

EL FUTURO DE LA PROTECCIÓN SANITARIA EN ESPAÑA EN EL CONTEXTO DE LA CRISIS ECONÓMICA Y EL MARCO EUROPEO

Javier Rey del Castillo

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

I. INTRODUCCIÓN

Es difícil negar que el sistema sanitario español se encuentra en una encrucijada: en poco tiempo ha pasado de ser considerado como uno de los mejores y más eficientes del mundo a considerarse que es financieramente insostenible y causante principal del déficit y el endeudamiento de las CC.AA. que los tienen más elevados. Como consecuencia, ha pasado a ser objeto por parte de algunas de ellas, que son responsables de su gestión, de severos recortes, sobre todo en personal, el cierre o restricción del uso de instalaciones, la implantación de tasas o copagos, la propuesta de promover una reducción de prestaciones a los niveles más “básicos”, o los retrasos en el pago a los proveedores, medida ésta última para la que el nuevo Gobierno acaba de proporcionar una vía específica de crédito preferente para su solución. Esos recortes son respondidos, a su vez, por las protestas de los sectores profesionales afectados, y por las de grupos de población diferenciados según el grado de afectación por las medidas que hasta ahora se han aplicado.

La publicación del Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud (SNS), ha supuesto una vuelta de tuerca más, la más profunda y más general, en la línea de recortes en la prestación sanitaria. La norma tenía marcadas deficiencias en su elaboración, que trataron de subsanarse con la publicación de una “corrección de errores” que superaba ampliamente los márgenes permitidos para normas de esta naturaleza, lo que podría justificar su anulación si se demanda así por algún actor habilitado para hacerlo. Tales deficiencias suponían además la mejor expresión de la confusión que parece haber guiado su elaboración, en la que la participación de los actuales responsables del departamento sanitario parece haber sido reducida, a la vez que traducen una escasa consistencia de la definición de los criterios prioritarios para mejorar la eficiencia del sistema.

Por otra parte, la norma, convalidados ya sus contenidos por el Congreso sin tramitarse como proyecto de ley, lo que habría permitido su debate y la posible mejora de sus contenidos aún dentro de la línea de recorte que marca, no sólo ha introducido importantes limitaciones en diferentes prestaciones sanitarias, cuya forma debe todavía concretarse, algunas de las cuales parecen de imposible aplicación; por el contrario, y sin una justificación razonable para hacerlo (la utilizada han sido los costes de la atención prestada a pacientes extranjeros de difícil facturación) ha introducido un cambio sustancial en el reconocimiento universal del derecho a la protección sanitaria, definiendo un nuevo concepto de población “asegurada”, una vuelta atrás a épocas preconstitucionales en la concepción de ese derecho, e introduciendo en esa definición limitaciones que excluyen de la misma a diferentes grupos, no sólo extranjeros (aunque sobre éstos se ha llamado especialmente la atención), de la población de nuestro país.

La adopción de esas medidas ha provocado un cambio sustancial en la preocupación de la población por la situación del sistema sanitario, que, desde posiciones muy atrasadas en períodos muy recientes, en el barómetro del mes de mayo realizado por el Centro de Investigaciones Sociológicas

(CIS) ha pasado a ocupar el cuarto lugar en la relación de problemas que más preocupan a la población, sólo por detrás de la situación económica y los partidos políticos.

El hilo conductor que para muchos permite poner en relación unas valoraciones en apariencia tan contradictorias de nuestro sistema sanitario, sin embargo, tan próximas en el tiempo (el informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que nos situaba como el séptimo mejor sistema sanitario del mundo con arreglo a los criterios utilizados en el mismo es de 2000) es la supuesta insuficiencia crónica de la financiación pública de la atención sanitaria.

Con esta explicación parecen sentirse satisfechos amplios sectores de la izquierda, que demandan su incremento como solución, e incluso los grupos sanitarios o de la población general que protestan contra los recortes en los servicios que se han ido introduciendo. En las demandas de estos grupos no parece atisbarse un horizonte diferente al de volver a la situación anterior, aportando los recursos económicos necesarios para ello.

Por su parte, sectores de la derecha política y profesional, incluídas las compañías de seguro sanitario privado, comparten ese mismo análisis, pero derivan la conclusión añadida de que en la actual situación económica el aumento de la financiación pública no es posible, por lo que se hace necesario aumentar la aportación privada a la financiación sanitaria, a la vez que se debe facilitar la participación del sector privado en la gestión de la cobertura y los servicios públicos de salud, sin perder por eso su consideración como tales. Su argumento es que, mientras se mantenga la financiación pública de esos servicios, éstos mantienen su naturaleza pública; un discurso en el que va coincidiendo de manera cada vez más explícita el Partido Popular, por boca de la nueva ministra de Sanidad.

Las propuestas de esos sectores privados, que cuentan con el apoyo explícito o incluso la iniciativa política de CiU, se han adelantado ya un paso más, proponiendo (hay una campaña de recogida de firmas del IDIS con ese objeto) que el aumento de la aportación individual dirigida a las formas privadas de cobertura y provisión tenga el reconocimiento consiguiente en términos tributarios, mediante las deducciones fiscales correspondientes de las aportaciones a esos sistemas realizadas por los particulares o las empresas que los contratasen para sus trabajadores. Unas deducciones que, conforme al argumentario utilizado, pero sin aportar para ello ninguna evidencia, que de existir es en sentido contrario¹, se verían sobradamente compensadas por la reducción del consumo público que presuntamente se deduciría de desviar la parte correspondiente de los consumos sanitarios a esas formas privadas de cobertura y gestión².

De resultar aplicadas esas políticas de recorte, que sólo han empezado a implantarse, y las propuestas de esos diferentes sectores privados, es evidente que el panorama de la protección sanitaria pública, universal e igualitaria en España cambiaría sustancialmente, en diferentes sentidos reductores y generadores de desigualdades que pretendo aclarar a continuación. El objeto de este artículo es, por el contrario, analizar qué factores han provocado un cambio tan marcado en la valoración de nuestro sistema sanitario, y qué medidas alternativas serían necesarias para garantizar el mantenimiento de sus condiciones universales e igualitarias que, como en otros países desarrollados, lo han constituido en un instrumento esencial de cohesión social.

¹ En sentido contrario se puede ver la experiencia expuesta por A. G^a Rada. *El fin de la sanidad pública tal y como la conocemos*. El País. Sociedad, 20 febrero 2012. Accesible en: http://sociedad.elpais.com/sociedad/2012/02/20/actualidad/1329750248_132110.html. Accedido el 21/2/2012.

² En este sentido se pueden ver numerosas publicaciones del Instituto para la Integración y el Desarrollo de la Sanidad (IDIS) y la Fundación Bamberg, dos entidades privadas constituidas para favorecer esos intereses, que se han mostrado muy activas antes los Gobiernos central y autonómicos en los últimos meses.

II. ALGUNOS FACTORES ESTRUCTURALES E HISTÓRICOS DE LA SITUACIÓN ACTUAL DEL SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL.

II.1) Factores generales y de comparación con otros sistemas.

a) De entrada, no debería llamar la atención que la economía de nuestro sistema sanitario plantee problemas de sostenibilidad financiera. Los servicios sanitarios de todos los países desarrollados se encuentran en la encrucijada de intereses económicos muy potentes: los de la industria farmacéutica y las de otras tecnologías sanitarias de una parte y, de otra, los de las compañías de seguros, vinculadas a los sectores financieros que dominan la economía globalizada. Unos y otros pugnan por extraer valor de la provisión de los medios necesarios para prestar la atención sanitaria, y de la organización de la prestación de servicios en este sector.

De ellos, según todos los datos, la industria farmacéutica y otras tecnológicas del sector sanitario constituyen en este momento, en todas partes, el sector de la economía productiva que proporciona mayores niveles de rentabilidad en relación con el capital invertido. Una rentabilidad obtenida en buena parte sobre la base del mercado cautivo para sus productos que constituyen los servicios sanitarios, en un terreno en el que la oferta es capaz de inducir la demanda, actuando de manera directa sobre los pacientes-consumidores, e indirectamente, influyendo y determinado la prescripción o indicación de sus productos por los médicos³.

