

No es austeridad. Es privatización: el caso catalán

La crisis económica, política y social actual ha supuesto, en muchos países europeos, drásticas restricciones en el gasto en servicios públicos y en prestaciones sociales. Los sistemas de salud, no exentos de estas políticas, han sufrido asimismo distintos recortes de presupuestos, con la correspondiente disminución de recursos o infraestructuras. Y si bien la sanidad no es el único determinante de la salud, constituye uno de los pilares fundamentales del Estado del bienestar, y más especialmente en estos momentos de recesión económica (1, 2, 3). Como ya señalan varios expertos, las medidas de austeridad—recetadas por fuertes organismos internacionales, como el Banco Central Europeo o el Fondo Monetario Internacional— están afectando gravemente y de manera desigual a la salud de las poblaciones de diversos países del sur de Europa, entre ellos el Estado español (2, 3).

No obstante, y a pesar de lo dramático y urgente del «ahora», la situación actual no responde, solamente, a unas políticas recientes de austeridad, sustentadas en el «no hay dinero» y en aumentar la eficiencia de unos ya deficitarios y deteriorados sistemas públicos (4). El escenario de crisis ha constituido la «excusa perfecta» para agudizar unas políticas mercantilizadoras y privatizadoras que vienen avanzando desde hace décadas. En este contexto, el Sistema Nacional de Salud español (SNS) y los *sistemas autonómicos* que lo integran¹, se están viendo peligrosamente dañados.

Especialmente en sanidad, en las últimas décadas del siglo XX, muchos de los países europeos y en general de la OCDE—siguiendo los intereses del mercado— han ido incorporando progresivamente el sector privado en los sistemas públicos (5) e introduciendo criterios mercantiles en el funciona-

Las estimaciones más fiables muestran que el gasto en farmacia hospitalaria en 2013 duplicaba el que teníamos en 2003

miento y gestión de las Administraciones públicas. Y, si bien los criterios de mercado no son en todos los casos avances privatizadores (6), la mercantilización de los sistemas públicos se sustenta habitualmente en el mismo ideario que defiende los procesos de privatización, alegando que el mercado es el gestor más eficiente en la asignación de recursos y señalando que los servicios públicos son ineficaces, *rígidos*, burócratas y corruptos (4).

En particular, el SNS, el sistema sanitario de Catalunya, por su estructura y composición, es uno de los casos más paradigmáticos para explicar la mercantilización—y posterior privatización—de los sistemas públicos en Europa. En el modelo sanitario catalán la convivencia y la colaboración público-privada, así como los elementos de mercantilización están muy presentes, en un contexto donde la rendición de cuentas es mínima y los sistemas de información (aunque mejorados en los últimos años) son escasos. La complejidad y la falta de transparencia del sistema dificultan enormemente no solo analizar los procesos de mercantilización y privatización, sino también sus repercusiones en el acceso al sistema, la calidad, la equidad y, en última instancia, los resultados en salud (7).

Como primera aproximación al estudio de la tendencia privatizadora y mercantilizadora de la sanidad en Catalunya, este artículo se centra en analizar estos procesos desde la perspectiva económica y estructural.

