

Ante los últimos ataques al Sistema Sanitario

¿Recortes económicos o cambio de modelo?

Santiago Izco

Médico

Recibido: 11 febrero 2013

Aceptado: 14 febrero 2013

RESUMEN: Los recortes que está sufriendo nuestro actual Sistema de Salud están suponiendo, en opinión del autor de este artículo, cambios sustanciales. Tan sustanciales que si toda la población no reacciona como sociedad civil nos encontraremos con un sistema no solamente distinto del anterior, sino injusto, falto de ética y en manos de sociedades privadas con las que los ciudadanos nada antes habíamos firmado. Principios como la equidad y la universalidad, básicos en nuestro Sistema de Salud, han saltado por los aires desde que el Real Decreto Ley 16/2012 y la aplicación de políticas privatizadoras en autonomías tan influyentes como la de Madrid se están imponiendo.

PALABRAS CLAVE: Sistema Nacional de Salud, privatización, Real Decreto Ley 16/2012, Autonomía de Madrid, equidad, universalidad.

Due to the latest attacks on the health system Economic cuts or changes of model?

ABSTRACT: According to the author of this article, the cuts which our current health system is going through imply so many substantial changes that if the whole population non react as civil society, we would face not only a different system from the other but an unfair and an unethical system which would be also left to private companies which the population have never signed with. Due to the Spanish Royal Decree Law 16/2012 and the enforcement of privatization policies in autonomous communities as influential as the autonomous community of Madrid, basic principles of our health system such as equality and universality have blown up.

KEYWORDS: National public System, privatization, Spanish Royal Decree Law 16/2012, autonomous community of Madrid, equality, universality.

Introducción

Nuestro Sistema Sanitario vive sometido a constantes sobresaltos. ¿Qué hay detrás de todo ello? ¿Ra-

zones económicas? ¿Recortes defendidos como inevitables por la necesidad y el momento? Un análisis sereno del asunto deja ver con claridad que hay algo mucho más

profundo. Con dos claros movimientos, el Real Decreto 16/2012 y el renovado impulso privatizador (ejemplificado, pero no exclusivo, de la Comunidad de Madrid), se está avanzando en sustitución no declarada de nuestro actual Sistema de Salud, ordenado por la Ley General de Sanidad emanada de la Constitución, por otro modelo diferente, impuesto de manera «informal», y por pura fuerza de los hechos.

Aun así, no podemos dejar de escuchar el debate generado a un nivel menos oculto, mucho más palpable y doloroso a corto plazo, al que llamaremos «por los recortes». ¿Cómo no sentir esta angustia en los pacientes y sus familias, y en los trabajadores del Sistema Sanitario, mientras reiteradamente se escucha (como un mantra) la disculpa de los gestores: «Los recortes son indispensables»? ¿Cómo no entrar en ese debate, quienes palpamos día a día el miedo y frustración de personas (pacientes) que un día se descubren «expulsadas» de la base de datos de su Centro Sanitario? ¿Cómo no sentir el próximo golpe, «recorte», al compartir la angustia de tantos compañeros (grandes profesionales, los mejores) encerrados en sus Centros viendo acercarse los despidos masivos? En este sentido, la Asociación Española Contra el Cáncer ha

elevado su voz ante el incremento insostenible de gastos que el repago de medicinas y servicios supone para miles de enfermos oncológicos. Y, sin embargo, sigo creyendo necesario –sin dejar de sentir en la piel la realidad cercana que llama a esto «recortes»– buscar ese movimiento más hondo. Porque quizá no tiembla el edificio por golpearle mil martillos..., sino porque alguien, en el subsuelo, está tocando sus cimientos.

Quizá por la serenidad que da ver el edificio «desde fuera», son los ciudadanos (no pacientes, ni trabajadores) los que mejor están percibiendo que lo que ocurre es un verdadero cambio de modelo. No sorprende escuchar la coincidencia en este diagnóstico de colectivos tan dispares como las Asociaciones de Vecinos y los Congresos de Expertos en Política Sanitaria. Dos ejemplos, podríamos traer más, que tristemente coinciden en lo mismo.

En consecuencia, yo dejaré a un lado el debate sobre «recortes», para lo que hay mucho más abajo. Para conseguir este objetivo, analizaré el contenido y significado del Real Decreto Ley (RDL) 16/2012, así como el Plan de Medidas de la Comunidad de Madrid. Desde ahí pretendo elaborar mi propia valoración (ética) sobre lo que ocurre en la Sanidad y ofrecerlo a debate.

