

El robo de la sanidad pública

ÁNGELES MAESTRO - LA HAINE :: 13/05/2010

La privatización de la sanidad y de lo que se dio en llamar "estado del bienestar" se inscribe en el marco general de las políticas neoliberales.

I. Una estrategia general.

La privatización de los sistemas sociales emblemáticos, como la sanidad, de lo que se dio en llamar "estado del bienestar" se inscribe en el marco general de las políticas neoliberales que se inauguraron a sangre y fuego en 1973 con el golpe de Pinochet en Chile y continuaron con la operación Cóndor en el sur de América Latina.

Las formas cambiaron en Europa Occidental pero el contenido era el mismo: imponer las recetas de la Escuela de Chicago, cambiando para ello la correlación de fuerzas surgida de la II Guerra Mundial capaz de imponer un desarrollo sin precedentes de los servicios públicos. Los primeros pasos se dieron en Gran Bretaña en 1976 cuando el primer ministro laborista J. Callaghan pidió un préstamo al FMI que le fue concedido a cambio de recortes drásticos en el gasto público y de un programa de privatizaciones. En 1979, M. Thatcher aceleró el proceso. La derrota de la huelga minera de 1984-85 y la responsabilidad de las direcciones sindicales británicas y del resto de Europa en el aislamiento misma es emblemática del comienzo de una cadena de retrocesos en la lucha de clases que no ha hecho más que recrudecerse hasta nuestros días.

La imposición de los objetivos centrales del capitalismo neoliberal (déficit público cero, desfiscalización de las rentas del capital, gran disminución del gasto público en servicios sociales, privatizaciones, deslocalización del capital y duras contrarreformas con recortes progresivos de derechos laborales y sociales) se ha hecho mediante un complejo pero sumamente eficaz engranaje de cooptación, compra y desnaturalización de la izquierda institucional, política y sindical, dirigido - mano a mano - por la patronal y los aparatos del estado.

II. La Transición y la maniobra del despiste.

La expansión de las políticas neoliberales y su correlato de ataques a conquistas sociales fundamentales coincidieron con la Transición española y se produjo un relativo retraso en su implantación debido a que, en esa época, era prioritario para las clases dominantes legitimar ante los pueblos la reforma política de la dictadura. Se puso en marcha entonces un mecanismo cuya rentabilidad parece inagotable hasta ahora: dejar que los ataques más duros contra la clase obrera los ejecutara un sedicente gobierno de izquierdas.

En lo que a la sanidad se refiere se diseñó un proceso lento, pero demoledor, ejecutado por los grandes medios de comunicación de deslegitimación y crítica de lo público por ser "despilfarrador", "burocrático", "ineficiente", "sostenedor de privilegios funcionariales", etc.

Hubo algunos indicadores significativos de la dirección que tomaba la “democracia” en los servicios sanitarios. Uno de ellos fue la decisión del Conseller de Sanitat del Govern Provisional de la Generalitat de Catalunya (PSUC) ante una sanidad pública muy poco desarrollada (25%) y una sanidad privada en bancarrota: en lugar de incluir el personal y las instalaciones de esta última en el sector público, subvencionó su reflatamiento para a continuación concertar con ella la asistencia sanitaria. Otra de ellas, reveladora del enorme poder de la industria farmacéutica fue el nombramiento de Ernst Lluch, hombre de su confianza, como ministro de sanidad del PSOE en el primer gobierno de Felipe Gonzalez, en lugar de Ciriaco de Vicente, menos obediente a sus intereses.

Tres leyes clave para la sanidad, ampliamente demandadas desde la lucha contra la Dictadura, nacieron castradas en sus planteamientos de avance en el desarrollo de recursos públicos y de su control social: la Ley General de Sanidad (1986), Ley del Medicamento (1990) y Ley de Prevención de Riesgos laborales (1995), antes de Salud Laboral.

III. El guión de la privatización: “confundirse con el paisaje”.

En 1989 se publicó en Gran Bretaña “Working for Patients” libro blanco para la privatización del servicio público de salud más importante de Europa Occidental. Este informe que parte del mantenimiento de la financiación pública y de la gratuidad del servicio – en un primer momento – se constituyó en el programa-marco para la mercantilización y la gestión empresarial de la asistencia sanitaria.

