



INFORME SOBRE SANIDAD Y SALUD PÚBLICA PROBLEMÁTICA Y ALTERNATIVAS

FALANGE ESPAÑOLA DE LAS JONS

1.- INTRODUCCIÓN

El gobierno del Partido Popular surgido de las elecciones de noviembre de 2011 abre serios interrogantes sobre la Sanidad Pública en España. Por primera vez un partido de derechas tiene el poder en el gobierno central y en la mayoría de las comunidades autónomas (con excepción de Andalucía; el País Vasco, con un gobierno minoritario; Canarias y Navarra, con unas coaliciones donde el PSOE no es imprescindible; y en Cataluña, con un gobierno de Convergència i Unió que tiene en política sanitaria unas posiciones todavía más agresivas y liberalizadoras).

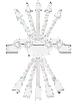
En el fondo de toda la problemática de la sanidad española está la intención de la oligarquía económica y la casta política de ir a su progresiva privatización y rentabilizar las ingentes cantidades de dinero que mueve un sector tan primordial como es el de la Sanidad. Exponer los ejes sobre los que gravita la política de la salud en nuestro país, los problemas y sus posibles alternativas, es lo que justifica el presente estudio.

El problema de la dualidad pública/privada de la sanidad no es nuevo ni nos ha cogido por sorpresa en los últimos meses. Cuando se instauró el Régimen del 78, la relación de medios entre el sistema sanitario público y el privado era, en el área de la atención especializada, aproximadamente del 80/20 %, con excepción de Cataluña donde existía una mayor presencia del sector privado. La situación ha ido lentamente derivándose hacia un incremento del sector privado pero con muchas diferencias de unas a otras comunidades autónomas. Por ejemplo según la última información disponible (Ministerio de Sanidad) en 2008 eran públicas el 70,8 % del total de las camas hospitalarias en España, pero ese porcentaje iba desde el 59,12 % en Cataluña al 90,61 % en Castilla-La Mancha.

En medio de todo ello, el sistema sanitario público de gestión tradicional, tan denostado, ha demostrado una gran capacidad de mejora en su eficacia, mejora que según parece ha pasado totalmente desapercibida a sus detractores. Por otro lado, la información de los centros privados y de gestión privada es poco transparente por no decir nula, y no se ha podido realizar un estudio detallado sobre su funcionamiento, y cuando se han realizado intentos de hacerlo, por ejemplo en el caso de las fundaciones sanitarias, la información dejó de estar disponible. Aún así existen bastantes indicios de que la calidad de las prestaciones es netamente menor que la de los centros públicos de gestión tradicional, a donde se acaba trasladando a los enfermos más complejos.

No hay ninguna evidencia de que el sector público sea más ineficiente que el privado, o que tenga más despilfarro. La evidencia existente muestra precisamente lo contrario. Uno de los sistemas sanitarios más ineficientes es el estadounidense, donde la mayoría de la financiación es privada. Es el sistema más caro del mundo, representa ni más ni menos que el 16,7% del PIB norteamericano, y en cambio el 68% de la población está enormemente insatisfecha. La experiencia acumulada demuestra claramente que la gestión privada es mucho más cara y ofrece peores resultados, con la única ventaja de proporcionar grandes beneficios económicos a unos pocos, no por casualidad familiares, amigos y compañeros de los actuales responsables políticos de su gestión.

La sanidad española es buena. No es cierto que sea la mejor sanidad del mundo pero es el servicio público mejor valorado. Lo peor valorado por el usuario y el ciudadano son, precisamente, factores como el tiempo de visita y la lista de espera, cuestiones que pueden resolverse más rápidamente que otras relacionadas con la corrección del enorme déficit del gasto público.

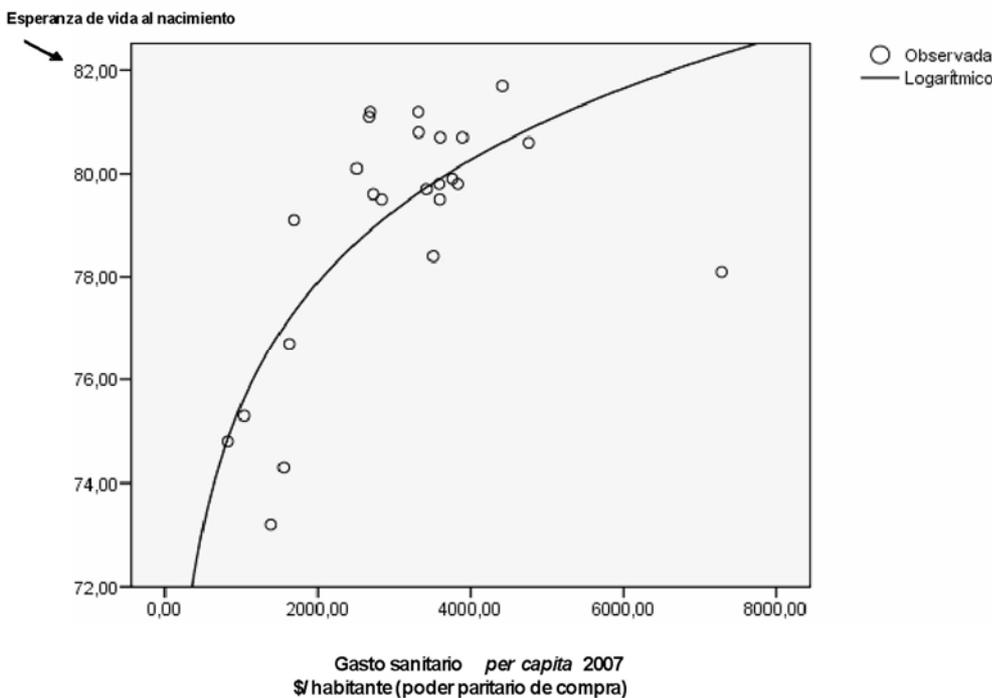


La progresiva privatización sufrida por la Sanidad Pública desde 1.997 (externalización y subcontratación de servicios, conciertos con centros privados, privatización de la gestión....) no ha hecho más que deteriorar el Sistema Nacional de Salud, amenazando gravemente su sostenibilidad.

Los recortes en sanidad y otros servicios sociales no son una solución equivocada e injusta en crisis, son la utilización de la crisis como excusa para avanzar en la senda del desmantelamiento y la privatización de estos servicios públicos.

El cuadro 1 recoge la relación entre esperanza de vida al nacimiento y el gasto sanitario *per capita* en \$ (valor paritario de compra), con los últimos datos de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE). Existe una relación con el gasto sanitario (medido en PIB *per capita* y en gasto *per capita*) con coeficientes de correlación significativos.

Cuadro 1. Resultados de la regresión entre esperanza de vida y gasto sanitario per capita

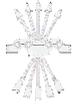


El deterioro de las condiciones de trabajo (reducción de plantillas, aumento de la presión asistencial, aumento de jornada, desaparición de las libranzas, recortes de salario....) no afecta sólo a los derechos de los trabajadores, sino que repercute directa y gravemente sobre los indicadores de calidad sanitarios y sobre la atención recibida por los pacientes.

1.1 Al asalto de la Sanidad Pública

En una ofensiva sin precedentes, en los últimos tiempos el Sistema Sanitario español ha pasado de ser considerado como uno de los mejores y más eficaces del mundo a considerársele financieramente insostenible.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), España ocupa el tercer lugar, junto con Suecia, en la clasificación de mejores sistemas sanitarios nacionales. La esperanza de vida en España se situó en 84,9 años, frente a los 82, 8 de Alemania y los 80,6 de EE.UU. La tasa de mortalidad infantil es del 3,3 por el 3,5 en Alemania y el 6,5 de EE.UU. Nuestro país figura en los primeros lugares del mundo en el número de



trasplantes (2º, tras EE.UU., en los de riñón). También en la lucha contra el cáncer consigue los mejores resultados (20% mejor que los primeros países en curación del cáncer de mama).

Sin embargo, España es de los países desarrollados que menos invierte en Sanidad en relación con el PIB, como veremos más adelante. Podemos afirmar que la inversión es muy reducida respecto de la alta rentabilidad obtenida.

La mala gestión realizada por las administraciones, unida a la larga crisis económica, hace que nuestra Sanidad se encuentre en una encrucijada que va a poner en peligro la universalidad e igualdad en el acceso a los servicios sanitarios. A ello no son ajenos sectores con intereses privados que apuestan por el establecimiento de sistemas de copago, la participación en los sistemas de gestión mediante privatizaciones, que no son nuevas, además de las presiones de la industria farmacéutica.

Es verdad que el sistema sanitario español está plagado de fallos administrativos que ocasionan pérdidas millonarias, debido, principalmente, a la mala gestión hecha por las administraciones. Un informe del Tribunal de Cuentas ha detectado numerosos fallos burocráticos y administrativos de los que responsabiliza tanto al Sistema Nacional de Salud como a las Comunidades Autónomas. La falta de actualización de tarifas, la concesión de tarjetas sanitarias a ciudadanos extranjeros que no cumplen los requisitos, la duplicidad de tarjetas, la asunción de pagos que no corresponden o la omisión de facturar los servicios sanitarios a los países de origen de los pacientes, son las principales irregularidades. Uno de los principales “agujeros” se encuentra en la facturación de las prestaciones farmacéuticas a extranjeros (en 2009 se gastaron por este concepto 1,452.207,73 € desde atención primaria, sumado a lo gastado en atención especializada). El Tribunal de Cuentas estima que se deja de facturar el 45% del coste de estas prestaciones farmacéuticas a pacientes de 37 países (4,5 millones de euros al año). La facturación no realizada por prestaciones de los servicios de emergencias de las CC.AA. ascienden a 3,55 millones de euros al año.

1.2 Salud pública. Pilar del Estado del Bienestar

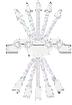
La definición de salud ha sufrido muchas transformaciones a lo largo de los años; la clásica, recogida por la OMS y entendida como un estado de bienestar físico, psíquico y social, y no solo como la ausencia de enfermedad, es una de esas utopías tan necesarias como esperanzadoras, capaz de movilizar recursos y voluntades de los individuos y de las sociedades.

Las llamadas enfermedades propias de la civilización definen un nuevo patrón gobernado por enfermedades cardiovasculares, tumores, dolencias respiratorias y causas externas (accidentes y suicidios). Estos cambios son, a su vez, consecuencia de complejos procesos económicos y sociales que han conducido a un cambio en el patrón de riesgo.

Así pues, en las sociedades más desarrolladas, la población ha pasado de estar expuesta principalmente a riesgos relacionados con el saneamiento ambiental, la escasez de los alimentos, el hacinamiento y las penosas condiciones de trabajo del inicio de la industrialización, a otro tipo de riesgos relacionados con el transporte, la residencia en grandes ciudades, la nutrición inadecuada o las nuevas condiciones de trabajo.

A la hora de buscar las causas que están en la base del nuevo patrón de morbi-mortalidad, existe un consenso internacional basado en el *modelo de Lalonde* que asigna a los servicios sanitarios el 11 por ciento, a los estilos de vida el 43 por ciento, al medio ambiente el 19 por ciento y a la biología humana el 27 por ciento. Aquí, el sistema sanitario se refiere a los servicios que atienden las necesidades vinculadas al proceso de salud y enfermedad, su calidad, cobertura y accesibilidad.

Esto nos da una idea de la importancia social de un sistema de salud pública. Consciente de ello, tanto en España durante los años en los que hubo algún ministro de orientación nacionalsindicalista durante la Era de



Franco, como en los países desarrollados que salieron de la crisis sistémica al acabar la II Guerra Mundial, se fue imponiendo, dentro de las políticas keynesianas, la existencia de servicios públicos de salud, y la sanidad universal como un derecho ineludible de los ciudadanos. Pero todo esto cambió tras la desaparición del mundo bipolar y el final de la Guerra Fría.

Un debate, centrado en las propuestas de las escuelas de gestión y de las de la reforma del National Health Service propugnadas por Margaret Thatcher (working for patients) partió de unas premisas acriticamente asumidas:

- Ineficiencia de los sistemas sanitarios públicos.
- Necesidad de incentivos a la eficiencia.
- Papel central del mercado en la regulación de la oferta y demanda de servicios.

Este discurso comenzaría a hacerse dominante en los últimos años en medio de una nueva crisis sistémica.

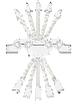
Sin embargo convendría tener en cuenta que:

- **El análisis del gasto sanitario de los países demuestra que éste es mayor cuanto más privatizado es su sistema sanitario**, y por otro lado los resultados en salud no son mejores, de manera que el análisis de la eficiencia (resultados de salud al menor coste) es favorable a los sistemas públicos frente a los privados.
- **El carácter de empleado público de los profesionales sanitarios favorece la independencia profesional y la utilización prioritaria de los intereses de los pacientes frente a la de los empleadores** (existe también mucha experiencia en USA de las intervenciones de las aseguradoras privadas a la hora de restringir la utilización necesaria de medios diagnósticos y terapéuticos).
- **El papel del mercado en la regulación de la oferta y la demanda está muy cuestionada en la prestación de servicios públicos, más aún en el caso de la sanidad, porque existen muchas externalidades y una gran asimetría de información que ponen en cuestión su utilidad.** Sobre todo si se tiene en cuenta que estamos ante la atención a un derecho ciudadano (la salud), que se contraponen con una concepción mercantilista que, en última instancia, basa el acceso en los precios de los servicios que se prestan. Por último, conviene no olvidar que la actual crisis económica acaba de demostrar los problemas y limitaciones que tiene el mercado sin estar sometido a controles y regulaciones.

