de la dictadura franquista en los que los trabajadores también se veían obligados a pertenecer al sindicato vertical (la CNS). Conviene recordar que en España durante los primeros años del siglo XX la colegiación era voluntaria y que fue la Dictadura de Primo de Rivera la que estableció la obligatoriedad.

Los colegios profesionales, en parte debido a esta obligatoriedad de colegiación, gozan de poco prestigio entre los profesionales (los bajísimos índices de participación en los procesos electorales y en la vida colegial así lo atestiguan), si bien hay que reconocer que en los últimos años se ha producido una cierta mejora en su funcionamiento.

Otro argumento utilizado a favor de la colegiación obligatoria es la supuesta capacidad de estos para regular la práctica profesional, y mediante los códigos deontológicos favorecer la buena práctica y sancionar a la mala praxis. No obstante la realidad demuestra que no es así. Por un lado no parece lógico que los profesionales estén sujetos a unas normas distintas a las del resto de la ciudadanía, ni tampoco que en un estado democrático puedan existir normativas elaboradas por entidades ajenas al cuerpo legislativo, que por cierto ya cubre la totalidad de conductas de los profesionales que están sujetas a las decisiones de los tribunales de justicia, el caso es especialmente llamativo en cuanto a los profesionales que trabajan solo en el sistema público, porque estos se encuentran ya sometidos a la

capacidad de control y sanción de las diferentes administraciones públicas, aparte de a la legislación general como todos los demás ciudadanos. Podrá darse el caso de que produjeran sanciones en la vía colegial que se sumaran a las de los tribunales de justicia o contradicciones entre las actuaciones de ambas.

La práctica de los colegios señala que ha habido muy pocas actuaciones para regular y controlar la mala praxis incluso en casos muy evidentes y por el contrario se han producido intromisiones de los colegios en cuestiones ideológicas y a veces contradictorias con la legislación vigente, pues, en términos generales, los colegios en España han actuado en representación únicamente de las concepciones más conservadoras de la profesión, si bien como ya se ha dicho en los últimos años su actuación en este aspecto ha mejorado notablemente.

Por otro lado el funcionamiento de los colegios sigue rigiéndose por normas de representación mayoritaria que anula la posibilidad de representación de las minorías, por amplias que estas sean. De esta manera en las elecciones de los colegios provinciales una lista puede copar todos los puestos de la junta directiva con solo obtener un voto más que la siguiente. Si no se garantiza la representación proporcional de las diferentes opciones el funcionamiento democrático de los colegios no está asegurado y estarán siempre en manos de grupos de intereses frecuentemente minoritarios entre la profesión, de ahí la desafección de los obligados colegiados a la hora de votar (frecuentemente no se supera el 20% del censo, en más de un caso no se llega ni al 10%).

Resulta también "contradictorio que se propugne en lo económico una sociedad de libre mercado y en lo político una democracia representativa, y a la vez se obligue a numerosos ciudadanos a pertenecer, contra su voluntad, a "determinadas organizaciones".

Finalmente hay que tener en cuenta que la libertad de colegiación favorece a los propios colegios por dos mecanismos, el primero es que les obliga a estar atentos a las demandas de los profesionales y no pueden, salvo que quieran quedarse solos, el ignorar los problemas reales, las inquietudes y las necesidades de los profesionales, y el segundo es que les permite constituirse en una referencia de la cualificación y la calidad de los mismos, colegiando solo a aquellos profesionales que acrediten una buena práctica, lo que ahora, al ser obligatoria la colegiación, es evidentemente imposible, de esa manera el hecho de estar colegiado podría suponer un mérito y un motivo de orgullo.

Estos y parecidos motivos son los que han hecho que varias CCAA hayan legislado estableciendo la voluntariedad de la colegiación en los profesionales que trabajan en las administraciones públicas, legislación que está pendiente de la resolución de recursos por el Tribunal Constitucional, por eso este es un buen momento para que el gobierno y los partidos progresistas adopten una postura clara en defensa de la libre colegiación para que los profesionales de este país dejemos de estar obligados a pertenecer a ninguna organización en contra de nuestra voluntad. ■



La crisis del Estado social y la defensa de la sanidad pública

Marco Marchioni

Sociólogo y Trabajador Social.

En el marco de la crisis aparentemente irreversible del sistema de bienestar social –personalmente prefiero hablar de Estado social- en la que desde hace años estamos involucrados sin alumbrar respuestas y alternativas sostenibles, adquiere, en mi opinión, particular relevancia la situación de los servicios sanitarios, en particular los de Atención Primaria, que constituyen sin ninguna duda el elemento más avanzado de la Reforma sanitaria de los años ochenta.

En este momento histórico y en esta coyuntura (¿?) económica, después de años de alegría y de despilfarro en los que no se ha trabajado para dar vida a una cultura de la defensa de los bienes colectivos, del uso correcto de los recursos públicos, generando más bien lo que en otros escritos (*De Política. El abc de la democracia.* Editorial Benchomo, Tenerife, 1997) definí como ‘el uso privado de los servicios públicos’... después de todo esto el sistema de Atención Primaria aparece como el exclusivo oasis de las prestaciones universales gratuitas y públicas. A partir de los servicios especializados y de los hospitales esta universalización se rompe y aparecen islas de servicios sanitarios directamente privatizadas, otras concertadas y otras camufladas en diferentes variables de privatización.

Pero es necesario seguir avanzando y conectar lo que acabamos de describir con lo que ocurre en los demás ámbitos de acción del sistema social que nos hemos dado, es decir, en primer lugar, con el ámbito de los servicios sociales y con el de la educación.

Por lo que se refiere a los servicios sociales no solamente hay que destacar el creciente número de prestaciones, programas y servicios que se han ido desagregando del sistema público a través de muchas y diferentes formas de privatización camuflada (por ejemplo, a través de subvenciones o convenios con organizaciones no gubernamentales de todo tipo -no estamos aquí buscando culpables-), sino más propiamente por la caída del sistema público de servicios sociales en una sectorialización burocrática y en un creciente asistencialismo: con el abandono de los ámbitos colectivos –limitándose a los familiares e individuales-, de la prevención y de la implicación de la población-ciudadanía en las respuestas solidarias y comunitarias absolutamente fundamen-

tales para atender correctamente las viejas y nuevas demandas sociales de una sociedad en crecimiento económico rápido y caótico con crecientes riesgos de marginación y de exclusión de los sectores más ‘débiles’ de la población.

Por todo ello los servicios sociales –sustancialmente por responsabilidad política de las administraciones- han ido generando una cultura asistencialista en la población ‘débil’ y su marginación en todos los ámbitos sociales. Han generado dependencia en vez de contribuir a la autonomía; y en vez de favorecer avance e integración de los colectivos desfavorecidos, sin quererlo, han contribuido a su ‘quetización’. Naturalmente soy consciente de que estas generalizaciones pueden no ser justas con relación a casos y situaciones concretas en que se ha trabajado de manera diferente, pero no tengo duda en afirmar que generalmente estos han sido los modelos y la tendencia dominantes; las escasas experiencias diferentes no han podido constituir una alternativa política y técnica viable y se han quedado en el ámbito de lo particular.

Inútil decir que la crisis económica y sus consecuencias en el empleo, junto con la disminución de recursos y los recortes, han contribuido decisivamente a una multiplicación de las necesidades sociales primarias y a la ulterior decadencia de las prestaciones sociales en el asistencialismo... Por ello los servicios sociales no tienen hoy ninguna vocación universal y ninguna o muy escasa posibilidad de ser un elemento de promoción de procesos comunitarios y participativos que, junto con un re-pensamiento de las políticas locales (municipales y autonómicas) pudiera permitir afrontar las nuevas realidades sociales de las comunidades (barrios, pueblos, mancomunidades, etc.).

Lo que está pasando –y en gran medida ha pasado ya- en el ámbito educativo es realmente triste y políticamente nefasto. El sistema educativo ya es un sistema dicotómico en el que las escuelas públicas, en muchos casos, ya han sido abandonadas por sectores sociales que tendrían que seguir en ella. Estos sectores sociales a los que nos referimos no son los sectores que tradicionalmente hubiéramos definido ‘burgueses’, sino los que hoy definimos como clases medias que consideran que la escuela pública ya no garantiza una formación y unos niveles de aprendizaje que pu-

dieran permitir a sus hijos e hijas 'competir' con las clases sociales más fuertes. Por ello muchas de estas familias envían hoy en día a sus vástagos a la escuela privada y abandonan la escuela pública aun pagando un alto precio económico.

Si a este fenómeno social añadimos el deterioro de muchos centros escolares, sobretodo en zonas urbanas periféricas, que han entrado, desde hace años, en procesos de decadencia aumentado por la crisis económica y por la llegada de un importante número de personas procedentes de otras culturas y de otros países, todo ello explica que la escuela pública ya no garantiza una efectiva paridad de oportunidades y los principios fundamentales de la universalidad de las prestaciones. En efecto, el peso de la inmigración ha sido asumido exclusivamente por la escuela pública ya que la redistribución territorial del alumnado entre centros públicos y concertados hace tiempo que no funciona equitativamente

Como es evidente y como antes adelantábamos, no todo el panorama escolar se encuentra en esta situación; hay centros y localidades donde la escuela pública resiste y mantiene niveles de calidad y de universalidad excelentes, pero éstas ya resultan ser excepciones y no la regla. La regla es que en muchas zonas -sobretodo urbanas- los centros escolares de primaria y secundaria obligatoria acogen exclusivamente niños, niñas y jóvenes de familias que definimos como 'débiles' o inmigrantes. Y en esta misma realidad ha aumentado estrepitosamente el llamado 'fracaso', el fenómeno del absentismo y el abandono escolar por parte de numerosos adolescentes...

Como ejemplo estrella y en extremo emblemático de esta dicotomización el hecho de que el hasta entonces presidente de la Generalitat, José Montilla, reconocía abiertamente y con descaro que sus hijos iban al Colegio Alemán de Barcelona. Por haber conocido la realidad catalana en otros tiempos, creo que hace veinte años un presidente de la Generalitat de Cataluña no hubiera hecho -o no hubiera podido hacer- lo que ha hecho el señor Montilla.

Esta es la situación de dos de los grandes pilares del Estado social: los servicios sociales y el sistema educativo. Por ello afirmábamos al comienzo de este trabajo que los Centros de Salud en gran parte del país constituyen las únicas islas u oasis de prestaciones universales y espacio de encuentro de todas las clases sociales ya que -y este es un dato muy significativo e importante- los sectores que definiríamos burgueses probablemente han contraído o pueden contraer un contrato con una compañía de seguros privados, pero no han abandonado el sector público y acuden al Centro de Salud de su zona; también prefieren ser atendidos por el hospital público, aunque luego su seguro privado les garantice la habitación individual en el periodo de hospitalización. Y muchos nos vemos obligados a acudir a un servicio especiali-

zado no porque lo consideremos mejor, sino porque la cita previa que se nos da en el servicio público -dentro de seis meses- queda demasiado lejana y el problema que tenemos requiere una atención mucho más próxima en el tiempo.

Pero estos elementos positivos e importantes se ven acorralados por la crisis económica, los recortes y, sobretodo, el aumento vertiginoso del déficit y por no haber hecho pedagogía del servicio público, no haber podido hacer verdadera prevención y haber dejado la salud comunitaria y la salud pública en el último escalón de las prioridades. Así que también en este ámbito, a pesar de los equipos profesionales y de una reforma general muy avanzada en sus planteamientos -pero 'medicalizada' en su praxis real- se ha seguido tratando a los ciudadanos y las ciudadanas como meros consumidores de productos y servicios sanitarios cada vez más costosos.

Ahora el déficit obliga a tomar medidas que sólo pueden parecer y ser comprendidas como represivas y limitadoras de derechos adquiridos, porque llegan muy tarde y no han hecho de la ciudadanía un elemento fundamental de la gestión del servicio público.

Necesitamos que la ciudadanía deje de ser simple consumidora de prestaciones y servicios gratuitos para transformarse en co-partícipe de la salvaguarda y buen uso de una conquista colectiva: el servicio público de salud. Hay experiencias muy importantes en este sentido que demuestran que es posible y necesario construir procesos participativos y comunitarios -no sólo relacionados con el tema sanitario, por supuesto- que permiten plantear alternativas reales a lo que está ocurriendo, pero son todavía fenómenos aislados que dependen muchas veces de voluntades personales y que tendrían que ser extendidos y socializados. (Véase Centro de Salud El Progreso¹, Badajoz). Como en muchos otros ámbitos públicos -desde la misma vida política y desde la gestión de las administraciones, etc.- la participación vuelve a manifestarse como el elemento clave del futuro de nuestras sociedades y elemento fundamental de la defensa y salvaguarda -naturalmente en términos renovados y no obsoletos o anclados en realidades que ya no existen- de aquellas conquistas que heredamos de las luchas del pasado, fundamentalmente del movimiento obrero, y que hoy corremos el riesgo de no saber defender en la nueva realidad social y política de nuestra sociedad. ■

¹ http://www.areasaludbadajoz.com/at_pri_mapa_centros.asp?id_zona=20
Web del Centro de Salud en la que puede consultarse, entre otros documentos, 'El Proyecto para un sistema sanitario participado'. <http://www.hoy.es/v/20110526/badajoz/proyecto-piloto-progreso-aplicara-20110526.html> artículo publicado en 'Hoy. Es Extremadura' sobre el Proyecto piloto en el Progreso.