De otra parte, tales niveles de rentabilidad están basados en el control de la orientación de la innovación por la industria sectorial, que, además de dirigirse en el sentido que resulta más rentable a la propia industria, conlleva la introducción permanente de nuevos productos, rápidamente absorbidos por todos los sistemas sanitarios sin una adecuada valoración de su eficiencia en términos de coste-beneficio o coste-efectividad en relación con otros productos ya existentes. Esta dinámica ha llevado a que en el momento actual nadie ponga en cuestión que el crecimiento incontrolado del gasto sanitario esté principalmente motivado por la difusión de la innovación tecnológica en este campo, sin un control adecuado de los beneficios en términos de salud proporcionados por los costes crecientes e incontrolados de su introducción, llegando a constituir una hipoteca actual, y más aún en el futuro, para el desarrollo económico global e incluso la capacidad crediticia de muchos países⁴.

b) Por su parte, las empresas privadas de seguros sanitarios, que alcanzan niveles de rentabilidad más reducidos⁵, lo que hace que su extensión sea un factor fundamental de su rentabilidad económica, han tenido un desarrollo limitado en todos los países desarrollados, con excepción de los Estados Unidos, donde constituyen la base principal de la atención sanitaria para la mayoría de la población. Esa limitación es especialmente manifiesta en los países dotados de Servicios Nacionales de Salud (financiados con impuestos, que ofrecen protección universal ligada a la ciudadanía y utilizan medios propios para prestar la atención), en los que la extensión de esta clase de seguros se ha visto especialmente reducida. Reducción que en algunos países, como Canadá, es el resultado de una prohibición legal expresa que impide desarrollar sistemas de seguro privados que cubran los mismos

³ Sobre los mecanismos de inducción del consumo de sus productos utilizados por la industria se puede ver: Rey Biel P., Rey del Castillo, J. (2005). *Globalización y tecnologías sanitarias*. En: Sánchez Bayle M, Colomo C, Repeto C. (eds). *Globalización y salud*. Madrid: Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (FADSP), p. 209-258. En la misma línea un artículo reciente en el *British Medical Journal*, tomando datos de un informe elaborado por dos fundaciones europeas, Corporate Europe Observatory y Health Action International Europe, informaba de que “*Drug firms may be spending as much as euros 91 million a year on Lobbying in Europe*”. El informe original (*Divide&Conquer: A Look behind the Scenes of the EU Pharmaceutical Industry Lobby*) se puede encontrar en <http://haieurope.org/wp-content/uploads/2012/03/28-March-2012-divideConquer.pdf>. Accedido 10/4/2012.

⁴ Ver, por ejemplo, la valoración reciente de la firma Standar&Poor's, *Mounting medical care spending could be harmful to the G-20's Credit Health*. Accesible en www.standardpoors.com/ratingsdirect. Accedido 03/02/2012.

⁵ “... *Las empresas de seguro sanitario no son tan rentables. En 2009 sus márgenes de beneficio sólo fueron de un simple 2,2%...*”. Klein, E. *High health-care costs...* Artº citado.

servicios cubiertos por el sistema sanitario público; y que en otros es consecuencia de la propia existencia de una cobertura pública que goza de una confianza suficiente de la mayor parte de la ciudadanía como para que no se plantee de manera significativa la búsqueda de mecanismos alternativos de protección.

Esta situación peculiar ha llevado a que sean precisamente los “Servicios Nacionales de Salud”, como los existentes, entre otros, en el Reino Unido o España, los que estén siendo objeto de mayores presiones de cara a introducir reformas estructurales que faciliten la penetración de las aseguradoras privadas en la gestión de la prestación sanitaria pública, ya que no han logrado constituir por sí mismas hasta ahora una red alternativa de atención.

Por su parte, en Canadá, el único país federal cuyos servicios sanitarios están configurados como un Servicio Nacional de Salud, la cláusula de restricción de la participación privada en la cobertura y la financiación de los servicios sanitarios fue puesta en cuestión por una sentencia dictada por el Tribunal Supremo canadiense en 2005. La sentencia reconocía el derecho de un ciudadano de Quèbec a obtener atención en el ámbito privado ante una demora considerada excesiva para lograr la atención en el ámbito público. A raíz de la misma, y aunque no se han dictado reglas universales para su aplicación en términos de hacer desaparecer la prohibición general del desarrollo de sistemas de seguros privados que repliquen la cobertura pública, las compañías aseguradoras, en especial las de su país vecino del sur, están ejerciendo su influencia, en coincidencia con la actual representación de las asociaciones médicas canadienses, para sortear por la vía de los hechos, y en especial en las provincias de mayor nivel de renta, esa prohibición⁶.

c) La consideración de esos intereses económicos tan potentes que están en juego en los servicios sanitarios no sólo aquí, sino en todas partes (en los Estados Unidos fueron los mismos grupos de interés los que marcaron los límites de la reforma sanitaria del presidente Obama, y están limitando igualmente su aplicación⁷), es imprescindible para comprender los cambios que se están dando en los servicios sanitarios de muchos países, más aún en relación con la crisis económica.

Esos intereses, y no sólo las condiciones financieras de los servicios sanitarios de esos mismos países, son un elemento principal determinante del sentido que están adquiriendo esos cambios. Éstos, a la vez que la reducción del gasto público sanitario y los recortes en la prestación pública de los servicios que se están produciendo, se acompañan de medidas que permiten la preservación de los niveles de beneficio de las empresas de los sectores tecnológicos sanitarios, principalmente el farmacéutico, y del sector asegurador y las cadenas de provisión privada.

En estos sectores industriales se están produciendo, a su vez, cambios significativos en su organización, dirigidos a mantener y preservar los niveles de negocio. Esos cambios adoptan a veces la forma de procesos de concentración y reducción del número de empresas mediante mecanismos de fusión o absorción, lo que es muy patente en el sector farmacéutico. En otros casos, como el ámbito de la cobertura y provisión de servicios sanitarios, se están modificando las modalidades de intervención

⁶ Sobre la sentencia y sus efectos se pueden ver: Monahan PJ. *Chaoulli v. Quebec & the Future of Canadian Health Care*. The Court, January 17th 2007. Accesible en <http://www.thecourt.ca/2007/01/17/chaoulli-v-quebec-the-future-of-canadian-health-care/>. Accedido 2/3/2012. También Flood C, Roach K, Sossin L. *Access to Care, Access to Justice: The legal debate over private Health Insurance in Canada*. Toronto: University of Toronto Press, 2005. Ó Canadian Doctors for Medicare. *What the Supreme Court said and what it means for Canadian health care*. Monday 9 August 2010. Accesible en <http://www.canadiandoctorsformedicare.ca/chaoulli.html>. Accedido 2/3/2012.

⁷ Se puede ver: Rey del Castillo, J. *Sobre la reforma sanitaria americana: IV y final...por ahora*. E-RAS, Semanario en Línea de Actualidad Sanitaria, 13 de abril de 2010. Accesible en www.administracionsanitaria.com/node/2105. Sobre las presiones del lobby farmacéutico sobre el presidente Obama cuando se discutían los términos de la ley (*Affordable Care Act*) se ha publicado recientemente nueva información: Ver Baker P. *Obama was pushed by drug industry, e-mails suggest*. NY Times/Politics, June 6, 2012; o Aizenman NC. *Republicans say Obama administration wasn't transparent on health-care law*. Washington Post/National, June 10, 2012.

en uno y otro campo, dando lugar a la aparición de nuevas formas de organización de las empresas correspondientes y el desdibujamiento de los límites entre unos y otros tipos de empresas de los sectores asegurador y hospitalario⁸.

II.2) Factores estructurales específicos del sistema sanitario español.

El análisis de algunos elementos constitutivos principales de nuestro sistema sanitario permite, a su vez, poner en cuestión las valoraciones anteriores que se venían haciendo sobre su universalidad, equidad y eficiencia:

a) Ocurre así con la cobertura sanitaria, que mantiene sistemas distintos para diversos grupos de población, de los que el mejor ejemplo, pero no el único, son las mutualidades de funcionarios, diversificando de manera ineficiente y falta de equidad el gasto en sistemas de cobertura y provisión diferentes. De entre ellas, tanto las mutualidades de funcionarios, como los sistemas especiales previstos para determinados colectivos, como los abogados, los periodistas, o las antiguas “colaboradoras” de la Seguridad Social, se caracterizan por la utilización de medios privados para prestar la atención, y la derivación de la financiación correspondiente hacia ese ámbito, a la vez que, a diferencia de lo previsto en el sistema sanitario público, que dispone de la atención primaria como puerta de entrada ordinaria al sistema, facilitan el acceso directo a la atención y los medios más especializados, que, como he indicado, son la fuente de gasto más importante de todos los sistemas de salud.

b) Es cuestionable también la organización de un sistema descentralizado por completo que, sin embargo, no tiene previstos instrumentos de coordinación adecuados. Por la distribución competencial aceptada en las materias sanitarias y bajo el modelo actual de organización de los servicios, ningún órgano, ni siquiera la Conferencia Sectorial Sanitaria, el Consejo Interterritorial, tiene capacidad para imponer decisiones sobre la organización, la gestión o el gasto en los servicios sanitarios autonómicos. Pese a las demandas repetidas que se hacen desde instancias distintas para dotarlo de esa capacidad de imponer sus decisiones comunes, las de ese órgano no pasan de ser recomendaciones de cumplimiento no obligado por las CC.AA. que llevan a cabo la gestión de los servicios sanitarios.