Pero primero, ¿es correcto entender que ambas medidas (RDL y Plan Privatizador) puedan unirse en el análisis? Creo que sí. Basta con acudir al documento presentado por el Gobierno español en Bruselas a mediados del pasado año: «Programa Nacional de Reformas para España, 2012». Lo salpican detalles de «ahorro» (en personal sanitario en la p. 82 y en las 92-94), pero lo medular, lo que verdaderamente atañe a la Sanidad, queda expresado en las páginas 97 a 104. Muy a tener en cuenta lo que se dice a propósito de la «reforma del aseguramiento», o lo que es lo mismo, la co-financiación del Sistema con formas de aseguramiento privado o público-privado suscritas por los usuarios (algo que el propio RDL sugiere como posibilidad). Asimismo, se habla («Objetivo 24: Ordenación de la cartera de servicios») de «garantizar las prestaciones estrictamente dirigidas a la curación o prevención de la enfermedad», lo que también es base conceptual indudable de otra gran modificación del RDL: La fractura de la cartera única de servicios. Asimismo recoge la bondad de la «colaboración público-privada» en la provisión del servicio sanitario. Es decir, todo parece estar bajo un mismo espíritu: «Reformas en España».

Antes de entrar en la discusión de estos cambios, creemos necesario recorrer brevemente la evolución

del Sistema Sanitario español, y ofrecer una explicación detallada de estas dos últimas medidas legislativas, para entender los cambios que –no legalmente, pero sí *de facto*– implican.

Evolución histórica. Explicación del RDL 16/2012 y del Plan de Medidas de la Comunidad de Madrid

La historia de los principios que rigen los Sistemas de Protección Social y de la Salud en España se puede resumir en dos fases:

- *La Sanidad de la Previsión Social (principios de siglo XX) y la «Seguridad Social»*: Esta última se constituyó por la progresiva «unificación» de diferentes sistemas de aseguramiento social de los trabajadores y sus familias dentro de un Sistema de Salud cada vez más hegemónico, que en la última década del franquismo y la primera de la democracia adquirió enorme protagonismo con la construcción de grandes hospitales («ciudades sanitarias»), con su vinculación a la Universidad y con la incorporación como asegurados o beneficiarios de una gran parte de la población. Todos estos logros se financiaban por medio de la cotización de los trabajadores al Instituto de la Seguridad Social.

– *El Sistema Nacional de Salud (SNS)*: Bien entrada ya la democracia, fue muy aplaudida la promulgación en 1986 de la vigente (en teoría) Ley General de Sanidad. Aunque la aplicación de alguno de sus aspectos fue posterior, lo que supuso nuevas mejoras legislativas, significó en sí un cambio esencial: se afirmaba la asistencia sanitaria como un derecho de todo ciudadano y residente. Medidas tan universales supusieron, entre otras cosas, la creación de un servicio público, pagado y financiado desde 1999, no por las arcas de la Seguridad Social, sino por los Presupuestos Generales del Estado. Este cambio, como sucedió en los países desarrollados de nuestro entorno, era acorde con la mentalidad que la inspiraba. La salud, en suma, era y es un derecho humano básico que solo puede ser efectivamente garantizado en una sociedad por un sistema de cobertura tan universal como el empleado en el alumbrado público o en la construcción y mantenimiento de las vías de comunicación.

Aunque muchas infraestructuras antiguas (terrenos y edificios construidos y amortizados desde los años 60) quedaron bajo la titularidad de la Seguridad Social, y aunque las oficinas de ésta siguieron

expidiendo las tarjetas sanitarias, la financiación pasó a depender del IRPF y de impuestos indirectos (IVA), a los que se sumaron tasas específicas (el céntimo sanitario de la gasolina, impuestos sobre alcohol y tabaco, etc.). En cuanto al reconocimiento del derecho, solo se exigía el empadronamiento (regulando según convenios europeos la facturación para casos del hoy llamado «turismo sanitario», fácilmente separable del uso de la Sanidad por los migrantes residentes en España).