Con el mismo objetivo que en el Reino Unido el Congreso de los Diputados crea en 1990, con mayoría absoluta del PSOE y el apoyo de todos los grupos parlamentarios excepto BNG e IU, crea una Comisión para la reforma del sistema sanitario presidida por el banquero y empresario franquista Abril Martorell. Si bien la potente reacción popular impidió la introducción del copago que el Informe preconizaba, las medidas presupuestarias y organizativas preparatorias de la privatización se fueron introduciendo una tras otra, primero por el INSALUD central y luego por las CC.AA, independientemente del color del partido en el gobierno.

La estrategia que se impuso con carácter general es desmontar el sistema poco a poco, precarizarlo y fragmentarlo para privatizar todo lo rentable e imponer en todos los servicios sanitarios públicos la gestión empresarial; es decir, objetivos de ahorro y rentabilidad económica.

De forma sistemática se ralentizó la inversión en los servicios sanitarios públicos al tiempo que se incrementaba a la práctica totalidad de la población el derecho a la asistencia sanitaria, con la correspondiente masificación y deterioro de la calidad. Poco a poco, se fue desmontando el sistema sanitario desde dentro:

o Se privatizaron servicios de limpieza, cocinas, mantenimiento, lavandería, seguridad, archivo de historias, laboratorio, radiología, etc. o Se introdujo masivamente la precariedad entre los trabajadores de la sanidad. o De forma lenta, pero sistemática se fueron reduciendo plantillas y camas públicas, al tiempo que se extendía la concertación de las intervenciones quirúrgicas con la sanidad privada.

La hegemonía ideológica de la mercantilización se impuso sin casi resistencia por parte de unos profesionales “progresistas” que aceptaron como “modernización” y “cambios técnicos” transformaciones estructurales en la organización y administración económica de los servicios tales como: separación entre la financiación – siempre pública – y la gestión y provisión de servicios que podía ser pública o privada; el contrato programa, la cartera de servicios, el coste por proceso, etc, que evalúan y financian los servicios en función de objetivos de actividad y de disminución del gasto, y no de mejora de la salud de la población.

La supuesta eficiencia empresarial por el ahorro en el coste de medios diagnósticos y tratamientos (menos estancia media, menos personal, ..etc) va de la mano del aumento exponencial del gasto sanitario y el deterioro de la calidad: se incrementan los reingresos, se dispara el gasto farmacéutico, aumentan las demandas por errores médicos o mala práctica, se ocultan los indicadores que permitirían evaluar la calidad de la atención en función de objetivos de salud, y lo que es más grave y determinante, se pone en peligro la salud y la vida de los pacientes.

IV. El negocio del capital privado en la sanidad.

La Ley 15/97 de Nuevas Formas de Gestión, votada en el parlamento estatal por PP, PSOE, PNV, CiU y CC establece que todo hospital, centro socio-sanitario o centro de salud puede ser gestionado por cualquier tipo de entidades existentes en derecho; es decir, permite la entrada masiva de la empresa privada directamente en la gestión y provisión de servicios.

La Directiva Bolkestein de la UE, que va aprobándose a trozos, impone la privatización de todos los servicios sociales y la condición de que las empresas de otros países europeos no tengan que someterse a la normativa laboral y de control de calidad del país en el que actúen sino a la del país del que procedan.

Las modificaciones realizadas en el Estatuto Marco han ido sistemáticamente dirigidas al recorte de derechos laborales. Algunos parlamentos autonómicos han ido desarrollando normativas que amplían cada vez más el margo legal de la privatización sin freno alguno, ni por parte del Ministerio de Sanidad, de la Tesorería de la Seguridad Social o Ayuntamientos en cuyo suelo, cedido gratuitamente, se ejecutan las iniciativas sanitarias y socio-sanitarias privadas.

En este escenario es en el que se produce la ofensiva privatizadora actual, que tiene carácter general, aunque los ritmos de avance están modulados por la rentabilidad para el capital de cada servicio en cada lugar y sobre todo por la oposición popular.