El caso es que con el mensaje individualista, lo público debe ser relegado por obsoleto y los Servicios Públicos, simplemente no son sostenibles. Una y otra vez se afirma con rotundidad, se demuestra, se exhiben las cifras. Se argumenta 'con base a la evidencia' la insostenibilidad del sistema, la ineficiencia de la gestión pública y por tanto el 'despilfarro' del Estado, que en manos de la gestión privada costaría la mitad.

Es siempre peligroso, pero ahora en una crisis económica terrible que dura ya 4 años, es demoledor. La ciudadanía exhausta por el paro, si no por el propio por el de la familia más próxima, que por lo tanto necesita su ayuda, está siempre dispuesta a escuchar que 'los políticos despilfarran los impuestos' pagados con tanto esfuerzo por ellos. Y que puedan disminuirse las cargas impositivas o acabar con el 'despilfarro', o mejor aún, con la crisis, es el discurso mejor bienvenido, que todos deseamos escuchar.

Es evidente que a una ciudadanía en esta situación, no es nada difícil convencerla de la insostenibilidad del Sistema debida a la inoperancia pública y que por lo tanto deben ser privatizados. Los defensores de la privatización de la sanidad niegan ese término aduciendo que no se puede hablar de privatización cuando todo se va a seguir financiando con impuestos.



Sin embargo, parece que se está consolidando un nuevo argumento en el discurso liberal sobre la atención a la salud: la deducción fiscal a la suscripción voluntaria de seguros privados de salud. Bajo determinadas condiciones, **las grandes empresas privadas del ramo de la salud están promoviendo una iniciativa encaminada a evaluar la puesta en marcha de incentivos que ayuden al desarrollo del aseguramiento privado**, que sirva para descargar de presión asistencial y financiera al sistema público de salud.

Es un ejemplo de la ofensiva liberal capitalista en este ámbito tan sensible. Incluso la OMS misma ha privatizado varios de sus servicios. Un ejemplo: la OMS-Europa ha elegido establecer su Centro de Estudios de Atención Primaria Europeo en Cataluña, debido a que el gobierno conservador catalán ofrecía la mayor financiación. Ni que decir tiene que el gobierno regional catalán presentaba Cataluña como la mejor ubicación para ese centro, en reconocimiento de su «excelente» red de centros de atención primaria, cuando en la actualidad es una de las peores en España.

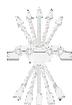
Como hemos dicho, la definición de salud como «un completo estado de bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad» está aún bien asentada después de casi 60 años. Por lo tanto, la atención no debe estar sólo en las causas de enfermedad, sino también en los determinantes de la salud y para ello, hacen falta planes que impliquen a toda la comunidad y no sirven las iniciativas “privadas” cuyo ámbito de actuación es muy restrictivo –por definición- y su horizonte es el del beneficio.

La diferencia fundamental entre el modelo público y el privado es que, la visión pública de la sanidad contempla la salud como un derecho ciudadano y se busca como objetivo la rentabilidad social y la cobertura de las necesidades de salud a través de la prestación sanitaria; mientras que en la segunda, la salud es considerada como un producto mercantil y se persigue fundamentalmente la rentabilidad económica del mismo, existiendo, por tanto, ánimo de lucro y, consecuentemente, se introducen los mecanismos de mercado y competencia en la gestión y oferta de servicios.

Otra diferencia substancial está situada en el campo de los valores y la ideología. Es la derivada de la diferente cobertura y accesibilidad entre una y otra para la población general y por tanto, sus consecuencias para la universalidad y la equidad. Es evidente que la prestación pública del servicio garantiza, al menos en teoría, este aspecto; mientras que la sanidad puramente privada genera inequidad y exclusión. El modelo USA, privado por antonomasia, es paradigmático en este sentido, y según sus propias autoridades sanitarias reconocen, que en el año 2003, el 16% de la población no tenía ningún tipo de cobertura sanitaria, habiéndose agravado esta situación en la actualidad.

Cuadro 2. Características de modelos sanitarios públicos y privados

| | SANIDAD PÚBLICA | SANIDAD PRIVADA |
|--|--|---|
| Objetivo y estrategia | Cubrir necesidades de salud de manera eficiente, gratuita, universal y no discriminatoria. | Lucro económico a través de satisfacer la demanda existente de servicios sanitarios por quienes pueden pagarlo. |
| Ámbito y sujetos prioritarios de actuación | Salud y prevención de la enfermedad/Ciudadanos (sanos o enfermos). | Enfermedad y sus secuelas/Enfermos. |
| Financiación | Presupuestos públicos. | Privada o mixta (dinero público) en mayor o menor porcentaje. |
| Gestión | Transparencia y control públicos. | Opacidad pública, rendición de cuentas interna. |
| Continuidad como organización | Alta mientras exista como servicio público. | Dependiente de viabilidad económica y mercado. |
| Gastos transacción | Bajos. | Altos. |

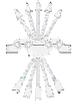


| | | |
|---|--|---|
| Utilización de recursos económicos | Mayor rigidez, posibles trabas burocráticas y reglamentarias. | Peligro de desviación de fondos. |
| Utilización recursos asistenciales | Limitados por listas de espera recursos existentes y disponibilidad. | Limitados por rentabilidad económica. |
| Incentivos económicos adicionales salariales no | Pueden no existir. | Según resultados económicos. |
| Estabilidad laboral | Alta. | Precaria. |
| Autonomía profesional | Limitada por reglamento. | Limitada por los costes económicos derivados. |
| Riesgos económicos/Suficiencia económica | Bajos/Peligro de insuficiencia presupuestaria y restricción de prestaciones. | Altos/Peligro de cuenta de resultados negativa y quiebra. |
| Prestaciones y cartera servicios | Universales y sin exclusiones. | Según demanda, capacidad de pago del paciente y rentabilidad. |
| Posición con respecto a otros dispositivos sanitarios | Colaboración. | Competencia. |
| Control ciudadano | Posible y deseable según la ley. (Consejos salud). | De mercado y de opinión. |

Cuadro 3. Carga fiscal en los países de la zona Euro para un asalariado

En el cuadro se compara la evolución de los ingresos no financieros en porcentaje del PIB (por lo tanto independientemente de la crisis, ya que esta reduce los ingresos pero también el PIB) y se observa que España se aleja del conjunto de la UE y de la zona euro con porcentajes cada vez menores de recaudación.

| País | Salario Medio | Presión Fiscal sobre el salario | Esfuerzo Fiscal | Esfuerzo Fiscal (Media=100) | Presión fiscal general |
|------------------|-----------------|---------------------------------|-----------------|-----------------------------|------------------------|
| | (1) | (2) | (2)/(1) | | |
| Irlanda | 34.566 | 22,90% | 0,000663 | 48,71 | 30,80% |
| Luxemburgo | 46.524 | 35,90% | 0,000772 | 56,74 | 36,40% |
| Países Bajos | 42.363 | 45,00% | 0,001062 | 78,11 | 39,80% |
| Alemania | 43.942 | 52,00% | 0,001183 | 87,01 | 40,60% |
| Finlandia | 36.587 | 43,50% | 0,001189 | 87,42 | 43,40% |
| Austria | 38.653 | 48,80% | 0,001263 | 92,83 | 44,40% |
| Bélgica | 40.697 | 56,00% | 0,001376 | 101,18 | 46,50% |
| Francia | 32.286 | 49,30% | 0,001502 | 110,43 | 44,60% |
| Grecia | 26.097 | 42,40% | 0,001625 | 119,46 | 35,10% |
| España | 22.802 | 37,80% | 0,001658 | 121,89 | 33,90% |
| Italia | 26.191 | 46,50% | 0,001775 | 130,55 | 43,20% |
| Portugal | 16.722 | 37,60% | 0,002249 | 165,33 | 36,50% |
| Zona Euro | 33.997,5 | 43,14% | 0,00136 | 100 | 39,60% |

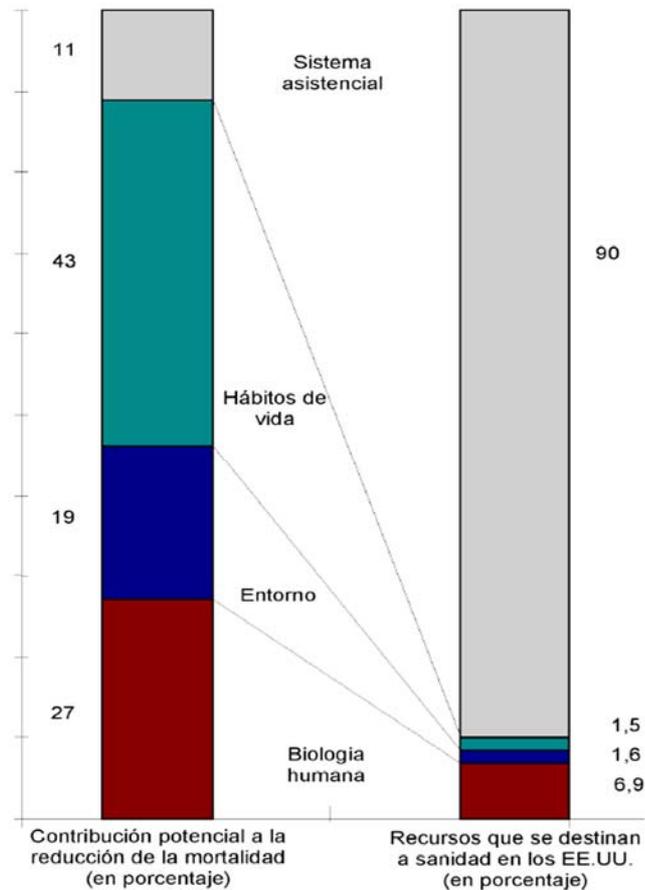


La **carga de enfermedad (Cuadro 3)** expresada en DALY (Disability Adjusted Life Year, o años de vida ajustados por discapacidad) y las previsiones para el año 2020, según el Foro Global de Investigación sobre la Salud, se refleja en el cuadro. Curiosamente, este foro es una fundación internacional financiada por la OMS, el Banco Mundial, la Fundación Rockefeller y los gobiernos de Canadá, Holanda, Noruega, Suiza y Suecia (EP, 2000).

| Daños causados por cada enfermedad, expresados en% de los DALY globales | | | | |
|---|-------------------------|----------------------|-------|-----------|
| Enfermedad | 1998 | | 2020 | |
| | Países subdesarrollados | Países desarrollados | Mundo | Previsión |
| Infecciones respiratorias | 6,4 | 1,3 | 6,0 | 3,1 |
| Enfermedades perinatales | 6,2 | 1,9 | 5,8 | 2,5 |
| Enfermedades diarreicas | 5,7 | 0,3 | 5,3 | 2,7 |
| Sida | 5,5 | 0,9 | 5,1 | 2,6 |
| Depresión unipolar | 4,0 | 6,5 | 4,2 | 5,7 |
| Enf. cardiacas isquémicas | 3,3 | 8,8 | 3,8 | 5,9 |
| Enf. cerebrovasculares | 2,9 | 4,8 | 3,0 | 4,4 |
| Malaria | 3,1 | 0,0 | 2,8 | 1,1 |
| Accidentes de tráfico | 2,7 | 4,2 | 2,8 | 5,1 |
| Tuberculosis | 2,2 | 0,1 | 2,0 | 3,1 |
| EPOC | 2,1 | 2,3 | 2,1 | 4,1 |
| Guerra | 1,7 | 0,1 | 1,5 | 3,0 |



Cuadro 4. Desajuste entre asignación de recursos y eficacia sanitaria



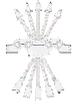
1.3. Los trabajadores y la salud

Desde una visión nacionalsindicalista, el mundo del trabajo conforma la base de la Nación y su salud y la de sus familias se convierte en prioridad esencial de las políticas públicas de sanidad y derivan en un replanteamiento general de todas las políticas sociales.

El trabajo tiene un potencial positivo sobre el bienestar del individuo, tanto por la retribución económica, como por su conceptualización de hecho social que contribuye a la realización de la persona y al progreso de la comunidad. La realización de un trabajo puede permitir estructurar el tiempo, establecer relaciones con otros individuos, desarrollar una actividad creativa, adquirir una identidad social o garantizar una seguridad personal y familiar duradera. En relación con lo anterior, son conocidas desde hace mucho tiempo las repercusiones negativas de la falta de trabajo sobre las personas.

Por otro lado, la actividad laboral conlleva la exposición durante una parte sustancial de la vida a factores de riesgo muy diversos, con efectos inmediatos y diferidos sobre la salud y el bienestar del trabajador. Las lesiones del trabajo, los problemas osteomusculares, las alergias, el envejecimiento precoz o el cáncer son ejemplos de alteraciones cuyas causas se pueden encontrar en las condiciones de trabajo.

El apoyo social, la solidaridad, la satisfacción profesional o la autonomía personal son algunas de las experiencias de salud ligadas al trabajo. La alienación, la explotación, los riesgos laborales impuestos, la discriminación o la falta de control sobre la tarea, forman parte de la percepción de malestar en el trabajo.



Se considera **accidente de trabajo** toda lesión corporal que el trabajador sufre con ocasión o por consecuencia del trabajo realizado por cuenta ajena (art. 115 de la Ley General de la Seguridad Social).

