

La mercantilización de la salud pública en España

Rodolfo Rieznik

Economistas sin fronteras

rodolfo.rieznik@gmail.com

Resumen

Desde hace unos años se han puesto en práctica en España, de manera paulatina pero sin pausa, acciones de externalización, subcontratación, concesión, entre otras, de la atención sanitaria de la población, con la finalidad de ir consolidando su privatización. Esta mercantilización de la salud es percibida por los profesionales de la salud, y la población en general, como un desmantelamiento progresivo del estado de bienestar.

La salud como negocio

La salud de las personas no es una “cosa”, ni es algo cuya sostenibilidad pueda estar sujeta a reglas de mercado. No se trata del acceso gratuito a la asistencia sanitaria lo que está en juego: es la salud pública como derecho y servicio público, de todos los ciudadanos, lo que la privatización puede liquidar. La lógica mercantil prevé el cierre del negocio, la sanidad en nuestro caso, si los resultados comerciales, mercantiles, no son los calculados. O, en el mejor de los casos, un ajuste económico, un deterioro asistencial y físico del servicio de salud. Algo de eso, en el corto tiempo en el que el fenómeno mercantil de la sanidad se puso en marcha, está ya sucediendo y uno de los pilares del estado del bienestar, la sanidad pública, está en peligro de extinción.

La opción de mercantilizar la salud pública se ha venido proponiendo a través de diversas opciones, todas conducentes a lo mismo: privatizar la atención sanitaria de la población. Primero se externalizaron los servicios, laboratorios, luego se siguió con derivaciones de pacientes a hospitales privados, más tarde continuó con concesiones de hospitales y servicios no médicos, después se prolongó a concesiones de construcción y gestión parcial de instalaciones sanitarias. Finalmente, se propone concluir, en la doble dimensión de privatización y liquidación del servicio público de salud, entregando los hospitales, y también ambulatorios de atención primaria, con todos los profesionales médicos y sanitarios, de manera completa y definitiva, a la iniciativa privada. El proceso de cerrar el ciclo privatizador está iniciado a partir de la propuesta de fines del año pasado de la Comunidad de Madrid de pasar los hasta ahora llamados hospitales de gestión público privados, y ambulatorios, a grupos empresariales privados.

Estas prácticas se han venido llevando en varias comunidades autónomas, quizá con más intensidad en comunidades gobernadas por partidos de la derecha y con mayorías absolutas, por razones obvias, como la Comunidad Valenciana, Madrid y Cataluña. Aunque los impuestos que financian la sanidad se recaudan a nivel nacional, el gasto está transferido y lo ejecutan las comunidades autónomas, con lo cual son éstas las que pueden concretar, rápida y directamente, la prestación privada de la atención sanitaria.

La consideración para llevar adelante políticas de este tipo es mercantil y financiera,¹ y en ningún caso de garantías de prestación del derecho a la salud. La idea de introducir competencia y mayor eficiencia económica a partir de las señales que el mercado determine para las asignaciones óptimas de recursos no es exclusiva, lógicamente, del ámbito sanitario.

En el mundo de las organizaciones públicas, y de organizaciones sometidas a una débil intensidad competitiva, no cabe una actitud darwinista (darwinista en el sentido de ‘esperar’ de un mercado apenas existente la evolución hacia formas organizativas ‘más aptas’) (Ortún, 2001: 16).

La argumentación proviene de la ortodoxia de la economía clásica, reactualizada por el neoliberalismo en boga, y de uso válido, según estos teóricos, para cualquier tipo de actividad económica, incluso el de la atención de la salud de las personas.

El negocio imposible

Como el concepto es económico y no de preservación de conquistas sociales, la finalidad es gestionar la prestación sanitaria con criterios de mercado, esto es, hacer la ficción de

que la salud es, en términos generales, una mercancía destinada a ser vendida en el mercado con una rentabilidad adecuada que justifique su producción.

Los defensores de la privatización sanitaria simulan la sanidad como un problema de maximización de beneficios, esto es, producir unidades que generen más al ingreso que al coste. Dice uno de estos académicos de las finanzas de la salud, Daniel Tolliday, que el negocio de la salud es simplemente una ecuación de ingresos menos costos. Los primeros, los ingresos, se calculan a partir de los costes. Se trata simplemente de fijar un precio correcto que, multiplicado por la cantidad (mercancía, léase pacientes, prestatarios de la salud), dé como resultado un ingreso total que cubra los costes incurridos más un “beneficio”, esto es, la rentabilidad del capital previamente invertido.