Ana Martínez Rodríguez



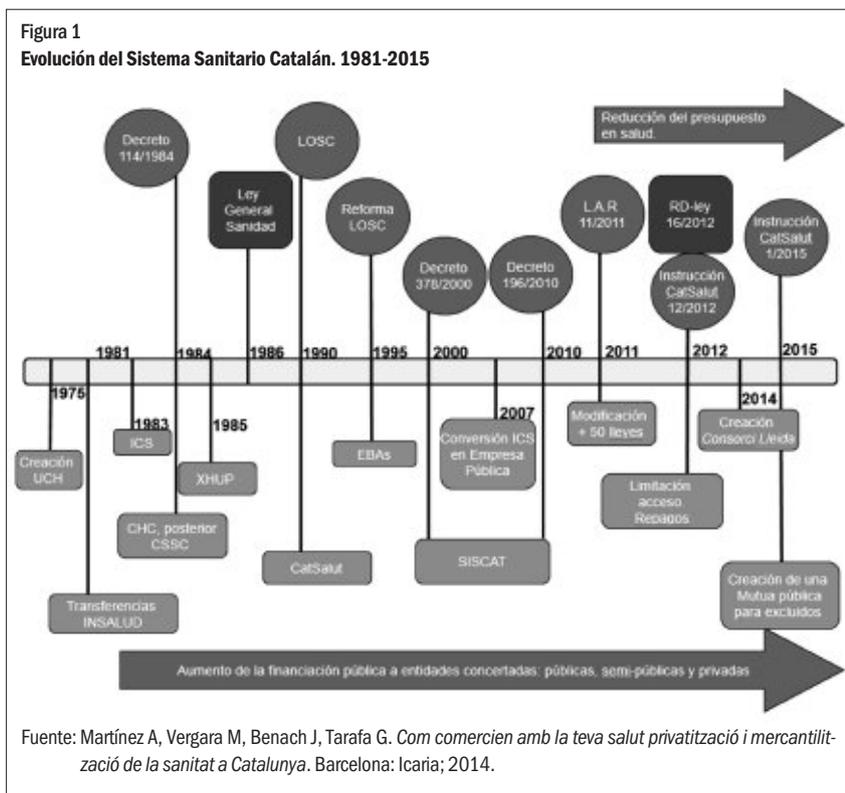
Montse Vergara Duarte



El modelo mixto y sus «bondades»

El sistema sanitario catalán nace en 1981, momento en que se producen las transferencias desde el Estado español a Catalunya. Ya desde el mismo origen, Catalunya configuró una estructura mixta particular, aglutinando bajo una misma red de asistencia pública (la Red de Hospitales de Utilización Pública—XHUP por sus siglas en catalán) los proveedores hospitalarios del sistema, fueran estos de titularidad pública o no. Su evolución y desarrollo se han caracterizado por un aumento progresivo de la financiación pública a entidades concertadas, incrementando la gestión desde formas privadas y la colaboración público-privada en distintas modalidades (8, 9). En estos procesos cabe destacar dos momentos clave: en primer lugar, la aprobación de la Ley de Ordenación Sanitaria de Catalunya (LOSC) de 1990, que consolidó el modelo mixto, separando las funciones de compra y provisión de servicios². En segundo, la reforma de la LOSC de 1995, que legitimó la introducción del «ánimo de lucro» en la sanidad pública (figura 1), especialmente en el ámbito de la atención primaria³.

La estructura final del sistema catalán lo hace muy diferente al resto del SNS: el Departament de Salut gobierna y establece las políticas, mientras el Servei Català de la Salut (CatSalut) es el organismo encargado de comprar servicios sanitarios a una amplia red de proveedores (Sistema Integral de Salud de Catalunya, SISCAT), entre los que se encuentra el Instituto Catalán de la Salud (ICS), de naturaleza, titularidad y gestión públicas, y un bloque llamado «la concertación» que incluye una amalgama de entidades que pueden ser públicas, mixtas o privadas, con o sin ánimo de lucro (figura 2). En este sistema, el ICS gestiona el 77% de



la atención primaria y tan solo un 25% de la atención hospitalaria (incluye, no obstante, la mayoría de hospitales con mayor nivel de complejidad). Los servicios de la atención especializada socio-sanitaria y salud mental también están concertados mayoritariamente con proveedores no-ICS.

La diversificación del sistema ha propiciado múltiples formas de colaboración público-privada en los servicios públicos, y no solo en la coordinación, gestión y provisión de dichos ser-

vicios, sino también en la formación continuada de los profesionales o incluso en la construcción de nuevas infraestructuras mediante alianzas comerciales entre proveedores privados (Private Finance Initiative) (10). La concertación y la subcontratación son elementos clave en el modelo (11), que se configura con una red derivada de una intensa proliferación de entidades diversas que se asocian, agrupan y/o coordinan en distintos modos. Por ejemplo, algunas de las entidades pú-

blicas, aunque son de titularidad y naturaleza públicas, se gestionan desde el derecho mercantil privado. Otras, también públicas, comparten gestión, titularidad u otras funciones con entidades privadas. Además se incluyen empresas que son completamente privadas de carácter benéfico y no benéfico, siendo cada vez mayor el número de entidades privadas con explícito ánimo de lucro (12).

