

PUBLICO / PRIVADO EN LA SANIDAD ASTURIANA

TENDENCIAS Y PROCESOS DE PRIVATIZACIÓN

PREGUNTAS AL SESPA Y LA CONSEJERÍA DE SALUD

INTRODUCCIÓN

A la hora de analizar el acelerado crecimiento que está teniendo la medicina privada¹ en Asturias y en el conjunto del país, no es la intención de este informe entrar en el debate de la eficiencia entre lo público y lo privado en la prestación sanitaria. De hecho, según los estudios publicados, el tipo de propiedad de un centro sanitario no determina el nivel de eficiencia², puesto que se han identificado hospitales eficientes de todo tipo. No obstante, los privados están lastrados por la necesidad de incluir los beneficios empresariales en los precios, tienen mayores costes administrativos y observan la tendencia a realizar pruebas innecesarias, sin justificación médica, con la finalidad de maximizar las ganancias.

Cuestión distinta es si nos referimos a la “eficiencia social” en donde los sistemas públicos muestran una superioridad neta en la obtención de beneficios para la ciudadanía: son más equitativos (con, en teoría, acceso libre de barreras), aseguran la cohesión entre personas y territorios y carecen de los problemas inherentes al mercado del tipo de la selección adversa y la asimetría de información, que son característicos de los modelos privados.

Es verdad que la atención sanitaria privada ofrece la ventaja de un tiempo de espera cinco veces menor que en la sanidad pública, según datos del Barómetro Sanitario, con libertad de elección - determinada por los precios - de especialista y centro. También es una virtud de la atención privada, el establecer una relación con los pacientes más personal y diferenciada o “exclusiva”, que demasiadas veces no acompaña a la atención pública.

En todo caso, el factor determinante para explicar el auge de la medicina privada es la mala respuesta de la pública y, de forma significativa, la ventaja de la “inmediatez” ante las largas listas de espera de la sanidad pública. Las demoras funcionan en la práctica como una barrera de acceso, con el efecto perverso de generar una doble lista de espera: una, para aquellas personas que no pueden o no quieren pagar y otra, para las personas que quieren y pueden pagar, promoviendo una nítida desigualdad, en el acceso a la atención sanitaria³.

1 Expansión 23/03/2018: El gasto sanitario privado alcanza 30.000 millones de euros
<http://www.expansion.com/empresas/2018/03/23/5ab4022d468aeba7208b464b.html>

2 Pérez-Romero C, et al. Análisis multinivel de la eficiencia técnica de los hospitales del Sistema Nacional de Salud español por tipo de propiedad y gestión. Gac Sanit. 2017.
<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.02.005>

3 B. González, R. Urbanos Prioridades en la organización de la atención a la salud en España. Informe SESPAS 2002

PÚBLICO - PRIVADO EN LA SANIDAD ASTURIANA

En un reducido espacio de tiempo, el Servicio Público de Salud del Principado de Asturias ha pasado de monopolizar casi en exclusiva la atención sanitaria en nuestra Comunidad a contemplar la emergencia explosiva y sostenida del sector privado, tanto en el aseguramiento como en el conjunto de las prestaciones sanitarias.

Hace pocos años, tan sólo el 5% de la población asturiana tenía contratado un seguro privado y el rol de la medicina privada era claramente marginal y subsidiario. Sin embargo, ahora los datos no pueden ser más elocuentes, con un gasto sanitario total, en el año 2.017, de 2.256 euros per cápita /año, 1.681 € correspondieron al sector público y 575 € al sector privado⁴:

Gasto sanitario total: 2.256 euros

Gasto público: 1.681	Gasto privado: 575
----------------------	--------------------

Es decir, el gasto sanitario privado ya representa la tercera parte del gasto público, mientras que, a su vez, se ha triplicado el aseguramiento privado. La tendencia al alza se muestra constante en el periodo de tiempo que hemos estudiado.

Hay que añadir a estas cifras, la contratación del SESPA con servicios ajenos a través de conciertos y convenios, presupuestada en el año 2.018 en 101 millones de euros: atención especializada (65,1%), transporte sanitario (17,3%) y hemodiálisis (6,8%). Teniendo en cuenta, además, que en sanidad lo habitual es que el gasto consolidado sea siempre superior al gasto presupuestado. Así, por ejemplo, se presupuestaron 5 millones de euros para pagar derivaciones a centros privados con ánimo de lucro, pero el gasto real fue de casi 7 millones (3,1 a intervenciones quirúrgicas y 3,6 a pruebas diagnósticas)⁵.

Cierto es que la sanidad pública mantiene poderosos recursos y sigue siendo hegemónica; pero estamos en un escenario cambiante que nos advierte que los avances del sector privado son muy importantes, con el riesgo de que a medio plazo el futuro de la sanidad pública, tal y como hoy la conocemos (el mayor activo del estado de bienestar) pudiera estar en cuestión.