La gestión del conocimiento en la práctica enfermera

Ana María Benito Pérez

Enfermera. Centro de Salud de Arévalo (ÁVILA).

INTRODUCCIÓN

Mis reflexiones se articularán en torno al lema: SABER PARA CUIDAR Y ENSEÑAR A AUTOCUIDARSE. Siendo el colectivo de Enfermería uno de los pilares básicos de las organizaciones sanitarias tenemos que conocer y hacer nuestros los objetivos de estas organizaciones. Estos objetivos son "la mejora de la calidad asistencial, la eficiencia en la gestión y aumentar el nivel de salud de los ciudadanos... todo ello desde la equidad en la provisión de los servicios". Y para alcanzar estos objetivos las organizaciones sanitarias cuentan con unos recursos humanos, materiales y tecnológicos cuya gestión eficaz y eficiente permite obtener resultados en términos de mejora de la salud de la población, siendo muy apreciables y satisfactorios.

Además, para optimizar la implicación y el rendimiento de los profesionales los servicios sanitarios utilizan sistemas de incentivos tanto materiales como no materiales y, entre estos últimos, el conocimiento que es, en estos momentos, el principal factor productivo.

Ahora bien, el dilema que se plantea es el de saber si, en materia de adquisición y posterior utilización de los conocimientos, los intereses de los profesionales convergen totalmente con los de la Organización en la que prestan sus servicios y con los de la ciudadanía a la que sirven.

Así llegamos al clásico interrogante: ¿para qué sirven los conocimientos y cómo se utilizan?

En la actualidad no se discute que "el conocimiento es la principal fuente de ventaja competitiva y de creación de riqueza; concretamente, lo que se sabe. Cómo se usa lo que se sabe y la capacidad de aprender". Estos conocimientos transmitidos por los profesionales sanitarios a los usuarios, una vez asimilados positivamente y procesados por éstos, tienen el efecto directo de aumentar su cultura sanitaria. Por cultura sanitaria se entiende "la capacidad de tomar en la vida cotidiana decisiones que influyen positivamente sobre la salud. Esta definición abarca cinco aspectos principales: la salud individual, el conocimiento del sistema de salud, el comportamiento del individuo

en su calidad de consumidor, el mundo profesional y las políticas de salud" (Stutz y Spycher, 2006).

En efecto, la cultura sanitaria influye de manera importante sobre el *modus vivendi* de los individuos y consecuentemente sobre su estado de salud. La cultura sanitaria permite a l@s ciudadan@s adquirir unas aptitudes cognitivas y sociales que les sirven para hacer un análisis crítico de las informaciones que les lleguen desde todos los medios con el fin de dominar mejor algunas situaciones de la vida. En suma, les capacita para utilizar las informaciones recibidas y los conocimientos adquiridos, aumentando sus habilidades para tomar las decisiones adecuadas que influyen positivamente sobre su salud. Así los individuos adquieren poder, responsabilidad en la toma de decisiones sobre todo lo que afecta a su propia salud.

Existen evidencias de que las personas que disponen de sólidos conocimientos sobre la manera de cuidar de su salud, esas personas disfrutan de una mejor calidad de vida, ya que ponen en práctica estilos y modos de vida muy saludables (dieta equilibrada, ejercicios físicos apropiada a la edad y situación, no fuman y beben de forma muy moderada, etc.). Por otra parte, "un paciente educado en la autogestión de su enfermedad consigue mejores resultados en comparación con otro que se muestra pasivo ante su enfermedad. Si se implica al paciente en el cuidado de su salud, se le hace partícipe de la sostenibilidad asistencial y económica del sistema sanitario".

La gestión del conocimiento significa generar ideas, creatividad. En este sentido, una línea de trabajo muy actual en Atención Primaria es la de realizar actividades con l@s ciudadan@s, las que implican su participación activa en programas que fomentan hábitos y estilos de vida saludables. En estas actividades coordinadas y dirigidas por l@s Enfermer@s la protagonista es la población.

Concretamente, en nuestro Centro de Salud de Arévalo, se trabaja en dos actividades que reflejan cómo se articula la gestión del conocimiento en la práctica enfermera. Una de ellas consiste en la realización en unos pueblos de la comarca, dentro del ám-

bito de nuestra Zona Básica de Salud, de unas JORNADAS SALUDABLES PARA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES Y DE LA DIABETES. Son jornadas periódicas lideradas por un grupo de ciudadan@s entrenados por el personal de Enfermería y que se desarrollan con participación abierta a l@s vecin@s interesados. Además de exponer previamente conceptos teóricos sencillos sobre los riesgos que rodean dichas patologías, se desarrolla una actividad práctica relacionada directamente con dichos conceptos. Esta actividad se concreta en un concurso de pinchos saludables, los cuales son preparados previamente por l@s vecin@s implicados, se exponen al público asistente quién recibe de los autores unas explicaciones muy detalladas sobre la forma de prepararlos y los materiales utilizados, su finalidad saludable y, concluyendo la sesión, se saborean felizmente dichos pinchos.

La segunda actividad que actualmente está en una fase-piloto se materializa en la promoción de marchas cardiosaludables. Su dinámica consiste en la reunión de un grupo de vecin@s pertenecientes a una población concreta atendida por el Centro de Salud, independientemente de que pertenezcan o no a grupos de riesgo cardiovascular, explicándoles en un lenguaje sencillo lo que se entiende por factores de riesgo asociados a una vida sedentaria, una dieta no equilibrada y rica en grasas, a la obesidad, al tabaquismo, haciéndoles partícipes de los conocimientos contrastados por la evidencia científica sobre los beneficios resultantes del ejercicio físico para reducir dichos riesgos y, a continuación, invitarles a participar en una marcha

de 30 minutos o una hora campo a través, acompañados y bajo la supervisión de la Enfermera promotora de dicha actividad.

Esas experiencias han resultado muy positivas y motivadoras tanto para los ciudadanos como para los profesionales en el sentido de que han ayudado también a mejorar nuestra dinámica de trabajo y las relaciones Enfermer@s-pacientes. Lo que nos permite deducir que sensibilizar a los individuos sobre el conocimiento de los factores de riesgo que pueden perjudicar su salud, los medios factibles para modificarlos, reducirlos y, posiblemente, eliminarlos, todo ello puede ayudarles a tomar decisiones responsables respecto al cuidado de su salud.

Conclusión:

Lo que he pretendido con estas reflexiones es exponer unas de las tantas experiencias que reflejan la materialización de la gestión del conocimiento en la práctica enfermera. Concretamente, partimos del conocimiento por un@s profesionales de los riesgos cardiovasculares. Dicho bagaje científico es transmitido a un@s ciudadan@s quienes, a su vez, lo han asimilado y apropiado, convirtiéndolo en la práctica habitual y consciente de ejercicios físicos y en el consumo de alimentos saludables, con la consiguiente mejora de su salud.

Concluyendo, desde una situación de COGESTIÓN DE LAS ENFERMEDADES pretendemos llevar a los individuos a una AUTOGESTIÓN de su SALUD, optimizando nuestra BUENA PRÁCTICA ENFERMERA. ■



La desgravación fiscal a las pólizas de seguros privadas

Una propuesta de subvención al sector privado

Toni Tuá Molinos
CCOO Catalunya

El gobierno de la Generalitat ha anunciado la voluntad de reinstaurar la bonificación fiscal de las pólizas de seguro privado en la declaración de Hacienda, en el tramo del IRPF correspondiente a Cataluña.

Y decimos “reinstaurar” porque esta figura de bonificación fiscal ya existía antes de 1999, cuando fue abolida por el Gobierno del Estado, del PP, en la Ley de Acompañamiento de los Presupuestos para el mismo año, siendo Ministro de Hacienda Rodrigo Rato, alegando la detección de importantes abusos en la aplicación de la bonificación fiscal.

A cambio se implantó la bonificación en el Impuesto de Sociedades de los empresarios que acordaban la compra de pólizas colectivas para los trabajadores de sus empresas, como salario diferido en especies, del que también están exentos de declaración los propios trabajadores y trabajadoras. Considerando, por parte del PP, este tipo de póliza más “social”.

INTRODUCCIÓN

El origen del seguro privado se remonta a las épocas en que no existía ningún tipo de cobertura pública, y ha sido la única opción frente al infortunio personal, hasta que las administraciones fueron implantando los diferentes sistemas de seguro público a partir de finales del siglo XIX. La cronología de instauración de este tipo de cobertura colectiva, ha sido muy diversa en los distintos países habiendo empezado en Alemania el XIX o en España a principios del XX, con la cobertura de los accidentes de trabajo, y progresivamente en los distintos países se fueron instaurando sistemas de seguridad social para algunos colectivos de trabajadores y con posterioridad, después de la Segunda Guerra Mundial, se produjo la instauración de los sistemas nacionales de salud de cobertura poblacional más extensa, en algunos países del norte de Europa.

Concretamente en España se comenzó, con un sistema muy incipiente, en el primer cuarto de siglo, con el llamado Instituto Nacional de Previsión (INP), que se fue ampliando a diferentes colectivos, siempre relacionados con la actividad laboral, concretándose en el Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE) para los trabajadores industriales y sus “beneficiarios”, quedando aún entonces fuera de esta cobertura colectiva obligatoria amplios sectores de la producción como autónomos, agricultores, profesionales liberales, etc..

Así pues la afiliación a entidades privadas de seguro con su origen en los antiguos gremios profesionales y cofradías de la Edad Media se mantuvo, sobretodo, para unos sectores determinados de la población hasta bien entrada la segunda mitad del siglo XX, especialmente en Cataluña.

Esta situación cambió de manera muy importante en nuestro país en el año 1964 con la Ley de Bases de la Seguridad Social, y en 1974 con su desarrollo por medio de la Ley General de la Seguridad Social, que amplió la cobertura del seguro obligatorio a unos cuantos colectivos más. El cambio radical no fue hasta el 1986 con la promulgación de la Ley General de Sanidad, que instituyó la cobertura universal del seguro de salud, con un nivel de protección poblacional de casi el 99%, y pasando progresivamente de la financiación directa por cuotas a la Seguridad Social a la financiación indirecta por impuestos generales del Estado.

El descenso del seguro particular a partir de esta fecha fue muy significativo durante unos cuantos años, coincidiendo también, con situaciones de crisis económica general. A partir de mediados de los años 90, con la recuperación progresiva de la actividad económica y siguiendo la norma que dice que la mejora del nivel económico de las clases medias incrementa la exigencia de la calidad percibida en la atención sanitaria, poco a poco, se revitaliza el papel de las entidades aseguradoras mercantiles, no tanto así el de las antiguas mutualidades de pre-

visión social, que habían jugado un papel muy importante hasta mediados del siglo pasado, con la cobertura de la siniestralidad de las clases menestrales.

Por tanto el panorama del seguro privado de salud, en el conjunto del Estado, se ha mantenido estable desde mediados de los años 90 hasta el 2008, lo que ha representado un 28% del gasto total en servicios sanitarios realizado en España, siendo el 72% la proporción del gasto público, mientras que las cifras a Cataluña han sido del 34,1% de gasto privado y del 65,9% de gasto público.

LA EVIDENCIA COMPARATIVA CON OTROS PAÍSES

La comparación del gasto total en servicios sanitarios entre países, conviene hacerla teniendo en cuenta el nivel de riqueza alcanzado por cada uno de ellos, pues tanto la demanda de servicios públicos, como la disposición a contratar privados, depende de " la elasticidad renta ", que en el caso de la salud es superior a 1.

En los países de la OCDE existen dos excepciones bastante significativas a esta regla: EEUU con el gasto más elevado en servicios sanitarios, no siendo el país que alcanza la mayor renta per cápita. Y Luxemburgo, que teniendo la renta per cápita más elevada, no llega a la media del gasto de la OCDE.

Los datos de la OCDE (2007) y del CATALUNYA (2006), evidencian diferencias significativas, tanto en el gasto total como en la relación entre gasto público y privado. Son datos referidos a

unos años en los que España alcanzó su máximo nivel de desarrollo económico, antes de caer en la profunda crisis global, y con mayor afectación que los países de nuestro entorno.

A parte de la relación directa entre nivel de renta y gasto sanitario, tanto público como privado, hay otros factores que inciden en el constante incremento de este gasto total, como son el envejecimiento de la población, la innovación tecnológica, los medicamentos.