En la Comunidad de Madrid, a la cabeza de la privatización de la sanidad, los procedimientos utilizados son los siguientes:

La concesión de la construcción y la gestión por 30 años de los 8 nuevos hospitales a empresas privadas, la mayor parte de ellas constructoras, que huyen así de la crisis del sector. Estas empresas son Dragados, Sacyr (dos hospitales), Acciona, Begar-Ploder, FCC, Hispánica y Apax Partners. La ubicación de los hospitales y sus características no han sido el resultado de planificación, ni análisis de necesidades alguno por parte de la Consejería de Sanidad, sino de estudios de rentabilidad por parte de las empresas adjudicatarias.

La apertura de nuevos hospitales no ha supuesto un aumento, sino una disminución de camas, y no habrá más personal sanitario, ya que éste saldrá en su totalidad de los antiguos hospitales públicos que se han visto obligados al cierre de cientos de camas.

Los pliegos de condiciones no imponen a las empresas ningún tipo de mínimos en cuanto a plantillas para los servicios. Es la empresa la que aplica libremente su criterio. Los resultados son tan esperpénticos como los siguientes:

1. el servicio de Ginecología y Obstetricia del hospital de Arganda hubo de cerrar ante el abandono de las ginecólogas por las condiciones de trabajo; un solo facultativo para quirófano, urgencias y sala. 2. en el hospital de Parla hay una sola limpiadora para todos los servicios durante el turno de noche.

La gestión privada, es decir, la búsqueda prioritaria del beneficio, implica, no solo ahorro en recursos humanos y materiales, sino sobre todo, la selección de riesgos. Este último principio se asienta sobre un hecho determinante en la asistencia sanitaria que utilizan implacablemente las aseguradoras privadas: el 10% de la población –personas mayores y enfermos crónicos – consume el 90% de los recursos. El negocio consiste en evitarlos a toda costa, derivándoles hacia los hospitales públicos.

V. La sustitución del Derecho Público: la pólvora del rey.

El asunto que determina la aberración subyacente a la gestión mediante empresas privadas de servicios públicos es la sustitución del Derecho Público por el Derecho Privado en la administración de fondos públicos. El Derecho Público establece mecanismos de control e intervención del gasto, dirigidos a impedir la actuación arbitraria de las administraciones en la gestión del patrimonio y los fondos públicos. El Derecho Privado, que regula el funcionamiento del negocio empresarial, obviamente, no los contempla. El propio interés empresarial, dirigido a la obtención de beneficios con recursos propios, procura la gestión eficiente de la empresa y se ocupa de evitar gastos superfluos.

Ambos mecanismos desaparecen en la gestión privada de servicios públicos: “se dispara con la pólvora del rey”. Los ejemplos del Hospital de Alzira y de las fundaciones gallegas, que tuvieron que ser rescatados de la bancarrota por las Consejerías de Sanidad respectivas, son una buena muestra.

De los indicadores de calidad asistencial básicos, como son la mortalidad comparada, el índice de infecciones hospitalarias, las remisiones a otros hospitales, los indicadores de personal/cama, etc. que servirían para comparar la calidad de la atención pública y privada, nada puede decirse porque no se publican.

La siguiente pregunta es: ¿son legales todos estos cambios? Este proceso de privatización de la Sanidad viene de lejos y se ha llevado a cabo tanto durante los gobiernos del PSOE como del PP y en CC.AA de todo signo político. La clave de bóveda de todo él es la Ley de Nuevas Formas de Gestión, que permite la gestión privada de cualquier centro sanitario. Medio millón de firmas se han recogido ya en www.casmadrid.org para pedir su derogación.

VI. El copago, llave maestra para la selección de pacientes.

En los últimos meses asistimos a una intensificación del rumor sordo de declaraciones a favor de introducir el copago por el uso de servicios sanitarios y el copago farmacéutico. Haciendo valer el dicho “al revés te lo digo para que me entiendas”, tras la aprobación por el Congreso de los Diputados en marzo pasado de una propuesta por la cual se rechazaba el copago en esta legislatura, se han multiplicado los informes de “expertos” y las declaraciones de personajes representantes de diferentes sectores a favor del copago.

Antes que nada es preciso aclarar el termino “copago” que, al igual que ocurre con todo lo relacionado con la privatización de la sanidad, responde al objetivo de introducir confusión y enmascarar todo lo posible la verdadera naturaleza del hecho que define. Si se habla de “introducir el copago por parte del usuario” de servicios sanitarios y medicamentos, se deduce que hasta ahora el usuario no pagaba. La falsedad es evidente: el presupuesto de sanidad que se transfiere desde el Estado a las CC.AA. se financia con los impuestos -que salen casi en su totalidad de los bolsillos de los trabajadores [1]- y con las cotizaciones a la Seguridad Social.