La «insostenibilidad económica» del sistema público

En Catalunya, las políticas de austeridad han supuesto una reducción del presupuesto destinado a salud de casi un 17% entre 2010 y 2015⁴ (leyes de Presupuestos de la Generalitat, 2010-2014). Si bien cabe destacar que en el campo de la salud y la sanidad, disponer de más presupuesto (o realizar más gasto) no es siempre sinónimo de obtener mejores resultados, las recientes reducciones han conllevado disminuciones significativas de servicios, personal e infraestructuras, con un impacto social y en el funcionamiento del sistema que no ha dejado a nadie indiferente. Asimismo es notable observar la desigual evolución de las partidas presupuestarias en Catalunya. El paradigma dominante en el sistema es fundamentalmente biomédico, de orientación hospitalocéntrica y poco transparente; un enfoque que favorece los procesos de mercantilización y privatización, y que infradesarrolla los ámbitos de atención primaria, comunitaria y de



PVP: 15 euros.

Novedad editorial

Treinta años del Sistema Sanitario Español (1981-2011)

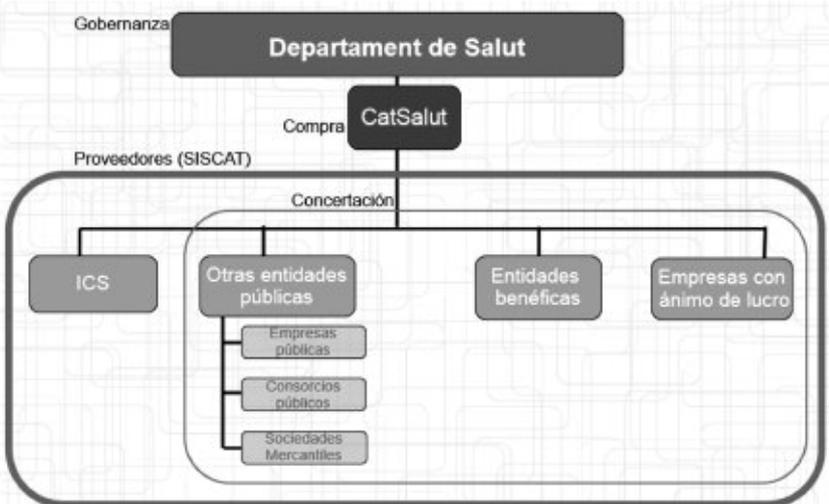
Treinta años de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública

Con un análisis de la evolución de la salud de los españoles y españolas, y de la financiación, organización y funcionamiento del Sistema Sanitario Español.

Pedidos: FADSP. C/ Arroyo de la Media Legua, 29. Local 49. 28030 Madrid.

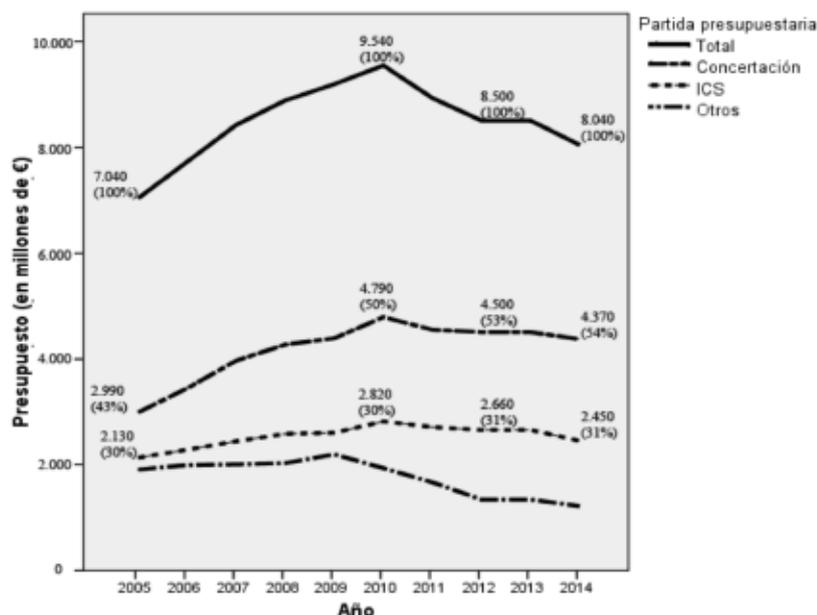
Tel.: 91 333 90 87. E-mail: fadspu@gmail.com