Por otra parte, no hay duda que la privatización no se desarrolla de forma homogénea en las distintas comunidades autónomas. La FADSP (Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública), en su 5º Informe anual⁶ sobre privatización sanitaria, en donde se incluyen distintos parámetros como el gasto, la presencia de modelos de

4 Informe IDIS, <https://www.fundacionidis.com/informes/2018>

5 La Voz de Asturias: derivaciones del SESPA 2017
<https://www.lavozdeasturias.es/noticia/asturias/2017/11/24/preve-gastar-asturias-derivaciones-sanidad-privada-2018/00031511545289575718746.htm>

6 FADSP: 5º INFORME CCAA
<https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=http://www.fadsp.org/documents/2017/INFORME17.doc>

colaboración público /privada, los equipamientos de alta tecnología, consumos farmacéuticos,etc. El informe concluye que hay una tendencia general a la privatización, con Asturias ocupando una posición intermedia: .

Elevado grado de privatización	Madrid: 23; Cataluña: 22; Baleares: 21; Canarias: 18; País Vasco: 18
Grado intermedio de privatización	Navarra: 17; Aragón: 16; Galicia: 16; Castilla y León: 15; Asturias: 14; La Rioja: 14; Andalucía: 13; Murcia: 13; Valencia: 13
Bajo grado de privatización	Cantabria: 11; Extremadura: 11; Castilla la Mancha: 9.

Cuadro resumen del imparable ascenso del mercado: ¿Hacia una sanidad dual?

ESPAÑA:

Gasto Sanitario 9,2% PIB: 5,7 % público vs 3,5% privado (36.200 M.€)

Conciertos 11,6% del gasto público

Seguros Privados: 11,5 millones de pólizas + 1,9 Mutuas (84% funcionarios)

Primas: 8.000 millones € 2017

39% Cirugía; 17% Consultas. 56% RNM; 48% PET

Oligopolios / fondos inversión (8 copan 73% del mercado) Fresenius-Helios

- Máximo pólizas contratadas: Madrid, Baleares, Cataluña ± 30%

- Mínimo pólizas contratadas: Cantabria 5%, Navarra 8%

ASTURIAS:

Gasto per cápita privado:

En 3 años de 496 a 575 €/año

Bolsillo 477 M €

Primas de seguros 98 M €

Seguros privados: 14% en 2016

133.776 personas tenían seguros privados en 2016

18,2% de incremento en 3 años

RADIOGRAFÍA DE LA SANIDAD PRIVADA ASTURIANA

El gasto privado⁷, como ya se ha mencionado, es de 575 euros per cápita /año, la mayoría destinado a atención sanitaria privada (467 euros) como pago directo del bolsillo de los usuarios, mientras que 98 euros se dedican a la contratación de seguros sanitarios.

⁷ Informe IDIS 2.018, <https://www.fundacionidis.com/informes/2018>

En la actualidad, más de 150.000 residentes en nuestra Comunidad (15% de la población) tienen contratado un seguro médico privado, con un volumen de primas que supera los 100 millones de euros. Son números considerables que cobran mayor importancia si observamos su evolución: El crecimiento anual, sostenido en los últimos años, en número de asegurados es del 6,95% y el volumen de primas del 3,4%.

La tendencia es, pues, a un fuerte incremento del aseguramiento privado⁸, aunque estamos todavía lejos de comunidades autónomas como Madrid, Cataluña o Baleares con más del 30% de la población con este tipo de seguros; si bien, muy por encima de otras comunidades como Cantabria o Navarra, con el 5% y el 8% respectivamente, de afiliación a los seguros privados.

Recursos de la Sanidad Privada:

Camas hospitalarias:

<ul style="list-style-type: none"> • 9,8% camas privadas con ánimo de lucro.
<ul style="list-style-type: none"> • 16,2% camas privadas sin ánimo de lucro

Centros sanitarios privados con ánimo de lucro: 12

Centro Médico (165 camas), Clínica Asturias (52 camas), RNM Toreno, Q Diagnóstica RNM, Q Diagnóstica PET, Clínica Géminis, Densitometría Asturias, Densitometría Principado, Hospital Begoña (51 camas), Centro Imagen Diagnóstica El Molinón, Instituto Radiológico Miranda, Instituto Rehabilitación Astur, Centro de Día Avilés, Fundación Kovacs, Clínica San Rafael (36 camas) y los tres centros de referencia: Belladona, Sirona y Buenavista, para la práctica de interrupciones voluntarias de embarazo, Instituto Oftalmológico Fernández Vega.

Centros sanitarios privados sin ánimo de lucro:

Hospital de Jove (el mayor de todos con 261 camas, 202 en funcionamiento), Cruz Roja (96 camas), Sanatorio Adaro y Fundación Hospital de Avilés.

Todos estos hospitales están vinculados a la Red Sanitaria de Utilización Pública por un Convenio Singular renovado en Abril de 2016, que tiene un presupuesto anual de 63,6 millones de euros.