Los accidentes de trabajo son la parte más visible del daño laboral y uno de los indicadores más inmediatos y llamativos de unas malas condiciones de trabajo. Además, su extensión les convierte en un problema social muy importante: considerando sólo los accidentes con baja producidos durante 2007, más de un millón de trabajadores han resultado lesionados y 1.191 han fallecido.

Cuadro 5. Tasas de mortalidad por 10.000 por diferentes causas en varones de 30 a 64 años, de ocho provincias españolas según la categoría profesional

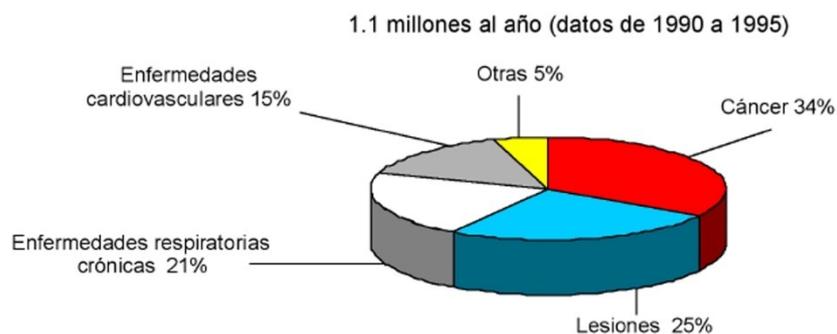
| Causas | Profesionales/ directivos | Trabajadores manuales | Trabajadores agrícolas |
|------------------|------------------------------|--------------------------|---------------------------|
| Todas las causas | 23,3 | 42,6 | 53,3 |
| Cáncer | 9,9 | 14,8 | 19,3 |
| Cardiovasculares | 6,9 | 10,5 | 15,4 |
| Accidentes | 1,5 | 3,3 | 2,7 |

Prácticamente a nadie le es ajena la realidad española; un estudio de la “Health and Safety Executive” británica, refleja que las tasas españolas de mortalidad por accidentes de trabajo multiplican por 3 las británicas, por 2,5 las alemanas y por 2 las francesas. Junto al sufrimiento que inevitablemente generan, los accidentes de trabajo tienen también una repercusión económica considerable, cifrándose su coste en 12.000 millones de euros, equivalente al 2% del PIB (M^e Trabajo y Asuntos Sociales 2006).

El otro daño a la salud del que se recoge información sistemáticamente son las enfermedades profesionales. Se trata de un concepto legal limitado a las provocadas por un conjunto cerrado de elementos o sustancias. Se considera **enfermedad profesional** a la contraída a consecuencia del trabajo ejecutado por cuenta ajena en las actividades que se especifiquen en el cuadro de Enfermedades Profesionales (art. 116 de la Ley General de la Seguridad Social).

Es un daño cuyo conocimiento es más complejo, pues en muchas ocasiones es diagnosticado como enfermedad común impidiendo así el conocimiento del problema en sus inicios y la aplicación de las medidas preventivas correspondientes. En España se declararon 17.061 enfermedades profesionales en el año 2007. Pero esto son solo los datos que conocemos; existen razones para pensar que en España, como en algunos otros países, existe una infraestimación muy importante del número de enfermedades profesionales.

Cuadro 6. Estimación de la mortalidad proporcional de origen laboral





En un estudio realizado por el Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud de CCOO (ISTAS), se estimó que cada año se producen como media 87.856 casos nuevos de enfermedades relacionadas con el trabajo, siendo las más frecuentes el grupo de enfermedades osteomusculares, seguidas por las enfermedades de la piel, las pérdidas de audición por ruido, las enfermedades respiratorias y las alteraciones mentales. (Oficialmente se declararon en 2006 un total de 21.905).

Cuadro 7. Subregistro de Enfermedades Profesionales en España, 2006

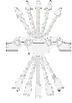
| | EEPP registrada | Enf. laborales estimadas | Infradeclaración% |
|-------------------------|-----------------|--------------------------|-------------------|
| Alteraciones mentales | — | 9.153 | 100 |
| Tumores malignos | 4 | 6.082 | 99.93 |
| Enf. cardiovasculares | — | 652 | 100 |
| Hipoacusia | 578 | 11.256 | 94.9 |
| Enf. respiratorias | 345 | 8.205 | 95.8 |
| Enf. infecciosas | 302 | 2.310 | 86.9 |
| Enf. de la piel | 1.405 | 12.481 | 88.7 |
| Enf. osteomusculares | 16.794 | 30.757 | 45.4 |
| Enf. sistema nervioso | 2.219 | 5.747 | 61.4 |
| Enf. de los ojos | 7 | 1.205 | 99.4 |
| Enf. gastrointestinales | — | 8 | — |
| TOTAL | 21.905 | 87.856 | 75.07 |

Según estas mismas estimaciones, en España las muertes ocasionadas por las enfermedades laborales son quince veces más que las producidas por los accidentes de trabajo. En concreto, las muertes por accidente durante la jornada laboral ascendieron en el año 2005 a 935 y las muertes anuales por enfermedad laboral llegarían a 16.476.

En esa línea, **cada vez son más importantes las “enfermedades del trabajo”, entendidas como aquellas patologías determinadas por el trabajo, pero no causadas exclusivamente por él.** La OMS viene utilizando el concepto de “**enfermedades relacionadas con el trabajo**” para referirse a aquellos trastornos de la salud que, pese a no ser originados exclusivamente por el trabajo, se ven influidos por las condiciones laborales de una forma importante. Un ejemplo de ellas es el estrés laboral, que puede estimarse que sufre entre un 5 y un 10 por ciento de la población laboral española.

Los **factores de riesgo** son las condiciones de trabajo potencialmente peligrosas que pueden suponer un riesgo para la salud. Puede tratarse de una máquina que hace ruido o tiene partes móviles cortantes, una sustancia nociva o tóxica, la falta de orden o limpieza, una mala organización de los turnos de trabajo, el trabajo nocturno, la falta de control sobre el propio trabajo o una supervisión agresiva, entre otras. Podemos distinguir, a efectos de su estudio, varios grupos de factores de riesgo: **Condiciones de seguridad; Riesgos físicos; Contaminantes químicos y biológicos; Riesgos ergonómicos y Riesgos psicosociales.** En éste último grupo, se incluyen los factores de riesgo asociados a la organización del trabajo, ya que ésta puede tener consecuencias para la salud de los trabajadores en el ámbito físico y, sobre todo, en el mental y en el social. Se identifican cuatro grandes grupos de riesgos psicosociales:

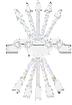
- 1.- El exceso de exigencias psicológicas del trabajo
- 2.- La falta de influencia y de desarrollo en el trabajo
- 3.- La falta de apoyo social y de calidad de liderazgo y



4.- Las escasas compensaciones del trabajo, cuando se falta al respeto, se provoca la inseguridad contractual, se dan cambios de puesto o servicio contra nuestra voluntad, se da un trato injusto o no se reconoce el trabajo, el salario es muy bajo, etc.

Además, para las mujeres existe otro factor que afecta la salud: **la doble presencia.** A principios del siglo XXI, las mujeres siguen realizando y responsabilizándose mayoritariamente de la gran parte, si no de todo, el trabajo doméstico y familiar.

Lo habitual en el mundo del trabajo es la existencia de varios factores de riesgo actuando simultáneamente, lo que hace preciso considerar la interrelación que se produce entre ellos.



2. Breve historia de la Sanidad Pública en España

El primer antecedente de protección colectiva frente a los riesgos sociales fue el **gremio**. En 1869 se desarrollaron los socorros mutuos **Montes de Piedad**, etc. El germen de la protección social del trabajador fue la creación de la Comisión de Reformas Sociales de 1.883.

La Ley de 30 de enero de 1.900, también llamada **Ley Dato**, determina por vez primera la responsabilidad social del riesgo de accidente del trabajador. Se atribuye al empresario la obligación de responder de los daños que se produzcan en la fábrica, pudiendo éste desplazar su responsabilidad mediante el aseguramiento voluntario. Su regulación se extendió a otros sectores distintos de la industria como el del Mar, en 1.919 y el campo, en 1.932. La Ley de Accidentes de trabajo de 1.932 convirtió en obligatorio el seguro de accidentes, dando entrada a las Mutuas Patronales. A partir de 1.919 es posible hablar en España de Seguros Sociales.

Al hilo, en 1.923 se instaura un **seguro de maternidad** por el cual se establece un subsidio a favor de la trabajadora, que contribuirá a los gastos de parto y posterior descanso obligatorio. Durante la Dictadura de Primo de Rivera y la II República se reforma esta prestación, poniéndose en práctica el seguro de maternidad con carácter obligatorio, vinculándolo al Retiro Obrero.

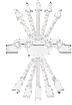
Durante la Guerra Civil, la legislación de los seguros sociales se escindió y se duplicó; entre 1.936 y 1.939 rigió una legislación en la zona republicana, y otra distinta en la zona nacional. En ésta, **ya el Fuero del Trabajo contuvo un programa de seguridad social en su Declaración X: “la previsión proporcionará al trabajador la seguridad en el infortunio... a cuyo efecto se incrementarán los seguros sociales de vejez, invalidez, maternidad, accidentes de trabajo, enfermedades profesionales, tuberculosis y paro forzoso, tendiéndose a la implantación de un seguro total... y de modo primordial se atenderá a dotar a los trabajadores ancianos de un retiro suficiente...”**

Durante la etapa franquista la Ley de 1 de septiembre de 1.939 implanta un seguro de vejez en sustitución del Retiro Obrero, al que se vinculó, en 1.947, la protección de las situaciones de invalidez derivadas de accidentes no laborales y de enfermedades comunes. En 1.955 el seguro de vejez e invalidez, quedó convertido en el seguro de vejez, invalidez y muerte. En 1.956, mediante decreto de 22 de junio, se estableció el Texto Refundido de la Ley y del Reglamento de Accidentes de Trabajo.

Con anterioridad, **en 1.941 se crea el Seguro Obligatorio de Enfermedad**, que protege a los trabajadores, sus cónyuges, y condicionadamente a los ascendientes y descendientes, en casos de enfermedad común y maternidad, mediante la prestación de asistencia sanitaria (médica, hospitalaria y farmacéutica), la indemnización económica por la pérdida de la retribución derivada de los riesgos anteriores y la indemnización por gastos funerarios al fallecer los asegurados.

El seguro de enfermedad de que habla el Fuero de los Españoles queda convertido en “Asistencia Sanitaria” en su doble vertiente de:

- a) asistencia sanitaria por enfermedad común o accidente no laboral, y
- b) asistencia sanitaria por accidente de trabajo o enfermedad profesional por el Decreto 2766/1967, de 16 de noviembre, en el que se dictan normas sobre prestaciones de asistencia sanitaria y ordenación de los servicios médicos, en el Régimen General de la Seguridad Social. En caso de enfermedad no profesional o accidente no laboral, el trabajador o beneficiarios (familiares que con él convivan y a sus expensas) tendrán derecho a asistencia médico quirúrgica gratuita y las correspondientes prestaciones farmacéuticas.



De acuerdo con el artículo 107 de la Ley de Bases de la Seguridad Social, aprobado por Decreto 907/1966, de 21 de abril, la dispensación de medicamentos será gratuita en los tratamientos que se realicen en las instituciones de la Seguridad Social, y en los que tengan su origen en accidentes de trabajo o enfermedades profesionales.

La Constitución Española de 1.978, en sus artículos 43 y 49, establece el derecho de todos los ciudadanos a la protección de la salud. La Ley General de Sanidad de 1986 concentra los servicios sanitarios bajo la responsabilidad de las Comunidades Autónomas con la coordinación del Estado. Cuando todas las comunidades han asumido las competencias en materia de Sanidad, se aprueba la Ley 16/2003, que establece acciones de cooperación y coordinación de las Administraciones públicas sanitarias, dotando de mayor agilidad al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

2.1 Ley General de Sanidad e *Informe Abril*

En su concepto más moderno, **el sistema sanitario en España se desarrolló, fundamentalmente, en los años 60 con la red sanitaria de la Seguridad Social**, aunque previamente ya existían los hospitales de las diputaciones provinciales, los centros antituberculosos y la red de beneficencia del Estado. Hasta que, en 1986 se aprueba la **ley General de Sanidad (LGS)**, que otorga competencias sanitarias a 13 ministerios y 100 entidades. A partir de la aprobación de ésta se inicia un proceso de unificación de redes públicas que no culminaría hasta 2001 con el resultado de las posteriores transferencias a las CCAA.

La red hospitalaria era mayoritariamente pública, con excepción de Cataluña donde, de manera tradicional, existía una gran variedad de centros hospitalarios de carácter privado o semiprivado. En todo caso, la calidad de la atención hospitalaria estaba centrada en los grandes hospitales públicos.

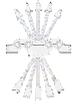
En un primer momento, tras la LGS, se intenta potenciar lo que se denominó “cultura de gestión” en los hospitales. Mediante esta medida, se pretende reorganizar los equipos directivos e introducir nuevos sistemas de gestión, que permitan poner un poco de orden en unos centros cuyo funcionamiento dependía, fundamentalmente, de las características de cada uno de los responsables de los servicios y departamentos.