c) Pasa lo mismo con la financiación sanitaria, que, integrada en el sistema de financiación autonómica general sin ninguna diferenciación finalista, ha encontrado en ese sistema, y en la ausencia de instrumentos de información económica sanitaria permanentes, una vía de ocultación permanente de la forma en la que se efectúa el gasto autonómico en este terreno. Como se indica más adelante, esa ocultación sistemática del gasto sanitario real efectuado por las CC.AA. derivó en “operaciones de saneamiento” consistentes en aportaciones financieras añadidas durante los años 90, y ha explotado ahora en forma de déficits asimétricos por parte de algunas de aquéllas, que forman parte sustancial de los déficits autonómicos respectivos.

d) En la relación con los proveedores más importantes se utilizan instrumentos de gestión que no favorecen las economías de escala y la utilización del “poder de gasto” (*spending power*) por un sistema que ejerce un casi completo monopolio de demanda en su conjunto. Además, esos instrumentos, que funcionan a través de sistemas de compra independientes y con frecuencia descentralizados a los niveles más bajos de la organización sanitaria, facilitan la introducción de los nuevos productos en la prestación pública sin ninguna evaluación previa de su mejor relación coste-efectividad de esos productos nuevos en relación con los ya disponibles. Ésta es, como se ha dicho, una de las causas principales del aumento descontrolado y creciente del gasto en este terreno.

⁸ Ver: Mathews AW. *The Future of Health Care*. The Wall Street Journal, Monday, December 12, 2011. Accesible en <http://online.wsj.com/article/SB10001424052970204319004577084553869990554.html>. Accedido 29/12/2011.

A otro nivel, en España se mantiene una organización de la distribución y la dispensación de los productos, principalmente los farmacéuticos, que sólo favorece a los propietarios de las oficinas de farmacia urbanas y de mayor tamaño, pero cuyo modelo organizativo pone en cuestión la sostenibilidad de las oficinas de farmacia que no disponen de esa situación⁹. El mantenimiento de éstas es, por su parte, la excusa principal utilizada para justificar el monopolio de la propiedad de las oficinas de farmacia que ejercen los farmacéuticos como profesión, puesto en cuestión en repetidas ocasiones desde diferentes instancias, incluido el Tribunal de Defensa de la Competencia español, sin haber logrado en todo caso hasta ahora su modificación¹⁰.

e) En cuanto al personal sanitario, existe un estatuto que sólo afecta a una parte de éste y que se promulgó diecisiete años después de su previsión legal. Ese estatuto mantiene rigideces en la gestión del personal sometido al mismo que derivan en ineficiencia de la organización sanitaria en su conjunto y en distintas partes del mismo (desde los sistemas de provisión de plazas a los horarios de funcionamiento de los centros, por poner dos ejemplos extremos muy diferentes). Pero además, su promulgación no ha impedido la proliferación de toda clase de formas irregulares de contratación, que tienen consecuencias negativas significativas sobre la calidad de la atención, pero también sobre la ineficiencia de la gestión del personal en esa situación, y que ha convertido al personal con contratos de interinidad o eventuales en objeto preferente de las operaciones de recorte que están teniendo lugar en los servicios.

f) A su vez, la diversificación de las formas de gestión de los servicios en cada territorio autonómico, que ha ido incluso mucho más allá de lo previsto en la denostada ley 15/1997, sobre nuevas formas de gestión en el SNS, contribuye a dificultar más aún el funcionamiento coordinado de todos los aspectos del sistema sanitario, desde el presupuestario, a la gestión del personal, o el de la circulación de los pacientes entre distintos niveles de atención.

II.3) Algunas consideraciones sobre los orígenes históricos de la situación del sistema sanitario español.

Esa situación contradictoria con las ventajas teóricas en términos de universalidad, igualdad y eficiencia del modelo elegido para la organización de nuestro sistema sanitario en democracia tiene sus raíces más remotas en la inadecuada definición de las condiciones principales del sistema en los aspectos indicados en su norma constitutiva, la Ley General de Sanidad de 1986.

El valor de esa Ley como origen y base del sistema sanitario español en democracia ha sido resaltado de forma repetida por la mayoría de los agentes políticos, y en especial desde las filas del Partido Socialista, bajo cuyo primer gobierno en este período democrático se promulgó la ley. Hay, sin embargo, numerosas razones, que he analizado en otros trabajos¹¹, para considerar que los defectos de

⁹ Esa situación es reconocida por los propios farmacéuticos. Se puede ver, por ejemplo, un informe reciente del Consejo Andaluz de Colegios Oficiales de Farmacéuticos (*Presente y Futuro de la Farmacia Española. Documento para la reflexión y el debate. Febrero de 2012*). En su presentación, y como resumen del contenido del mismo, se indica de manera literal que “muchas farmacias españolas se encuentran en su facturación en una situación económica crítica, tanto por las profundas caídas en su facturación como por los problemas derivados de la morosidad”, sin que además tengan posibilidad de compensar esos ajustes pues “sus costes estructurales son bastante rígidos”, y son particularmente las farmacias rurales y las más modestas, las que cumplen una función social más notoria, las que se encuentran en una peor situación”.

¹⁰ Ver: Meneu R. *La distribución y dispensación de medicamentos en España. Documento de Trabajo 130/2008*. Madrid: Fundación Alternativas-Laboratorio de Alternativas. Accesible en www.fundacionalternativas.org.

¹¹ Ver: Rey del Castillo J. *Políticas sanitarias en España. Pasado, presente y futuro del sistema sanitario español. Un desarrollo específico de la medicina bajo el capitalismo*. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid. Tesis doctoral. 2010.

la norma en la definición de los aspectos esenciales de nuestro sistema sanitario, y su desarrollo posterior, están en el origen de los actuales defectos constitutivos del mismo a los que he hecho referencia en el apartado anterior.

En todo caso un rasgo específico de la evolución histórica posterior del sistema sanitario español es la confluencia progresiva que se ha ido produciendo en las posiciones respecto al mismo por parte de los dos partidos mayoritarios con posibilidades de ejercer el Gobierno de la nación. La primera norma que contó con el apoyo de los dos partidos fue la Ley 15/1997, sobre nuevas forma de gestión en el SNS, una norma del PP, ampliamente combatida desde sectores de la izquierda, que dio pie a la diversificación de las formas de gestión a las que he aludido en el apartado anterior, la cual, sin embargo, contó con el apoyo del Partido Socialista a la mayoría de su articulado. A partir de esa fecha se ha ido produciendo una convergencia progresiva más expresa aún de los dos partidos mayoritarios en los desarrollos del sistema posterior a aquella norma: a la aceptación formal por el PP del supuesto modelo establecido en la LGS, pese a que en su momento recurrió la misma; el Partido Socialista correspondió con el apoyo total o parcial a cuantas normas principales sobre el sistema sanitario se han propuesto por el PP desde hace quince años¹², renunciando a elaborar normas propias, y optando por desarrollar las populares, siendo esta última posición especialmente manifiesta desde 2004.

En los últimos meses se han puesto también de manifiesto otros efectos de la carencia de políticas sanitarias propias por parte del Partido Socialista, en su ausencia, los intereses corporativos de determinados sectores de la Administración han llevado a aprobar disposiciones añadidas a normas de otro contenido, que contribuyen a facilitar la penetración de las compañías aseguradoras y otras entidades privadas en la gestión de los servicios públicos de salud: me refiero a la posibilidad abierta de ceder los centros propiedad de la Seguridad Social a las CC.AA., que podrán disponer de ellos a su antojo para, en determinados casos (el más expreso Cataluña), venderlos a esas compañías, y realquilarlos luego para su utilización¹³; y al añadido¹⁴ a la Ley 33/2011, General de Salud Pública, que, sobre la base de un avance aparente en la universalización de la atención para ciertos colectivos restringidos, consolida la cobertura sanitaria de determinados colectivos a través de las Mutualidades de funcionarios, gestionada a través de esas mismas compañías. Ambas disposiciones tienen que ser aplicadas ahora por el Gobierno del Partido Popular, que en ninguno de los dos casos las ha puesto en cuestión.

El horizonte que se deduce de ese análisis es un sistema que, además de las ineficiencias manifiestas que contiene en su organización, se va orientando de manera paulatina pero cierta, y sin alternativas por parte del Partido Socialista, hacia a la consolidación de varios niveles diferenciados de atención: privilegiados y preferentes con provisión de los servicios a través de medios privados para determinados grupos de población; definidos por razones territoriales o laborales en función de los intereses de los propios gestores privados; y “de beneficencia”, susceptibles de restricciones y recortes sucesivos cuando sea necesario por supuestas razones financieras, para los que accedan de manera exclusiva a la atención a través de los medios públicos.