Equipamientos de alta tecnología:

<ul style="list-style-type: none"> • PET (tomografía por emisión de positrones) 333% (1 de 3)
<ul style="list-style-type: none"> • TAC 24% (4 de 17)
<ul style="list-style-type: none"> • Hemodinámica 20% (1 de 5)
<ul style="list-style-type: none"> • Gammacámara 25% (1 de 4)
<ul style="list-style-type: none"> • Mamografía 43% (10 de 21)
<ul style="list-style-type: none"> • Resonancia Magnética 47% (7 de 15)
<ul style="list-style-type: none"> • Acelerador de Partículas 50% (3 de 6)

⁸ Informe RESA: <https://www.efesalud.com/informe-resa-2018-sanidad-privada/>

Registros de Actividad Asistencial:

Consultas y cirugía privada (datos referidos al año 2.015):

➤ 13.106 ingresos (10,6% del total)
➤ 21.919 cirugías (23,6% del total)
➤ 284.711 consultas (12,6% total)

Derivaciones del SESPA (año 2.017)⁹

• 1.935 intervenciones en quirófano
• 20.276 consultas + pruebas diagnósticas

Consultas médicas en las últimas 4 semanas (Fuente INE, 2.018)¹⁰:

Consultas totales: 267; Sanidad Pública 244; Sanidad Privada: 23
--

LA PERCEPCIÓN DE LOS PROFESIONALES

Un dato muy significativo es la fuga de médicos de la sanidad pública a la privada¹¹: médicos que abandonan voluntariamente el sistema público, incluso con la categoría de jefe de servicio, para dedicarse a tiempo completo al ejercicio privado. Algo impensable hace pocos años.

Aunque no existen registros para cuantificar el fenómeno, marchar a trabajar a la sanidad privada es cada vez una opción más frecuente. Algunos se van para ganar más dinero, otros porque creen que su carrera profesional no despega y otros más jóvenes por huir de contratos temporales o interinidades.

Expresa, por tanto, con bastante claridad, el disenso de los profesionales con el modelo organizativo público (burocrático y gerencialista) y también, probablemente, porque pertenecer a la Sanidad Pública ya no tiene el prestigio social que tenía antes. En consecuencia, la “fuga de médicos” es una tendencia creciente que amenaza con descapitalizar uno de los mejores sistemas sanitarios del mundo

LEALTADES: PROFESIONALES Y DEDICACIÓN EXCLUSIVA

La dedicación al sector público de los profesionales de la Medicina es uno de los problemas no resueltos por el sistema, que incluso evoluciona de forma negativa en los últimos años.

Hay que remontarse a los años 80, cuando el primer gobierno del partido socialista aprobó por ley un complemento de dinero exclusivo para los médicos que trabajasen en exclusiva en la sanidad pública.. Pero el problema no fue bien resuelto porque el

9 La Voz de Asturias: <https://www.lavozdeasturias.es/noticia/asturias/2017/11/24/preve-gastar-asturias-derivaciones-sanidad-privada-2018/00031511545289575718746.htm>

10 INE: <https://www.ine.es/jaxi/tabla.do?type=pcaxis&path=/t15/p419/a2017/p02/10/&file=01044.px>

11 Fuga de Médicos: https://www.elconfidencial.com/espana/2017-09-10/fuga-de-medicos-nos-vamos-a-la-sanidad-privada-porque-en-la-publica-nos-maltratan_1440995/

colectivo se dividió entre los exclusivos y los que por el mismo trabajo, cobraban menos. Con el paso del tiempo, los gobiernos autonómicos fueron paulatinamente eliminando este complemento.

Sin embargo, el conflicto persiste, ¿es ético que un médico trabaje al mismo tiempo en el sector público y en el privado?, ¿entra en conflicto la sanidad pública con la privada cuando un profesional ejerce en ambas?

Un editorial del BMJ (British Medical Journal) no dejaba lugar a dudas: “Los médicos no deberían tener permiso para trabajar en la sanidad pública y en la privada al mismo tiempo, con independencia de los estándares éticos de la conducta de los profesionales”. La compatibilidad de los profesionales público con la medicina privada tiene "efectos adversos" en el Sistema Nacional de Salud¹².

Es conocido, por ejemplo, que cuanto mayores son las listas de espera en la sanidad pública más trabajo para la sanidad privada. Es decir, un incentivo para que aumenten las listas de espera en el sistema público a través de las derivaciones de pacientes.

No tenemos datos de cuántos profesionales sanitarios (de la medicina, enfermería o fisioterapia) pero su número crece¹³. Recordando a Juan de Mairena: "Ya que no somos profundos seamos oscuros". Sabemos a través de la última Encuesta de Población Activa elaborada por el Instituto Nacional de Estadística (INE) que cada semana, los trabajadores del sector de las “actividades sanitarias y servicios sociales” realizan una media de 16,9 horas de trabajo en un segundo empleo, distinto al empleo principal. Aunque la estadística no especifique cuántos sanitarios tienen más de un trabajo, dentro del sector servicios (que incluye las actividades sanitarias) en el tercer trimestre del año se registraron 378.000 trabajadores.

Según datos del Instituto Catalán de Salud, sólo el 46 por ciento de los médicos catalanes, en torno a los 4.000 profesionales, solicitaron en su momento el complemento de exclusividad, o lo que es lo mismo, un 54 por ciento desarrollaba una segunda actividad¹⁴. En el caso de Asturias este porcentaje baja considerablemente, pero no es aventurado decir que cerca de la tercera parte de los profesionales médicos tienen pluriempleo, al menos en la medicina hospitalaria, ya que en Atención Primaria es muy minoritario.

LAS DEFICIENCIAS EN LA REGULACIÓN PÚBLICA DEL SECTOR PRIVADO

Una de las competencias de la Consejería de Salud es velar por el correcto funcionamiento y organización de todos los centros sanitarios, tengan o no titularidad pública, tanto en lo que concierne a su gestión y control financiero, como a la garantía de derechos de los pacientes y su actividad asistencial. .