En 1991, la aparición del conocido como “Informe Abril” pone las bases para unos nuevos planteamientos. Las propuestas se centran básicamente en dos temas: constitución de empresas diferenciadas en cada centro hospitalario, y funcionamiento de acuerdo a criterios exclusivamente empresariales, (de hecho se señala, explícitamente, que los hospitales no rentables deberían cerrarse).

2.2 Qué pasa hoy en la Sanidad española

Las iniciativas que se han llevado a cabo recientemente en España se han centrado en los siguientes aspectos:

- **Introducción de contratos en los sistemas públicos**, que en un primer momento se centraron en los denominados contratos-programa. Supuso un avance en cuanto a establecer prioridades en el funcionamiento del sistema, y otorgó una cierta lógica que intentaba romper una inercia presupuestaria de base exclusivamente incrementalista: los presupuestos globales se aumentaban en un porcentaje que se trasladaba a cada uno de los centros, sin ningún tipo de consideración al respecto de su utilidad y/o necesidad.
- **Separación de financiación y provisión**. Existen muchos teóricos del análisis de la evolución de los sistemas sanitarios que señalan que es el punto crítico para la privatización. La separación entre una entidad que financia y establece los objetivos y controla su cumplimiento y otras (servicios regionales, entidades



provisoras y/o centros sanitarios), que se encargan de proveer los servicios, es la clave para poder implementar el mercado dentro del sistema sanitario, y el primer paso imprescindible para la misma.

- **Utilización de técnicas de gestión.** Paralelamente se comenzaron a utilizar las técnicas habituales de la gestión privada en los centros públicos. Aunque se trata de actuaciones muy variadas, el resultado final ha sido un aumento del personal de gestión/administración, que se ha incrementado en unas 3 veces por paciente atendido, una mejora general de la información disponible (no tanto para el público, porque incomprensiblemente la mayoría de ella esta “secuestrada” por los gestores/directivos de las administraciones sanitarias), y un mayor control sobre la actividad profesional (agendas de consulta, de quirófanos, de listas de espera), lo que no siempre ha redundado en mejoras sobre el servicio ya que, la carga burocrática de los profesionales, a pesar de la informatización, se ha incrementado en muchos casos.

- **Dotación a los centros de personalidad jurídica diferenciada.** Fue el siguiente paso, ya propugnado por el Informe Abril y comenzó con la puesta en funcionamiento de las fundaciones sanitarias, primero en Galicia y luego en el resto del país, y algo después con la creación de empresas públicas, sobre todo en Andalucía. La teoría señalaba que las ventajas de las nuevas fórmulas estaban en una mayor flexibilidad y agilidad de gestión, además, sugería que la aplicación de la normativa laboral a sus trabajadores rompería con la inercia funcionarial. El intento de convertir todos los centros hospitalarios existentes en fundaciones fracasó, debido a la fuerte oposición social y sindical y acabo circunscrito a los hospitales de nueva creación.

- **Gestión clínica.** Posteriormente a lo señalado, y ante la evidencia de que el gerencialismo no estaba produciendo los resultados esperados, en cuanto a mejoras en la eficacia y la eficiencia de los centros, se produjo una iniciativa para ligar más la práctica profesional y la gestión, mediante lo que se denominó como “gestión clínica” y que, en esencia, suponía que los profesionales (algunas áreas como unidades o servicios), se dotaran de autonomía funcional y en algún caso económica (esta última restringida).

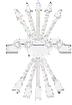
- **Abrir progresivamente más espacios a las empresas privadas.** Las formulas utilizadas han sido múltiples:

- 1.- **Externalizaciones:** Inicialmente en algunos servicios de carácter no sanitario como la limpieza y la cocina o el mantenimiento, luego otros de carácter administrativo pero con implicaciones muy sensibles (por ejemplo, la confidencialidad), como los archivos de historias clínicas y la informática, y por fin, otros de carácter sanitario, como las pruebas diagnósticas (especialmente radiología) y las intervenciones quirúrgicas (planes de choque frente a las listas de espera). **El hecho es que cada vez son más las actividades del sistema sanitario público que están subcontratadas con el sector privado.**

- 2.- **Consortios:** es una figura existente de manera tradicional en Cataluña, donde estaban presentes los ayuntamientos, las diputaciones (luego la Consejería de Sanidad) y otras entidades de carácter público y privado (iglesia, entidades asociativas y/o benéficas).

- 3.- **Entidades de base asociativa (EBAs):** Es un modelo de gestión circunscrito hasta ahora a Cataluña y a la atención primaria. Un grupo de profesionales (médicos), constituye una sociedad que se hace cargo de un centro de salud.

- 4.- **Colaboración público-privada (PFI):** es una copia del modelo inglés del que provienen las siglas (private finance initiative) que consiste en que una empresa privada construye un hospital en terreno público y recibe un canon anual (habitualmente durante 30 años), haciéndose cargo, además, de la gestión de los aspectos no sanitarios de los nuevos centros (cocina, limpieza, administración, informática) y recibiendo ingresos de los servicios complementarios (aparcamiento, tiendas, etc). El modelo se ha puesto en marcha en Madrid. Decir que, aunque la experiencia es corta en el tiempo, y la ausencia de información es la norma, ya se conocen determinados aspectos de su funcionamiento: la dotación de camas y personal sanitario está muy por debajo de lo razonable; existen serios problemas de seguridad e higiene en los centros; los problemas de coordinación entre las dos empresas que gestionan los centros (pública y privada) son la norma y la



población prefiere mayoritariamente ser atendida en los centros tradicionales. Además, su precio es exorbitante: al finalizar 2010 se habrá pagado a las empresas privadas el importe de construir seis de los siete hospitales y quedaran aún mas de 25 años por pagar.

5.- **Concesiones administrativas:** El modelo más privatizado es el denominado “de concesión administrativa”, en que la empresa privada que construye el hospital lo gestiona de manera total. El ejemplo más antiguo y donde se comenzó la experiencia es el del hospital de Alzira en la Comunidad Valenciana, donde además se han construido tres más y existe otro previsto. En Madrid se construyó más recientemente otro centro (Valdemoro) y hay tres previstos. La gestión es totalmente privada con todos los problemas que conlleva (déficit de camas, de personal, selección de riesgos, etc.) y con unas desviaciones de costes muy notorios y bien documentados.

2.3 Fuentes de financiación del Sistema Nacional de Salud: como era en un principio

Si acudimos a la legislación básica y los principios que la inspiran, podemos decir que el *Estado del bienestar* debe nutrirse económicamente a través de unas políticas fiscales que ejerzan un doble papel de redistribución solidaria: un primer ámbito de redistribución de la renta, y uno segundo que garantice la financiación de servicios de carácter universal y gratuitos en el momento del uso.

Una financiación que, desde la Ley de Bases de la Seguridad Social de 28 de diciembre de 1963, prevé la consignación permanente en los presupuestos generales del Estado de subvenciones a la Seguridad Social, que por su expansión no puede ser financiada enteramente por las cuotas empresariales y las que provienen de la mano de obra. De este modo, el marco de la solidaridad en lo referente a la salud se amplía, ya que se trata de una financiación que no proviene únicamente de la población ocupada, sino que incorpora un papel, otorgado a los poderes públicos, de redistribución y reducción de las desigualdades.

Treinta años más tarde, el **Pacto de Toledo** consagró definitivamente la financiación de la Sanidad a cargo de los impuestos, es decir, de las aportaciones directas de los contribuyentes a través del Estado, que se materializó plenamente en los Presupuestos Generales del Estado de 1999, y por lo tanto, definió un modelo que se plantea la universalización de las prestaciones en un ámbito de equidad, cual es el Sistema Nacional de Salud.

Podríamos profundizar algo más, y subrayar que la presión fiscal sobre el salario en España es del 37,8 por ciento para un salario medio (22.802 € brutos anuales), que se elevaría hasta el 47 por ciento si añadimos los impuestos sobre el consumo, fundamentalmente, el IVA. Ciertamente, no se trata de la presión fiscal mayor de la zona Euro, que se sitúa como media en un 43,2 por ciento para un salario medio estimado en 33.998 € brutos anuales, pero el esfuerzo fiscal es notablemente mayor.



3. SITUACIÓN Y PROBLEMÁTICA ACTUAL DE LA SANIDAD EN ESPAÑA

3.1 El deterioro de la Atención Primaria

Las políticas keynesianas posteriores a la II Guerra Mundial y el desarrollo del Estado del Bienestar en los países desarrollados impulsaron el desarrollo de la sanidad pública, la atención hospitalaria y especializada, la medicina del trabajo, los riesgos laborales, etc. Iniciativas posteriores, como la *Declaración de Alma Ata* supusieron un impulso para la reforma de la Atención Primaria (AP) y un respaldo para las ideas progresistas de muchos de los jóvenes profesionales que coincidían con la nueva visión de una atención sanitaria universal –garantía del derecho a la salud de toda la población–, basada en el trabajo en equipo, la prevención y la promoción de la salud como orientación de una atención integral, todo ello dirigido con y para la comunidad.

España no fue ajena –aunque sí tardía– a estos desarrollos, pero en los últimos años, entre la ofensiva liberal y los desequilibrios causados por las Comunidades Autónomas, en cuyo poder se encuentran las transferencias de Sanidad, el deterioro del sistema público de salud, especialmente en la AP, ha hecho que se suscriban más seguros privados que nunca, y que las clases medias y altas hayan abandonado el sistema público. Esto traerá consigo que la clase política conciba la AP como algo accesorio respecto de la medicina con alta tecnología que se desarrolla en los grandes hospitales públicos, que sí son demandados por las clases pudientes ante enfermedades relevantes.

El resultado ha sido –con diferente intensidad según las distintas CCAA– la modificación de la gestión directa, huyendo del derecho administrativo público al derecho mercantil, para obviar los controles y cautelas del primero en el uso de los fondos públicos. De la provisión mayoritariamente pública se ha pasado a concertar todo tipo de pruebas e intervenciones quirúrgicas con entidades privadas. De la externalización de algunos servicios no sanitarios, a entregar a entidades privadas con ánimo de lucro todo lo no sanitario y lo sanitario. No sólo se liberaliza el sector para continuar privatizando lo que sea más rentable, sino que se desmiembran los servicios que debieran funcionar de manera integrada y coordinada para obtener una mejor calidad asistencial.

De la misma forma, las fórmulas empleadas en la liberalización/privatización del primer nivel asistencial, como las cooperativas, entidades de base asociativa, consorcios, etc., pertenecen a modelos de gestión mercantil. Con el objetivo de la “calidad y la excelencia”, o el señuelo de la “libertad de elección”, la búsqueda de la “satisfacción del cliente”, o el dar mayor “autonomía en la toma de decisiones a los profesionales”, todas las reformas se encaminan de forma transparente a conseguir que el sector salud se convierta en una oportunidad de negocio. No se trata de privatizar todo, esto no interesaría a nadie, sin la existencia de un sector público que se haga cargo de las parcelas menos rentables, no hay negocio para el sector privado.

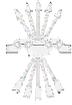
El resultado es que hoy la AP está sometida a un progresivo dismantelamiento del modelo que se implantó en los ochenta.

3.2 Problemas y realidades de la Atención Primaria (AP)

3.2.1 Problemas de recursos

Insuficiencia económica

- **El gasto sanitario público se ha reducido** del 28,6% en 1992, al 22,6% en 2006. El gasto sanitario público en España suponía el 6% del PIB, frente a una media del 7,5% de los 15 países de la Unión Europea desarrollada (UE-15)



- El **gasto sanitario destinado a AP es apenas el 14% del total**, con una relación de 4 a 1 respecto del hospitalario.
- Existen **grandes desigualdades** en el gasto de AP entre CCAA.

Cuadro 8. Gasto en AP *per capita*, % sobre gasto total y tasa media de incremento por CCAA

| CCAA | GASTO CAPITA EN AP, EUROS AÑO | PER | % SANITARIO TOTAL DEDICADO A AP | GASTO ANUAL MEDIA DE INCREMENTO PRESUPUESTO AP |
|---------------|--|-----|--|---|
| Andalucía | 141,00 | | 16,01 | 9,95 |
| Aragón | 155,00 | | 13,29 | 6,97 |
| Asturias | 130,00 | | 11,71 | 6,30 |
| Baleares | 117,00 | | 11,91 | 11,20 |
| Canarias | 122,00 | | 11,83 | 10,41 |
| Cantabria | 123,00 | | 11,88 | 12,18 |
| C. la Mancha | 127,00 | | 13,53 | 6,48 |
| C. y León | 161,00 | | 15,62 | 5,22 |
| Cataluña | 157,00 | | 16,87 | 9,97 |
| C. Valenciana | 122,00 | | 13,10 | 8,60 |
| Extremadura | 190,00 | | 17,69 | 8,76 |
| Galicia | 113,00 | | 10,87 | 4,85 |
| Madrid | 102,00 | | 11,49 | 8,04 |
| Murcia | 123,00 | | 12,10 | 9,42 |
| Navarra | 181,00 | | 15,11 | 5,89 |
| País Vasco | 149,00 | | 14,42 | 6,60 |
| Rioja | 137,00 | | 12,36 | 10,12 |

Fuente: Informe sobre los servicios sanitarios de la CCAA. FADSP 2007

3.2.2. Falta de personal

- Los **médicos** que trabajan en los Equipos de Atención Primaria (EAP) suponen el 13% del total, muy por debajo de la media europea que está en torno al 50%.
- La tasa de **enfermeras** en relación al personal médico es un 43,7%, inferior a la media europea. El ratio de enfermeras por habitante en AP es uno de los más bajo de Europa.
- El **personal de apoyo** es muy escaso. La proporción de auxiliares administrativos es de uno por cada 3.195 personas con tarjeta. Este personal es fundamental para reducir la carga de trabajo burocrático del personal asistencial

3.2.3. Deficiente equipamiento de los centros

Esta insuficiencia impide completar los procesos diagnósticos y limita la capacidad resolutive, lo que impide asumir actividades asistenciales que siguen indebidamente a cargo de los hospitales



3.3.4. Problemas organizativos y funcionales

- **Masificación de las plantillas:** El 60% de los cupos superan las 1.500 personas por médico, habiendo CCAA cuya media supera ampliamente esta cifra, llegando a las 1.820 en Baleares, 1.708 en Madrid o 1.746 en el País Vasco. La situación es aún peor en el caso de la enfermería.