Rey del Castillo J. *Una nueva Ley General de Sanidad para sostener el Sistema Nacional de Salud*. Madrid: Fundación Alternativas-Laboratorio de Alternativas. Documento de Trabajo 173/2011. Accesible en www.fundacionalternativas.org.

¹² Entre ellas, además de las leyes financieras de 2001 ya aludidas, la Ley 16/2003, de cohesión y calidad del SNS; las de Ordenación de las profesiones sanitarias y el Estatuto Marco del personal del SNS, del mismo año. Todas ellas contaron para su aprobación con el apoyo total o parcial amplio del Partido Socialista.

¹³ El texto concreto que abre esa posibilidad, después de haber previsto redacciones más explícitas del mismo en el sentido indicado, es la Disposición adicional quincuagésima de la Ley 27/2011, de 1 de agosto, sobre actualización, adecuación y modernización del sistema de Seguridad Social, norma en la que se introdujeron numerosos cambios en el sistema de pensiones, incluida la prolongación progresiva de la edad de jubilación hasta los 67 años.

¹⁴ Ver la Disposición adicional sexta y el apartado quinto de la Disposición final segunda de esta Ley.

III. LA CRISIS Y EL SISTEMA SANITARIO.

III.1) El primer elemento a resaltar en este aspecto es que la puesta en cuestión de la sostenibilidad, no sólo en términos económicos, de los sistemas sanitarios, en particular los europeos, también el nuestro, estaba ya en pleno desarrollo antes del inicio de la crisis económica¹⁵. Por su parte, ésta ha servido de potente instrumento para acentuar esa puesta en cuestión; pero, sobre todo, para acelerar la adopción de medidas que, en éste como en otros terrenos, se presentan como la única salida posible para preservar en algún grado los niveles de protección, en este caso sanitaria, alcanzados, reduciendo ésta a sus términos supuestamente sostenibles más “básicos”.

El marco general en el que se ha producido ese cambio es el de una crisis económica global que, aunque originada en el sistema financiero norteamericano, ha terminado por poner principalmente en cuestión, vía la globalización financiera, la economía y el modelo de organización social de los países europeos¹⁶. Puesta en cuestión que ha afectado principalmente a los del sur, a los que se ha englobado, tomando las primeras letras de sus nombres, en la denominación despectiva en términos ingleses de PI(I)GS.

La interpretación del origen de la crisis económica dista de ser, sin embargo, una cuestión meramente técnica: como se ha puesto de relieve en algunos artículos recientes¹⁷, los sectores más conservadores europeos, acantonados ahora en la mayoría de los gobiernos europeos, en la propia Comisión, y en la misma línea el Partido Republicano norteamericano, no han dudado en atribuir la afectación de las economías europeas a la imposibilidad de mantener unos Estados de Bienestar “excesivos”, que supuestamente habrían terminado por colapsar las economías de los países afectados. Como se indica en el artículo citado y en otros del mismo autor (Krugman), esa línea de justificación de la crisis europea no se sostiene: tomando cifras de la OCDE, si se compara el gasto social de los países “PI(I)GS” a los que afecta la crisis de manera más profunda, midiendo el mismo en proporción a su nivel de riqueza en términos de PIB, ninguno de ellos se caracterizaba por niveles de gasto social y extensión de sus Estados de Bienestar excesivamente grandes. Mientras que otros países: Francia, Austria, Bélgica o Alemania, países, sobre todo éste último, que mantienen menores niveles de compromiso de sus economías y ofrecen mejores perspectivas de recuperación económica frente a la crisis, a la vez que mantienen sistemas de protección y niveles de gasto social proporcionalmente más altos¹⁸.

Lo que se indica en términos globales del gasto social tiene su propia expresión en el terreno sanitario: desde hace más de diez años la OCDE viene también haciendo públicos los datos comparados del gasto sanitario en los países de esa Organización¹⁹. De la comparación se deduce ante todo una relación constante y bien establecida entre el nivel de gasto sanitario de cualquier país y su nivel de riqueza, de manera que los países más ricos, que no son los más afectados por la crisis, son los que presentan niveles de gasto sanitario absolutos y porcentuales en relación al PIB más elevados. De esa relación, que se representa en el Grafico 1 para el año 2002, sólo escapan los Estados Unidos, cuyo nivel de gasto sanitario global supera (y sigue superando ahora) con creces de manera sostenida año a año el que le correspondería según su nivel de PIB.

¹⁵ Ver, por ejemplo, Rodríguez-Vigil JL, Caicoya M. (coords.). *La Sanidad Pública en Asturias. I. La sostenibilidad del sistema*. Oviedo: Real Instituto de Estudios Asturianos-Principado de Asturias. 2009.

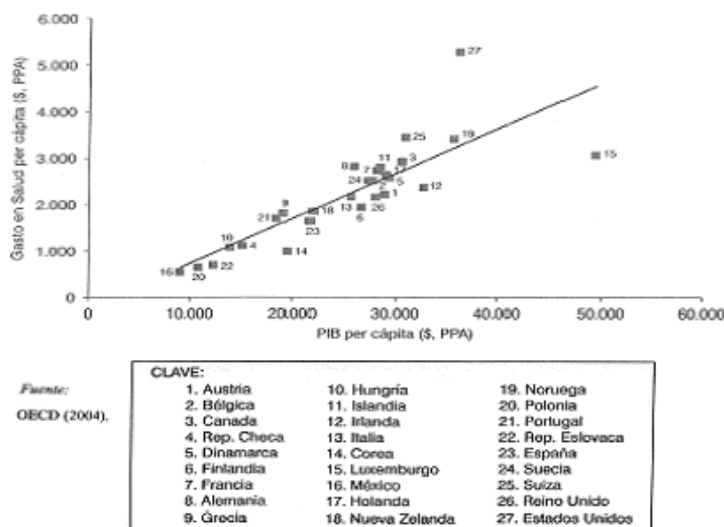
¹⁶ Sotelo I. *Nadie se reconoce culpable*. El País, 6 de diciembre de 2011, p. 9, col 1-3.

¹⁷ Krugman P. *What Ails Europe?*. NY Times 2012, February 26. El artículo ha aparecido después traducido en las páginas de El País: *¿Qué aflige a Europa?*. El País Negocios, Domingo 4 de marzo de 2012, p. 22.

¹⁸ Las referencias concretas a los niveles de gasto social respectivos, tomadas del OECD Factbook, se pueden ver en una entrada de 25 de febrero de 2012 del blog de P. Krugman en el New York Times *The conscience of a liberal* titulada *European crisis realities*. Accesible en <http://www.blogs.nytimes.com/?nl=todaysh headlines&emc=tha212>.

¹⁹ Los datos sanitarios, no sólo económicos, comparados se presentan anualmente por la OCDE en una publicación de carácter anual denominada OCDE Health Data.

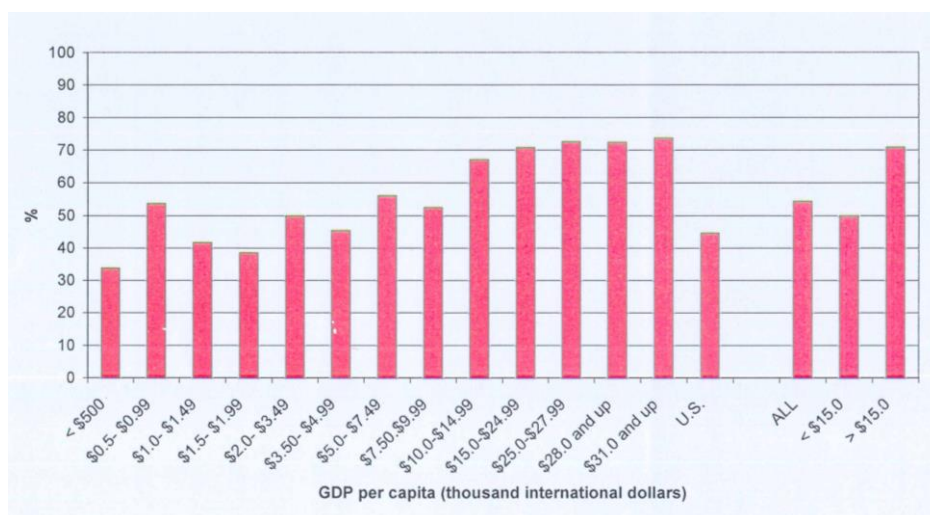
Gráfico 1. Distribución del PIB y del gasto en salud per cápita en países de la OCDE en 2002



Fuente: OCDE, 2004

Esa tendencia, que se refiere al nivel de gasto sanitario global, incluyendo el público y el privado, se complementa con otra observación referida al gasto público: con la excepción de los Estados Unidos, cuyo nivel de gasto público es mucho más reducido que el que le correspondería por su nivel de renta per cápita, a partir de cierto nivel de renta, cuanto mayor es el de un país, mayor es la proporción del gasto público sobre el gasto sanitario total (Gráfico 2). Por el contrario, esos niveles más elevados de gasto público dirigidos a la protección sanitaria no han constituido hasta ahora ninguna rémora para el desarrollo económico global de cada país, e incluso puede decirse que han contribuido al desarrollo del mismo mediante su aportación a la cohesión social.