Basado el Sistema Sanitario en los principios de equidad (servicio ofrecido en mayor o menor cuantía según el solo criterio de mayor o menor necesidad, dentro de unos límites iguales para todos) y de universalidad efectiva (igual opción de acceso a la atención), puede afirmarse sin la menor duda que este representa un ejemplo típico de un «sistema redistributivo de riqueza». Ambos principios (equidad y universalidad) se fundaban, a su vez, en la idea de que la provisión (cobertura) de ciertas necesidades mínimas (comunicación, educación, sanidad) es un factor de crecimiento económico global. La equidad y universalidad, bases del «estado de bienestar», técnicamente son poco discutibles salvo desde posiciones neoliberales muy extremas, contrarias incluso al liberalis-

mo tradicional. Su debate debe abrirnos a una discusión más ética (la economía es herramienta a su servicio). A hacernos sin miedo la pregunta sobre la bondad de una realidad tan antigua y discutida como el hombre: el bien común. ¿Mantenemos, mantiene nuestra sociedad, su opción por un modelo social que invierte en bienes comunes? En Sanidad una respuesta afirmativa no solo ofrece esa pretendida rentabilidad económica (trabajadores sanos, familias sin miedo a invertir, salud pública), sino beneficios «sociales» tradicionalmente valorados: la cohesión social (por evitación de las grandes diferencias y focos de exclusión) y la protección más efectiva de los Derechos Humanos. En definitiva, la pregunta sobre el modelo sanitario vigente (con todas sus imperfecciones) nos abre a una cuestión fundamental: ¿Qué modelo de sociedad queremos? ¿Queremos el bien común? Si es así, ¿para qué?

Veamos los cambios que con las reformas está sufriendo nuestro Sistema Sanitario.

Real Decreto 16/2012. Reparación del asegurado como sujeto de derecho. Ruptura de la cartera única y repagos. Medicamentos retirados

El Real Decreto Ley 16/2012, de «Medidas urgentes para garanti-

zar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones», fue firmado por el Presidente del Gobierno y el Jefe del Estado el 20 de abril de 2012. Por su contenido contradictorio con varias leyes de mayor rango y con los Estatutos de Autonomía de varias Comunidades, que reconocen derechos que el RDL retira, fue recurrido ante el Constitucional. Si a ello sumamos la incipiente alarma social, no resulta extraño que el propio gobierno introdujera algunas matizaciones.

Presentemos lo más sobresaliente de este Real Decreto:

Asegurados y no asegurados.—Capítulo I, artículo 1: «La asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud, se garantizará a aquellas personas que ostenten la condición de asegurado». La Ley General de Sanidad dice, sin embargo: «La asistencia sanitaria es un derecho de todo ciudadano y residente en suelo español» (las diferentes Leyes de Extranjería se encargaron de aclarar el término residente a efectos de la Ley General de Sanidad, acordando que siendo un derecho inviolable, «residente» significaba, a todos los efectos, aquel que vive en territorio español).

El nuevo RDL fija a continuación las condiciones de aseguramiento, que vincula de manera general la cotización a la Seguridad Social. Se restringe dramáticamente también el derecho del beneficiario (familiares del asegurado).

Quedan excluidos como beneficiarios los españoles mayores de 26 años que nunca han cotizado (salvo discapacitados en grado superior al 65%). Lo que quiere decir que estudiantes que no han conseguido un primer empleo, que personas que trabajan y no cotizan (amas de casa divorciadas si no han quedado a cargo del excónyuge o separados de parejas no formalizadas, religiosos, profesionales liberales, población de etnia gitana y de origen comunitario europeo que ha quedado en paro y sin recursos), se ven afectados. Un total de unas 350.000 personas que irá creciendo con el paso de los años. El «matiz» posterior al Decreto ofrecía para ellos una forma diferente de tarjeta, como solución provisional, que debe ser renovada periódicamente y solo da derecho a la prestaciones de la cartera «básica». Esta medida –que no es un paso atrás en el RDL, sino una suavización transitoria de su aplicación– fue anunciada por Ana Mato tras los primeros movimientos de alarma entre los españoles, que hasta ese momento ha-

bían creído que el Decreto era algo contra el turismo sanitario o contra los «sin papeles». Por ejemplo, un estudiante de arquitectura catalán de 28 años, en paro, se quejaba en la radio y televisión cuando contaba que en su Centro de Salud le explicaron que debía renovar su tarjeta. En las oficinas de la Seguridad Social (antes, por cierto, este trámite se podía hacer en el Centro de Salud) le explicaron que la nueva ley se lo impedía.