En muchos puntos, el plan de negocio de un hospital es similar a uno estándar. Necesitarías incluir en él información de tu negocio y descripción de las metas de tu hospital. También necesitarás incluir tu plan de marketing, información de competidores de tu zona, personal y procedimientos operacionales así como información sobre los gastos operacionales. Incluye mucha información financiera detallada y una hoja de balance estimado así como resúmenes de ingresos. Una vez, que has recopilado toda la información en tu búsqueda, escribir la propuesta no será difícil. (Tolliday, 2013)

Así se han hecho, y se plantean los contratos de concesiones hospitalarias, los de los ya construidos y los de los programados para el futuro. El modelo se llama *capitativo*, palabra que no recoge el diccionario y que significa un precio por tarjeta de la Seguridad Social. Los ingresos del concesionario son precio por cantidad de tarjetas (o personas) existentes en el ámbito espacial de la concesión. O lo que es lo mismo, se establece contractualmente un precio “sanitario” a cada uno de los habitantes con derecho a la prestación sanitaria en el lugar de la concesión y en el centro sanitario correspondiente.

Ahora bien ¿es posible programar y estandarizar económicamente la salud de las personas en el tiempo?² Es tarea imposible conocer a priori el comportamiento sanitario de las personas para fijar una estructura contable de costes. Los estudiosos del negocio sanitario “cronifican” económicamente las prestaciones asistenciales menores para facilitar el diseño de los *business plans* o planes de negocio. En cambio, no asumen las enfermedades graves, raras, no rutinarias, imprevistas, porque comportan un riesgo financiero para el cálculo económico y para las empresas privadas, le tiene aversión.³ Al revés de lo que se piensa, el mundo de la finanzas privadas no comulga con el riesgo, con el imprevisto. Las enfermedades graves “quedarán” en el ámbito de lo público, aún con los recortes de déficit públicos en vigor, lo que augura un deterioro de la calidad de esos servicios. Lo previsible es el abandono de estas prestaciones en el mediano plazo.⁴ Probablemente, los pacientes graves y sin seguro privado no estarán cubiertos y quedarán excluidos de la atención integral de su salud, tal como se está denunciando en el Reino Unido.⁵

Además, el argumento de que una concesión ahorra dinero al Estado, porque la inversión la realiza el privado, no es cierto: los ingresos anuales pactados cubren los gastos de inversión, esto es la amortización del capital y los gastos financieros de la deuda. Sólo se difiere el gasto público en el tiempo, pero no lo reduce, y en todo caso lo incrementa debido a que la financiación privada es más cara que la pública porque ofrece menos garantía a los bancos.

La sostenibilidad de la atención sanitaria.

España ha utilizado, copiando abusivamente, el modelo inglés, en particular el de concesionar la inversión, construcción y posterior gestión de servicios no médicos a cambio de un canon anual.⁶ La crisis en curso ha alterado los precios sobre los que se calcularon los ingresos y los beneficios de los concesionarios. Las administraciones públicas tuvieron que socórrerlos con más desembolsos para que no quebraran. Independientemente de la solución financiera definitiva que adopte el modelo, no está garantizada la supervivencia de la infraestructura sanitaria, sean hospitales, ambulatorios o servicios especializados, ya que la “mala salud” de los inversores conducirá a recortes de inversiones. Con un Estado absentista en acometer nuevas infraestructuras en salud, el futuro de la capacidad instalada, sean camas, hospitales o centros ambulatorios, la asistencia sanitaria está en serio peligro de extinción en el mediano plazo.⁷

La privatización de la sanidad es la entrega descarada de la órbita de la empresa privada de un negocio cautivo, un “nicho de mercado” de ingresos asegurados con “clientes” cautivos (los propietarios de la tarjeta sanitaria) y garantías contractuales de beneficios sin riesgo.

El gasto en salud. La experiencia británica en conflicto.

Las comunidades autónomas, como ya comentamos más arriba, tienen transferidas las competencias sanitarias. Aun habiendo recortado 6700 millones de euros, el presupuesto total se acerca de los 60 millones de euros. Esa suma es la que se está repartiendo a la gestión y/o concesión privada.

En cualquier caso, e independientemente de la crítica global, esto es, que la salud es una conquista que no puede ser cercenada y entregada al interés privado y mercantil de unos pocos, la experiencia nacional e internacional del negocio de la salud es un fracaso en marcha, por lo menos en la modalidad antes explicada y puesta en práctica en España.

Los planes privatizadores actuales tienen la intención de profundizar en el modelo, fundamentalmente para completarlo por la vía de transformar a los profesionales de la salud, médicos especialmente, en empleados sujetos a contrato mercantil: desfuncionarizarlos, enajenarlos de la órbita pública. De esta manera, la “privatización” de los médicos se extiende a las especialidades y toda la atención sanitaria en conjunto. Se estará privatizando definitivamente toda la sanidad, de modelo público-privado pasaremos a privado total.

El balance de lo hecho hasta ahora nos aproxima al fracaso. Hay hospitales en construcción paralizados en Castilla-La Mancha, en Andalucía, en Madrid, en Valencia, y muchos de ellos generando gastos de pagos de cánones privados sin que satisfagan ningún tipo de atención sanitaria. Además, el deterioro continúa en los hospitales públicos, que están siendo vaciados de servicios y dejando instalaciones infrautilizadas. El panorama para la población sin recursos se completa negativamente, con la saturación de los hospitales privados a donde derivan pacientes de “la pública”.