De todo ello se puede concluir que, en Cataluña, existe un desfase considerable entre el nivel real y el nivel teórico de gasto total en salud que debería de existir, teniendo en cuenta todos los parámetros mencionados (renta, envejecimiento, innovación, etc..), ya que nos encontramos a 1,3 puntos porcentuales por debajo de España, 1,6 por debajo de la media de la OCDE, o 3,8 por debajo de Francia!!

LAS RELACIONES GASTO TOTAL/NIVELES DE COBERTURA POBLACIONAL. RESULTADOS EN SALUD

Si las comparaciones se hacen desde el punto de vista de eficiencia social: nivel de cobertura poblacional y resultados en salud, el SNS del Estado español con un 8,5% y concretamente el CATALUNYA obtienen unos resultados muy eficientes, pues como hemos visto, con un 7,2% del PIB existe una cobertura poblacional del 99%, y unos buenos resultados en salud, tanto medidos en la percepción personal, a través de las diversas "Encuestas de Salud", como medidos por los niveles alcanzados de años de vida con calidad, esperanza de vida al nacer, índice de mortalidad infantil, etc..

Cierto que con estos parámetros, puede ser, que encontraríamos algo parecido en países de nuestro entorno, pero con unos % de gasto sobre el PIB muy por encima de los de España y de Cataluña. En este aspecto no hace falta ni plantearse la comparación con los EUA, con más de 45 millones de personas sin ningún tipo de cobertura (porque no son lo suficientemente pobres ni tienen más de 65 años).

Por tanto, se puede concluir que en España y más en Cataluña tanto la eficiencia social (cobertura) como la económica (% del PIB) del Sistema de Salud, obtiene unos resultados muy adecuados.

LA PRETENDIDA EFICIENCIA SUPERIOR DEL SEGURO PRIVADO

La práctica de la atención sanitaria prestada por el seguro pri-

	% DEL PIB	PÚBLICO	PRIVADO
Media	8,8		
EEUU	16	45,4	54,6
Francia	11	79	21
Suiza	10,8	59,3	40,7
Alemania	10,4	76,9	23,1
Canadá	10,1	70	30
Portugal	9,9	71,5	28,5
Suecia	9,1	81,7	18,3
Italia	8,7	76,5	23,5
España	8,5	71,8	28,2
Luxemburgo	7,3	90,9	9,1
Cataluña	7,2	65,9	34,1

vado padece de los mismos "vicios" que se le reprochan a la atención pública, con el añadido que el seguro privado tiene el hándicap real de la selección de riesgos, que impide que la equidad de acceso a grupos de población con patologías ciertas, graves y/o crónicas, o de probable ocurrencia, así como discriminación del precio de la póliza, por sexo o por edad.

Los vicios que igualan a los dos sistemas, el público y el privado, principalmente son:

a) El sobreconsumo (moral hazard):

Este se da tanto en los servicios públicos como en los privados, pues no haciendo un "pago directo" en el momento del uso de la atención pública, el personal tiende a sobre utilizar las prestaciones que el sistema pone a su alcance.

Y en el caso del seguro privado el razonamiento es el de "ya que pago lo mismo" lo utilizo tanto como pueda.

b) Eludir el "filtro" de la atención primaria:

(El saltarse el médico o médica de cabecera), en este caso, con métodos diferentes, el resultado es el mismo, al del seguro privado la posibilidad de "escoger" directamente el especialista, hace que la persona asegurada "se salte" el de cabecera y acuda directamente al especialista que considera más apropiado para que le resuelva la enfermedad que él mismo "se ha autodiagnosticado".

En cuanto a la persona cubierta por la atención pública, elude al de cabecera acudiendo directamente a los servicios de urgencias hospitalarias.

c) El abuso de los propios facultativos:

En este aspecto, con motivaciones diferentes, volvemos a encontrar los mismos resultados en los dos sistemas de atención. En cuanto a la privada, teniendo en cuenta la "retribución por acto" de los profesionales, estos están incentivados a hacer visitas sucesivas y/o pedir pruebas diagnósticas que realizan otros profesionales o centros diagnósticos con quien están relacionados.

Desde el lado de la pública, esta forma de actuar se concreta en la prescripción, por parte de los facultativos, de medicamentos, o de bajas laborales, para librarse de la presión de los usuarios.

Vemos entonces, que tanto en un sistema como en el otro, por motivaciones diferentes, se producen efectos indeseables desde el punto de vista de la eficiencia.

En los dos casos se tienen que implantar medidas correctoras que

disminuyan estas disfunciones de los sistemas. En el caso de la atención privada las leyes generales que acotan la selección de riesgo que hacen las compañías aseguradoras, como es la Ley de Igualdad de Sexos, que a partir del 2009 "prohíbe la penalización, en el coste de la prima, de las mujeres en edad fértil".

En el tema del filtro de la atención primaria, algunas compañías aseguradoras, han ensayado la bonificación de cuota si previamente la persona asegurada accede a un médico o médica de cabecera de la propia compañía. Y en la pública hay hospitales que tienen un filtro en el servicio de urgencias, que deriva a los usuarios a los cabeceras que les correspondan, dependiendo del tipo de necesidades del paciente.

Finalmente, cabe resaltar que los intentos de rectificar estas "quebras" de los sistemas comportan un incremento de los costes finales, con tal de poder gestionar eficientemente el seguro, son los llamados "costes de transacción": pago por procesos patológicos y no por acto o "autorización previa" a la prescripción de según qué prestaciones, etc., en el caso de los profesionales de la privada. "Incentivos monetarios por objetivos" en prescripción farmacéutica o de incapacidad laboral, en el caso de los profesionales de la pública.

LA EXPERIENCIA DE OTROS PAÍSES CON DIVERSOS NIVELES DE SEGURO

Existen algunos países del entorno europeo que, desde hace tiempo, han comenzado a experimentar diversas formas de participación del seguro privado en el sistema público de salud. Los más relevantes son Alemania y, sobre todo, Holanda (desde 2006) en los que la administración del Estado ha decidido prestar, de forma general y para la población hasta un nivel de renta determinado, el seguro para enfermedad grave y/o crónica (las llamadas contingencias catastróficas). Un segundo nivel de seguro privado obligatorio, que se tiene que concertar individualmente (o colectivamente mediante el acuerdo con el empresario), llamado "póliza complementaria", para todos los procedimientos patológicos más banales. Y finalmente la "póliza voluntaria", opcional, que cubre aspectos más de confort en la atención y los servicios.

En estos tipos de planteamientos, el aspecto de los "costes de transacción" se disparan exponencialmente, pues han de existir unos controles muy cuidados por parte de la administración y/o de las compañías privadas, para llegar a discriminar a quien corresponda subsidiar los diferentes niveles de asistencia, en función de la renta. A parte de los controles y incentivos o desincentivos de los que hemos hablado con anterioridad.

Estos nuevos planteamientos en los países citados, después de algún tiempo de pruebas y después de hacer "viajes de ida y vuelta", resulta que van concretando los catálogos de prestaciones (incluyendo o excluyendo), de forma que, curiosamente, cada vez se van pareciendo más al catálogo que disfrutamos en nuestro país (que no es como, enfáticamente, algunos proclaman "todo para todos en todas partes"). Como ejemplos, en Alemania han quitado del catálogo de prestaciones la reposición de piezas dentales y las gafas (como aquí), y en Holanda han incluido, después de varios años que no estaban, los procesos psiquiátricos agudos en el catálogo básico (como aquí también).

EL RAZONAMIENTO DE LA GENERALITAT DE CATALUÑA

La explicación de la Generalitat, para volver a implantar la subvención a las pólizas de seguro privado es que "la no utilización de los servicios públicos por parte de las personas que tienen voluntariamente una doble cobertura de servicios sanitarios produce un ahorro importante", librando al sistema público de la presión asistencial "y sin ningún tipo de perjuicio para el Sistema Nacional de Salud".

EL MITO DEL AHORRO PARA EL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD

Básicamente, el poco ahorro de gasto por no utilización del Sistema Público de Salud se produce sólo en según qué tramos de edades (jóvenes con menos patologías) y según en qué servicios (atención primaria y visitas al especialista o partos y cirugía menor). En los tramos de edad con más patología tanto aguda como, sobre todo, crónica y por procesos complicados y de alta especialización, la utilización de los servicios públicos por parte de las personas con doble cobertura es mucho más alta. Otra prestación que también utilizan al máximo es la farmacéutica (que la gran mayoría de pólizas no contemplan, o lo hacen a un coste muy alto y la pública, como sabemos, subvenciona el 60% a las personas activas y el 100% a las pasivas).

EL PERJUICIO AL SEGURO PÚBLICO

El ahorro del dinero público y de presión asistencial que, dicen, se produce en el Sistema Nacional de Salud con el doble seguro de una parte de la población, lo hace en una cuantía y en unos servicios que no justifican la pérdida de ingresos que provocaría la pretendida desgravación fiscal (en el tramo del IRPF que recauda directamente Cataluña). Podríamos estar hablando de unos 200 millones de € al año, que sumados, por ejemplo,

a la propuesta de eliminación del impuesto de sucesiones para las mayores fortunas, otros 200 millones de € más, llegamos a la cifra de unos 400 millones de € al año de menor ingreso de recursos de la Generalitat (cuando ellos mismos hablan de un déficit en el Servei Català de la Salut de unos 850 millones de €). Y por otro lado se niegan a rebajar el importe del billete de "cercañas", propuesto por el gobierno del Estado, porque representa una merma anual de ingresos de unos 29 millones de € !!.

LA INCITACIÓN A UNA PRÁCTICA PROFESIONAL INCORRECTA

La atención pública de la salud es un derecho subjetivo básico de ciudadanía, reconocido por la Constitución Española, la Ley General de Sanidad y, en nuestro país con el sistema mixto de protección que nos hemos dotado (Seguridad Social más Sistema Nacional de Salud), esta prestación está considerada como propia de la SS. Y en el Artículo 3 de la Ley de Seguridad Social se declara la "irrenunciabilidad de las prestaciones por parte del individuo", y también es por eso que las personas con doble cobertura exigen todas las prestaciones del SNS (que son prestaciones de la SS), cuando lo creen conveniente. Y aquí es cuando la Administración Sanitaria "traspasa" la responsabilidad a los profesionales de la sanidad pública, en el caso de las recetas de farmacia, por ejemplo, la responsabilidad de aceptar transcribir a una receta del SNS (SS) el tratamiento que ha prescrito otro profesional en el ejercicio privado, o la petición de una prueba diagnóstica, bajo su absoluta responsabilidad pues la instrucción del sistema público al profesional es que "no tiene obligación de hacerlo", pero tampoco se lo prohíbe (por qué no lo puede hacer, como ya hemos visto), y el profesional tiene que enfrentarse al paciente, si no quiere hacer una prescripción sin haberlo explorado. Es por lo que "Institutos privados para el desarrollo e integración de la sanidad" piden que los profesionales del sistema público "no se puedan negar a hacer la receta".

LAS RAZONES REALES DE LA PROPUESTA DE DESGRAVACIÓN FISCAL

Los estudios sobre el sector del seguro privado realizados por las propias compañías, dan unos resultados con "tendencias a la baja a partir del año 2008", concretamente, "El mercado Español de seguros 2008" de MAPFRE, plantea el escenario siguiente:

- Las primas recaudadas por todo el sector fueron de 5.522

millones de €, con un incremento del 7,4% sobre el año anterior (2007), pero 2 puntos % por debajo de los obtenidos en los 10 últimos años.

- Con una caída de cartera (núm. de asegurados) del 14%.

Las causas que explican estos decrementos, según el estudio, son: La crisis económica, el estancamiento del número de personas aseguradas (8 millones en todo el Estado, el 17% de la población), el incremento de nuevas pólizas colectivas de empresa (más baratas y desgravan del impuesto de sociedades del empresario).

Para dicho año 2008 la “foto” del sector, en cuanto a tipología de póliza, era:

- Individual 44%, Colectiva 18%, Funcionarios (MUFACE, MUGEJU, ISFAS) 22%, Dental 2%, Reembolso del gasto 9% y de Subsidio 5%

Además de las causas de decremento del negocio asegurador, que antes se han expuesto, el estudio también menciona la Ley 3/2007 “de Igualdad de sexos”, que hicieron bajar la prima del seguro para las mujeres. A partir del 2009 la prohibición de “penalización en la prima a las mujeres en edad fértil” (el riesgo de las cuales las compañías han tenido que repercutir en el incremento de las primas del conjunto de asegurados).

Finalmente las “perspectivas para el año 2009”, en el mismo informe de MAPFRE, son pesimistas por el conjunto del sector debido, según su análisis, al incremento de los costes de la factura de los profesionales y del incremento de la demanda de servicios por parte de los asegurados que no se han dado de baja.

Es evidente que, frente a esta situación y a las perspectivas del sector privado, éste incrementa la presión sobre la administración de la Generalitat de Cataluña, para que subvencionen el sector mediante bonificaciones fiscales a los asegurados.