En cuanto a los extranjeros no comunitarios, quedan excluidos los que nunca tuvieron tarjeta de residencia (siempre irregulares), así como un mayoría que viven en «irregularidad sobrevenida», es decir, personas que tuvieron permisos de residencia pero que no les será renovado por encontrarse en paro y haber agotado sus prestaciones. Son unas 150.000 personas que han vivido y trabajado durante años en España, correctamente empadronados en la dirección donde se les factura la luz o el agua, y junto a ellos, sus parejas (reagrupados cuando el trabajador tenía tarjeta).

Ruptura de la cartera única. Repagos.—El capítulo II del RDL, «De la Cartera de Servicios del SNS». La cartera de servicios se fragmenta en tres. Se pasa de la cartera única a una «cartera básica» y a otras dos

nuevas carteras, denominadas «suplementaria» y «accesoria». Solo los servicios de la básica siguen ofreciéndose de forma completamente gratuita (pero excluyendo los medicamentos, que debemos reparar). Los servicios sanitarios de las nuevas carteras, «suplementaria y accesoria», quedan sujetas al repago por los pacientes. De este modo se diferencia a usuarios «que consumen lo básico» de los que consumen servicios que han pasado a llamarse «accesorios»:

- El transporte sanitario (las ambulancias, para el cual ya se han establecido las cuantías y comenzado a facturar repagos).
- Las dietas para enfermedades especiales (preparados nutricionales de altísima complejidad que conforman la esencia del tratamiento de pacientes con enfermedades ciertamente inhabituales, pero muy graves, en general digestivas, metabólicas, genéticas).
- Las prótesis y ortoprótesis (brazos o piernas protésicos para pacientes amputados, corsés ortopédicos para inmovilización de lesionados medulares y la parte de financiación que sillas de ruedas o muletas tenían previamente).
- El tratamiento rehabilitador, todavía pendiente de definición

y orientado a «garantizar estrictamente los procesos curativos»).

Además, el mismo RDL establece que estas separaciones (entre lo que es básico y lo que pasa a ser «suplementario») pueden variar.

Repago farmacéutico y retirada de financiación a fármacos.—Al repago de todos los servicios sanitarios resituados en las nuevas carteras se suma el repago de una proporción variable del coste de todos los tratamientos no hospitalarios (es decir, ambulatorios). Dicho de otra manera, la gratuidad en la provisión de la cartera «básica» se limita únicamente a la atención médica, no a los tratamientos que se deriven de ella. Con todo, respecto al pago de las medicinas el Decreto establece excepciones y límites máximos según la renta. No obstante, el usuario pagará, inicialmente, el exceso de dichos límites y esperará seis meses la devolución de sus gastos.

Además, el gobierno retira la financiación de un amplio grupo de fármacos a los que define, bajo la ambigua descripción de fármacos, como «no esenciales», «fármacos que podrían comprarse también sin receta médica» como son los analgésicos, antihistamínicos, antiinflamatorios, etc.

*Plan de medidas de sostenibilidad
de la Sanidad en la Comunidad
de Madrid*

Hace años una decena de hospitales fueron construidos para la Comunidad de Madrid por empresas privadas. Estas adjudicatarias fueron creadas al efecto siguiendo la fórmula de «Unión Temporal de Empresas» (UTE) por la combinación de Grupos de Inversión extranjeros, Cajas de Ahorro, las propias constructoras y alguna aseguradora. Por aquella inversión inicial (unos 700 millones) recibirán un canon anual de unos 100 millones durante treinta años, una especie de hipoteca. En siete de ellos las empresas asumían solo los negocios «no sanitarios» en estos edificios (cafeterías, parkings, etc). Ahora estos hospitales serán completamente privatizados, es decir, a cambio de todo el servicio (también el sanitario) reciben un pago capítativo, es decir, un fijo anual por cada habitante que vive en el área de población asignada a su cargo. Si el proceso de privatización se lleva a cabo esta población será en total de 1,2 millones. También se incluye la privatización de 27 centros de salud y de numerosos laboratorios centrales, en condiciones similares. Además, el Plan incluye tasas autonómicas por cada receta entregada por el paciente en farmacia (euro por receta).

Discusión

Ante estos cambios observo tres niveles de valoración: Primero, cómo se ven afectados los principios éticos antes mencionados, que además tienen expresión legal vigente (en teoría) en nuestro Sistema Sanitario. Segundo, principios que rigen la política en la gestión de lo público; y, tercero, y de importancia menor, solo subordinados a la discusión de principios, la aportación del saber puramente técnico que la economía sanitaria y Salud Pública ofrecen a la concreción de las decisiones tomadas por la ética.