Cuadro 9. Ratios de profesionales de AP por CCAA

| CCAA | PERSONAS POR MEDICO DE AP | MENORES 14 ^º . AÑOS POR PEDIATRA DE AP | PERSONAS POR ENFERMERA DE AP | CUPOS MÉDICOS CON MÁS 1.500 |
|---------------|---------------------------|---|------------------------------|-----------------------------|
| Andalucía | 1.416,00 | 1.125,00 | 1.795,00 | 48,20 |
| Aragón | 1.243,00 | 1.016,00 | 1.464,00 | 45,70 |
| Asturias | 1.553,00 | 808,00 | 1.592,00 | 63,20 |
| Baleares | 1.820,00 | 1.153,00 | 2.050,00 | 88,60 |
| Canarias | 1.679,00 | 1.059,00 | 1.773,00 | 78,50 |
| Cantabria | 1.327,00 | 986,00 | 1.594,00 | 40,10 |
| C. la Mancha | 1.286,00 | 1.295,00 | 1.426,00 | 47,40 |
| C. y León | 921,00 | 1.300,00 | 1.247,00 | 28,60 |
| Cataluña | 1.443,00 | 995,00 | 1.598,00 | 61,60 |
| C. Valenciana | 1.567,00 | 933,00 | 1.874,00 | 71,30 |
| Extremadura | 1.192,00 | 1.185,00 | 1.237,00 | 36,60 |
| Galicia | 1.429,00 | 964,00 | 1.888,00 | 50,90 |
| Madrid | 1.708,00 | 980,00 | 1.971,00 | 89,70 |
| Murcia | 1.691,00 | 1.210,00 | 2.007,00 | 85,60 |
| Navarra | 1.446,00 | 974,00 | 1.445,00 | 54,60 |
| País Vasco | 1.746,00 | 930,00 | 1.808,00 | nd |
| Rioja | 1.377,00 | 1.008,00 | 1.553,00 | 59,00 |
| Media | 1.460 | 1.054 | 1.666 | 59 |

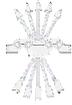
Fuente: Informe sobre los servicios sanitarios de la CCAA. FADSP 2007

- **Faltan instrumentos de gestión.** La figura del coordinador carece de competencias y estímulos para la gestión de los recursos. - Apenas existen estrategias e incentivos para trabajar en equipo. Escasa y deficiente relación con el nivel hospitalario. Inadecuada organización del trabajo y de los procesos asistenciales. Sistemas de información insuficientes, escasamente integrados, sin indicadores para evaluar la calidad y pertinencia de las actividades y los resultados. Existen importantes deficiencias en los sistemas de acreditación y evaluación de calidad. Hay problemas de formación continuada (por falta de inversión y recursos) por lo que mayoritariamente se encuentra en manos de la industria farmacéutica que condiciona así la prescripción.

- **Los profesionales sanitarios soportan una gran carga burocrática,** especialmente del personal médico que dedica más del 30% de su tiempo a rellenar recetas (muchas de ellas prescritas en el nivel hospitalario o de tratamientos reiterados por patologías crónicas); emitir partes de conformación por baja laboral; gestionar servicios como prótesis o ambulancias; certificaciones médicas muchas de ellas innecesarias, , etc.

3.2.5. Descoordinación con la atención socio-sanitaria

El Equipo de AP debería ser el instrumento esencial para identificar a las personas en situación de dependencia, valorar sus necesidades asistenciales y para coordinar la oferta de servicios, especialmente en el tema de los cuidados domiciliarios



3.2.6. Ausencia de participación social

- El personal no recibe formación específica para trabajar con la comunidad.
- La ausencia de órganos de participación impide la implicación ciudadana en la planificación y control de la calidad de los centros.

Esta situación repercute muy negativamente en el nivel de AP, generando frustración y desmotivación profesional; deteriora el clima laboral en los centros de salud; obliga a un tiempo de consulta insuficiente; crea problemas con la calidad asistencial, la capacidad resolutoria, el funcionamiento ineficiente y hay un elevado gasto farmacéutico; impide que gran parte de las decisiones no se basen en la evidencia científica; implica una derivación excesiva e innecesaria al nivel hospitalario; hace que se investigue poco y que la formación continuada esté en su mayor parte en manos de la industria farmacéutica; impide el control por la comunidad de la asistencia que recibe; y hace que se ahonden las desigualdades asistenciales entre CCAA.

Así las cosas, es imprescindible hablar de **uno de los mayores riesgos que corre la AP: que quede como servicio para atender a las clases humildes** (“la gente”: viejos, inmigrantes, marginados y pobres), mientras la clase media y alta esquivan los inconvenientes de una organización que consideran defectuosa. Paradójicamente, entre la “gente”, tampoco se incluyen los “insignificantes” (prostitutas, drogadictos, vagabundos y otros), que reciben sus cuidados de ONG y de urgencias hospitalarias.

Así pues, si los pacientes pudientes e influyentes “huyen” de la AP pública, como en un círculo vicioso, contribuyendo al descrédito de la misma, pues son las clases sociales altas las que atribuyen prestigio social a los especialistas, porque son las clases que pueden pagar por duplicado la cobertura sanitaria.

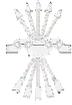
3.2.7. Crisis de valores

A esta crisis profesional se suma una profunda crisis de valores. Cuando un profesional duda entre varias opciones es porque la conciencia moral de su tiempo es ambigua (precio; valor; eficiencia; equidad; crecimiento; sostenibilidad; enriquecimiento; solidaridad ...), o no está seguro de lo que se espera de él (medicalizar; prevenir; curar; cuidar; polivalencia; superespecialidad; integralidad; inmediatez; resolver; derivar; profesionalidad; productividad...), o no están definidas sus metas (resolutoria; seguridad; tratar; ahorrar; filtrar; complacer...). Transita en una crisis ética porque no sabe qué opción tomar. También ocurre que, aun sabiendo cuál es la mejor opción, es decir, qué actividades conducen al bien interno que la profesión persigue, no encuentra ningún motivo para realizarlas.

Pero además hay que tener en cuenta ciertas evidencias existentes entre el número de médicos por habitante y el nivel de salud. Lo que nos lleva a conectar, a su vez, con el problema derivado de los recortes de personal médico. Por ejemplo, cada percentil de aumento de Médicos de Familia está asociado con un incremento del 4% en la probabilidad de diagnóstico precoz del cáncer de Mama, estadísticamente significativo.

Existe relación significativa entre dotación de recursos humanos en Atención Primaria e indicadores generales de salud. En Gran Bretaña cada médico adicional por 100.000 habitantes está asociado con un decrecimiento de la tasa de mortalidad, ajustada socio-demográficamente entre el 3 y el 10%. En USA por cada incremento en el número de médicos de Atención Primaria determina una reducción de 1,44 muertes por cada 100.000 habitantes

Conviene recordar que la política de recorte de personal sanitario público se está aplicando en un país como España donde el porcentaje de personas adultas que trabajan para el sector público es sólo el 9%, uno de los más bajos de la UE-15 (cuyo promedio es el 16%). En los países escandinavos es el 26% para Dinamarca, el



22% para Suecia y el 19% para Finlandia. Parece, por tanto, que más que una propuesta racional, la reducción de plantillas del sector público responde a una estrategia ideológica de dejar espacio al sector privado a la hora de proveer servicios públicos.

3.3 El gasto sanitario

Hay varios factores que pueden hacer crecer el gasto sanitario en España. Sin embargo, hay un gasto, a veces gasto, a veces negocio, susceptible de reducir la factura de gasto sanitario si se pudiese contar con la voluntad y el compromiso político, que es el gasto farmacéutico, del que hay que hablar largo y tendido, porque abarca una problemática crítica y extensa.

Los factores que harán crecer el gasto sanitario en las dos próximas décadas son: exigencias impuestas por la mejora de la calidad (tiempos de espera, tratamientos específicos garantizados, seguridad de las intervenciones...); expectativas cambiantes (capacidad de elección, mayor utilización de los servicios); avances tecnológicos (genética, medicamentos, maquinaria), ámbito de elevada incertidumbre; precios, incluidos los costes de personal especializado con posibles novedades de dedicación (exclusividad, nuevos horarios), compromisos de calidad y carrera profesional; mejoras en la productividad tales como tecnologías de información y comunicación; mejoras en la gestión, cambios en la utilización de recursos hospitalarios por pacientes crónicos; renovación de las infraestructuras sanitarias, de acuerdo con las exigencias de la demanda (habitación individual, nuevos edificios); mayor implicación de los individuos con su salud; aumento de la esperanza de vida; mayor utilización de servicios sanitarios que son capaces de dar respuesta con tecnología avanzada a necesidades, de manera más eficiente.

Cuál es la capacidad de la población para asumir nuevos costes en la atención sanitaria. En España, el 20 de abril de 2010, según el INE, existían 8.644.000 pensionistas con un importe medio total de sus pensiones de 776,44 € (570,49 € en el caso de viudedad y 349,69 € en las de orfandad) y aunque la distribución de las cuantías de las mismas es amplia, no llegan al 1 por ciento quienes tienen pensiones superiores a 1.900 €/mes. Además hay que tener en cuenta que, más del 80 por ciento de pensionistas tiene una o varias enfermedades crónicas y que su consumo de fármacos es alto por prescripción médica y que la mayoría están sometidos a polimedicación. Otro aspecto que debe de considerarse es que en ese mismo mes (INE, abril 2010), existían 4.612.700 de personas paradas, que 1.298.300 hogares tenían a todos sus miembros en paro, y que el 57 por ciento de personas en situación de empleo cobran menos de 1.000 € al mes.

De todo ello se deduce que la mayoría de la población, muy especialmente quienes más utilizan los servicios sanitarios públicos, que son las personas mayores de 65 años, que suelen coincidir con quienes están percibiendo prestaciones por jubilación, tienen unos recursos muy limitados a lo que se ha sumado la población en desempleo que ha aumentado desmedidamente, a lo que hay que añadir, que vaya agotando su derecho a la prestación del desempleo, con lo que su situación económica se deteriorara aún más.



Cuadro 10. Variación anual de la población, del envejecimiento y de la participación en el PIB y en el gasto sanitario público de los principales sectores del mismo. Comunidades Autónomas. Promedio periodo 1995-2006.

| | 1995 | 2006 | VARIACIÓN INTERANUAL (%)1995-2006 |
|---|------------|------------|--------------------------------------|
| Población | 39.257.051 | 43.929.685 | 0,968 |
| Envejecimiento | 16,11 | 17,61 | 0,818 |
| Gasto sanitario público como porcentaje (%) del PIB | 5,03 | 5,70 | 1,180 |
| Gasto en atención especializada como % del PIB | 2,78 | 3,07 | 0,952 |
| Gasto en atención primaria como % del PIB | 0,77 | 0,76 | - 0,011 |
| Gasto farmacéutico (recetas) como % del PIB | 1,02 | 1,20 | 1,591 |
| Gasto en atención especializada como % del GS | 55,35 | 54,39 | -0,091 |
| Gasto en atención primaria como % del GS | 15,35 | 13,33 | -1,075 |
| Gasto farmacéutico como % del GS | 20,04 | 20,83 | 0,492 |
| Gasto de personal como % del GS | 51,06 | 45,61 | -0,947 |
| Gasto de personal como % del gasto en atención especializada | 60,25 | 56,87 | -0,339 |
| Gasto de personal como % del gasto en atención primaria | 87,88 | 82,96 | -0,494 |
| Gasto de personal de atención especializada como % del gasto de personal | 64,87 | 67,42 | 0,408 |
| Gasto de personal de atención primaria como % del gasto de personal | 26,90 | 24,75 | -0,597 |

Una causa de este bajo gasto público sanitario es la concentración del poder político y mediático en el 25% de la población española que se resiste a pagar el mismo nivel de impuestos que el promedio de la UE-15 y cree erróneamente que no queda afectada por la pobreza de la sanidad pública al utilizar la privada. Tal visión, sin embargo, es profundamente errónea. La pobreza de la pública les afecta, pues en caso de enfermedad crónica y/o grave, la privada no podrá atenderles y terminarán en la pública. La privada discriminará a favor de los casos leves. De ahí el error de creerse que no les afecta.

La sanidad privada es, en general, mejor que la pública en aspectos importantes para el usuario, tales como el confort (una cama por habitación), menor tiempo de espera, y un tiempo promedio de visita más largo que en la medicina pública. Pero **la pública es mejor que la privada en la calidad del personal profesional y asistencial, y en la riqueza de la infraestructura técnica**, lo cual explica que en casos que requieran mayor nivel de atención tecnológica, la privada deriva los pacientes a la pública.