Lo que se pretende introducir es que los usuarios de la sanidad pública, paguemos además un ticket moderador por acceder a la consulta de atención primaria, al especialista, a las urgencias, pagar las comidas mientras estemos ingresados, un canon por las ambulancias y, sobre todo, que se elimine la gratuidad de los medicamentos para pensionistas, haciéndoles pagar un % de su precio. La gama de propuestas no se agota ahí; se habla también de establecer una “prima única para mayores de 65 años (o antes)”, establecer una lista de prestaciones básicas gratuitas, y pagar una póliza para poder acceder a las restantes (como en EE.UU.), etc.

La Brunete mediática del copago

El buque insignia está integrado por la Consejera de Sanidad del tripartito de Cataluña (PSC, ERC e ICV), el Consejero de Asturias (PSOE) y los de Madrid y País Valenciá (PP); a ellos se sumó el PNV cuando gobernaba en la Comunidad Autónoma Vasca [2]. Solamente la variada composición política de los Consejeros proponentes es suficiente para indicar el calado de la propuesta. Los cuatro se prodigan en declaraciones que reproducen ampliamente los medios de comunicación y que sirven de base a informes de “expertos”, que a su vez dan lugar a nuevas noticias.

Las declaraciones pueden verse en:

26 de octubre: “El Mº de Sanidad presenta un informe que pide el copago pero no lo defiende. Propone que los pensionistas también paguen los fármacos”. El informe es presentado por el Secretario General del Ministerio y los expertos designados por el propio Ministerio pertenecen en su mayor parte a fundaciones y consultoras privadas, entre ellas FEDEA [3].

13 de noviembre. “La CEMS (confederación de sindicatos médicos) defiende el copago” [4].

16 de noviembre. “Expertos desempolvan el ticket moderador. El SNS tendrá un déficit de más de 50.000 euros en 2020”. Informe elaborado por FEDEA y por McKinsey&Company [5] [6].

17 de noviembre. "La Convención Nacional del PP debate el copago sanitario" [7].

24 de noviembre. "Nueve autonomías no tendrán para pagar las recetas. Sanidad está en contra del copago" [8].

30 de noviembre. " Salgado pide "prudencia" a la hora de plantear el copago en el SNS" [9].

12 de diciembre. "El Partido Socialista de Cataluña asume que los pacientes deberán pagar parte de los servicios sanitarios". Aunque la Consejera cortó el debate "para evitar costes electorales", anunció que la propuesta de programa electoral "rompe con el modelo actual de servicios gratuitos y en el que sólo se paga una parte de los medicamentos" [10].

La última andanada viene otra vez de la consejera de sanidad del Tripartito catalán en un artículo publicado en El País el pasado 14 de abril en el que vuelve a insistir en el copago de la mano de la insostenibilidad económica de la sanidad pública. La ofensiva mediática va a ser muy poderosa e irá dirigido a neutralizar la capacidad de respuesta popular.

Aprender del precedente del Informe Abril Martorell

La prudencia con que se apuntan las medidas de copago o de ticket moderador tienen que ver con la conciencia de se está tratando con un material humano altamente sensible: los pobres, los enfermos y, sobre todo, los pensionistas.

El Informe que aprobó hacer el Congreso con los votos de CDS y PSOE en 1991 y encargado por el Gobierno de Felipe González al banquero franquista Abril Martorell, que debía ser la "hoja de ruta" de la privatización de la sanidad, acabó siendo demonizado por todos ante la respuesta sindical (amenaza de huelga general) que suscitaron sus recomendaciones, sobre todo las referidas al copago sanitario y farmacéutico.

Los argumentos actuales hablan de la sostenibilidad del sistema, de dejar aparcada la ideología para buscar el interés general, de lo injusto de que pensionistas con rentas altas obtengan medicamentos gratis, del mal uso de los servicios sanitarios, del aumento desmesurado del gasto sanitario, de los incrementos permanentes de la factura farmacéutica,.. etc, tampoco son muy diferentes.