1. *Agresiones a principios
del sistema sanitario vigente*

1.1. *Equidad*

a) La ruptura de la cartera única de servicios en tres carteras diferentes, sujetando dos de ellas al repago por quienes lo precisan, viola evidentemente este principio. Podría aducirse que en tiempos de crisis económica deben recortarse las prestaciones, o que hubiera de subir la imposición (impuestos) para mantener las existentes. Pero en este caso no solo se «recorta», sino que se hace desigualmente. Así, la partición de carteras directamente implica que los más enfermos deben pagar más. De lo que se desprende que los ciudadanos

sanos puedan culpar y penar a los enfermos por serlo y los menos enfermos a los más enfermos.

Hay realidades que hablan por sí mismas. A los pacientes en diálisis, que tres días por semana deben viajar en condiciones médicas arriesgadas al hospital se les hace pagar una parte de la ambulancia. Los pacientes con enfermedades digestivas o metabólicas, cuya salud depende exclusivamente de poder disponer de preparados nutricionales complejos, o los pacientes que necesitan una prótesis por haberles sido amputado un miembro, todos ellos (son solo unos poquísimos ejemplos) son «castigados». Los sanos, o los enfermos con necesidades menos caras, reciben el mensaje claro: el que está más enfermo paga más.

b) También el copago de medicamentos al que por la nueva ley se ven sometidos todos los ciudadanos, con algunas simbólicas excepciones, castiga de nuevo a los que más los necesitan, es decir, a los enfermos respecto a los sanos.

c) El euro por receta en las farmacias de Madrid y otras Comunidades es un acto punitivo, que no «disuade» a los malos prescriptores, sino, de nuevo, a los más enfermos.

d) La retirada de la financiación de los «medicamentos no esencia-

les» no discrimina si los que los precisan tienen cáncer (de ahí la protesta formal de la AECC), o artrosis, o dolores de cabeza.

1.2. *Universalidad*

Conviene explicar que la universalidad no es un término abstracto. Se trata de un principio medible y concreto dentro de cada Sistema Sanitario, que mide de forma verificable del grado de accesibilidad de los diferentes individuos en un territorio dado y las diferencias. España por su propia Constitución y por la firma de convenios internacionales, entre países que legislan sus sistemas de salud de este modo, quiso que su sistema de salud fuese universal.

Sin embargo, con la aplicación del nuevo Decreto:

a) Todo lo que suponga la creación de tarjetas sanitarias diferentes para algunos españoles (o extranjeros «regulares»), los discrimina ante los demás en el acceso al sistema. Criminaliza a los parados de larga duración, a los jóvenes sin empleo, a los divorciados que dejen de estar a cargo de sus excónyuges, etc. Defenderlo como por «no cotizar» no solo es insolidario (como si el paro y la salud no fueran problemas de todos), sino falso. Utiliza perversamente la idea errónea de que la Sanidad es

todavía financiada con la cotización. Una vez más, se transmite una idea de culpabilidad al paciente, y de individualismo a los sanos. La poca y muy lenta aplicación efectiva de esta situación, y las excepciones provisionales que el Gobierno ha planteado, no han anulado esta realidad legislada en el Decreto.

b) Más todavía, la denegación de la tarjeta sanitaria a los inmigrantes irregulares y sus familias, que tanto contribuyeron a nuestra reciente bonanza económica y que siguen contribuyendo con sus impuestos indirectos al sostenimiento del sistema, supone no ya solo una exclusión y criminalización. En su caso se puede estar generando incluso un sentimiento antiinmigrante en la población. No podemos juzgar la intención del legislador, pero la historia antigua y la actual (Grecia, Holanda, Dinamarca, Francia...) nos enseña que estos sentimientos son más inflamables en tiempos de «crisis».