LA PARTE DEL “PASTEL PÚBLICO” QUE YA GESTIONA EL SECTOR PRIVADO

Se podría pensar que la demanda de subvención y de gestión de servicios públicos, que hace el sector privado, es porque hasta ahora no ha tenido posibilidad de hacerlo. No es así. Al menos en Cataluña, ya hace muchos años que el sector privado de la salud gestiona y presta servicios por cuenta de la administración pública, en sectores como: Diagnóstico por la imagen, Rehabilitación, Ortopedia, Óptica, Farmacia (fabricación, distribución y dispensación), Psicología, Transporte sanitario, Salud mental, Socio-Sanitaria y otros servicios complementarios,

desde hace tiempo “externalizados”, como: Limpieza, Lavandería, Hostelería, Archivo de Historiales Clínicos, Mantenimiento, Servicios Informáticos, Asesoramiento jurídico, en definitiva, con mayor o menor grado, todo lo que no tiene que ver con la atención directa al paciente. De todo este conjunto de servicios unos son financiados directamente por la administración pública de salud y los otros, que no están cubiertos por el catálogo de prestaciones de la sanidad pública, son demandas individuales de los ciudadanos inducidos por el consejo o la recomendación de los profesionales del Sistema Público de Salud.

Todo ello a parte de la compra directa de servicios que el sistema público de salud hace a las entidades privadas prestadoras de servicios sanitarios “sin ánimo de lucro”, la hasta ahora llamada XHUP (Red Hospitalaria de Utilización Pública), que en Cataluña forman casi 50 hospitales (fundaciones, instituciones, patronatos, etc.) a parte de los 10 centros propios de la Seguridad Social (Instituto Catalán de la Salud). Como por ejemplo, para el año 2009, la financiación del Catsby para el “sector concertado” fue de 4.390 millones de € (el 47% del presupuesto total del Departamento de Salud), y la gestión directa de los hospitales propios de la administración (Instituto Catalán de la Salud) fue de 2.476 millones de €.

CONCLUSIONES

1) El largo proceso de instauración, en nuestro país, de la cobertura pública de la atención sanitaria, ha alcanzado unos niveles de protección tanto en la población cubierta como en el catálogo de prestaciones, que ha de reconocerse y preservar como una pieza principal para el mantenimiento de la cohesión social, junto con la enseñanza y el sistema de pensiones.

2) El modelo del que nos hemos dotado es reconocido como uno de los más eficientes del mundo, tanto desde el punto de vista social como económico. La comparación con los sistemas de diversos países de nuestro alrededor así lo confirma.

3) En ningún momento ha sido demostrado que la gestión privada de la atención sanitaria, así como su seguro, obtengan unos mejores resultados coste-efectivos, en igualdad de niveles de cobertura poblacional y prestación de servicios.

4) La intención de desplazamiento, por parte de la administración, del seguro y las prestaciones de salud desde el sector público al privado no mejora la eficiencia, en su conjunto, tal y como se puede comprobar en países donde se ha realizado este desplazamiento. Sencillamente se ha dado más protagonismo y participación al “sector negocios”, incrementando los costes

de transacción y, por tanto, disminuyendo la eficiencia global.

5) El sistema público de salud, que como toda actividad es susceptible de mejora, tiene que corregirse y readaptarse por sí mismo, mediante la implicación de todos los actores concernidos: administración, profesionales y pacientes. Corrigiendo procesos, mejorando actitudes, con voluntad política, transparencia de gestión, implicación profesional y participación de los usuarios.

6) No es aceptable que, al mismo tiempo que nos piden sacrificios a los profesionales y a las personas usuarias, por falta de recursos públicos, la administración plantee subvenciones para la actividad privada y menosprecie ingresos provenientes de aquellos que están en condiciones sobradas para contribuir. ■

Bibliografía

- Abarca J, Cobiella PL. Instituto para el Desarrollo y Integración
- Ordaz, J.A., U. Pablo de Olavide. Murillo, C.U. Pompeu Fabra. Guerrero, F.M. U. Pablo de Olavide. "Principales factores determinantes de la demanda del seguro privado"
- MAPFRE. Estudio 2008 "El mercado español de seguros"
- Cámara de Comercio de Barcelona "El sector de la salud a Catalunya".2009.
- López Casasnovas, G. "El paper de l'assegurança sanitària i de la medicina privada en els sistemes públics de salut, reflexions per a l'elaboració d'una política sanitària nacional". Fundació Catalunya Oberta. 2010.
- Federación para la Defensa de la Sanidad Pública. "La sostenibilidad del Sistema Público" 2011



Modelos de pseudoprivatización en el SNS español

Manuel Martín García

Médico de Familia y Máster en Salud Pública. Secretario de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública

El sector sanitario es uno de los principales sectores productivos de la economía española. El sector público representa más de un 5% del PIB, emplea a más de 1 millón de personas, gestiona un presupuesto más de 60.000 millones de euros y representa entre el 30-40% de los presupuestos de las CCAA (4 veces más las infraestructuras)

Nuestro sistema sanitario goza de buena salud. La esperanza de vida de los españoles es la más alta de Europa (1,3 años superior al promedio), los resultados clínicos están al nivel de los países más avanzados con unas tasa de supervivencia al cáncer de las más altas de Europa, y todo ello con uno de los gastos más bajos de la UE-15 tanto en % de PIB como en gasto per cápita en euros en paridad de compra a pesar de ser universal y gratuito en el momento del uso. Por todo ello supone un bocado muy apetitoso para el negocio privado

El Neoliberalismo lleva años desarrollando una estrategia de privatizar los enormes recursos económicos que los países dedican a salud. El Banco Mundial puso la primera piedra con su informe de 1987 que proponía: Trasladar a los usuarios los gastos sanitarios, promover el aseguramiento sanitario privado y potenciar y extender el uso de los recursos privados. La Unión Europea es otra firme defensora del mercado y enemiga de los sistemas público ya que su estrategia para crear una moneda única (Tratado de Maastricht) se basa en limitar el gasto y el endeudamiento público de los países, pero sin considerar como endeudamiento público al contraído por empresas públicas acogidas a gestión privada o por servicios contratados con empresas privadas (lo que supone un apoyo descarado a la privatización de la financiación de las nuevas infraestructuras sanitarias), y en el Acuerdo de Liberalización de los Servicios Públicos negociado con la Organización Mundial del Comercio (OMC) acordó eliminar las barreras existentes para la implantación del sector privado en la sanidad, introducir la competencia entre proveedores de servicios sanitarios y facilitar la libre circulación de empresas sanitarias privadas por sus siste-

mas sanitarios. Como consecuencia las empresas multinacionales del sector servicios, el capital financiero y las grandes constructoras, pueden acceder a los fondos públicos que los gobiernos europeos destinan a educación y sanidad (alrededor del 20% del PIB).

La privatización supone la venta de empresas o servicios público a compradores privados, sacar a bolsa las acciones de las empresas públicas, dejar de producir servicios con recursos públicos contratándolos con empresas privadas, reorganizar los servicios públicos aplicándoles formas organizativas y criterios de eficiencia típicos de las empresas privadas (privatización organizativa), contratar servicios con empresas privadas, segregar un servicio/actividad de la Administración Pública transformándolo en una empresa pública y eliminar la subvención pública a determinados servicios (eliminar un precio político). La liberalización de la sanidad supone acabar con el monopolio público del sector, desregulación y mercantilizando las relaciones entre los agentes sanitarios.

¿Por qué privatizan los gobiernos?

Para: a) Liberar al Estado de servicios públicos que operan con pérdidas, a fin de disminuir los pagos en concepto de subvenciones para reducir gasto público. b) Incrementar la eficiencia productiva atribuyendo al sector público ineficiencias y mejora de la competitividad de la economía en general. c) Eliminar situaciones de monopolio para introducir la competencia e incrementar la eficiencia. d) Recaudar fondos para reducir el déficit y el endeudamiento público e) Reducir el gasto público en inversiones (no contabilizar como gasto público las inversiones necesarias para cubrir la demanda de servicios públicos. f) Reducir el peso del Estado en la economía, como un fin en sí mismo. g) Privatizar los beneficios. h) Reducir el poder de los sindicatos en las empresas afectadas, y conseguir así que los costes de personal y demás condiciones de trabajo sean las que

prevalecen en el sector privado, 1) Satisfacer las presiones de la UE, Bando Mundial y Fondo Monetario Internacional para que los países renuncien a la utilización de los servicios público para objetivos de política económica y acatar las imposiciones de los organismos internacionales .

Las implicaciones macroeconómicas y sociales de esta política se puede resumir en socializar las pérdidas y privatizar los beneficios y desplazar del poder de decisión a las grandes empresas multinacionales .En España la aplicación de las políticas del Banco Mundial comenzó a principios de los años 90 de la mano de la llamada Comisión Abril para la reforma y mejora del sistema sanitario, que propuso separar financiación de provisión, dotar a los centros sanitarios públicos de formas de gestión privada, crear un mercado sanitario interno e introducir la competencia entre proveedores de servicios sanitarios: Aunque estas medidas suscitaron un amplio rechazo sindical y profesional, fueron puestas en práctica de manera más o menos solapada por las sucesivas administraciones.

Los ejes de esta estrategia consisten en romper el aseguramiento público (con fuertes desgravaciones fiscales los seguros de empresa); fragmentar la red hospitalaria pública (transformando los centros sanitarios en empresas independientes gestionadas de acuerdo al modelo privado); desmembrar los hospitales (en múltiples institutos clínicos dotados de autonomía respecto del resto del centro); ceder la asistencia de determinadas áreas sanitarias (a hospitales y aseguradoras privadas como en Alcira); incrementar los conciertos con el sector privado (alrededor del 30 por ciento del gasto sanitario se destina a conciertos con empresas privadas); mantener el modelo MUFACE; y apoyar los seguros privados complementarios..

Las compañías de seguros y las mutuas que suponen el 60,7% del negocio sanitario privado cuentan con un enorme apoyo de los gobiernos y del sector público:

- La Ley de Reforma del IRPF (Ley de Acompañamiento de los Presupuestos de 1999), apoyó firmemente la contratación de los seguros privados introduciendo exenciones fiscales, que llegan al 30% para las empresas y empleados que contratasen seguros privados en dichas de empresas (1,9% de la población está cubierta por este sistema que descapitaliza por vía de reducción de impuestos al sector público) .
- Las mutuas de los empleados públicos (MUFACE, ISFAS, MUJEJO) de maestros, funcionarios, militares, sanitarios, etc, cubren a más de 2,5 millones de personas (6% de la población), son financiadas en un 70% con dinero público y contratan en un 90% sus servicios asistenciales con com-

pañías aseguradoras privadas. Los funcionarios con doble asistencia sanitaria le suponen al Estado un sobrecoste de 60 millones de euros anuales. Muchos altos cargos de los gobiernos central y autonómicos, políticos electos y funcionarios (docentes, abogados del estado, inspectores de trabajo o hacienda...), están integrados en estas mutuas y son beneficiarios de tales derechos extras lo que resulta poco edificante y convierte en pura retórica el compromiso ético de ejemplaridad de los servidores públicos.

- Los accidentes y enfermedades laborales son atendidos por mutuas privadas, que también tienen competencia sobre las bajas laborales de todos los trabajadores.

Gracias a estos apoyos la sanidad privada representa un 30 por ciento del total del sector salud en España. Las empresas y aseguradoras que trabajan en la sanidad privada en España cuentan con unos 340.000 trabajadores y, aunque casi un tercio de ellos son médicos, el segundo colectivo más representado en este sector son los telefonistas, por encima del personal de Enfermería, dentistas o fisioterapeutas.

La sanidad pública cubre en la actualidad en torno al 98% del total de la población. A pesar de ello en España hay alrededor de 6 millones de personas que tienen contratada una póliza de asistencia sanitaria privada. España ocupa el 5.º país europeo en el sector de seguros de salud; la asistencia sanitaria representa el 18% de todos los seguros; el 15% de los españoles comparten las coberturas de seguridad social con las de aseguradoras de salud privada; el mercado se concentra en un 50% en tres compañías (ASISA, SANITAS, ADESLAS) por la tendencia a la fusión de compañías debida a la gran competitividad en el sector siendo Madrid y Barcelona las dos provincias con mayor volumen de negocio. Las compañías de asistencia sanitaria privada buscan hacer negocio y exigen al nuevo asegurado que goce de buena salud (rechazando a los que no la tienen): Lo someten a un exhaustivo reconocimiento médico tras deciden si es admitido y ante la más mínima sospecha de que presente complicaciones de salud en un futuro inmediato, son rechazados. Estas empresas aplican largos periodos de carencia y hacen pagar más a mujeres y ancianos.