Figura 2
Estructura del sistema sanitario catalán



Fuente: Martínez A, Vergara M, Benach J, Tarafa G. *Com comercien amb la teva salut privatització i mercantilització de la sanitat a Catalunya*. Barcelona: Icaria; 2014.

Figura 3
Evolución del presupuesto de CatSalut según la partida presupuestaria (2005-2014)



Fuente: Leyes de Presupuestos de la Generalitat 2005-2014. Otros: compra de otros bienes y servicios, gastos de personal, otros gastos de capital, farmacia, etc.

participación popular. Así, mientras el presupuesto asignado a la atención primaria ha pasado del 20% al 16% entre 2010 y 2014, el asignado a la atención especializada ha aumentado del 46% al 49% en el mismo periodo. Asimismo, la evolución de la distribución de presupuestos en la sanidad catalana en el último decenio muestra distintas velocidades entre la sanidad concertada y el ICS. Entre 2005 y 2014, el ICS ha mantenido su presupuesto en torno al 30% del total; sin embargo, la concertación ha aumentado en ese mismo periodo en más de un 10% su partida presupuestaria (figura 3).

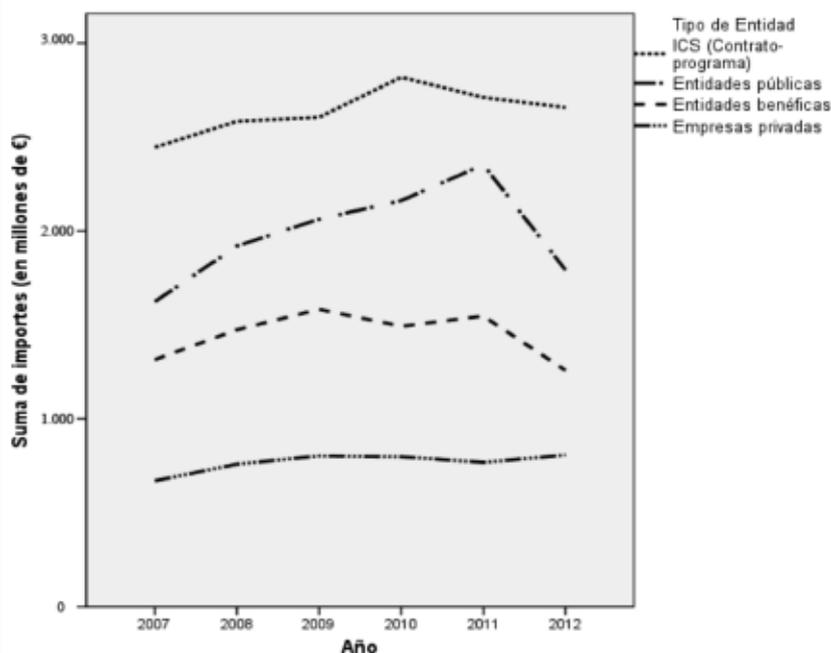
Transparente, sí, pero solo para algunos

La concertación supone más de la mitad del total del presupuesto de salud en Catalunya; sin embargo, en el CatSalut esta se presenta como una partida *única*, en importes presupuestados o liquidados. A raíz de una petición explícita de la Plataforma de Afectadas por los Recortes Sanitarios (PARS) –ya que esta información no está disponible–, el CatSalut publicó en su página web un documento con esta partida desglosada, aunque únicamente con los datos presupuestados (no conocemos el importe finalmente liquidado) entre 2007 y 2012. Así, el control –democrático y necesario– del presupuesto y gasto público en el caso de las entidades concertadas resulta enormemente difícil. Si bien es cierto que pueden consultarse las cuentas de las entidades públicas o mayoritariamente públicas –con mayor o menor dificultad en el acceso a ellas–, no es tan sencillo en el caso de las entidades privadas –o con participación pública minoritaria–, sean estas benéficas o con ánimo de lucro. Es decir, no tenemos un acceso transparente a un dinero público que en parte está sirviendo en beneficio y lucro privados.