12 BMJ Medical corruption in the UK. <https://doi.org/10.1136/bmj.h506>

13 <http://elmedicointeractivo.com/pluriempleo-instala-sanidad-publica-20110824124104068274/>

14 https://www.consalud.es/profesionales/medicina/crece-el-pluriempleo-en-sanidad-en-lo-que-va-de-2017_43388_102.html

Es responsabilidad de la Consejería de Salud garantizar que los centros privados, con o sin ánimo de lucro, ofrezcan una atención sanitaria de calidad, homologable con los centros públicos, de conformidad con el decreto 71/2002, BOPA 3 de Junio, sobre “La Red Sanitaria de Utilización Pública”¹⁵ y la ley vigente 11/1992 en sus artículos 29 y 30¹⁶.

El SESPA, tiene por su parte la obligación de promover los conciertos (con los centros privados con ánimo de lucro) y los convenios singulares, con transparencia y garantías para la seguridad y la calidad de las prestaciones

Sin embargo, no existe información pública de los contratos que firma el SESPA, incumpliendo la Ley de Transparencia 19/2013 en su artículo 12, y por lo que sabemos, responde con notables retrasos cuando se le requiere esta información. El SESPA tiene además el compromiso, creemos que incumplido, de poner en marcha comisiones trimestrales de evaluación y seguimiento, tanto con los conciertos con centros privados como con los convenios singulares.

Con respecto a la Consejería, hay que hacer referencia a la denuncia en el año 2.015 de la Sindicatura de Cuentas del Principado en su informe “Fiscalización de los Conciertos Sanitarios”¹⁷ referido al año 2013. En dicho informe, la Sindicatura advierte que “no hay constancia alguna de que la Consejería efectúe auditorias, inspecciones o verificaciones específicas”, en relación con los convenios singulares suscritos con los hospitales Privados sin ánimo de lucro.

Una de las razones que con toda seguridad influyen en la capacidad regulatoria es la insuficiencia de recursos humanos dedicados a este cometido.

PROBLEMAS E IRREGULARIDADES EN LA ATENCIÓN SANITARIA PRIVADA

"Los pacientes creen que pagar significa una atención de mayor calidad, pero esta promesa está bastante lejos de la realidad". Sin embargo, se trata de una creencia muy generalizada, en busca de un “servicio más exclusivo”, pese a que la privada es infinitamente peor que la pública. Por ello, es importante que la opinión pública tenga información real sobre la calidad de este tipo de atención sanitaria.

Ahora que la ciudadanía recurre habitualmente a la medicina privada, debe conocer cuáles son sus debilidades. Por ello, exponemos con brevedad el caso de la Clínica Asturias, sin la intención de que sirva para hacer un juicio global a la atención sanitaria privada, pero tampoco de categorizar este caso como singular o, menos aún, como una simple anécdota.

15 Decreto Red Sanitaria de Utilización Pública :
<https://sede.asturias.es/portal/site/Asturias/menuitem.1003733838db7342ebc4e191100000f7/?vgnextoid=d7d79d16b61ee010VgnVCM1000000100007fRCRD&fecha=03/06/2002&refArticulo=2002-1603002>.

16 Ley 11/1992: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1992-20655>

17 <https://docplayer.es/13190794-Informe-definitivo-de-fiscalizacion-sobre-los-conciertos-sanitarios.html>

En la Plataforma de la Salud y la Sanidad Pública de Asturias, hemos recibido denuncias¹⁸ por parte de profesionales y pacientes que han tenido relación con esta Clínica, que deben ser objeto de investigación y conocimiento público.

Problemas e irregularidades que ya han sido objeto de denuncia con anterioridad, sin que hasta la fecha el SESPA haya adoptado las medidas correctoras oportunas.

- Dudas razonables acerca de la vigencia de los contratos del SESPA con el sector privado (incluida la Clínica Asturias), con prorrogas constantes de discutible legalidad y que, en todo caso, indican prácticas administrativas deficientes.
- Irregularidades en la compatibilidad del ejercicio profesional de médicos del SESPA que trabajan, a su vez, en la Clínica Asturias (y quizás en otras Clínicas) sin la correspondiente autorización de acuerdo con la Ley 53/84 y la normativa vigente en el Principado¹⁹. Así mismo, se ha de comprobar la posible existencia de incompatibilidades horarias.
- Presuntas deficiencias en la infraestructura del centro referidas a la reanimación quirúrgica, por no cumplir los estándares del Ministerio de Sanidad en su informe “Bloque Quirúrgico”²⁰; comprobación de si hay salida de emergencias en el área de quirófanos y si se dispone de una separación clara entre los circuitos quirúrgicos limpio/ sucio, muy importante en la prevención de las infecciones quirúrgicas.
- Presuntas anomalías, que deben de ser investigadas, en la documentación clínica: Informes de Quirófano en donde no constan los nombres del cirujano que realizó la intervención, el ayudante y el anestesista; consentimientos

18. LEY DE TRANSPARENCIA PRINCIPADO ASTURIAS:

Artículo 59. Denunciante.