Frente a esta injusta situación cinco Comunidades han presentado recursos de inconstitucionalidad y muchas sociedades médicas han levantado su voz. En este sentido, la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFYC) y la madrileña (SOMAMFYC, que representan a los médicos de Atención Primaria) han llamado inclu-

so a la objeción de conciencia entre sus médicos; 2.000 ya lo han hecho. De hecho, los médicos españoles podrían ser penados por «omisión de auxilio» al no evitar el mayor mal, la enfermedad de una persona, si por mor del cumplimiento de la nueva legislación, dejan de atender a los enfermos. Los médicos, por tanto, no desobedecen solo por fidelidad a su código deontológico, sino como ciudadanos conscientes de que se encuentran ante una ley injusta e ilegítima que produce dolor y muerte. La situación es tan grave que, en los días en los que se está redactando este artículo, el Relator Especial de Derechos Humanos de las Naciones Unidas ha venido a Madrid para analizar la situación.

c) El Plan de Privatización en la Comunidad de Madrid está provocando, tal como se refleja en denuncias muy graves por el modo en que se hacen (o no se hacen) las derivaciones desde los hospitales privatizados a los públicos. Independientemente de la resolución que tengan dichos procesos legales (pacientes que no fueron derivados a tiempo o fueron presionados para no acudir) se ha establecido una diferencia de oportunidades de acceso al «mejor tratamiento disponible» entre un paciente del área del Hospital Gregorio Marañón (de altísimo nivel tecnológico

y humano) y uno de Parla o Vallecas, cuyos hospitales de gestión privada carecen de muchos medios y han de restar de sus beneficios económicos la derivación del paciente a un hospital público.

2. *Agresiones a principios afectados en la política de la gestión de los recursos*

Amén de las restricciones del Servicio la Sanidad Pública Nacional, se están produciendo otras agresiones que afectan a los principios de la política de la gestión de los recursos.

2.1. *Fidelidad debida al mandato recibido*

a) Los gestores de lo público no tienen autoridad para imponer cambios esenciales (ruptura de la universalidad, por ejemplo) en el modelo de sistema elegido por los ciudadanos, su responsabilidad es gestionar ese «mandato social». Si no pueden, deben reconocerlo, pero no cambiarlo. La ordenación que determina los principios del Sistema Sanitario español está recogida en Leyes Orgánicas, es decir, de alto rango. Ejercer una supuesta «autoridad personal» para alterar el proyecto acordado (con la ciudadanía) en su programa electoral agrieta las bases del contrato social.

b) El proceso privatizador supone una hipoteca de la administración pública respecto a las empresas que de aquí a treinta años tendrán en sus manos la atención sanitaria de un tercio de los hospitales madrileños. Esto constituye un cambio esencial en el modelo de gestión de la Sanidad para el que el mandato de un Consejero de Sanidad de una Comunidad Autónoma tampoco está legitimado. La «crisis» no es excusa para un cambio de modelo de indisimulado componente ideológico (es decir, basado en una «creencia»: «la gestión privada es superior»).

2.2. *Transparencia y veracidad en la información sobre las cuentas públicas, las concreciones de nuevos planes de gestión, el motivo y significado de las nuevas leyes*

El primer ataque a esta transparencia está en el mismo título del Real Decreto Ley: «Medidas de garantía de sostenibilidad y calidad de...», cuando el contenido ofrece textos puramente legislativos de un cambio de modelo (la sustitución de la palabra «ciudadano» por «asegurado»). Otro ataque es su justificación: «lucha contra el turismo sanitario». Ya hemos comentado también el ambiguo juego establecido al utilizar «haber cotizado» entre lo que parecen

las «condiciones» para estar en la nueva lista (la de los asegurados), cuando la cotización está desvinculada desde 1999 del pago de la Sanidad.

La opacidad impera también en la llamada privatización de la Salud en la Comunidad de Madrid. Ejemplo: no coincide el gasto computado en los Presupuestos y Balance anual de los hospitales semi-privados con la cifra (muy superior) aducida por el Consejero como motivo para ahorrar completando la privatización. También se desconocen las condiciones de sus contratos (pagos, formas de control de calidad, condiciones de rescisión, posibilidad de rescate público en caso de quiebra, etc.).

2.3. *Honestidad de nuestros gobernantes*

a) Da la impresión que el contenido del Real Decreto Ley ha sido dictado e impuesto improvisadamente y a espaldas de la soberanía de sus ciudadanos. Resulta sorprendente que se instaure el repago en España, con el consiguiente incremento rápido en los ingresos del Estado para la reducción del déficit o el pago de la deuda, cuando en Alemania esta medida ha sido retirada por ineficaz. Alejar a los enfermos de su tratamiento con el repago solo consigue un ahorro a corto plazo; su coste (en

salud y en valor económico) a medio y largo plazo lo desaconsejan.

b) Las dos únicas empresas que se reparten las concesiones de la privatización de la Sanidad madrileña son hoy o han sido dirigidas por altos cargos (actuales o recientes) de la Consejería de Sanidad y los principales partidos políticos nacionales.