El espejo inglés en el cual debería haberse mirado la sanidad española está “empañado”. Allí se han invertido 38 mil millones, llevando a que el 95% de los nuevos hospitales

sean PF. (García Martín, 2007) Según denunció hace unos años la FADSP (Federación de Asociaciones en Defensa de la Sanidad Pública), el hospital insignia del modelo inglés, el Queen Elizabeth, estaba quebrado con déficit en relación a lo presupuestado de más de 30 millones de euros. Más de 11 hospitales británicos tenían problemas económicos similares.

La salud no se vende, se defiende.

Finalmente, la privatización de la salud atenta contra un derecho humano elemental, como es la preservación de la salud de la población. Castiga duramente a los más vulnerables de la sociedad, a los que no pueden asegurarse la salud con una póliza privada, en una doble dimensión: por el lado de la exclusión progresiva de servicios públicos de atención primaria y especializada, y por el deterioro en el tiempo de la infraestructura necesaria para una salud de calidad. No es arriesgado, ni amenazante, afirmar que el problema de la privatización de la sanidad pública es “de vida o muerte”.

La salud individual y colectiva de una sociedad es el resultado del progreso humano sobre la naturaleza. Lo que distingue a los humanos de otras especies es su capacidad de raciocinio, inteligente, sin la cual estaríamos al albur de los embates de la naturaleza. En esa relación con el entorno natural, los humanos conquistamos con el saber el derecho a una vida más prolongada, saludable y, si se tiene dinero, más digna. En términos darwinianos: evolucionamos como especie, las manos dejaron de ser pies; ya erectos dejamos de ser monos, nuestro cerebro cambió de tamaño y cada vez entendimos más de nuestro devenir. Hace no muchos años, los hombres migraban cuando agotaban los frutos de la naturaleza y anteayer casi, en tiempo histórico, la muerte nos acechaba ante una simple infección. Hoy sabemos procurarnos nuestro alimento y un simple antibiótico nos blindamos de los peligros vitales de un contagio. Este es el concepto de salud como derecho universal: una conquista de las personas, en términos modernos, de los ciudadanos. La salud universal ni es una concesión de la política, ni es el resultado de una actividad mercantil más o menos eficiente. La salud, que en su máxima expresión es vitalidad, debe ser pública por definición. Es un gran logro de los seres humanos, de la gente, de las personas, de la sociedad, de los ciudadanos. Es de todos y debe ser preservada como tal, como un derecho, con el concurso del Estado, porque lo público es la expresión jurídica e institucional del interés general. La consigna de los trabajadores de la salud lo expresa de manera sencilla: La salud no se vende, se defiende.

Notas

1 Racionalidad del gasto, competencia y mercado, eficiencia y calidad por vía de la oferta y la demanda, etc.

2 Cuando se producen desviaciones de costes, los contratos aseguran la cobertura del déficit.

³ La “prima de riesgo”, el costo financiero de una deuda, está directamente asociado a los imprevistos, cuantos más imprevistos, mas tipo de interés.

4 El intento de convertir el Hospital de la Princesa de Madrid, con una tradición de excelencia médica, incluso investigadora, en un hospital geriátrico, sin definir muy bien de que se trata, confirma la intención de clausurar un servicio sanitario integral y de calidad.

5 La sanidad británica viene recibiendo denuncias por el abandono, incluso hasta la muerte, de pacientes por falta de medios humanos y técnicos. Se han formado asociaciones de afectados y se han investigado hasta 1200 muertes “innecesarias” en 14 hospitales. “Cientos de víctimas de negligencia acorralan a la sanidad británica.” (Oppenheimer, 2013)

6 El canon, esto es, el ingreso anual por tarjeta sanitaria, que se licita por subasta y se adjudica “al mejor” postor, al más barato, se supone que cubre el costo de invertir y operar el servicio no médico en la experiencia valenciana de Alzira, el canon no alcanzó y hubo que suplir el déficit. Lo mismo ha ocurrido en algunos hospitales construidos en Madrid y otras comunidades autónomas.

7 Incluso se da la paradoja de hospitales sin terminar, y sin pronóstico de abrirlos por la crisis, que generan un gasto presupuestario creciente porque contractualmente las administraciones están comprometidas a pagar al concesionario desde que han puesto el primer ladrillo de inversión.

Referencias

García Martín, Manuel (2007) *Análisis de la iniciativa de Financiación Privada*. (Private Finance Initiative) FDSP. Madrid. <<http://www.fadsp.org/index.php/publicaciones?task=view&id=14&catid=55>>

Oppenheimer, Walter (2013) “Cientos de víctimas de negligencia acorralan a la sanidad británica.” En *El País* edición del 23/02/13.

Ortún, Vicente y otros (2001) “El sistema de financiación capitativo: posibilidades y limitaciones”. Publicado en *Fulls Economics del Sistema Sanitan* n° 35, marzo.

Tolliday, Daniel (2013) “Como elaborar un plan de negocio para un hospital”.
<http://www.ehowenespanol.com/elaborar-plan-negocio-hospital-como_28431>