Cualquier persona física o jurídica podrá denunciar conductas, hechos o situaciones de las que pudieran derivarse ilícitos administrativos o penales con la corrupción o comportamientos contrarios a la integridad pública en el ámbito de la Administración del Principado de Asturias, los organismos y entes públicos dependientes o vinculados a ella, así como en las sociedades mercantiles y fundaciones en las que aquella tenga directa o indirectamente participación mayoritaria o dominio efectivo cuando sean designados previo acuerdo del Consejo de Gobierno o por sus propios órganos de gobierno.

Artículo 60. Estatuto del denunciante

1. Sin perjuicio de los derechos establecidos en la legislación básica y de lo que reglamentariamente se determine, el denunciante gozará, en todo caso, de los siguientes derechos:

a) Confidencialidad. La Administración estará obligada, a solicitud del denunciante, a omitir cualquier dato que pueda conducir a su identificación, sin perjuicio de que, en los términos en su caso establecidos por la legislación básica, puedan presentarse denuncias anónimas.

b) Indemnidad. La Administración no podrá adoptar ninguna medida que suponga directa o indirectamente retorsión o represalia sobre el denunciante como consecuencia de la presentación de la denuncia, siendo nulos los actos administrativos que vulneren este nuestro derecho.

2. El denunciante, que no tendrá la condición de interesado en las actuaciones administrativas que se inicien como consecuencia de la denuncia, podrá solicitar de la Administración ser informado del estado de tramitación de su denuncia y resolución de la misma.

19 Reconocimiento de compatibilidad:

<https://sede.asturias.es/portal/site/Asturias/menuitem.46a76b28f520ecaaaf18e90dbbb30a0a0/?vgnnextoid=a4d85a8a9ad4f010VgnVCM100000b0030a0aRCRD>

20 Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social: Estándares y recomendaciones

https://www.mschs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/resumen_ejecutivo.htm

informados en donde no consta el nombre del médico que realiza la información, como exige la Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente

- Denuncias sobre diferencias de trato entre los pacientes del SESPA y los pacientes privados. Estos últimos ocupan habitaciones individuales mientras que para los derivados del sistema público se habilitan dos camas en las mismas habitaciones individuales,

LAS CAUSAS SUBYACENTES: LA VERTIENTE ENCUBIERTA

1. La sanidad pública no es indestructible.

Los sistemas públicos de salud se han construido con el ambicioso objetivo de conseguir “una buena atención médica disponible para todos”; de hacer efectivo el derecho a la protección y la reparación de la salud; de poner el énfasis en la equidad, la inclusión y la igualdad.

La Sanidad Pública española y asturiana han forjado a lo largo de los años un poderoso dispositivo asistencial (se ha dicho con acierto que desde cualquier punto de nuestra geografía y hasta donde alcanza la vista, siempre se puede ver un consultorio o un centro de salud). Una formidable maquinaria industrial de instalaciones, medios humanos y tecnológicos, que logra desde hace décadas grandes resultados en el tratamiento de las enfermedades, que tiene además una valoración global muy alta, como uno de los mejores sistemas de salud del mundo²¹, tanto en el acceso como en la calidad y la eficiencia.

Sin embargo, la sanidad pública afronta importantes desafíos y síntomas preocupantes de no ser capaz de dar adecuada respuesta a los problemas de salud que se le plantean, incluso de generar nuevos problemas asociados a la ceguera de su propia actividad. Algunos ejemplos: la hegemonía indiscutida de la industria tecnológica; la incertidumbre ante el constante crecimiento de los costes, justificados o no; la desconexión con las redes de atención informal, de cuidados sociales y la dependencia, en una sociedad que envejece de forma acelerada; la necesidad de trasladar los cuidados sanitarios del hospital a la comunidad; incluidos los problemas agudos y decisiones significativas sobre nuestra salud, sin que se hayan modificado las estructuras establecidas desde hace mucho tiempo, apenas receptivas a la Comunidad...

La Sanidad Pública inevitablemente tiene que cambiar, la cuestión es cómo y en función de qué intereses y necesidades. El desafío es existencial y la solución también lo será: exige reorientar los objetivos, las relaciones de poder, las estructuras, el cómo los profesionales hacen su trabajo y cómo se involucran las comunidades y las organizaciones comunitarias. No tenemos todas las respuestas, pero tenemos el compromiso de colaborar para encontrar esas respuestas.

21 OECD: <http://www.oecd.org/health/health-data.htm>

2. Qué explican los recortes y las externalizaciones

Las causas que habitualmente se invocan desde los partidos de izquierdas y las organizaciones sociales, son las denominadas políticas de austeridad, las estrategias de privatización que externalizan servicios sanitarios (médicos y logísticos) y determinadas medidas legislativas de carácter neoliberal como el RD 16 /2012. En su conjunto, son políticas abiertamente privatizadoras, claramente perceptibles para la ciudadanía y que se han convertido en las reivindicaciones habituales de la izquierda y los movimientos sociales²² en defensa del sector público, y también en el argumentario para explicar explicar por qué no van bien las cosas en la sanidad pública, por qué hay largas listas de espera y por qué crece, en espejo, la sanidad privada.

Las políticas de la “austeridad” ha traído una drástica caída hasta el 5,8% del porcentaje del producto interior bruto (PIB) destinado a Sanidad²³, un porcentaje bastante inferior al que existía antes de la crisis. Los recortes han dañado seriamente a todo el sistema, especialmente a las plantillas de los trabajadores sanitarios. Lo mismo se puede decir de las “externalizaciones” que en algunas autonomías han supuesto la transferencia directa de importantes recursos públicos. Y, finalmente, tampoco hay duda de la trascendencia del RD 16 /2012, que ha introducido los copagos a los pensionistas y ha dejado fuera del sistema a los colectivos más vulnerables.