Además varias de las constructoras beneficiadas en este suculento negocio están siendo investigadas en el caso Gürtel. Hospitales (alguno sin abrir, otros medio vacíos) que significaron una inversión de unos 700 millones de euros suponen para sus empresas constructoras y financieras un canon anual de beneficio por devolución de intereses de unos 100 millones al año durante treinta años. A los que habría que sumar lo que cobran además por los servicios que en ellos se ofrecen. La evaluación de calidad de este servicio fue encomendada a una empresa también investigada en la trama Gürtel. Esta trama tuvo precisamente su apogeo en aquellos años de adjudicación de contratos inmobiliarios, y consistía precisamente en los pagos por constructoras a políticos para conseguir concesiones.

También hay varios responsables políticos ocupando cargos en las mismas Cajas de Ahorros (hoy

quebradas y rescatadas) que todavía participan en estas neoempresas sanitarias.

c) La empresa Capiro, que controla hoy el 80% de las concesiones en Madrid, pertenece a un Fondo de Capital Riesgo británico (CVC partners) con sede en un paraíso fiscal. Este tipo de empresas se constituye para lograr beneficios en grandes inversiones (de riesgo) y vender cuando comienza a dar beneficios a sus accionistas, lo cual es perfectamente legítimo, pero de altísimo riesgo cuando se trata de la Sanidad Pública, puesto que fácilmente se produce el fenómeno del contratador cautivo (el Estado queda casi obligado a ayudar –rescatar– a la empresa si quiebra, porque ofrece un servicio público), lo cual saben y han utilizado ya en muchas ocasiones estas UTE de fondos de inversión y cajas de ahorro.

3. *Valoración del proceso con herramientas técnicas (economía sanitaria, salud pública)*

Considero este grupo de argumentos útiles, pero secundarios. Además, creo, es sobreabundante este argumentario instrumental (gestión sanitaria, económica) en los medios; por tanto, más fácil de encontrar para el lector que quiera adentrarse en ellos.

Los Sistemas Sanitarios sin universalidad tienen una mayoría de detractores desde cálculos económicos de eficiencia, especialmente cuando se comprende que la medida del resultado de un sistema encaminado a ofrecer salud a la población incluye valores no solo (también) monetarios. Economía es también (bien lo sabían los gobiernos conservadores y liberales de comienzos de siglo en Europa) conseguir trabajadores sanos, evitar epidemias y hasta –como diríamos hoy– el estímulo del consumo en la «base de la pirámide». No es otra la razón de la búsqueda (acertada o no) de solución por USA para lo que sus economistas detectan como la mayor amenaza para su desarrollo: la falta de cobertura sanitaria de un 40% de su población. Un 60% de las «quiebras familiares» en USA son debidas a gastos imprevistos en la salud de sus miembros. Cuando una parte de la población cae en la quiebra y pobreza extrema, no solo ocurre una tragedia moral, también económica. Si a eso añadimos la mera Salud Pública (USA tiene algunos indicadores de salud al nivel de algunos países de mucha menor renta, también africanos).

En lo que respecta a la equidad (repagos por los enfermos, penados por serlo) basta el ejemplo anteriormente citado de Alemania,

que ya ha dado marcha atrás en todas sus medidas de repago. Porque este no «aparta» del sistema al enfermo agudo o leve, sino al enfermo crónico, que acabará volviendo a precisar atención cuando su enfermedad esté más avanzada. No es casual que la Sanidad Privada tenga tan poco (casi simbólico) interés en la prevención, educación en salud ni atención primaria. Su negocio (legítimo) no es el sano, es el enfermo.