El sector privado parasita al sector público ya que realiza casi todo su volumen de negocio con los fondos del Estado con solo un 9,5% de clientela exclusivamente privada. La Sanidad privada en España originó cerca del 29 por ciento del gasto sanitario total, con un 20 por ciento de personas aseguradas y alrededor de 50.000 médicos trabajando en ella, si bien en lo que se refiere a la Atención Primaria la proporción puede estimarse aún muy reducida con respecto al ámbito público. Por otra parte,

el sector de la Sanidad privada se encuentra en la actualidad muy atomizado, con que las 31 principales compañías privadas que sólo representan la mitad del mercado, porque las cinco principales copan el 22 por ciento del total

Los avances más visibles de la privatización se han producido en los servicios sanitarios,

HOSPITALARIOS:

- Fundaciones sanitarias, pensadas para introducir la gestión privada en el SNS. En un primer momento se planteó la implantación de fundaciones en todos los nuevos centros, posteriormente la conversión de todos los centros hospitalarios en fundaciones, y actualmente parece tratarse de una iniciativa dejada en vía muerta, ya que solo se constituyeron fundaciones en centros de nueva creación, no fue posible la transformación de los centros tradicionales en fundaciones por el rechazo social y profesional y los resultados no han sido buenos.
- Empresas públicas, de características muy parecidas a las fundaciones aunque con mayor control político. Se han quedado circunscritas a nuevos centros en Andalucía y Madrid..
- Concesiones administrativas de centros hospitalarios a empresas privadas. El caso más conocido es el de Alzira, que se ha ampliado posteriormente a Denia y Torreveja donde se ha incluido además la Atención Primaria en la concesión y en un caso la sociosanitaria (Denia). Y en Madrid en el hospital de Valdemoro.
- Iniciativas de Financiación Privada (PFI) suponen la concesión a una empresa privada de la construcción de un centro hospitalario a cambio de la gestión de todo lo no estrictamente sanitario (incluyendo administración y personal no sanitario) y de un canon que se paga durante un largo periodo (20-30 años), es el modelo adoptado en varios de los nuevos hospitales de Madrid (Majadahonda, Parla, Coslada , etc), Burgos, Baleares o Galicia.
- Gestión y provisión privada de los servicios de Alta tecnología: Mediante Sociedades Anónimas de capital público y gestión privada como MEDTEC en Vigo o por concesiones directa a empresas privadas como en Valencia y La Rioja.
- Facilitar el funcionamiento del sector privado proporcionándoles profesionales cualificados de bajo coste mediante facilitando la dedicación público-privada a los mismos, retirando la exclusiva en algunas CCAA

- Aumento de las derivaciones de la lista de espera al sector privado (en torno al 25% en los últimos años) con incremento del gasto en farmacia y conciertos, especialmente en pruebas diagnósticas
- Creación de empresas para la provisión de los servicios de diagnóstico por imagen de hospitales (anillo radiológico) o cesión de los servicios radiológicos a empresa privada (SERVAS en Valencia)
- Supresión de los servicios de laboratorio de los centros hospitalarios y de AP centralizándolos en una empresa (Compañía Ribera-Salud en Madrid) .
- Traslados de servicios completos de los hospitales públicos a los privados, en especial los quirúrgicos,
- Cierre de camas en los hospitales públicos,
- Desaparición de los planes de necesidades.

DE ATENCIÓN PRIMARIA:

- Cesión de los servicios de Atención Primaria a empresas privadas como en el Centro de Salud de Pontones y Quintana en la Comunidad Autónoma de Madrid (con las pruebas de laboratorio, radiodiagnóstico, anatomía patológica y endoscopia que demanden los profesionales) para dar entrada en los mismos a Capiro, empresa perteneciente al fondo de capital riesgo Apex Partners norteamericano, dueño de la Fundación privada Jiménez-Díaz (que goza de un concierto con la sanidad pública)
- Entidades de Base Asociativas (EBAs), que son sociedades propiedad de profesionales sanitarios que, disponiendo de capacidad de endeudamiento y personalidad jurídica propia, para la provisión de servicios de atención primaria en una determinada zona. (Cataluña)
- Privatización de la financiación y gestión de los centros de salud, con presencia de centros comerciales en los mismos. (Galicia)

Sin embargo los resultados en términos de eficiencia, mejora de la calidad o de la racionalidad, no se corresponden con lo prometido por quienes las han impulsado ya que son más costosas a pesar de que reducen prestaciones y racionan recursos, son menos transparentes e incentivadoras que los centros públicos y se han detectado graves irregularidades en la contratación del personal, equipamiento y en las subcontrataciones de servicios con empresas privadas que en su mayoría se adjudican atendiendo a criterios clientelares. Los pacientes del

área sanitaria de La Ribera, bajo gestión privada, han incrementado el número de quejas en un 20% en especializada y en un 110% en primaria.

Uno de cada diez ciudadanos españoles (9,6 por ciento) preferiría que la asistencia sanitaria estuviese directamente controlada por empresas privadas. Se trata de una clara minoría, ya que el 72,6 por ciento de los ciudadanos considera que debe seguir siendo la Administración pública según reiteradas encuestas del Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS)

Otras formas de transferir el presupuesto sanitario público al sector privado es:

- El gasto farmacéutico que alcanza el 30% del gasto sanitario total (22% es público) y que ha venido creciendo en torno al 7% anual (15% en los hospitales) como consecuencia de la incorporación constante de nuevos medicamentos, productos sanitarios y tratamientos y de las políticas de marketing de los laboratorios farmacéuticos dirigidas a los médicos y asociaciones de enfermos (se espera que el coste de los tratamientos oncológicos pase de 20.000€ per cápita en la actualidad a 70.000€ en unos años triplicando su coste).
- La compra masiva e irracional de recursos tecnológicos (PET, Resonancias Magnéticas, TAC, etc) sin control público que garantice que su adquisición y difusión por los centros públicos se basa en criterios de necesidad y racionalidad. En estas compras tiene un papel muy relevante la presión de la industria o del interés de los responsables de los centros (España está a la cabeza de la UE-15 en los índices de recursos tecnológicos por habitante).
- Dotar de autonomía de gestión privada a los centros, departamentos y servicios creando Unidades Clínicas con presupuesto y capacidad para comprar servicios a cambio de cumplir compromisos de calidad clínica, de servicio y de eficiencia (Asturias)
- Desmantelamiento de los Sistemas de Salud Pública (la CCAA ha suprimido esta Dirección General que incluía los servicios de salud veterinaria, medicina, farmacia, enfermería, sociología, trabajo social, informática, biología, geografía, psicología,) y el Instituto Madrileño de Salud Pública, encargados de velar por la seguridad medioambiental, alimenticia, vacunaciones, etc.,. Esta decisión tendrá unas desastrosas consecuencias para la salud de los ciudadanos de la Comunidad, que quedarán sin recursos de protección de salud para anticiparse a la aparición de la

enfermedad (potabilidad del agua, la seguridad alimentaria, el control sanitario de mataderos, vacunaciones, vigilancia de la salud en el trabajo, vigilancia y el control de epidemias, higiene de los alimentos, contaminación ambiental o campañas para informar y sensibilizar a la población acerca de los riesgos para la salud). La Salud Pública no puede convertirse en una mercancía,.

Externalizaciones o subcontratación de servicios de hospitales públicos con empresas privadas:

- Limpieza, seguridad, servicios técnicos y de mantenimiento, laboratorios de análisis, anatomía patológica, historiales clínicos o la atención domiciliaria. Más de la mitad de los hospitales contratan al menos uno de estos servicios generales con el sector privado, especialmente las Fundaciones Sanitarias sin garantías de que se respeten los principios básicos de publicidad, libre concurrencia y equidad, lo que supone numerosas irregularidades que han sido denunciadas reiteradamente por los informes de auditoría de los Tribunales de Cuentas..
- Gestión de las Plataformas Informáticas de los servicios de salud autonómicos (Galicia)
- Cesión de la gestión y control de las Centrales Únicas de Compras Servicios de salud CCAA (Galicia) al sector privado
- Externalización al sector privado de la prestación de cuidados paliativos de enfermos terminales: La CCAA de Madrid ha adjudicado a la Fundación Instituto San José la Atención Psicosocial de pacientes terminales: de Recuperación funcional (neurológica y traumatológica); Cuidados Continuos (Larga estancia); Neurología-epilepsia; Geriatría (Residencia Asistida); Daño Cerebral Irreversible y Cuidados Paliativos. Rehabilitación física y en gabinete de neurofisiología, atención integral de la geriatría y cuidados paliativos con acreditación docente. Esta situación esta condicionada por la falta de camas públicas de crónicos, ya que mientras el índice camas de agudos por mil habitantes es de 3,8, las camas de larga estancia (crónicos y geriátricos) son el 0,4 por mil habitantes mientras que la media de estas camas en los países más desarrollados de la Unión Europea (UE-15) está en torno al 30 por ciento del total de camas.
- Cesión de las Unidades de Diálisis renales a fundaciones privadas con ánimo de lucro (Galicia)

Consecuencias para los ciudadanos y pacientes

Además de perder el control de las instituciones y servicios sanitarios, multiplicar el coste de la construcción y funcionamiento de los recursos, disparar el gasto corriente y de incrementar la irracionalidad y la fragmentación del sistema impidiendo el funcionamiento integral e integrado; la calidad de los servicios médicos provistos por los centros privados es menor que la de los centros públicos en cuanto a: Las cualificaciones del personal de las instituciones; el número de complicaciones en el tratamiento clínico; utilización de medidas que restringían la movilidad de los pacientes que disminuyesen sus exigencias de atención; vulneraciones de las normativas de calidad de los servicios. En todos estos parámetros los centros privados están muy por detrás de las instituciones públicas. La evidencia muestra diferencias en la calidad en servicios como los de diálisis la mortalidad es mayor en las instituciones con afán de lucro que en las que no lo tienen (Vicente Navarro).

La supuesta mayor eficiencia del sector privado se basa en medidas como el ahorro en personal cualificado (tienen menos personal cualificado, como enfermeras, y tienen más personal con menor cualificación), hecho que claramente daña la calidad de la atención médica. Las empresas privadas que buscan hacer negocio en los servicios sanitarios, tienen que ahorrar fondos en áreas que afectan a la calidad de los servicios, a fin de conseguir el dinero que necesitan para pagar a sus accionistas y a sus gestores (Guyatt). La búsqueda de lucro no encaja con unos servicios cuyo objetivo debiera ser siempre servir a los pacientes, anteponiendo este objetivo al de optimizar los ingresos para conseguir mayores dividendos a los accionistas o para pagar mejor a los gestores.

Las condiciones en las que trabajan los médicos en el sector privado merman su relación con las compañías aseguradoras para las que suelen trabajar en el sector sanitario privado. Según datos de 2006 se estimaba que trabajaban una media de 1.718 horas anuales, frente a las 1.533 en la Sanidad pública y cobraban 1.038 euros en la privada y 1.924 en la pública, mientras que las enfermeras tendrían también un salario inferior en la privada, concretamente de unos 755 euros. ■

BIBLIOGRAFIA:

- 1 Jaime Prats . Sanidad constata un aumento de quejas en el 'modelo Alzira' y detecta riesgo de 'quemar' al personal . Valencia EL PAÍS - 05-10-2005
- 2 Gonzalez Pérez Jesus M. Mercado Sanitario Privado y Territorio en Galicia. Neoliberalismo y nuevas pautas de comportamiento social. Investigaciones geográficas nº 27 (2002) , pp: 205-226
- 3 The 'patch work privatisation' of our Health Service: A Use Guide. En www.keepourNHSPublic.com
- 4 M. Sánchez- Bayle y M.Martín. Nuevas formas de gestión: Las fundaciones sanitarias en Galicia. Fundación Alternativas Documento de trabajo 43/2004 Globalizar la salud
- 5 ATTAC. Denuncian las negociaciones del Acuerdo General sobre el Comercio de Servicios . Antiglobalización 24 de junio del 2005
- 6 Susan Geroge . Directiva Bolkestien se abre paso: Desempleo, precariedad, desigualdad galopante, privatizaciones...regresión social: he aquí una representación de la Europa Actual (www.attacmadrid.org 30 noviembre 2006
- 7 Jose Vida Beneyto. La demolición EL PAÍS - Internacional - 22-10-2005
- 8 Martínez Olmos J 1, Minué Lorenzo S 2, Baena Parejo ¿Qué puede aportar la gestión clínica al futuro de los servicios sanitarios? Atención Primaria 2001; 2: 161-164
- 9 Health systems in transition: learning from experience. Edited by Josep Figueras, Martin McKee, Jennifer Cain, Suszy Lessof European Observatory on Health Systems and Policies. European Observatory on Health Systems and Policies. World Health Organization, 2004
- 10 Globalización y Salud. Ed. FADSP 2005
- 11 M. Martín y M.Sánchez-Bayle. Nuevas formas de gestión y su impacto sobre las desigualdades Gac Sanit 2004;18(Supl 1):96-101
- 12 Rafael Gonzalez garcia Hospitales en España Le Monde Diplomatique 18 de noviembre de 2006 Edición Española
- 13 Libro Verde sobre la colaboración Público-Privada y el derecho comunitario en materia de contratación Pública. Bremen 30.4.2004 COM (2004) 327 Final.
- 14 M. Sanchez-Bayle y M.Martin. Nuevas Formas de Gestión: Las Fundaciones Sanitarias en Galicia. Fundación Alternativas Documento de trabajo 43/2004
- 15 Luis Vargas. Atención Primaria y Sanidad Privada. El Medico 3/11/2008
- 16 A. Prieto, A. Arbeloa y E. Miguel. El papel de la financiación público-privada en la gestión de los servicios sanitarios. Fundación Alternativas Documento de trabajo 99/2006
- 17 Análisis de la Iniciativa de Financiación Privada PFI. Concesiones de obra para construir hospitales. FADSP 2007
- 18 Alejandro Beltrán, Ramón Forn, Luis Garicano, María del Mar Martínez, Pablo Vázquez. Impulsar un cambio posible en el sistema sanitario. Fundación de Estudios de Economía aplicada. Cátedra Fedea-McKinsey 2009
- 19 Revista CONSUMER EROSKI. nº 91 septiembre 2005
- 20 Joaquim Vergés i Jaime La política de privatización de las Empresas Públicas: Objetivos y consecuencias. Departament d'Economia de l'Empresa, UAB

La sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud

María del Rosario Fátima Aburto Baselga

Médica, Vice-Presidenta de la Subcomisión de Sanidad del Congreso de los Diputados.