Gráfico 2. Gasto público en relación con el gasto sanitario total en países agrupados por niveles de PIB per cápita en poder paritario de compra en dólares en 2003

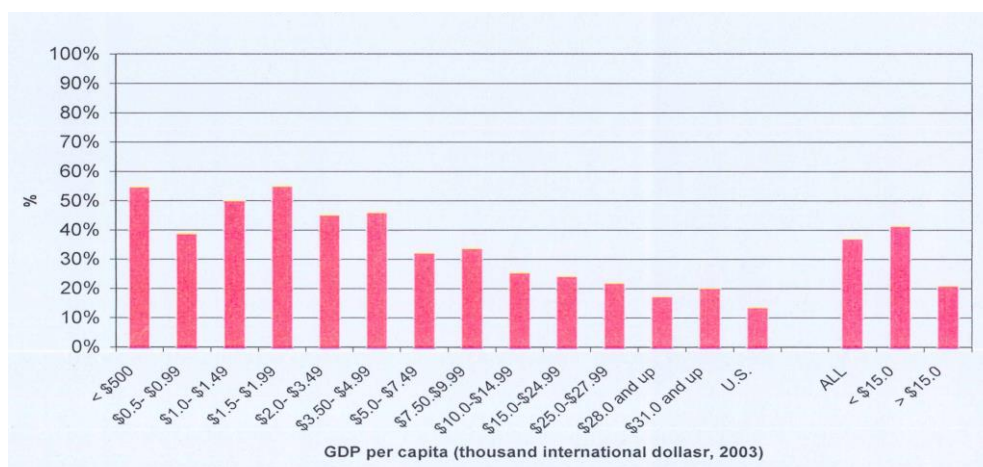


Fuente: Economic myths and political realities. Robert G. Evans. UBC, Centre for Health Services and Policy Research. July 2007.

En consecuencia con esos análisis, atribuir el origen de la crisis actual a un desarrollo excesivo de los sistemas de protección social, y en particular del sistema sanitario, sólo resulta defendible desde posiciones ideológicas sesgadas que, con la “excusa” del déficit y la deuda que soportan los países

afectados, pretenden solamente obtener una justificación para medidas que utilizan como instrumento preferente para la reducción del déficit público, la reducción del gasto social.

Gráfico 3. Aportaciones individuales (“gastos de bolsillo”) en salud como porcentaje del gasto sanitario total en relación con el nivel de renta per cápita de distintos países



Fuente: Economic myths and political realities. Robert G. Evans. UBC, Centre for Health Services and Policy Research. July 2007.

Un último elemento de interés derivado de la observación comparada de los sistemas de salud de diferentes países es que, como puede observarse en el Gráfico 3, a medida que aumenta el nivel de renta per cápita de un país es menor la proporción de gasto sanitario financiado de manera individual (“out of pocket payments”, lo que incluiría las tasas y los copagos para acceder a los servicios): cuanto mayor es el promedio de nivel de renta, la atención sanitaria se financia menos de forma privada individual, y más a través de formas colectivas (sean públicas o privadas) de protección. Es también manifiesto que esa relación, al contrario de lo que indicaba anteriormente, se produce a partir de niveles de renta más bajos que aquéllos a partir de los cuales, con arreglo al gráfico anterior, se produce la relación entre la proporción de gasto sanitario financiada públicamente y el nivel de renta. A esta relación, a diferencia de la anterior, contribuyen también los Estados Unidos, que en aportaciones individuales está incluso por debajo de lo que le correspondería por nivel de renta (lo que se explica, a la inversa, por el amplio desarrollo de sistemas de aseguramiento privado, que, sin embargo, y quizás como resultado de unos niveles de precios proporcionalmente mucho más altos e imposibles de atender de manera individual, no se complementan con otros pagos individuales más elevados para costear la atención).

Por su parte, en los Servicios Nacionales de Salud, como los del Reino Unido y Canadá, países con alto nivel de renta, la ausencia de copagos o tasas al acceder a los servicios (no así en el pago de medicamentos) es una condición “constitutiva” de sus respectivos servicios de salud, por considerar que la introducción de los mismos condiciona de forma negativa el igual acceso a los servicios por parte de las personas con nivel de renta más bajo, sin que existan mecanismos eficaces para evitar esa diferenciación.

Esta observación es de especial interés en relación con algunas de las medidas que se están utilizando para reducir el déficit público en diferentes países, a las que se hace referencia a continuación, entre las que se encuentra la imposición de tasas o copagos para acceder a la atención sanitaria. Hay que resaltar que ese tipo de medidas invierten la tendencia que han seguido los países más desarrollados para controlar sus niveles de gasto sin detrimento de la igualdad en el acceso a la atención.

III.2) Las medidas que se exigen de todos los países que precisan equilibrar sus cuentas públicas (por otra parte en unos plazos que llevan a la imposibilidad de recuperar el crecimiento económico, de manera que los países a las que se aplican entran en un círculo vicioso de imposible solución) siguen, a su vez, algunos patrones comunes:

- En primer lugar, estas operaciones están siempre dirigidas de manera uniforme desde las áreas económicas y de las haciendas de los gobiernos respectivos, sin la intervención de otras áreas de los propios gobiernos, que se ven supeditadas a moverse en los márgenes presupuestarios que se les marcan desde las primeras.
- Por su parte, éstas utilizan para la reducción del déficit las medidas que pueden tener resultados más seguros e inmediatos en términos de reducción efectiva del gasto, sin plantear la posibilidad de reformas “estructurales” de sus sistemas de protección social que pudieran mejorar su eficiencia y reducir a medio plazo el gasto, con ignorancia absoluta de los efectos en términos de pérdida de cohesión y aumento de la conflictividad social que pueden generar esas medidas.
- Por último, esas operaciones recurren en proporción mucho menor a políticas fiscales con el objeto de aumentar los ingresos y, si éstas se utilizan, adoptan formas que hacen recaer las cargas principales en las rentas del trabajo y en el consumo de los sectores más amplios de la población.

Algunos estudios recientes realizados sobre la base de la evolución en distintos países de alto nivel de renta han observado que, en ausencia de una crisis económica tan profunda como la actual, las políticas conservadoras en relación con los servicios sanitarios no se orientaban, en contra de lo que cabía esperar, a una reducción del gasto público en estas áreas²⁰. El mantenimiento de esas partidas es objeto de interés para sus propios electorados naturales, que no desdeñan la posibilidad de obtener financiación pública para su protección. Por el contrario, y manteniendo el alto nivel de gasto público en servicios sanitarios que he descrito más arriba que caracteriza a estos países, esas políticas se orientaban a combinar ese alto nivel de gasto público con dos orientaciones complementarias: de una parte, el establecimiento de sistemas diferenciados de protección para los sectores sociales de nivel de renta más alto, un ámbito en el que las compañías privadas de seguro ofrecen la posibilidad de una protección diferenciada; y a la vez, con un alto nivel de consumo de los productos de las industrias de tecnologías sanitarias, incluyendo las farmacéuticas, que satisfacía los intereses de estos sectores.

La crisis económica ha alterado la posibilidad de algunas de estas políticas, pero ha facilitado el mantenimiento de otras: la diferenciación de sistemas de protección para los sectores de población de mayor nivel de renta ofrece amplias posibilidades de que las medidas de recorte que sean necesarias afecten de manera principal a los sistemas más generales de atención. Por otra parte, en esos casos el aumento de la aportación privada (copagos, tasas, reducción de las prestaciones cubiertas públicamente) que pudieran introducirse con carácter general con el fin de reducir los consumos y ampliar las fuentes de financiación se podrían ver compensadas por la vía de las desgravaciones fiscales de las aportaciones a los planes privados de atención.

Una observación de las medidas que se están adoptando en distintos países, incluido el nuestro, sometidos a planes de estabilización presupuestaria para la reducción de sus déficits y sus deudas permiten considerar que los mismos se adecuan de manera bastante uniforme a esos patrones comunes, que permiten combinar la reducción global de los sistemas de protección social, incluido el sanitario, con el mantenimiento de mecanismos de protección diferenciados para determinados grupos de

²⁰ Ver: Jensen C. *Marketization via Compensation: Health care and the politics of the right in advanced industrialized nations*. *British Journal of Political Science* 2011; 41(04; 1 October): 907-926.

población. Éste es el horizonte más probable de la evolución de los sistemas públicos de salud después de la crisis, como expresión específica en este terreno de la tendencia al aumento general de las desigualdades que se observa en todos los países desarrollados. Tendencia que se ha hecho presente como consecuencia del ciclo conservador que se inició, tras la crisis de los años setenta del siglo pasado, con los gobiernos de Reagan y Thatcher, y la retracción del proyecto político socialdemócrata, que supuso en sus inicios la creación de esos sistemas de salud.