Los pocos datos disponibles (2007-2012) nos ponen sobre aviso en clave de privatización (figura 4); mientras las entidades privadas con ánimo de lucro mantienen o incrementan el importe de los contratos con el CatSalut, el resto de entidades, benéficas, públicas o semipúblicas, ven reducidos sus pre-

En Catalunya, las políticas de austeridad han supuesto una reducción del presupuesto destinado a salud de casi un 17% entre 2010 y 2015

Figura 4
Evolución del presupuesto del CatSalut según titularidad de la entidad proveedora (2007-2012)



Fuente: Registro de Convenios y Contratos del CatSalut 2007-2012. Entidades públicas: consorcios, empresas y sociedades mercantiles participadas mayoritariamente por la Generalitat. Entidades benéficas: cualquier entidad de carácter benéfico sin ánimo de lucro participada o no por la Generalitat. Empresas privadas: entidades con ánimo de lucro no participadas por la Generalitat o participadas de forma minoritaria.

ridades, malversaciones, prevaricaciones o corrupciones que han sido ampliamente denunciadas. El fenómeno de las «puertas giratorias» está especialmente presente: el modelo catalán ha visto cómo determinados representantes políticos «circulan» entre cargos públicos y privados de las distintas empresas vinculadas al sistema público. Por ejemplo, el actual conseller de Salut, Boi Ruiz, presidió hasta el año 2010 la Unió Catalana d'Hospitals –un grupo de mutuas privadas–; Josep Maria Padrosa, director del CatSalut, ejerce, supuestamente, de asesor en varias empresas de servicios de fisioterapia que contratan con el mismo CatSalut y que aumentaron su facturación con este en un 26% entre los años 2006 y 2012 (19); o el caso más reciente aparecido en prensa: el Consorci Sanitari i Social de Catalunya (CSSC) adjudicó, en enero de este año, un contrato de consultoría a la consultora de uno de sus directivos, Josep M^a Vía, por valor de casi 200.000 euros (20). La connivencia de las élites económicas con políticos y gestores públicos son manifiestas: valores e intereses compartidos, prácticas de clientelismo y de «puertas giratorias», favores políticos, pagos y salarios millonarios irregulares y adjudicaciones sin concurso (12).

El presupuesto asignado a atención primaria ha pasado del 20% al 16% entre 2010 y 2014, el asignado a la atención especializada ha aumentado del 46% al 49%

supuestos, a partir de 2010, con distintas variaciones. Cabe destacar, por ejemplo, el caso del holding sanitario IDC Salud (antigua Capiro Salud, SL), que dobló su facturación al CatSalut (13, 14), entre 2010 y 2012. Lamentablemente, el registro de convenios y contratos no contiene más datos después de 2012.

La sanidad, un negocio rentable

La reducción, deterioro y destroz de la sanidad pública es la estrategia neoliberal en favor del enriquecimiento de la sanidad privada; convertir la salud y la asistencia sanitaria en una mercancía más hace posible incrementar las

posibilidades de negocio. El hecho no es banal ni inocente; como señalan varios informes y estudios, la participación privada, la gestión desde formas privadas (sobre todo con ánimo de lucro) no beneficia la eficiencia del sistema ni obtiene mejores resultados en salud (15, 16, 17, 18) es una decisión ideológica (7) que, sin embargo, sí supone un extraordinario beneficio para el capital sanitario privado⁵. El 40% del presupuesto de la Generalitat se destina a salud; es un enorme pastel a repartir.