Otra cuestión importante a tener en cuenta al analizar el gasto sanitario público en España es la capacidad que tienen las CCAA para decidir los presupuestos sanitarios, independientemente del sistema de financiación y de los presupuestos generales autonómicos. Este hecho ha facilitado una gran dispersión en el presupuesto sanitario público *per capita* en nuestro país, donde se observa una diferencia importante entre el máximo (País Vasco; 1.607,34 €) y el mínimo (Valencia; 448,71 €).

Por otro lado, las políticas de contención del gasto han conseguido que el incremento de la factura farmacéutica de los medicamentos dispensados en oficina de farmacia sea de un 5-7% interanual, aunque el de los dispensados en hospitales sea de un 13%.



3.3.1. Sanidad Pública y las Tecnologías de la Información

España se sitúa entre los países más avanzados en sistemas de información sanitarios, superando al resto en las áreas de adopción y uso de intercambios de información de salud (IIS), especialmente en alertas electrónicas de pacientes y herramientas destinadas a reducir la carga administrativa. He aquí unos datos convincentes:

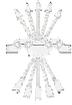
- Aproximadamente el 81% de los facultativos españoles introduce notas de pacientes por vía electrónica, comparado con el 68% en los demás países.
- En torno al 69% emplea herramientas electrónicas para reducir la carga administrativa, frente al promedio del estudio situado en el 56%. Casi la mitad de los facultativos españoles recibe recordatorios/alertas electrónicos mientras atiende a pacientes, comparado con el 43% de otros países.
- Más del 70% de los facultativos de atención primaria envía solicitudes de pruebas a laboratorios por vía electrónica, frente al 37% registrado en los demás países.
- El 60% de los médicos de atención primaria y secundaria reciben por vía electrónica resultados clínicos que se agregan automáticamente a los historiales de pacientes, comparado con el promedio global del estudio del 52%.
- Alrededor del 70% de los facultativos españoles, más que en ningún otro país encuestado, declaró que comparte datos electrónicos sobre pacientes con otras organizaciones, frente al 46% que registran los demás países. Como queda expuesto, la utilización intensiva de las TIC (Tecnologías de la Información y la Comunicación) en Sanidad, tiene como consecuencia una mayor eficacia de la atención al paciente, y un proceso más racional de los historiales médicos.

Unas conclusiones generales: racionalización y justicia

- El gasto sanitario público español es bajo en comparación con los países de la OCDE y la UE, tanto en porcentaje del PIB como en el poder paritario de compra per capita, y su crecimiento es moderado.
- El gasto social es también menor que la media de la UE/OCDE.
- La presión fiscal es baja en relación con los países de nuestro nivel socio económico y se ha disminuido en los últimos años.
- Es muy dudoso que haya globalmente una utilización excesiva de los servicios sanitarios en España, en todo caso la utilización elevada de consultas externas se corresponde con bajas tasas de hospitalización.
- Los ciudadanos saben lo que cuestan los servicios sanitarios, y que estos se pagan con sus impuestos. Si se desea es fácil ofrecer información sobre los costes sanitarios en paneles situados en la entrada de los centros.
- El establecimiento de sistemas de copagos nuevos conlleva costes de transacción elevados, que serán más altos cuánto más complejos sean los sistemas que se pretenda establecer. El coste podría incluso superar la recaudación.
- Todos los estudios realizados sobre los copagos evidencian un efecto importante y negativo sobre la equidad y la accesibilidad al sistema sanitario de las personas con menos ingresos y enfermedades crónicas.
- Existen estudios que señalan que la contención de la demanda acaba produciendo efectos indeseados sobre el sistema sanitario (más efectos adversos graves, más visitas a urgencias, más hospitalizaciones).

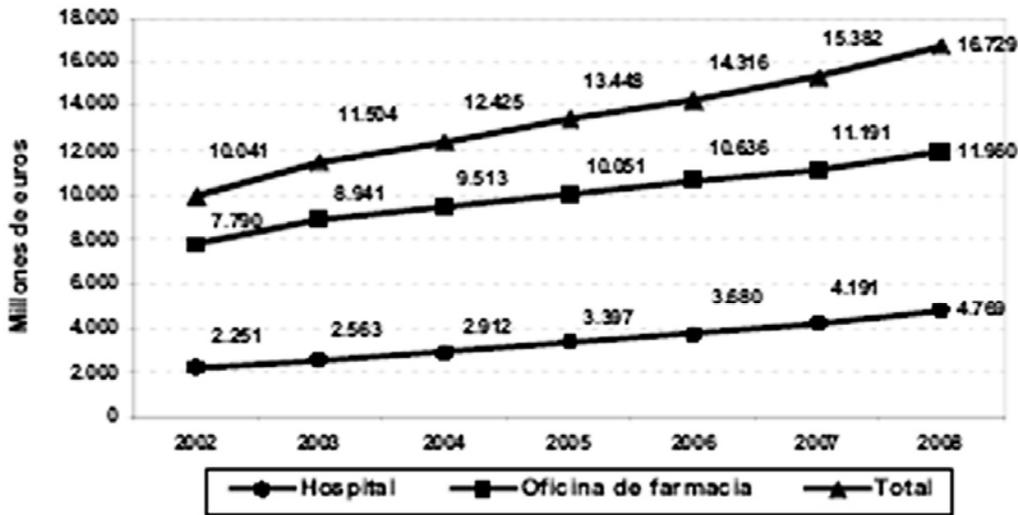
3.4 El gasto farmacéutico

El gasto farmacéutico español es muy elevado. En comparación con los países de la OCDE el gasto farmacéutico se coloca 3,9 puntos porcentuales sobre el promedio del gasto sanitario (21,3 frente al 17,4) y 0,3 puntos más en términos de porcentaje sobre el PIB (1,8 frente al 1,5). España es uno de los cuatro países que encabezan la lista del gasto farmacéutico de la OCDE (OECD Health Data). **Si el gasto farmacéutico**



español por habitante y año se redujera al promedio de la OCDE se produciría un ahorro de 5.000 millones de €, en números redondos, lo que evidencia la gran capacidad de mejora que hay en este terreno.

Cuadro 11. Evolución del gasto de Medicamentos financiados por el Sistema Nacional de Salud



Fuente: Datos publicados por la Dirección general de Farmacia y Productos Sanitarios, y datos cedidos por IMS

3.4.1 Quién decide sobre los fármacos que consumimos

Durante muchos años el esfuerzo investigador ha estado ligado básicamente en el sector público a universidades y hospitales docentes y, en el sector privado, a los grandes laboratorios. En las últimas décadas del siglo XX las ingentes sumas que la investigación médica requería las fueron aportando cada vez en mayor cuantía las empresas privadas, a la vez que los gobiernos fueron recortando las inversiones públicas, como parte de una estrategia general que abogaba por políticas económicas de corte neoliberal, cuyo objetivo era la disminución del gasto público.

Las crisis económicas de los últimos años han impulsado la concentración de capital en grandes oligopolios, y un buen ejemplo de esto han sido los laboratorios farmacéuticos. Hoy día, de los miles de laboratorios que existieron, solo quedan una pequeña parte, reagrupados en las grandes multinacionales del sector (Cuadro 11).



En los últimos años se está incrementando la estrategia de la industria farmacéutica de subcontratar organizaciones de investigación y de gestión, las CROs (contractresearch organizations) y SMOs (site-management organizations). Esto ha cambiado el verdadero objetivo y responsabilidad en la investigación biomédica, así como las consideraciones éticas de los ensayos. Todavía en la actualidad se siguen usando los pacientes y los hospitales públicos para los ensayos clínicos, pero es la industria quien controla los datos y la publicación de los resultados de los mismos. Por lo tanto, se darán a conocer aquellos que sirvan a sus intereses, o de lo contrario se archivarán.

3.4.2 La presión de la industria farmacéutica

Los laboratorios farmacéuticos no son ONGs, ni asociaciones filantrópicas, ni mucho menos organizaciones con fines educativos, sino grandes multinacionales cuyo fin último es obtener una rentabilidad económica creciente. En el marco actual de la mundialización capitalista no se puede esperar que los objetivos de la industria farmacéutica sean mejorar la salud de la población de este planeta. Sin embargo, en este punto nos enfrentamos a la paradoja de que los intereses económicos de la industria farmacéutica pasan por la comercialización de drogas, medicamentos, que en buena parte mejoran sustancialmente numerosas enfermedades, además de contribuir al bienestar de los ciudadanos.

La influencia que ejercen las compañías farmacéuticas sobre los médicos comienza con los estudiantes en las Universidades y más tarde prosigue con las visitas a los médicos en los centros de salud, ambulatorios y hospitales. Sobre los estudiantes hay que tener en cuenta el control directo e indirecto que ejercen – los laboratorios -, sobre los centros e instituciones que imparten docencia y formación continuada.

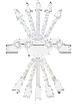
No son “manos ocultas”, hoy día sólo hay que abrir las páginas de diversas instituciones universitarias en la red para comprobar la presencia de las multinacionales del sector que en ellas “colaboran”. Un ejemplo lo tenemos en la página de la Fundación de la Universidad Autónoma de Madrid donde aparecen las Cátedras que los grandes laboratorios tienen en esta universidad: Pfizer, Roche, Novartis, Cellerix, Abbott, Lilly, AstraZeneca, Schering-Plough, WyethFarma, etc. El objeto declarado de su presencia es obtener una “colaboración innovadora y al servicio de la sociedad”. La Fundación de la Organización Médica Colegial para la formación de los profesionales sanitarios recoge entre sus colaboradores a Pfizer, MSD, GlaxoSmithKline, Farmaindustria, AstraZeneca y Bristol MyersSquibb.

3.4.3 Industria farmacéutica: entre el negocio y la irresponsabilidad

El encarecimiento de la factura farmacéutica se debe fundamentalmente a la **utilización de los nuevos medicamentos**. Esto es posible por el **papel hegemónico que ha adquirido la gran industria farmacéutica en la estructura político-sanitaria, frente a la interesada dejación de funciones de los políticos**.

Un ejemplo de ineficiencia del sistema lo tenemos en la sustitución de viejos medicamentos, muchos de ellos ya con genéricos, por otros similares. La investigación de medicamentos similares, los llamados “me too”, suponen un coste de inversión mucho menor que el de medicamentos que abren nuevas líneas terapéuticas, ofrecen un escaso beneficio terapéutico, si lo ofrecen, y sin embargo son frecuentes ya que, ante un mercado consolidado, el éxito, con una buena promoción comercial, está asegurado.

¿Cómo se consiguen estas ventas? Pues sencillamente, gracias a potentes campañas comerciales. Por ejemplo, las que han asociado los niveles sanguíneos de colesterol con el riesgo de muerte por enfermedad cardiovascular, y a la reducción cada vez mayor de los valores de colesterol considerados “peligrosos”, a lo que, como puede imaginarse, la industria farmacéutica no es ajena. Según las directrices de los años 90 sobre colesterol de los National Institutes of Health de EEUU, 13 millones de americanos necesitaban tratamiento. En la revisión de 2001, una junta de expertos amplió el número a 36 millones (5 de los 14 expertos tenían relación con uno o más fabricantes). En la revisión de 2004, el número ascendió a 40 millones (8 de los 9 expertos tenían relación con uno o más fabricantes), y ello gracias a la reducción de los valores del colesterol



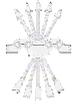
considerados como potencialmente perjudiciales. Los responsables de marketing no redactan las normas de diagnóstico de una enfermedad, pero sí pagan a los que lo hacen.

Henry Gadsden, director de laboratorios Merck, poco antes de jubilarse confió a la Revista *Fortune* su desesperación al ver que el mercado potencial de su empresa estaba confinado sólo a los enfermos. **Gadsden declaró que desde hacía tiempo soñaba con producir medicamentos destinados a... los sanos.** Porque, en ese caso, Merck tendría la posibilidad de “vender a todo el mundo”. Tres décadas más tarde, el sueño de Henri Gadsden se ha visto cumplido, y **la medicalización de la vida** es ya una realidad.

En los hospitales, la política de sustitución de medicamentos similares y las promociones económicas para medicamentos con competencia (pueden llegar a ofertarse medicamentos a precio cero), especialmente si tienen un consumo posterior en primaria, hace que el perfil sea diferente. Porque este aumento no siempre se traduce en un aumento similar de la supervivencia o de la calidad de vida de los pacientes tratados. Un caso significativo es el del tratamiento del cáncer colorectal, que se ha disparado en los últimos años. En España, un ciclo de 14 días de la quimioterapia estándar del cáncer de colon costaba entre 187 y 210€, según los fármacos utilizados, antes de añadir los anticuerpos monoclonales cetuximab (CTX) o bevacizumab (BVC) en los protocolos. Al añadir CTX como tratamiento de segunda línea, el coste de un tratamiento de 6 meses aumentaría en 21.750€, y con BVC en 14.926€. El conseguir un mes adicional de supervivencia libre de enfermedad supondría un coste de 24.166€ con el CTX, y de 16.507€ con el BVC. Teniendo en cuenta que en un hospital de nivel 3, con servicio de oncología de referencia, pueden tratarse 30 pacientes al año, el impacto presupuestario de la nueva terapia sería de 652.500€ o de 447.780 €, según se eligiese CTX o BVC, y si la duración del tratamiento fuese de 6 meses.