III.3) Lo que se predica de los servicios sanitarios de todos los países es aplicable también de manera específica a los de nuestro país: como puede verse el Gráfico 1 anterior, en el que nuestro nivel de gasto sanitario está representado con el nº 23, las cifras de gasto sanitario presupuestado en España en términos de gasto per cápita se vienen adecuando desde hace años de manera rigurosa al patrón de gasto de los países desarrollados (excepto los Estados Unidos), conforme al cual cada país gasta en sanidad en proporción a su nivel de riqueza, medida en términos de PIB per cápita.

Por otra parte, y a falta de consideraciones más amplias, con ese nivel de gasto ajustado a nuestro nivel de renta, nuestro país ha venido consiguiendo resultados en salud comparables, si no mejores, a los de otros países más ricos con mayores niveles de gasto, y ha venido ofreciendo prestaciones y servicios también comparables en términos de amplitud y calidad a los de cualquiera de esos países.

Frente a esa valoración, que sirve para justificar globalmente la eficiencia de nuestro sistema sanitario, e incluso su sostenibilidad financiera en tanto el país no sufra una quiebra global, se alza, sin embargo, otra realidad incontestable y contradictoria: el gasto sanitario real de algunas CC.AA. ha sido un importante, aunque parcial, del déficit y la deuda en los que han incurrido una parte de aquéllas (lo que no es de extrañar, dado que los presupuestos sanitarios suponen en promedio el 40% del presupuesto y el gasto de cada C.A.). Con ello, es innegable que ese gasto ha contribuido de manera significativa al problema global de desequilibrio en las cuentas públicas en el que, al margen del origen de la crisis vinculado netamente a los sectores financiero e inmobiliario, estamos sumidos.

Tratar de comprender las razones de esa doble realidad contradictoria tiene importancia desde un punto de vista teórico, pero también para valorar qué medidas se deben adoptar con el fin de evitar que el déficit y las deudas autonómicas de ese origen sigan hipotecando en el futuro nuestra capacidad de desarrollo y crecimiento económico global.

Es precisamente en ese punto en el que hay que recurrir a la primera de las valoraciones citadas para subrayar que la causa de esa situación no está en los excesos en términos de servicios prestados o prestaciones cubiertas en los que hubiera podido incurrir nuestro sistema sanitario: esa hipótesis no se sostiene a la luz de la comparación con los patrones de gasto que se han seguido en España en comparación con los otros países, por lo que el recorte de los servicios prestados, como el que efectúa el reciente Decreto-Ley 16/2012, al margen de su injusticia social, no es la solución adecuada a ese problema.

Por el contrario, la única causa que permite justificar las desviaciones en el gasto sanitario en las que han incurrido algunas CC.AA., tiene raíces financieras, no en términos de financiación insuficiente, como reclaman algunos aludiendo a los promedios europeos, sino en razón de las propias características del sistema de financiación sanitaria. Y ello, tanto durante el período, hasta 2001, en el que ésta tuvo carácter independiente y finalista (y restringido a las siete CC.AA. que habían recibido hasta entonces el traspaso del INSALUD), como cuando, a partir de esa fecha, la financiación sanitaria de quince de las diecisiete CC.AA. (Navarra y País Vasco se atienen a su sistema específico de financiación) se incluyó en la financiación autonómica general.

Durante ambos períodos el sistema de financiación de la sanidad gestionada por las CC.AA. ha incluido dos características peculiares: 1) La Administración General del Estado (AGE) ha

permanecido siempre ignorante y al margen de la gestión económico-sanitaria de las CC.AA.; una situación generada no sólo por la resistencia de las CC.AA. a proporcionar esa información por razones competenciales, sino también por el desinterés y la dejación en la obtención de esa información por parte de la AGE; preocupada sobre todo, con independencia del color político de quien ejerciera el gobierno en cada momento, por irse liberando progresivamente de la responsabilidades sanitarias, un área de gasto creciente y difícil de controlar, y generadora de demandas de recursos sin límite por las razones que ya he comentado. 2) La financiación sanitaria de las CC.AA. recibida en función de la distribución presupuestaria ordinaria ha sido suplida por la aportación de cantidades adicionales fuera de presupuesto, por procedimientos diferentes en cada período (las “operaciones de saneamiento” del INSALUD en el primero de esos períodos; las cantidades adicionales obtenidas cada vez que se aprueba un nuevo sistema de financiación autonómica en el segundo). Esto ha permitido a aquéllas incurrir en desviaciones del gasto no controladas, que la AGE fingía desconocer, pero que eran de conocimiento general a través de las reclamaciones de los proveedores, que venían sufriendo demoras progresivas en los pagos, solucionadas ocasionalmente con motivo de algunas de las operaciones citadas²¹.

Por esa razón, conceder a los sectores económicos del gobierno, que han sido y son los responsables de todos los modelos de financiación autonómica y sanitaria que se han venido aplicando hasta ahora, la iniciativa en el desarrollo de las medidas para solucionar los problemas de los déficits y deudas autonómicas de origen (financiero) sanitario, ha sido la mejor garantía de que las medidas se orientasen en el sentido de los recortes aplicados, con repercusiones negativas evidentes sobre la universalidad y la igualdad en la atención, dejando, por el contrario, sin modificar el sistema de financiación, que es la causa más real de aquéllos.

Por otra parte, el diseño de la financiación de nuestro sistema sanitario, cuyas características lo aproximan a los modelos federales, dista mucho del que disponen los países con esa clase de organización del Estado²². En éstos, singularmente en Canadá, existen, además de sistemas permanentes de información del gasto sanitario de las provincias de aquel país, equivalentes a nuestras CC.AA., mecanismos de financiación condicionada que convierten a la financiación sanitaria, por otra parte finalista y no indiferenciada, como ocurre aquí, en un instrumento esencial de funcionamiento coordinado del conjunto del sistema y de mantenimiento de las condiciones universales de la cobertura sanitaria. Sin modificar sus condiciones para acercarlas a las de esos países, las deudas y los déficits amenazan con reproducirse en el futuro, exigiendo previsiblemente con ello nuevas medidas para corregirlos, que deteriorarían más aún la aportación pública a la protección sanitaria ofrecida y a las condiciones universales y equitativas del propio sistema de protección.

IV. ALGUNAS CONCLUSIONES

Comencé este artículo señalando la encrucijada en la que se encuentra en la actualidad el sistema sanitario español. Encrucijada que he tratado de demostrar que no es sólo el resultado de las políticas de recorte más reciente a las que, con el argumento de la crisis económica, viene siendo sometido, en especial en los últimos meses, por el Gobierno del Partido Popular.

Por el contrario, en mi opinión hay argumentos suficientes como para justificar que desde hace años se viene produciendo una deriva del sistema sanitario español hacia formas de organización que conducen a niveles y formas desiguales de protección sanitaria para distintos grupos de población. Esa deriva es consecuencia de las presiones a las que vienen sometiendo a todos los sistemas sanitarios, y

²¹ Una explicación más pormenorizada sobre estas cuestiones se puede ver en los textos citados en la nota 11.

²² Se puede ver a este respecto: Rey Biel P., Rey del Castillo J. *La financiación sanitaria autonómica, un problema sin resolver*. Madrid, Fundación Alternativas-Laboratorio de Alternativas. Documento de Trabajo 100/2006. Accesible en www.fundacionalternativas.org.

no sólo al nuestro, fuerzas externas a los mismos. Entre ellas, de manera especial, de una parte las industrias farmacéuticas y de tecnologías sanitarias y, de otra, las empresas aseguradoras, tanto nacionales como multinacionales, a la búsqueda de sus propios intereses económicos en la relación con los sistemas públicos sanitarios en general, y en particular con el español.

Pero como consecuencia de la descripción realizada considero que se puede derivar una segunda conclusión: existe una contradicción manifiesta entre los instrumentos que serían más adecuados para mantener las condiciones universales e igualitarias de la protección sanitaria en España y las condiciones actuales, tanto internas como generales, que podrían propiciar la adopción de las medidas apropiadas en esa dirección:

a) Entre los primeros, he tratado de subrayar los argumentos que, en mi opinión, justifican que la mejor manera de garantizar en el futuro una protección sanitaria universal e igualitaria para toda la población pasaría por reforzar las características públicas de nuestro sistema sanitario como un Servicio Nacional de Salud de gestión descentralizada en las CC.AA., pero dotado de los mecanismos adecuados de coordinación y gestión pública que son la base de su mayor eficiencia. En el caso de nuestro sistema sanitario, no sólo se trata de recurrir a la comparación teórica de las ventajas en términos de mayor eficiencia de los Servicios Nacionales de Salud sobre los sistemas de Seguridad Social, cuestión a la que me he referido en otros trabajos y que cuenta con sólidos argumentos para defender esa posición²³.