INTRODUCCIÓN

¿Es sostenible el Sistema Nacional de Salud en España? Solo la pregunta ya resulta capciosa. En primer lugar es un derecho constitucional reflejado en los artículos 15, 40 y 43 de la Constitución española y plasmada en la Ley General de Sanidad del año 1986 que tiene su continuidad en la Ley de Salud Pública actualmente en debate en el Congreso de los Diputados. No puede considerarse un gasto, algo que es una inversión y rara vez se cuestiona la sostenibilidad de invertir en infraestructuras, medioambiente, energía, industria, subvenciones a empresas, etc. En todo caso la sostenibilidad de los Servicios Públicos dependerá de lo que decidan los ciudadanos y es evidente que la inversión en salud es la que menos cuestiona la ciudadanía española. Eso no obsta para que un cuestionamiento mil veces repetido empiece a calar en la opinión pública, por lo que es urgente rebatirlo con argumentos contundentes antes de que sea demasiado tarde. Porque la recuperación es muy difícil, muy cara o directamente imposible.

Preocupa comprobar como existe un relato de la ideología conservadora perfectamente definido, publicitado e incluso incrustado en el sentir general. Bien financiado y desarrollado en universidades de elite desde los años 80 con Thatcher y Reagan como demuestra Lakoff. En cambio los trabajadores han dejado de percibir a la Socialdemocracia como "su pertenencia", como el partido de los trabajadores. De hecho en España hay una parte de la ciudadanía que proclama no haber diferencia entre PP y PSOE (movimiento 15M), algo que los socialistas solo hemos desmontado en parte. En realidad la alta participación de las elecciones municipales lo desmiente pero el importante número de papeletas en blanco o nulas y la alta abstención en barrios populares expresa claramente la desafección política de ciudadanos que en principio considerarían más próximo a sus intereses al PSOE. Hay muchas explicaciones y análisis pero no son el objeto de este trabajo porque los argumentos principales son económicos y sin embargo no todo es economía. Todos los derechos

sociales de este país, durante los 32 años de democracia dimanan de leyes propuestas por gobiernos socialistas y aprobadas por diputados progresistas con el voto en contra de conservadores. Sin embargo estos hechos se pierden en la memoria y todo el mundo da por sentado que son derechos inamovibles. Incluso se dan por sentado derechos que figuran en nuestra Constitución, sin tener en cuenta que en la Constitución se proclaman y es luego que hay que llevarlos a la práctica.

Los derechos ciudadanos se conquistan y precisan ser defendidos continuamente, no se puede confiar en las conquistas para siempre, al menos en el mundo capitalista actual. Se puede retroceder y de hecho se hace. ¡Que nos lo digan a los españoles! Es España vivimos un ataque a los Servicios Públicos muy previsible, dada la crisis y los consiguientes programas de austeridad, pero el ataque a la Sanidad Pública se viene ya preparado de tiempo atrás, de manera muy bien orquestada y desde luego financiada. Multitud de empresas de servicios, aseguradoras y farmacéuticas organizan foros, montan encuentros, pagan estudios y encuestas para concluir que el sistema público sanitario es insostenible y que la solución es su privatización más o menos parcial o total (Ejemplos informe de A. T. Kearney, Fundación Bamberg, **César Cantalapiedra** y **José A. Herce** son socios de *Analistas Financieros Internacionales (AFI)* *El País*, 1 de junio de 2011)

Con el presente trabajo pretendo desmontar los argumentos y sobre todo reclamar la participación ciudadana desde el comienzo para detener el expolio. Pretendo llamar arrebatado a la defensa de nuestro SNS, un Sistema que nos ha llevado construir 25 años desde la aprobación de la Ley General de Sanidad y que es uno de los mejores modelos del mundo tanto en calidad como en eficiencia.

Los argumentos utilizados para afirmar la insostenibilidad del Sistema parecen muy claros. 65 000 Mills de € al año y subiendo por encima del PIB año tras año, son un bocado demasiado sabroso para que pasen desapercibidos a "los mercados". Una vez que es difícil deslocalizar más empresas, bajar aún más los

salarios de los trabajadores españoles o su protección social, los mismos mercados cuya lógica implacable dicta las normas de ese expolio, están al acecho de los Servicios Públicos. En Educación la concertación al 50%, paradójicamente protege al sector público porque las propias empresas de educación concertadas no están por la labor de dejar perder su parte. Al fin y al cabo el adoctrinamiento de la infancia es muy importante, especialmente para las religiones y aunque no ganen mucho de entrada, la ganancia posterior compensa de sobra. El capital, también sabe esperar, sabe muy bien invertir en futuro cuando merece la pena. La inversión en doctrina, argumentarlo y discurso siempre ha sido de gran provecho y más ahora cuando florecen con toda su fuerza los proyectos financiados por Thatcher y Reagan desde los años 80. El relato neoliberal está perfectamente conformado y marcha tan triunfante en el mundo, que apenas alguno se atreve a contradecirlo. Es la verdad absoluta, como pretende serlo el pensamiento único. Frente al mensaje individualista, lo público debe ser relegado por obsoleto y los Servicios Públicos, simplemente no son sostenibles. Una y otra vez se afirma con rotundidad, se demuestra, se exhiben las cifras. Se argumenta "con base a la evidencia" la insostenibilidad del sistema, la ineficiencia de la gestión pública y por tanto el "despilfarro" del Estado, que en manos de la gestión privada costaría la mitad. Es siempre peligroso, pero ahora en una crisis económica terrible que dura ya tres años, es demoledor. La ciudadanía exhausta por el paro si no por el propio por el de la familia más próxima, que por lo tanto necesita su ayuda, está siempre dispuesta a escuchar que "los políticos despilfarran los impuestos" pagados con tanto esfuerzo por ellos. Y que puedan disminuirse las cargas impositivas o acabar con el "despilfarro" o mejor aún con la crisis es el discurso mejor bienvenido, que todos deseamos escuchar.

Es evidente que a una ciudadanía en esta situación, no es nada difícil convencerla de la insostenibilidad del Sistema debida a la inoperancia pública y que por lo tanto deben ser privatizados. Los defensores de la privatización de la sanidad niegan ese término aduciendo que no se puede hablar de privatización cuando todo se va a seguir financiando con impuestos. Pero no recuerdan que la provisión privada de servicios es un negocio y que un negocio por definición debe devengar beneficios para ser rentable, o sea ser un negocio. Evidentemente comparan continuamente los costes de hospitales privados y públicos, por ejemplo, demostrando que las mismas camas cuestan mucho menos en la privada que en la pública. Naturalmente jamás explicarán que el coste por procesos, sus resultados y la población asistida es muy distinto. En otras palabra el coste de un proceso de un biopsia de piel no puede compararse a el de una cirugía mayor, ni en medios de profesionales actuando o de guardia o de enfermería con alta cualificación, medios físicos de quirófanos, UCIS, tecnología,

o medios técnicos como de laboratorios, imagen, etc. Nunca dirán que las aseguradoras privadas no admiten población de riesgo, enferma o mayor, (esa población, la más numerosa, siempre quedará relegada a la atención pública) negarán que sus prestaciones están a cargo de profesionales mucho menos cualificados que los de la pública por más que figuren a la cabeza de la nómina de sus aseguradoras personalidades de gran renombre, que en la mayoría de los casos, son solo eso nombres en un papel, jamás en una consulta o en un quirófano. Siempre exhibirán la excelencia de su hostelería y el confort de sus habitaciones, pero obvian que cuando las cosas se tuercen (y la medicina es una ciencia muy poco exacta), cuando surge una complicación, la mayoría de las veces tendrán que recurrir a las instalaciones públicas aunque estas se caigan a pedazos por falta de mantenimiento como ocurre en los grandes hospitales de Madrid, porque ahí tiene soluciones a los graves problemas que ellos no pueden atender. Y eso solo si hay una práctica honesta o cuando el enfermo es lo suficientemente avisado para exigirlo, puesto que a nadie le gusta quedar en evidencia y a veces pagar y menos a una aseguradora privada.

Otra falacia frecuente es que la gestión privada sea más eficiente que la pública. Actualmente cuando se evidencia la tragedia resultante de la mala gestión de bancos o promotoras de la construcción muy privadas y muy mal gestionadas y que son la causa del paro que asola España debería hacerse patente que empresas mal gestionadas pueden ser públicas o privados y lo contrario también. Es frecuente escuchar que un funcionario o un estatutario que es la situación contractual del empleado sanitario público, es poco eficiente porque al tener el puesto asegurado no tiene motivación para trabajar. Es cierto que el personal con contratos precarios puede aguantar más carga de trabajo que el funcionariado, pero una cosa es la carga de trabajo y otra su productividad que siempre será más alta en trabajadores con experiencia y formación continuada. Aunque no es menos cierto que en la actualidad la sanidad pública tiene una gran cantidad de personal con contratos precarios, la productividad del personal sanitario puede incentivarse de muchas formas (que en parte están por implementar) y ese alegato constituye un escarnio para unos profesionales que en la enorme mayoría tienen una excelencia de trabajo bien acreditada, que todo el mundo se apresura a reconocer y por lo tanto cae por su peso. Y en cualquier caso, si se trata de mejorar la gestión no es necesario privatizar, hay muchos otros aspectos a considerar antes de eso como son los distintos modelos de gestión que se están llevando a cabo en la Sanidad Pública de muchas CCAA.

Para rebatir todo lo antedicho es muy simple comprender que una empresa que suministra servicios cuya calidad es perfectamente

medible, si tiene que dar beneficios solo puede optar por aumentar el coste o rebajar calidad, hasta donde pueda hacerse sin que se note. Eso es lo que ocurre en la provisión de servicios por empresas privadas, que por definición tienen que ser rentables o sea producir beneficios. La evidencia es tal que no es fácil argumentar lo contrario, aun cuando caiga en terreno abonado por la crisis económica, el esfuerzo tiene que ser enorme. Pero se está haciendo hace tiempo, se está invirtiendo mucho esfuerzo y dinero, mucho conocimiento y muchos de forma sorprendente, están convencidos e incluso atrapados.

Provisión/Gestión Público vs. Privada. Eficiencia.

No cabe objeción a tratar que el dinero público sea invertido de la forma más eficiente posible. El dinero público debe ser sagrado. Pero es necesario desmontar argumentos que proclaman la eficiencia de los mercados (¡a estas alturas!), sobre la bondad de la provisión de servicios sanitarios privados por encima de la provisión pública y por tanto su gestión.

Como hemos dicho antes el Servicio sanitario público español, es uno de los mejores modelos del mundo tanto en calidad (6° entre 191 Estados, *British Medical Journal* 2001 o 4° entre 19 países más desarrollados, *Health Affairs* 2008) como en eficiencia. Los españoles disponemos de una cartera de servicios prácticamente de las más completas del mundo, especialmente en tecnología avanzada, calidad de profesionales sanitarios, tanto respecto a personal médico como de enfermería, es uno de los mejores en accesibilidad y por tanto en equidad y totalmente financiada con impuestos. El coste o mejor la inversión de este sistema público supone unos 1500€/habitante/año (aproximadamente 6,5% del PIB), por debajo de la media europea y casi tres veces menor que el gasto en Estados Unidos, es por lo tanto también uno de los sistemas más eficientes del mundo. Y por poner un ejemplo comparativo simple, 1500 €/año es menos que el seguro de un coche medio. Sin embargo con frecuencia creciente ha visto cuestionada su sostenibilidad, como en general todos los sistemas sanitarios públicos en Europa donde el individualismo neoliberal triunfa sobre la cosa pública, por ahora. Ahora con la crisis económica los ataques se han recrudecido con fuerza y sobre todo la población es más propensa a creerlos. Con gran convicción y alarma se aduce que su aumento porcentual sobre el PIB es progresivo, algo a todas luces intolerables según los empresarios y políticos conservadores. ¿Por qué? ¿Acaso se cuestiona la oportunidad de la inversión en infraestructuras de transporte, o de cualquier otro tipo? Se solicitan subvenciones, créditos y facilidades a empresa para que creen empleo. ¿Es que la sanidad no genera empleo, ahora que es el asunto más im-

portante en España? Afirmamos que la asignatura pendiente en España es la I+D+I y estamos de acuerdo en que la estallido de la burbuja de la construcción ha generado más de la mitad de los desempleados en España y que el crecimiento debe basarse en el conocimiento. Pero, ¿es que la sanidad no genera investigación, innovación, o retorno, cuando es de todas luces necesario crear un modelo productivo nuevo en nuestro país?, ¿No produce satisfacción en la ciudadanía, cuando la salud es el bien máspreciado por ella? ¿Todo ello no supone riqueza? ¿El bienestar ciudadano puede omitirse para siempre porque estemos en crisis? Y por último, una buena salud pública es imprescindible para una economía saludable.