Los precios elevados, justificados por la industria como necesarios para mantener la investigación, nos conducen a la triste paradoja de excluir a amplios sectores de la población actual de los medicamentos innovadores. ¿Pero cómo es posible que se produzca esta paradoja? La promoción es sin duda una pieza clave en este complejo engranaje. Los laboratorios pueden dedicar un porcentaje del precio a publicidad, y a mayor precio, mayor publicidad, lo que permite una mayor promoción de los medicamentos más caros. Con el dominio que de la información tiene el laboratorio fabricante, se facilitan las nuevas incorporaciones, algunas de escaso valor terapéutico, permitiendo la renovación de medicamentos antiguos por nuevos, generalmente mucho más caros y no más eficaces o seguros.

Interesados en el tema, la revista *Prescrire* publicó un estudio (Cuadro 12) donde se valoraban los medicamentos registrados en Francia desde 1981 a 2003, incluyendo a los que se les aprobó una nueva indicación. Sólo el 10,5 % de los nuevos productos o nuevas indicaciones aportaban un cierto beneficio, clasificados como excelentes el 0,24% y como interesantes el 2,68%.



Cuadro 12

| Valoración de la revista <i>Prescrire</i> de los nuevos medicamentos | | |
|---|--------------------------|------------|
| Valoración | Número de especialidades | % |
| Excelente | 7 | 0,24 |
| Interesante | 77 | 2,68 |
| Aporta algo | 217 | 7,56 |
| Eventualmente útil | 455 | 15,85 |
| No aporta ninguna novedad | 1.913 | 66,63 |
| No se considera aceptable | 80 | 2,79 |
| No se pronuncia | 122 | 4,25 |
| Total | 2.871 | 100 |
| <i>Medicamentos registrados entre 1981 y 2003 (ambos incluidos) en Francia. Este número corresponde a las nuevas especialidades o nuevas indicaciones de prescripción médica.</i> | | |

La realidad es que los regalos ocupan un papel importante en la relación entre la industria y los médicos. Permite crear una relación de amigabilidad entre el visitador médico y el profesional y de agradecimiento hacia la industria. Su objetivo no es otro que el perder la objetividad necesaria para realizar un análisis crítico, y favorecer el aumento de las ventas. Los laboratorios en los Estados Unidos gastan más de 5.500 millones de dólares en la promoción de sus medicamentos a los médicos, esto supone más de lo que gastan todas las escuelas de medicina. Y emplean a 90.000 representantes, uno por cada 4,7 médicos según la American Medical Association.

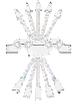
Sobre los ciudadanos. En los últimos años, la industria farmacéutica se ha fijado en otro de los eslabones clave para extender sus ventas, los ciudadanos, a los que la publicidad directa está bombardeando desde todos los medios de comunicación. Es mejor que la publicidad pueda llegar/presionar al prescriptor por dos vías. Una, a través del ciudadano que cada día está mejor informado, se entera de las “mejoras” que supone un cierto fármaco y se lo exige a su médico; otra, porque a ese médico la industria, muy probablemente, se habrá encargado de presentarle con antelación el citado fármaco.

¿Qué es lo que suele pasar? Que la publicidad hace creer a las personas que tienen tal o cual enfermedad o trastorno que existe un “maravilloso medicamento que lo cura”. Esta barbaridad - sin crítica alguna por parte de colegios profesionales ni asociaciones de consumidores - se está abriendo camino en los países de nuestro entorno.

Otro de los usos de la publicidad - tanto directa como subliminal – es la ampliación del mercado mediante la creación de nuevas enfermedades, como por ejemplo, la “histeria” del siglo XIX, la “hipercinetosis infantil” del XX o la “fobia social” del XXI. Pasando por los problemas relacionados con la adopción de estándares físicos patológicos (anorexia/bulimia).

3.4.4. El SNS y la industria farmacéutica

En España es el SNS el principal cliente de la industria farmacéutica y por ello cabría pensar que su posición de fuerza ante la misma tendría que haber conseguido mejorar algunas cosas respecto del uso racional del medicamento, como, por ejemplo, limitar el registro de numerosas drogas que no tienen una contrastada utilidad terapéutica; controlar los elevados precios de los fármacos de nueva aparición -cuando hay otros bioequivalentes de mucho menor coste-; o limitar las visitas de los representantes de los laboratorios en



horario de trabajo a los centros sanitarios públicos.... Sin embargo, nada de esto se ha hecho ni se apunta un cambio en los próximos años.

Ni las Administraciones Sanitarias invierten los suficientes fondos públicos, ni se interviene sobre qué y por qué se investiga en una determinada línea en los centros públicos del SNS. Ni tampoco se controla cómo se lleva a cabo, porque no se exige transparencia en los ensayos clínicos, que la industria farmacéutica promueve dentro y fuera de los hospitales públicos. Esto deja a las autoridades sanitarias al albur de las decisiones de los grandes laboratorios que, en definitiva, como cualquier otra multinacional invierten en lo que de antemano saben que es rentable, como drogas que se vayan a consumir preferentemente en el mundo desarrollado, mejoras de fármacos cuya molécula ya existe, etc. Y si esto no es posible, se presiona a los gobiernos para obtener la comercialización de un determinado producto, o el cambio de legislación para aumentar el tiempo de protección de las patentes, o la flexibilización de las condiciones sobre ensayos clínicos, etc.

3.4.5. El mercado prostituye la investigación clínica

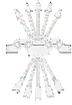
Existen dos prácticas que traicionan el rigor que debe tener cualquier trabajo que pretende ser científico. Estas prácticas han sido denominadas con dos expresivos neologismos en inglés: “Guest authors- hip” y “Ghostwriting”, que podríamos traducir al castellano por “Autoría por invitación” y “Redacción por fantasmas”, respectivamente. La primera se refiere al hecho de designar, para incluirle como autor del estudio, a un personaje que no reúne criterios para serlo, en cuanto a su verdadera participación en el trabajo, que puede ser incluso nula. La segunda práctica consiste en la incapacidad de encontrar a un individuo adecuado, por su historial profesional previo, para que tenga una contribución real en la investigación o en la redacción del artículo y, en consecuencia, colocar a alguien prestigioso, aunque no haya aportado nada. Sería una especie de “Negro inverso”, alguien con prestigio científico que, sin duda a cambio de una substancial suma, presta su nombre al trabajo que, con más o menos rigor, han llevado a cabo individuos que forman parte del personal de la firma interesada.

Sólo unos cambios políticos profundos que saquen definitivamente de la órbita del mercado a la atención sanitaria y la pongan en el terreno de los servicios públicos sin ánimo de lucro, podrán detener el círculo vicioso en que está inmersa la investigación clínica: creación, no siempre justificada de la necesidad de un medicamento → inversión millonaria para buscar ese medicamento → hallazgo del medicamento → convicción al mercado de que el medicamento es necesario y eficaz → venta del medicamento → obtención de beneficios → necesidad de aumentar los beneficios → sugerir que el medicamento está obsoleto y ya no sirve → necesidad imperiosa de encontrar uno nuevo, naturalmente más caro → comienzo de un nuevo círculo vicioso. Es el mismo círculo vicioso que se pone en marcha para cualquier otro bien de consumo.

3.4.6. La dispensación de medicamentos

En los últimos siete años en España, se han comercializado 183 nuevos principios activos, 14 se han excluido de la financiación del Sistema Nacional de Salud, 70 son de prescripción en primaria con receta y de dispensación en oficina de farmacia (AP), 23 de Diagnóstico Hospitalario (DH) y 76 de Uso Hospitalario (UH). Significa que sólo el 38% de los nuevos medicamentos pueden prescribirse en los centros de atención primaria y el 54% en los hospitales y que el 42%, sólo pueden dispensarse en los hospitales. Y, sin pretender realizar un análisis detallado ni riguroso, sólo para dar una idea de las implicaciones económicas que la utilización de estos medicamentos puede suponer en la factura farmacéutica, decir que el precio medio de los envases elegidos que precisan receta médica para su dispensación en oficina de farmacia es de 83 euros, el de los de DH es de 1.267 euros, y el de los de UH, 1.616 euros.

De estos datos se pueden plantear dos hipótesis que no tienen porqué ser excluyentes: una, que la investigación y la innovación se dirige a patologías que precisan atención especializada en los centros sanitarios, especialmente en los hospitales, y dos, que por ser medicamentos nuevos y más caros, la



administración sanitaria quiere controlar su prescripción, y en ocasiones su dispensación, en los centros hospitalarios. En este escenario, la falta de transparencia de los datos de dispensación y consumo en hospitales juega un papel importante.

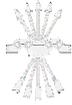
Todo esto pone a la Administración a los pies del lobby farmacéutico. En 2010, las autonomías españolas destinaron 14.857 millones de € a gasto farmacéutico, por encima del 25% del gasto sanitario público total (ver tabla). Aunque el gasto en oficinas de farmacia crece en menor medida y se estabiliza en 2010, observamos un incremento notable del gasto hospitalario, de un 5% en 2010 con respecto a 2009, pero de un 26% con respecto a 2007 y un 40% en relación con el año 2005 (año en el que no sobrepasa los 2500 €)

| | OF. Farmacia | INC | Hospitales(e) | INC | Total | INC |
|------|--------------|-------|---------------|-------|--------|------|
| 2008 | 10.458 | 4,4% | 3.490 | 9,6% | 13.948 | 5,6% |
| 2009 | 10.852 | 3,8% | 3.891 | 11,5% | 14.743 | 5,7% |
| 2010 | 10.771 | -0,2% | 4.086 | 5,0% | 14.857 | 0,8% |

En cuadro 13 observamos la deuda hospitalaria y la deuda sanitaria total por CCAA. Baleares, Cantabria, C Valenciana, Castilla y León, Castilla La Mancha, Murcia y Andalucía son las Comunidades más endeudadas. Cada ciudadano de Baleares debe a la industria sanitaria 673 euros y los de Cantabria 500 euros

Cuadro 13 Deuda farmacéutica hospitalaria y total por CCAA

| CCAA | Población | Deuda hospitalaria Millones de euros(1) | Deuda hospitalaria por habitante (2010) | Deuda sanitaria Total (2011)* | Deuda sanitaria Por habitante |
|---------------|------------|--|--|----------------------------------|----------------------------------|
| Andalucía | 8.415.490 | 1069 | 127 euros | 2807 | 334 euros |
| Aragón | 1.345.132 | 121 | 90 euros | 405 | 302 euros |
| Asturias | 1.081.348 | 115 | 106 euros | 271 | 250 euros |
| Baleares | 1.112.712 | 158 | 142 euros | 748 | 673 euros |
| Castilla la M | 2.113.506 | 216 | 102 euros | 815 | 386 euros |
| Castilla-León | 2.555.742 | 463 | 181 euros | 1095 | 429 euros |
| Canarias | 2.125.256 | 95 | 45 euros | 241 | 113 euros |
| Cantabria | 592.560 | 163 | 276 euros | 295 | 500 euros |
| Cataluña ** | 7.535.251 | 233 | 31 euros | 405 | 103 euros |
| C. Valenciana | 5.111.767 | 818 | 160 euros | 2265 | 443 euros |
| Extremadura | 1.108.140 | 51 | 46 euros | 86 | 77 euros |
| Galicia | 2.794.516 | 171 | 61 euros | 457 | 163 euros |
| La rioja | 322.621 | 30 | 94 euros | 70 | 218 euros |
| Madrid | 6.481.514 | 640 | 99 euros | 1332 | 205 euros |
| Murcia | 1.469.721 | 254 | 173 euros | 532 | 360 euros |
| Navarra | 641.293 | 29 | 43 euros | 25 | 39 euros |
| País Vasco | 2.183.615 | 52 | 24 euros | 88 | 40 euros |
| Total SNS | 47.150.819 | 4650 | 98 euros | 11.937*** | 272 euros |



La ingente deuda sanitaria española, de las mayores del mundo, ha colocado a la IF y a las empresas de tecnología en una posición estratégica para presionar sobre la política sanitaria de la administración y comienza a tomar medidas coercitivas, como ocurre con la farmacéutica Roche, que endurece las condiciones del suministro de medicamentos a hospitales morosos, buena parte de ellos antitumorales, donde más duele, como ya había hecho previamente en Grecia. Así agradece Roche, laboratorio que comercializa el Tamiflu, su negocio fabuloso en España, en Grecia y a nivel mundial, tras la alarma infundada de pandemia de gripe AH1N1. De los 13 millones de vacunas compradas en España por 98 millones de euros, 4 millones se han donado a la organización panamericana de la salud y 6 millones se desecharon.

Por otra parte, Farmaindustria y la industria de tecnologías sanitarias, Fenin, se han rodeado de las Cámaras de Comercio de Francia, Alemania y Suiza, en la que están representadas las grandes multinacionales extranjeras como Pfizer, Novartis, Roche, Lilly, Bayer, Abbott o Siemens, para incrementar la presión y urgir a Mariano Rajoy a poner en marcha “medidas concretas” para solucionar el problema de la deuda sanitaria.

El gobierno, por una parte decide liberar fondos públicos para que las CCAA paguen a sus proveedores, y aprovecha para advertir a las comunidades que deberán demostrar que han aplicado los recortes en educación y sanidad a la población. Por otra parte, implanta medidas para que la deuda recaiga sobre los ciudadanos, no sobre la industria, y para ello incrementa el copago de los trabajadores activos e introduce el copago a los pensionistas (ahorro esperado 550 millones de euros) y desfinancia 456 medicamentos (ahorro aproximado de 400 millones de euros).