Por el contrario, la mejor evidencia de las ventajas de reforzar nuestro sistema público es el deterioro que se está produciendo en las instituciones públicas que atienden a la mayoría de la población cuando la política que se está desarrollando de manera preferente consiste en facilitar por distintas vías la penetración de la gestión privada en los servicios autonómicos. El mejor ejemplo de ello es la Comunidad de Madrid, donde la construcción de ocho centros de gestión privada, de dudosa necesidad aunque fácil “venta al público”, y su puesta en servicio se ha hecho de manera manifiesta en detrimento financiero y de las plantillas y medios disponibles por los centros públicos que siguen atrayendo a la mayoría de la población, con el efecto consiguiente del deterioro de la calidad de la atención prestada en éstos últimos.

Por otra parte, de entre esos instrumentos, el que ocupa una posición central que podría servir para actuar como palanca del cambio de otros aspectos esenciales de la organización sanitaria pública, es el cambio del sistema de financiación sanitaria, para acercarlo al de algunos países, como Canadá, el único país de estructura y organización federal dotado de un Servicio Nacional de Salud (llamado también *Medicare*, pero de estructura y función diferentes al sistema norteamericano del mismo nombre) que ofrece protección universal e igual a todos los ciudadanos canadienses. Allí la financiación sanitaria finalista actúa como instrumento de coordinación principal y garantía del mantenimiento de las condiciones (universalidad de la cobertura; reducción o anulación de las trabas económicas, copagos o tasas, en el acceso a los servicios; movilidad sin trabas de los pacientes entre territorios distintos; provisión preferente a través de medios públicos; amplitud e igualdad de la prestación para todos los ciudadanos) al servicio de la universalidad e igualdad de la protección.

b) Los elementos contradictorios son más abundantes:

- La primera situación contradictoria con la posibilidad de reforzar el carácter público de nuestro sistema sanitario, de la que el recambio del sistema de financiación sanitaria podría ser el primer eslabón, son las resistencias que, con independencia de su color político, se han manifestado por todos los responsables económicos de los sucesivos gabinetes que han ocupado el Gobierno de la nación para establecer cualquier sistema de financiación sanitaria que suponga reasumir por el

²³ A este respecto ver: Rey del Castillo. *Una nueva Ley General de Sanidad...* Citado en nota 11.

gobierno central alguna responsabilidad financiera sobre el sostenimiento de los servicios sanitarios²⁴. Una posición que ha quedado aún más de manifiesto con la adopción de las medidas de recorte más recientes que se han adoptado para la reducción del déficit público y las deudas en las que han incurrido las CC.AA. por su gestión sanitaria, que son tan sólo medidas “transitorias” de recorte, sin ningún componente estructural que pudiera ir dirigido a evitar la repetición de esa situación.

- La segunda contradicción tiene su base en la igualación progresiva de las posiciones de los dos partidos mayoritarios en las materias sanitarias que se ha ido produciendo a lo largo de los últimos quince años. Pese a las diferencias aparentes que se pudieran tratar de destacar desde el Partido Socialista como consecuencia de las medidas más recientes adoptadas por el Partido Popular en el Real Decreto-Ley 16/2012, que afectan a aspectos tan sustanciales como la redefinición de la población “asegurada” con derecho a la protección sanitaria, las medidas del último gobierno socialista sobre materias relacionadas con la misma cuestión en fechas tan recientes como los últimos meses de 2011 resultan expresivas de que no hay posiciones sustantivamente diferentes entre uno y otro partido en lo que respecta a la protección sanitaria y su organización.

- Por otra parte, esta misma situación pone en cuestión la posibilidad de que “pactos de Estado” como los que se están invocando en otros terrenos para solucionar los problemas institucionales del país puestos de manifiesto con la crisis, pudieran resultar de utilidad en el terreno sanitario, si no suponen la aportación de nuevas ideas sobre la constitución de los servicios sanitarios y la importancia a dar a los mismos como instrumento de cohesión. No en vano la situación actual de éstos es el resultado de la coincidencia en los desarrollos sanitarios propiciados por ambos partidos, sobre la base de planteamientos de los que no hay ninguna evidencia que hayan podido cambiar hasta ahora.

- Otro elemento contradictorio añadido son las posiciones opuestas a cualquier cambio que suponga el reforzamiento del sector público sanitario sostenidas por agentes situados en los dos campos más determinantes de la evolución de los sistemas sanitarios, el de las tecnologías sanitarias y los productos farmacéuticos, y el de los seguros sanitarios y las cadenas de hospitales privados.

- En el primero de ellos, en nuestro país se mantiene un nivel de gasto en relación con el total del gasto sanitario que sigue siendo superior en diez puntos porcentuales al promedio de los países de nuestro entorno. Esto sugiere que, además de las medidas que se están promoviendo en otros países para controlar esta parte del gasto, que es la causa principal del crecimiento del gasto sanitario global en todas partes, (evaluación de las tecnologías y los medicamentos nuevos antes de incorporarlos a la provisión pública; reforzamiento de los sistemas de compras que permitan beneficiarse más y mejor de las economías de escala y la situación de casi monopsonio propias de un servicio universal y público de salud), en el nuestro son necesarias medidas complementarias en algunos terrenos, como el de la dispensación y la distribución de los productos, hacia los que, de manera diferenciada con lo que ocurre en otros países, deriva una proporción significativa de ese gasto sin ventajas adicionales para nuestro sistema sanitario ni para el acceso adecuado a esos productos por parte de la mayoría de la población.

Esa valoración es por completo contradictoria con la que, con gran eficacia, y el apoyo de los dos partidos mayoritarios, vienen defendiendo desde hace años los colegios de farmacéuticos en representación de los farmacéuticos propietarios de las oficinas de farmacia y de un supuesto “modelo mediterráneo de farmacia”, consistente en esencia en defender los derechos de ese grupo restringido de profesionales que ejercen el monopolio de la dispensación. Los niveles de beneficios individuales y

²⁴ Esa posición sostenida, y no la posibilidad de una “recentralización” de las competencias sanitarias, comentada frívolamente por algunos responsables autonómicos, es la amenaza real más importante que se cierne sobre el sistema sanitario público español para que éste mantenga sus condiciones universales e igualitarias en el contexto de la descentralización política de su gestión.

colectivos obtenidos por esos grupos de farmacéuticos y las organizaciones que los representan, que actúan como intermediarios en la facturación a los servicios de salud, han proporcionado a esos grupos beneficios sostenidos a lo largo del tiempo y con ello una gran capacidad económica para afrontar la defensa legal de sus “derechos” e intereses frente a cualquier intento de cambio de la situación.

- En el segundo de esos terrenos, ya he mencionado al principio de este artículo la amplia actividad que viene desarrollando en defensa de la ampliación de la participación de las compañías aseguradoras y las cadenas de hospitales privados en la gestión del SNS un “Instituto” (para la Integración y el Desarrollo de la Sanidad, IDIS) creado al efecto hace alrededor de dos años, que las representa de manera conjunta.

El modelo de gestión del Sistema sanitario público con participación privada que defiende ese Instituto y quienes lo constituyen han tenido su realización más ilustrativa hasta la fecha en el desarrollo de los servicios públicos sanitarios en Cataluña, en cuya gestión participan desde hace más de veinte años tres entidades distintas: el Instituto Catalán de la Salud, heredero del antiguo INSALUD; el Consorcio Hospitalario de Cataluña, que reúne a los centros antes propiedad de las corporaciones locales, muy abundantes en aquel territorio; y la Unión Catalana de Hospitales, que reúne a las aseguradoras y centros privados de aquel territorio.

Al margen de análisis más profundos, la situación a la que ha conducido ese modelo organizativo en Cataluña, puesto ya en cuestión por la consultora Deloitte hace unos meses en un informe solicitado por la propia administración catalana²⁵, ha comenzado a saltar a los medios de comunicación como consecuencia de la acumulación de escándalos financieros y de gestión que están ahora saliendo a la luz²⁶. Las irregularidades aparejadas al funcionamiento de ese modelo han tenido, sin duda, una influencia adicional relevante en la generación de los déficits en que ha incurrido la gestión sanitaria en aquel territorio, que ha dado lugar a recortes específicos y más amplios que los llevados a cabo en otros, recortes que se comenzaron a aplicar allí antes para solucionar una situación financiera de especial deterioro.