No obstante, más allá de los recortes, de las transferencias al sector privado o público-privado y de la “liberalización” legislativa²⁴, cuyas consecuencias en modo alguno se pueden minimizar, creemos que la pérdida de terreno de la Sanidad Pública obedece fundamentalmente a otros factores, que socavan los sistemas y servicios públicos y que pueden ser caracterizados como “endógenos” y “encubiertos”, porque están soterrados y tienen una menor visibilidad para los profesionales sanitarios y la opinión pública:

-
- 22 FADSP. Los problemas prioritarios que debe afrontar la sanidad pública española.
<http://www.fadsp.org/index.php/sample-sites/notas-de-prensa/1745-los-problemas-prioritarios-que-debe-afrontar-la-sanidad-publica-espanola>
- 23 E PIB en Sanidad en su nivel más bajo: https://www.consalud.es/politica/el-peso-de-la-sanidad-en-el-pib-alcanza-su-nivel-mas-bajo_48783_102.html
- 24 Sally Ruane. Contra la privatización <http://www.fadsp.org/documents/Salud2000/149/inglaterra%20149.pdf>

3. El poder que ejerce la industria farmacéutica y tecnológica sobre la medicina y los sistemas sanitarios.

Las multinacionales tecnológicas están en el epicentro de la maquinaria sanitaria, con la obvia contradicción de que responden a los intereses de sus accionistas y no a las necesidades de salud. Controlan y/o influyen poderosamente sobre el conocimiento y su difusión, sobre los políticos y los mass-media, sobre el comportamiento de los consumidores, el marketing y la formación de los profesionales... De particular importancia es la connivencia de las multinacionales con las políticas neoliberales en la regulación y la arquitectura jurídica y legislativa que las respalda.

Se ha estudiado el dominio las corporaciones de la salud en cuatro ámbitos de intervención²⁵:

- 1/ La definición y el desarrollo de la narrativa dominante
- 2/ El establecimiento de las reglas/normas, específicamente las comerciales
- 3/ La mercantilizan el conocimiento
- 4/ La desposesión de los los derechos políticos, sociales y económicos

4. La mercantilización del conocimiento

Una definición común de mercantilización es la transformación de las relaciones, antes no contaminadas por el comercio, en relaciones comerciales de compra y venta. Una mercancía requiere no sólo el intercambio de bienes de un propietario a otro por su valor de uso, sino que se tiene que establecer un valor de cambio para el producto que se comercializa.

La mercantilización del conocimiento científico²⁶ está expresamente enmarcada en la pretensión de crear riqueza. Aunque, paradójicamente, apenas existe retorno público en las ganancias por el conocimiento que se genera, pese a que la financiación pública puede ser muy importante, o las exenciones y ventajas fiscales y que, habitualmente se utilizan recursos públicos investigadores en universidades y centros que pertenecen al sector público. Existe, por el contrario, una creciente cultura empresarial en este ámbito, en las normas académicas, en la conducción de la investigación, en la generación de empresas privadas desde el propio sector público y, en última instancia, hasta en la educación de los alumnos. La creciente dependencia de los investigadores de la financiación externa, subvenciones u otras, está plenamente aceptada e incorporada, incluso como un criterio de rendimiento de los investigadores.

La mercantilización es, pues, una amenaza para la autonomía de la ciencia²⁷, que es la condición previa para que se pueda producir conocimiento de alta calidad. Esta amenaza ha generado una división en los medios académicos, entre aquellos que legitiman la mercantilización y aquellos que tienen una posición de tolerancia cero ante la pérdida de autonomía de la ciencia y de su “responsabilidad social”.

25 Martín McKee, David Stuckler, "Revisión de los determinantes corporativos y comerciales de la salud", *American Journal of Public Health* 108, no. 9 (1 de septiembre de 2018): pp. 1167-1170.

26 Rethinking Science and Commodifying Knowledge. Merle Jacob (Lund University) <https://www.researchgate.net/publication/250151998>

27 <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.2304/pfie.2003.1.1.3>

Finalmente, hay que entender que la mercantilización del conocimiento no es un fenómeno aislado, sino que es parte de un proceso global de mercantilización **de toda la sociedad**, en donde se puede considerar a los investigadores y académicos a la vez como promotores y víctimas.

5. La burbuja biomédica.

La mercantilización de la Biomédicina es una estrategia velada o encubierta: En las últimas décadas, los sistemas sanitarios han experimentando una creciente orientación comercial conducente a la generación de gasto y utilización de recursos: fármacos, tecnologías e intervenciones sanitarias²⁸, que no son pertinentes (no responden a los problemas reales de la salud), son innecesarios y en muchas ocasiones perjudiciales. Sin embargo, este mal uso o despilfarro no se cuestiona porque está legitimado por la ciencia y los expertos (la mercantilización del conocimiento es la clave de bóveda), porque es aplaudido acríticamente por los políticos de cualquier signo y tolerado por sus organismos reguladores y porque, finalmente, es favorablemente acogido por una ciudadanía capturada por la fascinación tecnológica y su dependencia a los servicios sanitarios.