El modelo catalán no solo ha favorecido progresivamente la introducción de entidades privadas con ánimo de lucro en los distintos ámbitos y funciones públicas, sino también varias irregula-

Sabemos las preguntas, y no solo queremos respuestas

La situación de crisis actual nos ha llevado a replantear el modelo político, económico, social, y también el modelo de salud. Catalunya, al igual que el resto del Estado español, no ha estado exenta del impacto de la crisis. El modelo neoliberal gana terreno en el discurso hegemónico; un discurso mercantilizador que prima el beneficio de unos cuantos a costa de los derechos de muchos, obviando derechos humanos fundamentales, entre los cuales se encuentra el derecho a la salud.

Si bien el sistema sanitario no es el único determinante de la salud, constituye un pilar fundamental y actúa como modulador de las desigualdades en salud, muy especialmente en momentos críticos de la persona, es decir, en la situación extrema de enfermedad –física o mental– y en la situación actual,



donde existen claras evidencias acerca del impacto de la crisis en la salud de las personas, que han perdido sus viviendas, sus trabajos, su dignidad o su vida... (1, 2, 3).

Este texto es solo una primera aproximación a cómo las actuales medidas de austeridad responden a una agudización del proceso mercantilizador y privatizador del sistema sanitario en Catalunya –proceso que dista de ser reciente–. Estas medidas se acompañan, además, de un discurso descalificador del actual sistema –ineficiente e insostenible–; sin justificación sobre tal ineficiencia, pero sí con una reducción firme de lo público para dar paso a lo privado. ¿Por qué?

La lucha por la sanidad y la salud públicas nos ofrece un camino necesario y urgente para encontrar la respuesta. Y no solo para exigir una justificación, más transparencia o más rendición de cuentas acerca de las actuales medidas, sino también para reclamar una verdadera participación popular, para reivindicar nuestro legítimo derecho a la sanidad y a la salud, un mejor sistema sanitario, realmente público (en su propiedad, provisión y gestión), gratuito (pagado mediante impuestos y sin «repagos»), universal (sin exclusiones ni desigualdades) y con un nivel de eficiencia, calidad, equidad y humanidad muy superiores a los actuales. ■

Notas

- ¹ El SNS español es descentralizado; cada comunidad autónoma (CA) tiene características particulares. El Gobierno central establece el marco legislativo básico, mientras cada CA mantiene competencias en lo que a salud y sanidad se refiere.
- ² La separación de la compra y la provisión de servicios permitió que se pudieran contratar y concertar las empresas –no totalmente públicas– que ya formaban parte del sistema integrado en la XHUP y en los distintos entes consorciales.
- ³ A partir de la LOSC de 1990, y siguiendo el modelo de diversificación de proveedores extendido en atención hospitalaria, se inició también la multiplicación de proveedores de diferente titularidad en la gestión de Equipos de Atención Primaria (EAP).
- ⁴ Catalunya ha tenido históricamente un menor gasto en sanidad que el resto de España u otros países similares de la OCDE: García Armesto, S, Abadía Taira, MB, Durán, A, Hernández Quevedo, C, Bernal Delgado, E. España: Análisis del sistema sanitario. *Sistemas sanitarios en transición*, 2011, 12 (4): 1-269.
- ⁵ Entre 2010 y 2013, los seguros médicos privados en Catalunya han ganado 101.000 abonados, mejorando su beneficio en más de un 10%.