Y tenemos ejemplos palpables y más que suficientes de lo difícil o prácticamente imposible que es la reconstrucción de un sistema sanitario público una vez perdido o deteriorado como ocurre en la situación actual del Servicio de Salud Británico, ejemplo previo de todos, que no ha conseguido repuntar después de más de 10 años de esfuerzos de gobiernos socialistas o los fallidos intentos del Presidente Obama por reconducir una situación de asistencia sanitaria desastrosa en un país que se supone la primera potencia del mundo, un país con 40 Mills de ciudadanos sin ninguna cobertura sanitaria y un gasto que triplica al porcentaje de PIB español en sanidad.

Todos esos argumentos están casi desaparecidos en el tumulto y el ruido de la protesta contra el "despilfarro". Pero el Sistema Público de Sanidad español es una de las mayores empresas del país que da trabajo a más de 500 000 personas de forma directa, tiene más de un 40% de retorno y es una de las actividades con mayor proporción en investigación tanto en cantidad como en calidad. Más de 20 000 Mills de € se invierten en I+D+I, la sanidad española es puntera en el uso de nuevas tecnologías de la información a nivel europeo, es el modelo mundial para trasplantes de tejidos y órganos y tiene una apreciación por la ciudadanía de más de 7 sobre 10 y subiendo. Es más, preguntada la ciudadanía si pagarían más impuestos por algún servicio, solo la sanidad fue aceptada como justificativa de este aumento. Y aún más, algo que aprecia mucho el mercado, una buena salud pública mejora la productividad de los trabajadores. Es imperiosa la necesidad de que la ciudadanía disponga de datos muy claros y comprenda la gravedad de la amenaza que supone la privatización de la sanidad.

Y cuando hablo de privatizar la Sanidad, no hablo de copago, eso es calderilla. Los mismos foros que defienden la privatización de la provisión sanitaria, admiten que el copago no es efectivo ni para la financiación ni para la disuasión a una supuesta sobre utilización de los servicios. Hay muchos ejemplos en Europa, donde está muy extendido el copago y en ellos se demuestra como dice

la FADSP, que son los países donde más rige el copago donde el coste sanitario es mayor y no por eso la calidad es mejor. En todo caso la sanidad pública se defiende por justicia social, deben contribuir más los que más tienen y recibir más los que más lo necesitan o sea los enfermos. El copago solo es un repago injusto en ese sentido, el enfermo que ya ha contribuido con sus impuestos debería volver a pagar cuando precisamente esta más necesitado de ayuda. Por otro lado el copago ya funciona en la sanidad española. Los medicamentos requieren aportaciones de los usuarios y aunque puede y debe avanzarse en la limitación de ese apartado de gasto, más que el copago debería intervenir el uso racional del medicamento, que en todo caso será mucho más efectivo con una adecuada formación y concienciación de los prescriptores y mejor educación ciudadana. El ahorro se añadiría a más salud, puesto según un viejo y sabio axioma médico, todo medicamento no indicado está contraindicado y en España el gasto en farmacia está por encima de la media europea a pesar de que los esfuerzos de algunas administraciones ya están dando resultados palpables. En todo caso si bien es posible y deseable disminuir el gasto farmacéutico, quedarían por financiar al menos en parte todo el capítulo de prótesis (incluidas gafas y dentaduras) que la mayoría de las CCAA aún no proporcionan o lo hacen de forma muy escasa.

Los ataques actuales al Sistema Nacional de Salud basan la argumentación de su insostenibilidad no solo en el aumento imparable en el % del PIB que consume la sanidad, sino en dos aseveraciones fundamentales. En primer lugar no será posible mejorar la eficiencia sin renunciar a la descentralización sanitaria en las CCAA, y por supuesto en segundo lugar (pero no menos importante) sin que la competencia del mercado mejore dicha eficiencia.

Se olvida que somos un estado compuesto porque así lo ha querido la voluntad ciudadana, y que el cambio cualitativo que supuso la aproximación de los servicios sanitarios a la población que debía recibirlos y fue determinante para la ganancia en la calidad prestada. A pesar de la mala gestión con que se llevaron a cabo las transferencias, siempre con un gran déficit de financiación, el aprecio de la ciudadanía a esos servicios, la proximidad a la gente de las instituciones responsables de gestionarlo, la competencia (esa sí muy real) entre CCAA y el coste político de no hacerlo hizo que el esfuerzo fuera notable en todas las administraciones de todo color político. Surgieron o se reformaron hospitales de alta tecnología en las capitales y los centros de salud alcanzaron la cifra de 30 000 en pocos años. La Ley General de Sanidad de la que ahora conmemoramos el 25 aniversario dio soporte legal a todos esos logros. Ahora se retuerce esa realidad argumentando que la multiplicación de servicios y com-

pras produce un gasto mal justificable para el uso eficaz del dinero público. La solución, proponen es recentralizar. Late ahí también un centralismo conservador nostálgico que incluso supera los argumentos económicos. De hecho sale en casi todos los temas empresariales, especialmente quejándose de la multiplicidad legal que suponen los distintos parlamentos de las CCAA, que impiden la "unidad de mercado". Olvidan algo muy importante. Que el Ministerio de Sanidad es el garante último (el único en política farmacéutica) y que ejerce ese liderazgo a través del Consejo Interterritorial de Salud conjuntamente con las CCAA. Obviamente la excesiva descentralización que conlleva ineficiencia puede mejorarse, debe hacerse y se está haciendo. La nueva legislación estatal respecto a productos farmacéuticos ha ahorrado ya 1500 Mills de € y seguirá mejorando. En el Consejo Interterritorial se proponen los Centros de Referencia que van ganando terreno, se ha acordado realizar compras centralizadas que pueden suponer un ahorro, y con toda probabilidad las CCAA, acuciadas por las restricciones económicas agruparán las tecnologías más punteras en los hospitales de referencia adecuados. Nada impide agrupar los procedimientos más sofisticados, cuidando a la familia, el transporte y todo lo que pudiera suponer discriminación por lugar de origen. Tampoco debería haber dificultades para que las CCAA concierten unas con otros servicios que pueden ser más eficientes (y de mayor calidad) si se agrupan, sobre todo si son CCAA pequeñas.

Pero el meollo de la cuestión va más allá. A pesar de la nostalgia centralista es evidente que vivimos en un Estado descentralizado, que precisa de los órganos de un Estado Federal y que no disponemos de ellos. Somos de hecho un Estado Federal sin una Cámara de representación territorial que debería ser el Senado pero que en la actualidad no cumple con esas premisas. Uno de los servicios estatales más perjudicados por ese estado de cosas es la Sanidad. No es casualidad que una de las primeras Conferencias de Presidentes tuviera como tema ese mismo, la Sanidad. Las CCAA necesitan los órganos de coordinación y negociación precisos para llegar a acuerdos entre ellas sobre temas de su competencia y los disponibles actualmente es obvio que no son suficientes. El Consejo Interterritorial de Salud, hace del Ministerio árbitro y parte, lo que dificulta mucho y politiza en exceso las decisiones que debe tomar. Sin embargo llega a acuerdos prácticos muy importantes como ocurrió en los acuerdos tomados en el Consejo Interterritorial de Marzo de 2009, algo que a nivel político no fue posible. En realidad es algo muy lógico, la dimensión, incluso la existencia de los Servicios Públicos es algo claramente ideológico y los acuerdos posibles en la práctica no lo son a nivel político a no ser que se defienda el pensamiento único, algo que desde luego no es en absoluto la intención de este trabajo. En cualquier caso la polarización política

actualmente existente en España, dificulta extraordinariamente los pactos políticos y los esfuerzos inútiles solo conducen al desaliento.

Con respecto a la gestión de la sanidad todos los foros empresariales defienden que la gestión privada basada en la competencia del mercado la haría más eficiente. Dicen rememorando el lenguaje científico que hay que basarse en la evidencia. Y es cierto, la práctica de la medicina debe basarse en la evidencia, incluso en el binomio coste-beneficio. Es necesario tanto para mejorar su eficiencia como su calidad. Pero el ejercicio de la medicina no puede confundirse con la bondad o no de la gestión, que tiene pocas bases en la evidencia. Hay pocos ejemplos de provisión pública en el mundo para ello, y de hecho está sujeta a gran tensión ideológica como pudo verse con meridiana clarividencia con los esfuerzos de Obama para conseguir una sanidad para sus ciudadanos. Incluso, por el contrario, creo que hay bases evidentes de que la provisión privada, concertada o directamente privada es mucho más cara y no necesariamente de mejor calidad. El mejor ejemplo es precisamente EEUU, que dedica más de un 15% de su PIB a sanidad y sin embargo 40 Mills de ciudadanos no disponen de ninguna cobertura. Por lo demás la discusión no está en provisión/gestión privada o pública sino en buena gestión o mala en ambos casos. Una buena gestión será más eficiente en la pública y en la privada, pero por definición (es un negocio) más cara en la privada si el resto de los parámetros de población, calidad y servicios permanece constante. Más cerca que EEUU, en nuestro país, el mayor "déficit" sanitario, se da en Cataluña, donde más del 50% de la sanidad es concertada y veremos la evolución de la Sanidad en Valencia y Madrid, con una creciente privatización de la provisión de Servicios.

Tanto si hablamos de centralización de la sanidad como si hablamos de provisión/gestión privada los elementos políticos o ideológicos, tratan de reivindicar las excelencias o la preeminencia del mercado aunque respecto a eficiencia y calidad la evidencia señale en todo caso en dirección contraria.

Financiación sanitaria vs. déficit sanitario

Dicho todo lo anterior, parece cierto que hay un déficit de financiación que se calcula entre 10 y 15 000 Mills de €, en deudas a proveedores y no es menos cierto que esa misma cifra fue pagada por el Estado Central en 2005, para reequilibrar las cuentas, sin que desde entonces los responsables de la gestión, la mayoría de las CCAA, haya tomado medidas suficientes para intentar reequilibrar las cuentas. Si tenemos en cuenta ese déficit, el % sobre el PIB sube un punto, algo perfectamente asumible, porque aún nos sitúa por debajo del gasto sanitario medio

europeo. Es cierto que en tiempos de crisis no es fácil encontrar financiación adicional, pero no es menos cierto que aún se pueden mejorar la eficiencia (el cálculo según la FPDSP es de entre un 20 y un 40%) para disminuir el crecimiento del gasto, que no del déficit. Este debe ser refinanciado o pagado con nuevos impuestos o ambas cosas. Además en España existe un solapamiento entre mutualidades, aseguramientos privados desgravables y medicina pública que aún puede mejorar la financiación sanitaria pública si se evita. En todo caso, hay márgenes suficientes para no subir los costes mientras no sea posible tanto en farmacia, como en modelos de gestión e incluso con la externalización de servicios no sanitarios.

Las causas del aumento progresivo del gasto sanitario son fundamentalmente un envejecimiento progresivo de la población porque a partir de los 65 años la mayoría sufrimos de una patología o más y a partir de los 80 de 5 o más. Pero influye mucho más la continua aparición de pruebas diagnósticas o terapéuticas de alta tecnología y nuevos fármacos, que hace ineludible la valoración de cada uno de ellos respecto a la relación coste-beneficio, para evitar, esta vez sí, el despilfarro en técnicas o compuestos no suficientemente justificados.

La financiación de las Autonomías proviene del 50% del IRPF recaudado por el Estado y asignado según habitante real y corregido con factores como dispersión geográfica, insularidad y otros. No es finalista aunque si se asigna a Servicios Públicos, siendo el mayor porcentaje el correspondiente a salud, entre un 35 y un 40% del gasto autonómico. Hay voces diversas que reclaman la financiación finalista para la sanidad, pero de nuevo creo que es una nostalgia centralista. La diferencia de gasto entre unas comunidades y otras puede oscilar hasta en 400€/habitante/año, pero no se puede obviar la diversidad de las características de las CCAA, la opción política de cada una de ellas y la diferente eficiencia en su gestión. Dado que los impuestos son recaudados por el Estado central, además de la lealtad institucional exigible, la ciudadanía debe hacerse responsable de la opción política que elijan. No obstante hay una cartera de servicios básica común para todas y probablemente deba revisarse en aras de la equidad. Desde luego dada que la gestión corresponde a las CCAA, debería establecerse la evaluación sobre cual es la gestión más eficiente. No hay aún suficientes indicadores comunes válidos para hacerlo y poner de relieve la calidad de la gestión, pero es factible y existen estudios que deben ser ampliados.