La orientación comercial se edifica en “el complejo médico- industrial” que influye de forma decisiva sobre el conjunto de la sanidad pública, sobre sus directivos, profesionales y pacientes, con la transformación de los bienes y servicios sanitarios en mercancías para ser comercializadas con fines de lucro, con la consecuencia de reemplazar el valor de uso por el valor de cambio en la actividad sanitaria.

La mercantilización promueve sobrediagnósticos, sobretratamientos, la medicalización de la vida²⁹ o el despilfarro de recursos (estimados, según los estudios; en más del 20% de la actividad sanitaria), conformando la denominada “burbuja sanitaria”³⁰, que es **el principal mecanismo de transferencia de riqueza pública al ámbito privado y comercial, la más grave estrategia de privatización de la Sanidad.**

6. Los determinantes corporativos de la salud

El poder y la influencia dominante de las grandes corporaciones tiene siempre por objetivo la generación de ganancias, con independencia de posibles efectos negativos para la salud, la sociedad o el medio ambiente.

Los determinantes corporativos o comerciales de la salud³¹ se pueden definir como “las estrategias y enfoques utilizados por el sector privado para promover productos y opciones que son perjudiciales para la salud”. Este concepto incluye a nivel micro el comportamiento consumista de la ciudadanía y, a nivel macro, la sociedad de riesgo y consumo global y la economía política de la globalización.

28 NOGRACIAS. <http://www.nogracias.eu/2017/05/25/la-insoportable-insostenibilidad-la-sostenibilidad-defensa-del-decrecimiento-del-sistema-sanitario-abel-novo/>

29 Ivan Illich *Némesis Médica. La expropiación de la salud.* Barral, Barcelona. 1975.

30 The Biomedical Bubble. Why UK research and innovation needs a greater diversity of priorities, politics, places and people. Richard Jones and James Wilsdon July 2018. <http://nesta.org.uk>

31 The commercial determinants of health. I Kickbusch, L Allen, C Franz- The Lancet Global Health, 2016 – thelancet.com

En consecuencia, los profesionales e investigadores de la salud deben entender que las entidades corporativas constituyen un determinante social y estructural de la enfermedad (corporaciones promotoras de enfermedades). Lo que incluye un amplio grupo de actividades y productos comerciales como el tabaco, vehículos de motor inseguros y contaminantes, medicamentos caros, pistolas, alcohol, bebidas refrescantes edulcoradas, la contaminación del agua y el aire, la seguridad del suministro de alimentos y su contenido nutricional, la seguridad ocupacional. Prácticas corporativas perjudiciales para la salud, que conforman un formidable negocio, con la consecuencia de “epidemias industriales” y enfermedades con fines de lucro

Las corporaciones también influyen poderosamente en los servicios de salud, ante la facilidad y debilidad de las agencias reguladoras, que tienen una financiación que en el 80% depende de las corporaciones y que disponen de un número limitado de recursos y empleados, habitualmente plagados de conflictos de intereses, para hacer frente a sus funciones.

La salud pública debería de poner en su agenda política y de investigación a las corporaciones como un factor estructural y social de enfermedad³². La directora general de la OMS, en el periodo 2.007-2.0017, Margaret Chan, señaló que e "los esfuerzos para prevenir las enfermedades no transmisibles van en contra de los intereses comerciales de los poderosos operadores económicos". Mientras que el enfoque habitual de las opciones en los estilos de vida merece un posicionamiento abiertamente crítico³³.

Por consiguiente, conceptualmente, es adecuado estudiar todos los determinantes comerciales de la salud en un mismo campo sinérgico y multidisciplinario, para una mejor comprensión de los métodos y los canales por los que se ejerce la propagación corporativa de enfermedades no transmisibles, desde la perspectiva de que el conflicto fundamental reside en el conflicto entre la maximización imperativa del valor de los accionistas (los beneficios empresariales) y la salud de la población. Si bien, no es una tarea fácil capturar toda la complejidad inherente a los determinantes comerciales, debido a que están estrechamente vinculados no sólo al afán de lucro, sino también a la centralidad del consumo y a los canales de influencia sobre los gobiernos, la sociedad y los consumidores.

32 Public Health and the Anticorporate Movement: Rationale and Recommendations. William H Wist. American Public Health Association, Agosto, 2006

33 FreudenbergN . Public health advocacy to change corporate practices: implications for health education practice and research. *Health Educ Behav.*2005;32:289–319.

7. Un modelo empresarial

La privatización encubierta de la Sanidad Pública se refiere no sólo a los fármacos, las tecnologías o las intervenciones sanitarias, sino también a una dinámica endógena de ideas, métodos, prácticas y modelos que reflejan las prioridades comerciales del sistema. Explica, por ejemplo, que los hospitales se resistan a perder la hegemonía, dada su condición de centro tecnológico y comercial (hospitalocentrismo) o que, pese a la retórica de los discursos al uso, persista la subordinación de la atención primaria, en relación directa con la capacidad de consumo de tecnologías entre estos dos niveles asistenciales.

La dinámica interna privatizadora surge en una estructura inicialmente burocrática y controlada, con claras jerarquías, reglas y protocolos. El objetivo es transformar esta estructura en una organización descentralizada, basada en la competencia, desde la convicción de que es necesario asimilar el sector público al modelo privado de las empresas comerciales, en aras de una presumida modernización y eficiencia.