Referencias bibliográficas

1. Karanikolos M, Mladovsky P, Cylus J, Thomson S, Basu S, Stuckler D, et al. Financial crisis, austerity, and health in Europe. *The Lancet*. 2013; 381 (9874): 1323-31.
2. Kondilis E, Giannakopoulos S, Gavana M, Ierodiakonou I, Waitzkin H, Benos A. Economic Crisis, Restrictive Policies, and the Population's Health and Health Care: The Greek Case. *American Journal of Public Health*. 2013 Jun; 103 (6): 973-9.
3. Stuckler D, Basu S. Por qué la austeridad mata: el coste humano de las políticas de recorte. Madrid: Taurus; 2013.
4. Benach J, Muntaner C, Tarafa G, Valverde C. La sanidad está en venta: y también nuestra salud. Barcelona: Icaria; 2012.
5. Maarse H. The Privatization of Health Care in Europe: An Eight-Country Analysis. *Journal of Health Politics, Policy and Law*. 2006 Oct 1; 31 (5): 981-1014.
6. Saltman RB. Melting public-private boundaries in European health systems. *European Journal of Public Health*. 2003; 13: 24-9.
7. Martínez A, Vergara M, Benach J, Tarafa G. Com comercien amb la teva salut privatització i mercantilització de la sanitat a Catalunya. Barcelona: Icaria; 2014.
8. Gallego R. Tipus d'agències i estructures pressupostàries: anàlisi de la separació entre comprador i proveïdor en l'administració sanitària catalana. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. Servei Català de Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social BR04/2000.
9. Equip Estudis. Les tendències de l'evolució de la sanitat a Catalunya. Barcelona: Editorial Mediterrània; 1997.
10. Puig-Barrachina V, Martí Valls J, Vergara Duarte M. Experiències privatitzadores de la sanidad en Catalunya. En: Sánchez Bayle M (coord.). *La contrarreforma sanitària: anàlisis y alternativas a la privatización de la sanidad pública*. Madrid: Catarata; 2013: 37-63.
11. Serna, R. Capítulo 6. El proceso de privatización en Catalunya. Los retoques de las izquierdas al modelo sanitario catalán. En *¿Por nuestra salud?: la privatización de los servicios sanitarios*. Madrid: Traficantes de Sueños; 2010.
12. Sibina M, Dante A. Artur Mas: On són els meus diners?: crònica d'una batalla per la sanitat pública. Breda [Girona]: Noupaper; 2013.
13. Plataforma de Afectadas por los Recortes Sanitarios (PARS) [Internet]. IDC Salud (Capiro) duplica sigilosamente su facturación a la Generalitat en plena oleada de recortes. [Accedido 16 de mayo 2014]. Disponible en: <http://afectadasporlosrecortessanitarios.wordpress.com/2013/06/10/capio-facturacion-favorecida-generalitat-recortes/>
14. El Crític [Internet]. Boi Ruiz augmenta les subvencions al grup privat IDC Salud mentre retalla un 16% a la pública. [Accedido 2 de marzo 2015]. Disponible en: <http://www.elcritic.cat/investigacio/boi-ruiz-augmenta-les-subvencions-al-grup-privat-idcsalud-mentre-retalla-un-16-a-la-sanitat-publica-1873>
15. Mark TL. Analysis of the rational for, and consequences of, nonprofit and for-profit ownership conversions. *Health Services Research* 1999; 34: 83-101.
16. Quercioli C, Messina G, Basu S, McKee M, Nante N, Stuckler D. The effect of healthcare delivery privatisation on avoidable mortality: longitudinal cross-regional results from Italy, 1993-2003. *J Epidemiol Community Health*. 2013; 67 (2): 132-8.
17. Pollock AM, Price D, Liebe M. Private finance initiatives during NHS austerity. *BMJ*. 2011; 342: d324-d324.
18. EXPH: Expert Panel on effective ways of investing in Health. Health and Economic Analysis for an Evaluation of the Public- Private Partnerships in Health Care Delivery across Europe [Internet]. European Commission; 2014. [Accedido 25 de noviembre de 2014]. Disponible en: http://ec.europa.eu/health/expert_panel/opinions/docs/003_assessmentstudyppp_en.pdf
19. Plataforma de Afectadas por los Recortes Sanitarios (PARS) [Internet]. El CatSalut aumenta un 26% el importe adjudicado a las empresas de las que su director es apoderado, mientras recorta un 21% el presupuesto total de las licitaciones. [Accedido 16 de mayo de 2014]. Disponible en: <http://afectadasporlosrecortessanitarios.wordpress.com/2013/06/26/padrosa-contratos-catsalut-incompatibilidad-dimision-fisioterapia/>
20. El País [diario en Internet]. El Consorcio de Salud da un contrato de 200.000 euros a un directivo. [Accedido 2 de marzo de 2015]. Disponible en: http://ccaa.elpais.com/ccaa/2015/03/05/catalunya/1425588271_064960.html