Por otro lado existe la duda, ¿más eficiencia supone disminución de gasto? Según fuentes de la OCDE es dudoso. Ni la calidad ni la gestión más eficiente disminuyen el gasto sanitario, lo cual no es óbice para que el dinero público deba gestionarse con la máxima eficiencia posible. Diversas cuestiones se contemplaron en

la Conferencia de Presidentes de Comisiones parlamentarias de Sanidad organizadas por la Presidencia europea húngara, en Abril 2011. Allí se afirmó por ejemplo que la libre elección de médico no siempre supone más calidad, porque puede difuminar los datos epidemiológicos del área de salud y por tanto comprometer las actuaciones en prevención y protección de salud. Se demostró que el copago, puede modificar la estructura del gasto produciendo inequidad pero no disminuyéndolo, que las nuevas tecnologías generan más eficiencia pero no menos gasto, y por último que la prevención proporciona más años de vida saludable, pero más personas mayores con pluripatología y por lo mismo no menor gasto. Ello no es contradictorio con buscar la utilidad evidente de las nuevas tecnologías como la receta electrónica que ha disminuido casi un tercio del tiempo del médico de Atención Primaria en Andalucía, el acceso a una historia clínica digital de los pacientes en todo el territorio nacional (incluso en la UE) que supone un ahorro en pruebas complementarias y un aumento en seguridad del paciente enorme, o la telemedicina entre otras aplicaciones. Igualmente las Estrategias para las patologías prevalentes pueden suponer más calidad y más eficiencia. Especialmente importante es la anunciada Estrategia para crónicos por parte del Ministerio de Sanidad. Si el envejecimiento y por tanto los procesos crónicos es uno de los parámetros que contribuyen al aumento progresivo del gasto en sanidad, se debe actuar ganando eficiencia en el abordaje de la cronicidad. En esa estrategia debería tener un peso mucho más acusado la enfermería, como sucede en el modelo canadiense, probablemente el mejor del mundo. Nuestra enfermería está altamente cualificada y junto con la prescripción de enfermería y su especialización progresiva, está perfectamente capacitada para intervenir más en procesos crónicos (y otros de prevención, educación sanitaria, seguimiento, etc.), que al tener una alta necesidad de cuidados, con su adscripción a enfermería ganarían en calidad y en eficiencia.

Conclusiones

Ante las acusaciones de insostenibilidad y las amenazas de privatización, los progresistas debemos defender el derecho a la Salud de provisión mayoritariamente pública, pero en última instancia es la ciudadanía quien debe decidir con todos los datos sobre la mesa. Por lo tanto si los españoles desean disfrutar del bienestar inmenso que supone un seguro que en EEUU supondría un gasto mínimo de unos 700\$/mes/familia, de la tranquilidad y libertad que supone saber que la necesidad de cuidados sanitarios a los que todos estamos abocados antes o después, no supondrá una condena a muerte (si no puedes pagarlo) o un hipoteca de por vida, es necesaria la participación ciudadana efectiva. Si no queremos tener una sanidad privada de primera para ricos y una sanidad de segunda para el resto de la ciudadanía tenemos que saber defenderla, y desde luego considero que sería una inmensa estafa dejar perder una magnífica sanidad que cuesta 1500€/habitante/año, incluso para los pocos ricos que pudieran acceder a una sanidad privada, que probablemente incluso podría deslocalizarse. Quiere decir que son necesarios los Consejos sanitarios tantas veces postergados, que la participación ciudadana y la transparencia son absolutamente precisos para legitimar las políticas públicas porque al final son los ciudadanos los que deciden (y así debes ser en democracia) a que prefieren dedicar sus impuestos, si les merece la pena pagarlos o no y deben de estar completamente seguros de que hasta el último céntimo está bien gastado y justificado. Para todo eso hay que desarrollar más indicadores homologables como son los gastos por proceso de cada centro, y de la Atención Primaria, definir los condicionantes de salud sanitarios y no sanitarios y establecer la comparación necesaria para poder comparar modelos ya existentes en España. ■



Citas bibliográficas

LUIS PALOMO. FADSP.

LA IMPORTANCIA DEL MÉDICO PERSONAL

King's Fund report on improving the quality of care in general practice.

Baker R.

BMJ 2011; 342:d1932

doi: 10.1136/bmj.d1932 (Published 24 March 2011)

En esta nota editorial al Informe 2011 de la Kings Found se hace un repaso de la práctica de la medicina general en Inglaterra. A su juicio la mayor parte la medicina general inglesa recuerda a la industria artesanal: profesionales autónomos a quienes gusta el aislamiento y que se resisten a la comparación. Aunque hay aspectos de la práctica minoritaria que los pacientes valoran, es urgente adaptar las prácticas aisladas de funcionamiento a estructuras más formales de rendición de cuentas, porque los médicos forman parte de organizaciones de proveedores mayores. La medicina general tiende a estructuras más sistémicas debido a la presión de la tecnología, que permite comparar resultados y facilita la transparencia.

Aunque el rendimiento global de la atención primaria es bueno, es difícil medir la calidad de la atención, por eso se necesitan estudios que analicen la variabilidad de la práctica clínica.

A partir del análisis de 10 proyectos de investigación y de cuatro documentos de debate se concluye, por ejemplo, que el mayor problema son los tratamientos crónicos y la enfermedad crónicas; que entre la mitad y dos tercios de las demencias quedan sin diagnosticar, y que los pacientes con osteoartritis obtienen menos cuidados que los que necesitan. Sólo el 11 % de los pacientes que precisan atención crónica la reciben realmente.

Para el editorialista, la medicina de familia debe ser una forma de navegar y no un portero; porque la complejidad de la asistencia sanitaria es tal que un paciente necesita un guía, un defensor de su confianza.

Por otra parte, la medicina general debe resolver algunos inconvenientes, como: 1/ Las grandes variaciones en la calidad del diagnóstico y en la práctica clínica, especialmente en los procesos agudos; 2/ Las tasas de derivación a especializada muy distintas, en calidad y cantidad; 3/ Prescripción clínica muy variable, porque frecuentemente se ignoran las guías de práctica clínica; 4/ Entre la mitad y dos tercios de los pacientes con demencia no son diagnosticados, y menos de un tercio de paciente con procesos osteoarticulares crónicos reciben la atención médica necesaria.

A pesar de todo, una de las fortalezas del médico de familia reside en que los pacientes ven a su médicos (GP) como su médico particular, y están dispuestos a esperar a que les vea, porque quieren que los vea él.

MEDIDAS FRENTE AL INCREMENTO DE LOS COSTES SANITARIOS

Research synthesis on cost drivers in the health sectors and proposed policy options

Ottawa, Canada - February 2011 - CHSRF series of reports Paper 1

Alexandra Constant, Stephen Petersen Charles D. Mallory, Jennifer Major

Available online at: <http://bit.ly/hRlsbC>

Este informe sintetiza el estado actual de los conocimientos sobre los responsables de los costes de la salud en Canadá. También en Canadá el gasto en salud está aumentando más rápido que crece la economía. Durante el período 1999-2009, el crecimiento del gasto en el sector de la salud fue más elevado que el reembolso por servicios médicos y hospitalarios. A partir de estas premisas, se enuncian y analizan una serie de mensajes clave, como:

- Se preven presiones al alza en los costes sanitarios por el incremento de la medicina personalizada y por el efecto de la publicidad directa al consumidor para las pruebas diagnósticas y genéticas.
- Las políticas públicas de salud deben controlar el aumento de los gastos sanitarios y mejorar la relación calidad-precio (eficiencia).
- Se debe ampliar el uso de la evaluación de tecnologías sanitarias en todos los niveles en los sistemas de salud, tanto para informar la toma de decisiones clínicas, como posibles decisiones de reembolso o implantación de tasas, o como el establecimiento de prioridades, o como la negociación de los precios de nuevas tecnologías.
- Se debe priorizar la asignación de fondos a los servicios de apoyo que reducen el gasto en áreas de alto costo, tales como los fondos para la atención de la comunidad.
- Se debe acelerar la coordinación de los sistemas de tecnología de información sanitaria.
- Se deben aplicar medidas para contener el crecimiento del gasto en medicamentos con receta.
- Se deben investigar alternativa de desarrollo profesional y a los sistemas de pago del hospital.

DESIGUALDADES DE SALUD Y DESEMPLEO

Tackling Inequalities in Brazil, China, India and South Africa

The Role of Labour Market and Social Policies

Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) 2010

Available online PDF [311p] at: <http://bit.ly/dOBv7e>

Una mayor integración en la economía mundial y las reformas políticas han convertido a Brasil, China, India y Sudáfrica en protagonistas del proceso de globalización, con resultados impresionantes en términos de crecimiento económico, desarrollo social y reducción de la pobreza. Pero los beneficios de un crecimiento mayor no siempre se han repartido por igual a toda la población, y la desigualdad de ingresos se ha mantenido en niveles muy altos.

Las pruebas existentes sugieren que la evolución de la distribución de ingresos en estos cuatro países es el resultado de muchas fuerzas, entre otras los cambios demográficos, la migración, el acceso desigual a la educación, el empleo informal, las regulaciones existentes y su aplicación, las normas sociales y el legado cultural. Estas fuerzas están a menudo relacionadas entre sí y se refuerzan mutuamente. Sin embargo, como el empleo es la principal fuente de ingresos para la mayoría de los hogares, el impacto del mercado laboral es crucial.

En este libro se analiza la evolución del crecimiento económico y del empleo/ desempleo en la evolución de las tendencias recientes en la desigualdad de ingresos en Brasil, China, India y Sudáfrica; así como el papel desempeñado por el mercado de trabajo y las políticas sociales para hacer frente a estas desigualdades.

POLÍTICAS DE INCLUSIÓN SOCIAL EN LATINOAMÉRICA

Addressing Systemic Challenges to Social Inclusion in Health Care

Initiatives of the Private Sector

Jason Marczak, Nina Agrawal, Gustavo Nigenda, José Arturo Ruiz, Ligia de Charry

Americas Society (AS) - March 7, 2011

Available online PDF [32p.] at: <http://bit.ly/i12jJ>

América Latina sigue siendo la región más desigual del mundo, presenta retos importantes para el desarrollo regional en general. Varios grupos desfavorecidos en zonas urbanas y rurales (33.1 por ciento de la población), las poblaciones indígenas, afro-latinos, y las mujeres-siguen sin tener acceso a los pilares fundamentales del desarrollo, incluyendo la calidad de los servicios de salud.

Este informe presenta los resultados y conclusiones de (AS) Sociedad de las Américas de investigación financiado por la Fundación Ford en la atención de salud llevadas a cabo en el marco del Programa a la integración social.

El objetivo de este trabajo es llamar la atención sobre una muestra de las nuevas prácticas que aumentan el acceso a la atención sanitaria de calidad para las poblaciones marginadas y estimular las empresas, los gobiernos y las organizaciones sin fines de lucro para cometer más para abordar esta cuestión.

La atención se centra en Colombia y México, donde los esfuerzos nacionales en curso han aumentado significativamente el acceso de atención médica para los tradicionalmente excluidos del sistema de atención de salud. A finales de 2010, el Seguro Popular había llegado a 42 millones de 50 millones de personas sin seguro de México con anterioridad, y en 2011, el régimen subsidiado de la Ley 100 de Colombia fue proporcionar seguro médico a 11 millones de personas que de otro modo no habría tenido tal seguro.

A través de la investigación en el país y una mesa redonda, Sociedad de las Américas, aprovechando su relación con la organización hermana del Consejo de las Américas (COA), miró a casos seleccionados en los que el sector privado es la ampliación del acceso a la atención en cada país. Este informe no evalúa los programas individuales, sino que presenta una variedad de iniciativas de cuidado de la salud que todos tienen el mismo objetivo: proporcionar atención a las personas que de otro modo no tendrían acceso a ella. Es esencial que tengamos en cuenta estos casos y las lecciones aprendidas en el contexto regional más amplio.

Las recomendaciones incluyen:

- Una mayor utilización de la información y las comunicaciones, a través de iniciativas de salud en línea y m-Health, puede ampliar el acceso a una atención de calidad, reducir las ineficiencias y reducir costes.
- Un centro regional de modelos con fines de lucro que sirven a las poblaciones marginadas puede ser una estrategia eficaz para la consolidación de esfuerzos.
- Regular el diálogo entre los ministerios o departamentos de salud locales y el sector privado es necesaria para armonizar las actividades de prestación de salud "