Por otra parte, ese modelo, basado en condiciones específicas del desarrollo de los servicios sanitarios públicos y privados en aquel territorio comentadas en otros trabajos²⁷, contó para su aplicación con el acuerdo efectivo de los dos partidos, CiU y PSC, mayoritarios en la Comunidad catalana. Las actuaciones de algunos representantes de ambos partidos en la gestión de los servicios sanitarios están siendo ahora expresamente puestos en cuestión. Esa situación de los servicios sanitarios catalanes no obsta, sin embargo, para que desde su actual consejería de Salud, cuyo titular era antes de acceder a ese cargo el gestor de la Unión Catalana de Hospitales, la red privada de atención en aquel territorio que gestiona una parte de su servicio público de salud, se esté apoyando activamente la aplicación del modelo de gestión privada de los servicios financiados públicamente que defiende el Instituto citado en otros ámbitos del territorio español.

En la Comunidad de Madrid se ha generado otra variante del mismo modelo con un origen distinto, basado en este caso en la construcción con financiación privada de todos los nuevos hospitales que se han llevado en su territorio a cambio de ceder (y pagar un canon anual por) su gestión a las empresas privadas que han participado en su construcción; un sistema que supone diferentes variantes del modelo conocido como PFI, introducido también ampliamente en la Comunidad valenciana. En el caso madrileño esa situación ha tenido los efectos de deterioro de la red pública comentados más

²⁵ <http://www.europapress.es/economia/noticia-deloitte-recomienda-generalitat-catalana-replantear-presencia-territorial-20110920194442.html> .

²⁶ Güell O, Castedo A. *La acumulación de escándalos agita la sanidad pública catalana*. El País, Sociedad, 11 junio 2012. p. 36, col. 1-5.

²⁷ A este respecto se pueden ver los dos textos citados en la nota 11.

arriba. Pero además, esos sistemas de pago preferente a los centros así gestionados han contribuido también a la generación del déficit y las deudas pendientes en los servicios sanitarios de esta Comunidad (lo mismo cabría decir de la valenciana), que se van conociendo de manera paulatina desde que el Gobierno central ofreció ayuda para su solución a cambio del conocimiento real de la situación contable y de deudas impagadas de las CC.AA.

Pese a esos efectos ya conocidos, la posición de los dos partidos mayoritarios en el Estado español continúa estando abierta a la ampliación progresiva de la aplicación de ese modelo sin oponer a ello ninguna regulación que establezca alguna clase de límites dirigidos a evitar sus efectos negativos descritos, ni mucho menos a demostrar alguna clase de apoyo preferente a la gestión pública de los servicios sanitarios, de los que, por el contrario, se sigue poniendo en cuestión de manera peyorativa la eficiencia de su gestión.

- La preferencia por (o ausencia de oposición): a) La extensión de los servicios sanitarios privados financiados públicamente no es peculiar de las representaciones políticas hasta ahora dominantes en el Estado español, sino que afectan también a sectores significativos de la población.

Los mejores ejemplos de ese apoyo en colectivos concretos son las Mutualidades de funcionarios y otros modelos de gestión privada de la atención sanitaria para determinados grupos de población (empresas colaboradoras; atención sanitaria de determinados grupos profesionales, como abogados, periodistas, incluso representantes políticos en diferentes entidades de distinto nivel, y otros). Todos esos grupos se caracterizan por tener por unas u otras vías una mayor capacidad de influencia sobre el desarrollo de las políticas públicas, también las sanitarias, de la que puede ejercer la mayoría de la población. Esa capacidad de influencia se ha traducido en el mantenimiento desde la publicación de la LGS de esas formas diferenciadas de protección, pese a las previsiones de la Ley en sentido contrario, lo que las ha convertido para muchos en el paradigma de la atención sanitaria preferente.

Otro indicio de ese interés por la atención sanitaria diferenciada de la general que afecta a grupos amplios de población, incluyendo en ocasiones en ellos a las representaciones sindicales de ciertos colectivos, es la consideración de que el seguro de salud privado es el beneficio social más valorado por los trabajadores en su negociación colectiva con las empresas²⁸.

Tales manifestaciones constituyen a su vez la mejor expresión de que ahora no se dan, sino al contrario, las condiciones de solidaridad interclasista que se dieron en la época en la que se constituyeron los servicios públicos y universales de salud, en el período posterior a la crisis económica de 1929 y la segunda guerra mundial²⁹, como mejor garantía de la protección sanitaria individual, con independencia del grupo social al que se perteneciera. Y que, aquí como en otros países, con el desarrollo económico capitalista se ha ido produciendo la ruptura de la confluencia de intereses entre clases que caracterizó aquella época, dando oportunidad a la diferenciación de la atención sanitaria prestada a distintos grupos de población y a la penetración de las compañías privadas que facilitan y propician esa evolución.

- El último elemento contradictorio con la posibilidad de un reforzamiento de las características públicas del sistema sanitario español como forma de solución de los problemas organizativos y de sostenibilidad financiera que le afectan, es la evolución en la constitución de los sistemas sanitarios que se está produciendo en el ámbito europeo.

²⁸ Así se afirma en el Barómetro de Salud 2012 presentado recientemente por la compañía Adeslas SegurCaixa, que forma parte del IDIS, y es gestora de varios hospitales situados en las Comunidades de Madrid y Valencia construidos y gestionados con fórmulas como las comentadas previamente.

²⁹ A este respecto me remito de nuevo a los trabajos citados en la nota 11.

Esa evolución, a la que me he referido en el apartado II.1 anterior, tiende a facilitar la penetración de las empresas privadas de seguros sanitarios en la gestión de los servicios de salud financiados públicamente. Para lograrlo se están promoviendo transformaciones más profundas en los servicios caracterizados hasta ahora como Servicios Nacionales de Salud, como lo eran el NHS inglés y el SNS español.

De otro lado, viene siendo una constante la consideración de la prestación de servicios sanitarios por parte de las instituciones europeas, de manera destacada la Comisión, como un ámbito en el que deben primar también los valores, subyacentes a la propia construcción europea, de la libre circulación de actividades, mercancías y personas en el ámbito de la Unión, sobre la consideración de estos servicios como un terreno en el que establecer y lograr un ejercicio similar de derechos por parte de todos sus ciudadanos³⁰ (Martinsen, 2009). La Directiva de servicios recientemente aprobada³¹, finalmente moderada en sus términos como consecuencia de las posiciones de algunos países, entre ellos España, que se podían ver muy perjudicados en términos económicos por las condiciones de libre circulación de pacientes y acceso a los servicios de otros países distintos al de origen previstas en sus primeras redacciones, es un buen ejemplo de esos valores preferentes en el ámbito de la Unión.

En todo caso, de cara a hacer posible la libre circulación de pacientes y servicios en ese ámbito las facilidades derivadas de disponer de compañías de seguros privadas con actividad en diferentes países, o con capacidad de llegar a acuerdos con otras compañías homólogas de países distintos, parecen evidentes frente a la dificultad de lograr acuerdos entre Estados que, por otra parte, siguen teniendo sistemas sanitarios de características diferentes, tanto en su organización como en sus prestaciones e incluso en el ámbito personal de la protección³².

La perspectiva de futuro que se deduce del panorama descrito es que la evolución “natural” del sistema sanitario español si no se cambian sus actuales reglas de organización y funcionamiento y se siguen produciendo desarrollos normativos en la línea de los que se están produciendo en los últimos años, acentuados más aún por la crisis, es que tienda de manera inexorable hacia la consolidación de niveles diferenciados y desiguales de atención para distintos grupos de población, y con ello a convertirse en vehículo añadido de desigualdades sociales crecientes, en lugar de servir de instrumento de cohesión.

Y que, por el contrario, para que fuera posible el cambio de rumbo que supondría el reforzamiento, en condiciones adversas, de las características públicas de un sistema universal e igualitario de atención sanitaria no basta ya con la defensa del pasado y el intento de volver a una situación que en realidad nunca se alcanzó, sino que haría falta un nuevo modelo, traducido en una nueva norma que estableciera unas nuevas condiciones constitutivas básicas del sistema, que fuera capaz de atraer en su defensa positiva a grupos amplios de población y permitiese superar la oposición de aquellos otros que hasta ahora han guiado su evolución.

³⁰ Martinsen, D. S., Blomqvist, P. *The European Union: single market pressures?*. En: Magnussen, J., Vranbaek, K., Saltman, R. B. (eds.), *Nordic health care systems. Recent reforms and current policy challenges*. European Observatory on Health Systems and Policies Series. Maidenhead: McGraw Hill-Open University Press, 2009. pp. 294-315.

³¹ Directiva 2011/24/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 9 de marzo de 2011, relativa a la aplicación de los derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza. Diario Oficial de la Unión Europea, 4 de abril, L 88/45-88/65.

³² Wismar M. et al. (eds.). *Cross-border Health care in the European Union. Mapping and analyzing practices and policies*. Copenhagen: WHO-European Observatory on Health Systems and Policies, 2011.