Lo que ocultan es que imponer el pago directo por el uso los servicios y eliminar la gratuidad de los medicamentos para pensionistas constituye la llave de oro del negocio de la privatización. Aunque la gran mayoría hable del aumento "insostenible" de la factura sanitaria y aproveche la crisis económica para enfatizar el argumento, en publicaciones restringidas se habla de que no es la búsqueda de fondos adicionales - de los que buena parte se iría en burocracia recaudatoria - el objetivo principal. Los que hablan del "imparable" aumento del gasto nada dicen de que este se haya disparado precisamente por las medidas privatizadoras y, sobre todo, en las CC.AA. en las que el proceso de privatización está más avanzado, y que la insuficiencia de recursos y la correspondiente masificación en atención primaria determine incrementos no justificados de la factura farmacéutica.

Las verdaderas razones, inconfesables, van por otros derroteros. En un sector como el

sanitario en el que una pequeña parte de la población (enfermos crónicos, personas mayores y pobres en los que es muy difícil diferenciar lo social de lo sanitario) consume la mayor parte de los recursos, la gallina de los huevos de oro es “disuadir económicamente” de su utilización a los sectores de población que más necesidades tienen, que más recursos consumen y a los que pagar 2 euros por consulta o el 10% de los medicamentos retrae de su utilización.

Las consecuencias de esta brutal selección de pacientes en función de su rentabilidad para el negocio privado se ocultan por parte de sus impulsores, pero no se ignoran. Estudios realizados en otros países dan cuenta de los graves perjuicios que se ocasiona a la salud, precisamente de grupos que con criterios elementales de salud pública deberían ser, por el contrario, priorizados. Algunas de ellas son: retraso en el diagnóstico de enfermedades, por el abandono de consultas preventivas; agravamiento de las patologías crónicas cuyo control periódico se abandona; incremento en la hospitalización y en el uso de urgencias, con el consiguiente incremento del gasto sanitario; abandono del uso de medicamentos, incluidos los esenciales; degradación de las prestaciones “básicas” incluidas en la póliza pública, que se convertiría en beneficencia para pobres; deterioro de la salud de los sectores de la población con menos recursos.

El largo etcétera que hay que añadir constituye el drama diario al que se tienen que enfrentar los casi 5 millones de parados y al que habrá que añadir el escándalo del copago que afectará sobre todo a los mayores.

Habrá quien crea que no se van a atrever en función del coste electoral que tal medida conllevaría, sobre todo entre los jubilados y pensionistas. En eso han pensado ya: habrá un Pacto por la Sanidad de las características del Pacto de Toledo para las pensiones, de forma que al adoptarlo todas las fuerzas políticas institucionales, al menos PSOE, PP y derechas nacionalistas, la pérdida de voto sea equitativa. Todo ello en aras de los superiores intereses del capital que son a los que verdaderamente representan.

La única duda realmente importante acerca de lo que están preparando, nos afecta a los demás: ¿Vamos a consentirlo?

Notas:

[1] Un somero análisis del escandaloso sistema tributario vigente puede verse en: <http://blogs.publico.es/dominiopubl...>

[2] <http://www.europapress.es/salud/not...>

[3] El grupo está integrado por una experta en Servicios Sociales de la empresa Antares Consulting, Montserrat Cervera; el catedrático de Sociología de la Universidad de Alcalá de Henares Gregorio Rodríguez Cabrero y los economistas José Antonio Herce, de la Fundación de Estudios de Economía Aplicada (FEDEA), y Simón Sosvilla, catedrático de la Universidad Complutense, también vinculado a FEDEA. <http://misaludnoesunnegocio.net/act...>

[4] <http://www.europapress.es/salud/not...>

[5] <http://www.europapress.es/salud/not...>

[6] Este amplio y reciente documento elaborado por FEDEA y McKinsey, que puede considerarse como síntesis de argumentos y análisis hacia el copago y la extensión de la privatización. <http://www.cambioposible.es/documen...>

[7] <http://www.diariomedico.com/2009/11...>

[8] <http://www.diariomedico.com/2009/11...>

[9] <http://www.europapress.es/salud/not...>

[10] <http://www.elpais.com/articulo/cata...>

<http://misaludnoesunnegocio.net/actualidad.php?p=3107&more=1&c=1&tb=1&pb=1>

<https://madrid.lahaine.org/el-robo-de-la-sanidad-publica>