Los ejemplos más conocidos son el trasvase de la gestión al modelo “gerencialista” o los cambios dentro de la organización sanitaria destinados a la empresarialización de centros y servicios (como se propone con las Unidades de Gestión Clínica). Una estrategia subordinada a una supuesta rentabilidad económica, en donde no hay espacio para las alternativas democráticas y participativas. En este esquema, en Asturias, es donde cabe incluir a GISPASA³⁴, una sociedad mercantil interpuesta que el Principado dedica a la gestión de compras e infraestructuras de los Hospitales de Oviedo (HUCA) y Mieres.

Se persigue, por tanto, que los servicios públicos se parezcan – funcionen como las empresas del sector comercial, lo que conlleva aparejado, en una administración pública que tradicionalmente carece de transparencia y que está atravesada por múltiples conflictos de intereses, un riesgo nada despreciable de corrupción.

Por otra parte, una de las características del sistema sanitario público en España es la confusión entre “política” y “gestión”. La gestión no está profesionalizada (como ocurre en la mayoría de los países europeos) sino que los nombramientos de gerentes, directores, incluso de responsables en la asistencia, dependen del partido que gobierna, con indeseables consecuencias de clientelismo, cortoplacismo...

34 GISPASA: <http://www.gispasa.es/portfolio/huca/>

8. Crisis de valores y sentido de pertenencia

En la Sociedad se han producido cambios muy importantes demográficos, económicos, sociológicos..., entre ellos, la prevalencia de determinados valores como el consumismo y el individualismo, con menoscabo de la solidaridad y el bien común. En una primera aproximación, podría parecer que estos cambios son ajenos o están fuera del alcance de la Sanidad Pública. Sin embargo, en sentido contrario, la Sanidad Pública, por su propia coherencia y naturaleza, está obligada a participar en el esfuerzo de contrarrestar estas influencias, mediante estrategias que desarrollen y potencien los valores democráticos referidos a la equidad, el bien común, la participación profesional y ciudadana, la sostenibilidad ambiental y económica, la igualdad de género, la rendición de cuentas o la transparencia, estrategias democráticas que acerquen a los ciudadanos y los profesionales a reforzar el sentimiento de propiedad y de pertenencia.

En paralelo con los procesos de comercialización, la Sanidad Pública ha perdido valores y liderazgo moral. Profundizar en el desarrollo de vectores democráticos debe ser uno de los objetivos primordiales de las reformas que se precisan.

9. Los determinantes sociales de la salud

Aunque cierra el listado de las causas de la deriva de la Sanidad Pública, es quizás una de las claves más relevantes. Los sistemas sanitarios se han construido desde el “asistencialismo”, no sólo porque en sus orígenes el objetivo era recuperar la fuerza de trabajo, sino porque su posterior orientación comercial discrimina entre las actividades que tienen rentabilidad empresarial y las que no la tienen, en cualquier ámbito de su actividad. La consecuencia es la marginalidad de los servicios de Salud Pública, con una financiación que apenas alcanza el 1% de los presupuestos, y casi nula capacidad de intervención política.

Los Sistemas Sanitarios no asumen (no están diseñados) para trabajar al servicio de las estrategias de “salud en todas las políticas”, de construir sociedades más sanas y equitativas (educación, medio ambiente, alimentación, energía, vivienda y empleo dignos, pobreza, inequidad de género, etc). En cierta medida, se ha generado una contraposición entre sanidad y salud, que hace funcionar a los Sistemas sanitarios, como un techo de cristal (como una limitación velada o invisible) para profundizar en los determinantes sociales de la salud, mientras medicaliza la pobreza y la ignorancia, el paro y la precariedad laboral, la obesidad, los efectos de la contaminación, un sistema alimentario insano, el cambio climático o la violencia patriarcal.

PREGUNTAS A LA CONSEJERÍA DE SALUD

- ¿Es consciente la Consejería de Salud del cambio de tendencia en las relaciones entre la Sanidad Pública y la Sanidad Privada y de los riesgos potenciales que ello conlleva para el futuro del sistema público? De ser así, ¿qué estrategias se proponen para combatir la tendencia privatizadora?

- ¿Por qué no existe información de las inspecciones del SESPA / Consejería a los centros con los que tiene conciertos o convenios y que no son de titularidad pública?, ¿Cuál se la periodicidad de estas inspecciones y cuáles sus resultados?
- ¿Están en vigor todos los conciertos que se efectúan con los centros privados?
- Con respecto a las irregularidades denunciadas en la Clínica Asturias, ¿Qué medidas adoptará la Consejería?
- ¿Es necesario revisar el sistema de inspecciones, auditorias y verificaciones específicas en la Consejería de Salud?
- ¿A qué se debe que el SESPA no tenga un sistema informático que incorpore a todos los centros con los que establece convenios y conciertos para permitir una gestión integrada tanto de la asistencia sanitaria como de la facturación?
- ¿Está de acuerdo la Consejería con las causas subyacentes y estructurales que se señalan en este informe?, ¿qué respuestas considera necesarias?

Asturias, Noviembre 2.018

PLATAFORMA DE LA SALUD Y LA SANIDAD PÚBLICA DE ASTURIAS