En lo que toca a la *privatización*:

a) Ningún estudio demuestra que la provisión privada de servicios públicos sea más eficiente. Por el contrario, numerosos estudios apoyan lo opuesto. La experiencia italiana, estadounidense y sobre todo la británica (siendo Inglaterra el país más decididamente entregado a esta fórmula público-privada desde los años 80) concluye: Primero: que estas iniciativas solo son más rentables a muy corto plazo. A medio y largo plazo, el pago de intereses a las empresas por su inversión inicial, por un lado, y la aparición de costes no previstos por estas (pacientes crónicos, mantenimiento) llevan a menudo a su quiebra. Segundo: esta segura quiebra deja al gobierno agotado, además, por el pago progresivo de réditos (que en otro caso hubiera reinvertido directamente en el Sistema) ante la tesitura del rescate

económico, para evitar el cierre de estos hospitales. ¿Cómo no rescatar hospitales, cuando rescatamos bancos? Tras la larga experiencia británica –que nosotros estamos imitando– en todo este proceso, su gobierno ha necesitado proceder a tantos y tan carísimos rescates que ha acabado por reconocer el fracaso de este sistema. Más aún, hace pocos días se ha publicado un análisis independiente que muestra que en estos hospitales se ha producido casi el doble de muertes de pacientes.

b) Sobre el caso madrileño se cierran –técnicamente ahora– sombras muy oscuras. Si es cierto que se gasta hoy 600 euros por persona en los hospitales a privatizar (multiplicado por un millón, 600 millones) en contra de los datos oficiales (que contabilizan 370 millones, ¿de dónde la disparidad?), y las empresas lo harán por 440, ¿en qué partidas reducirán el gasto tan dramáticamente, de 600 a 440 millones, sin contar la parte que consigan como beneficio? Y si el gasto real es el contabilizado (370 millones)... ¿por qué se les ofrecen 440 en tiempos de crisis? ¿Por qué se paga a alguien por hacer más caro lo uno solo con menos gasto?

c) Recordemos, además, factor esencial en el proceso, que para pagar los intereses de las hipotecas de las nuevas empresas de la

salud, en un contexto de reducción del presupuesto, la Consejería tendrá que recortar, y de hecho ya lo ha hecho, un 18% este año, otro 10% el que viene, la financiación de los veinte hospitales que siguen siendo públicos. Lo que quiere decir que estos centros hospitalarios, que además soportan el 90% de toda la atención sanitaria (y la más compleja) están con su adelgazamiento engordando la provisión de once hospitales privados, pequeños, mal dotados e incapaces técnicamente de atender a los pacientes graves o complejos.

Conclusión

Los cambios recientes (legislativos y de ahorro) en Sanidad no responden únicamente a dinámicas de recorte. Hay algo más. El contenido del Real Decreto Ley 16/2012 y de los procesos privatizadores, que en este artículo ejemplificamos en el caso madrileño, se unen por ambos flancos en una agenda no formal, pero poco disimulada: El cambio de modelo de nuestro Sistema Sanitario.

El contenido del Real Decreto Ley y los complejos procesos privatizadores son ética y socialmente rechazables. Agreden los principios de equidad y universalidad

que regían, por acuerdo social y con refrendo constitucional, el modelo sanitario elegido por la Sociedad española. Ambos principios aseguraban el bien común. Su fractura por parte del legislador, además de deslegitimarlo como gestor, nos lleva a mostrarle nuestro rechazo. De no producirse pronto esta respuesta, podrá pensarse –con razón– que se han abierto en la conciencia colectiva de nuevo las viejas cuestiones: ¿Queremos bienes comunes? ¿Creemos realmente en su bondad, y en su rentabilidad social y económica? ¿Han respondido ya nuestros gobernantes por nosotros? ¿O simplemente responden a otros intereses?

Por otro lado, nuestro silencio ante cuestiones tan graves, y la consiguiente confusión entre lo «bueno» y lo «legal», puede sembrar y regar en el seno de la sociedad española un positivismo moral que justifique políticas disgregadoras, antisociales e, incluso, xenófobas, no extrañas por cierto en momentos de crisis (económica y moral).

Grave, gravísimo, me parece la ocultación con que estos cambios esenciales se están llevando a cabo en una ceremonia de confusión sin precedentes. Una mezcla de motivos ideológicos e intereses personales parecen dirigir la «re-

forma» sanitaria. En el Real Decreto Ley predominan los primeros, mientras la privatización madrileña ofrece demasiados ejemplos de intereses que parecen ya coger el camino de los juzgados. Pero ambos parecen aliarse con eficacia. Solo un movimiento social que responda con la mayor firmeza

(que es siempre la ética) puede frenar pacíficamente esta verdadera agresión a algo suyo y de todos, a lo común. Porque no está en juego solo un modelo sanitario; está en juego nuestra salud moral como comunidad política. Permanecen en cuestión la salud democrática y nuestro modelo social. ■