El presidente de Farmaindustria, que esta vez sí apoya las decisiones del gobierno -que al parecer conoce antes que presidentes de CCAA-, afirma que gran parte de ese dinero, más que a financiar la deuda, irá destinado a incrementar la factura farmacéutica, para “agilizar la entrada de nuevos medicamentos”. Como consecuencia de estas medidas la proporción del gasto farmacéutico sufragado por los pacientes se doblará, pasando del 6 % actual a un 12%, en unos momentos económicamente muy duros para la gran mayoría de la población.

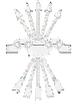
3.5 Cuando el mercado se mete en la Sanidad

3.5.1. La llegada de la gran empresa y del capital financiero nacional a la Sanidad

La Comunidad Valenciana

La característica principal es que una gran empresa, o un conglomerado de ellas, se hace con la gestión y la provisión de los servicios tanto de atención hospitalaria como de AP y, eventualmente, con la atención sociosanitaria de una parte del territorio y de la población que en él habita, en régimen de monopolio y concesión por parte de la Administración de turno, mediante un acuerdo entre partes de un montante económico pactado con el Gobierno de la región en el que se despliega. Este nuevo modelo de gestión, aunque existe en Catalunya desde hace décadas, ha tendido su máxima proyección desde hace más de 10 años a raíz de su implantación en la Comunidad Valenciana a través del conocido como “modelo Alzira”.

En la Comunidad Valenciana, este modelo comenzó su andadura en 1999, cuando se asignó al Hospital de Alzira de Valencia -un centro construido por el sector privado y perteneciente al consorcio Ribera Salud formado por Bancaja y Caja del Mediterráneo-, la asistencia hospitalaria de la comarca circundante durante un plazo de 15 años, a cambio del pago de un canon anual. Posteriormente este consorcio ha ido asociándose con otras empresas (Adeslas, Asisa, DKW, Lubasa, ACS-Dragados), a través de diferentes uniones temporales (UTES), para la construcción y explotación del resto de hospitales que aplican ese modelo. En el año 2003, ante la baja rentabilidad financiera obtenida con el acuerdo económico inicial, según la empresa concesionaria, el acuerdo económico tuvo que ser rescatado económicamente por las arcas de la Generalitat con 44 millones de €, (lo que fue posteriormente censurado por el Sindic de Comptes (Tribunal de Cuentas



Valenciano), a pesar de lo cual se renovó el contrato con el Gobierno valenciano y, además, se incluyó en el paquete concertado la gestión de los 13 centros de salud del área de influencia del hospital de Alzira. Desde entonces los resultados económicos han sido positivos para el grupo empresarial, consecuencia de lo cual, el modelo se ha ido extendiendo a otras comarcas de la región.

Esto supone una privatización en régimen de monopolio con respecto al clásico centro de salud de Atención Primaria dependiente de la Consellería de Sanitat Valenciana, y deja toda la prestación sanitaria pública de esas zonas en manos del sector privado, sin dar ninguna opción a la tan cacareada “libertad de elección” a los ciudadanos. Por otra parte, los pocos resultados conocidos parecen indicar que este modelo encarece notablemente el coste, pues el Gobierno valenciano paga 599 euros anualmente como canon por cada usuario del área asignada, cifra que sumada a otros gastos, como el farmacéutico, se sitúa por encima de la media de gasto sanitario por habitante de esa Comunidad. También se ha denunciado que su mecanismo asistencial provoca desigualdades entre ciudadanos de la zona asignada y los que provienen de otras zonas, pues estos últimos se cobran aparte

Con todo, parece que el secreto del “éxito económico” para las empresas concesionarias reside en unas plantillas sobreexplotadas y desmoralizadas, que cambian con facilidad de centro cuándo encuentran una oferta laboral mejor: el año 2006 más de 40 médicos, de los 450 existentes, decidieron renunciar a sus contratos y marcharse, como descubren los sindicatos. Además, las necesidades de plantilla son escandalosas; se detecta un déficit de trabajadores en torno al 25 %, y las plantillas trabajan muy por encima de lo habitual para poder subvenir las necesidades asistenciales, de manera que en algunas áreas como las quirúrgicas, la actividad puede llegar a duplicar el número de operaciones de otros hospitales comarcales, a base de horarios extensos y de la conculcación de permisos y vacaciones.

Los consorcios hospitalarios catalanes

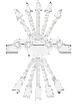
Modelos de centros de salud dependientes y gestionados por consorcios hospitalarios también existen en Cataluña, donde hasta el 18% de los centros dependen de alguno de estas entidades, lo que supone unos 70 Centros de Atención Primaria (CAP) distribuidos por toda la Comunidad Autónoma.

En líneas generales, puede decirse que la situación es similar a la descrita para el caso valenciano, y cuando ha sido evaluada la conclusión, resulta que en el caso de la AP, la gestión asociada a los hospitales parece no tener ninguna ventaja

El caso de los médicos empresarios: Las Entidades de Base Asociativa catalanas (EBAs)

Se trata de experimentos de pequeña empresa, en la que algunos médicos, a instancias de la administración sanitaria, se hacen patronos tutelados por la Consejería de Sanidad de Cataluña y cuyo primer ensayo, EAP Vich S.L., se inició hace años al amparo de la reforma de la Ley de Ordenación Sanitaria de Catalunya, aprobada por amplia mayoría con los votos de CiU y PSC-PSOE.

Sus antecedentes hay que buscarlos en el modelo de los *fundholders* ingleses que fue desarrollado en el Reino Unido en la década de los 90, y que estaba basado en la recepción por parte de los médicos de primaria de los fondos totales fijados por el estado para la atención de sus cupos de pacientes. Aquellos decidían sobre el destino del dinero, pagando y contratando la hospitalización, derivaciones a especialistas, pruebas diagnósticas, etc., que juzgaban necesarias, quedándose con una parte fija y el superávit. Fue abandonado definitivamente por el Gobierno británico en 1999, tras detectarse reiteradamente que provocaba tendencia al ahorro de prestaciones necesarias a costa de la salud de los pacientes, gran inequidad en la atención sanitaria suministrada, e incluso, fraude (se llegó a cobrar por la atención de hasta 2.000.000 de pacientes inexistentes).



El funcionamiento básico de las EBAs es el de una sociedad limitada: un grupo de médicos y algunas enfermeras, se convierten además en empresarios y accionistas con el objetivo de autogestionar tuteladamente el presupuesto asignado, maximalizar los beneficios económicos y flexibilizar la gestión y la prestación de servicios sanitarios de una zona básica de salud (población cautiva), que en una primera instancia es el Área Básica de Salud, previamente asignada por el Instituto Catalán de Salud. El resto de los trabajadores del EBA son asalariados y contratados por el grupo de médicos patronos y en él hay otros médicos-empleados y el resto de todas las demás categorías sanitarias y no sanitarias: desde empleadas de limpieza hasta enfermeras, todos con contratos individualizados, es decir, con diferentes condiciones laborales.

El tamaño es variable, pero cada EBA, contando todas las categorías, suele tener entre 20 y 30 personas trabajando en el mismo equipo. La población asignada a cada equipo oscila alrededor de las 20.000 personas comprendidas todas las edades. Es de señalar que con este modelo es posible cobrar gastos “adicionales” y copagos a los pacientes por atención y prestaciones facilitadas dentro del propio centro: estomatología, podología, etc., que no se contemplan en la cartera de servicios que habitualmente ofrece el ICS.

El Área Sanitaria Única de Madrid

La situación de la AP en esta región dista mucho de ser halagüeña, pues hay que tener en cuenta que aunque la Comunidad de Madrid ocupa el primer lugar de España en nivel de riqueza en términos económicos, la situación de la Sanidad Pública, y especialmente la de los servicios de APS, está muy por debajo de la media de las 17 comunidades autónomas. El Gobierno de la Comunidad de Madrid ha dado un paso más allá para el desmantelamiento y destrucción del Servicio Madrileño de Salud y avanzar en la privatización completa de un servicio público de salud, con la aprobación en el Parlamento regional de la Ley de “Libertad de Elección en la Sanidad de la Comunidad de Madrid”, el 12 de noviembre de 2009.

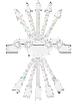
El desarrollo de esta iniciativa pone las bases para la penetración definitiva del capital financiero y de las empresas multinacionales con intereses en el sector sanitario de la región, que ya habían penetrado firmemente en el sector hospitalario público madrileño a través de la multinacional Capiro (que a su vez pertenece al fondo de inversión de capital riesgo Apax Partners), por medio de una concesión administrativa adjudicada en régimen de monopolio por el Gobierno de la CM en 2007, lo que implica la asistencia especializada de unos 600.000 ciudadanos, es decir: el 10% de la población total de esta comunidad está totalmente en manos de una empresa multinacional del sector privado y otro 30% adicional, recibe asistencia a través de nuevos hospitales con gestión público-privada, tipo concesión de obra/PFI.

Con este nuevo paso, la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid pretende la creación de un espacio de libre mercado y la introducción de la libre competencia en el ámbito sanitario de la región. En esencia, sigue el típico modelo neoliberal, en el que la competencia entre público y privado será una realidad en un futuro próximo, y en el que los clientes/pacientes podrán elegir “libremente” quién es su proveedor de servicios sanitarios (público o privado), y cuyas facturas se pagarán en cualquier caso con dinero público.

De esta manera, se hace desaparecer la organización basada en las áreas sanitarias territoriales y se impone la creación de un único espacio organizativo sanitario territorial para toda la comunidad, denominada Área sanitaria única, que implica el desmantelamiento completo de la estructura sanitaria madrileña.

Conciertos y externalizaciones

En algunas CCAA se han incrementado los conciertos y las externalizaciones al sector privado. Un caso notorio es Canarias donde el 40% de las camas son privadas y atienden al 37,5% de los procesos agudos financiados públicamente.



Privatizaciones hospitales

Un caso especial es la propuesta de Castilla La Mancha de privatizar los hospitales de Manzanares, Tomelloso, Almansa y Villarrobledo lo que aparte, como se ha señalado, de no reducir costes, supone la primera vez que se privatiza directamente hospitales públicos ya construidos y funcionando con personal sanitario.

En Galicia se privatiza la central única de compras, la central de llamadas, las unidades de diálisis y el plan directorio de 7 hospitales, además de numerosos proyectos en la misma línea. En definitiva, aumento de las privatizaciones, como siempre siguiendo un patrón irregular, según cada CCAA.

A pesar de que los gastos en farmacia y tecnología de nuestro sistema es, comparativamente, de los más elevados del mundo y de que existe suficiente evidencia de problemas en la asignación de los recursos por ausencia de una política de planificación estratégica, no hay ninguna política dirigida a incrementar la racionalidad y la eficiencia en el uso de los recursos o la apuesta por la promoción y prevención de salud frente a la medicalización

Todos estos experimentos parten de las supuestas (y nunca probadas) premisas de la eficiencia y superioridad del mercado en la consecución de buenos resultados económicos, sin deterioro de la salud de la población atendida, según sus defensores, fundamentalmente la derecha más liberal y las empresas de su órbita.

Sin embargo, cuando se pulsa la opinión de los ciudadanos, a través de cuestionarios homologados y transparentes, como los que utiliza el Barómetro Sanitario elaborado por el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) y publicado por el Ministerio de Sanidad, los resultados muestran tozudamente que la población sigue prefiriendo la sanidad pública a la privada y que en las regiones donde más ha penetrado la privatización, la opinión sobre ésta es aún más negativa.

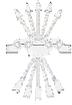


| LAS NUEVAS FORMAS DE GESTIÓN. Modelos desarrollados en el Estado español | |
|--|--|
| Sin personalidad jurídica Derecho público, sin personalidad jurídica propia. | <ul style="list-style-type: none">– Servicio Valenciano de Salud– Institutos Clínicos / Unidades Clínicas– Agencia de Evaluación Tecnológica Andalucía |
| Organismo autónomo administrativo Entidad de derecho público con personalidad jurídica y patrimonio propio. | <ul style="list-style-type: none">– Servicio Andaluz de Salud– Servicio Navarro de Salud– Servicio Gallego de Salud |
| Ente público Personalidad jurídica pública, que ordena sus recursos bajo el ordenamiento privado. | <ul style="list-style-type: none">– Hospitales Costa del Sol, Poniente, Andújar...– Empresa Pública de Emergencias Sanitarias– Servicio Catalán de Salud– Servicio Vasco de Salud |
| Consortio Ente público territorial o institucional que permite la asociación de entidades privadas sin ánimo de lucro. | <ul style="list-style-type: none">– Consorcio hospitalario de Cataluña, de Vic, Consorcio de hospitales de Barcelona... |
| Fundación Derecho público y privado, sin ánimo de lucro, regida por un patronato. Régimen del personal: laboral. | <ul style="list-style-type: none">– Hospitales Verin, Barbanza, Cee, Villagarcía de Arosa, Manacor, Alcorcón... |
| Sociedad mercantil pública Derecho privado. Sociedad mercantil en el que un organismo público cuenta con la mayoría de las acciones. | <ul style="list-style-type: none">– Entidades asociativas de profesionales |
| Contratación externa a entidades privadas | <ul style="list-style-type: none">– Entidades de bases asociativas (Cataluña)– Concesión de Alzira o Torreveja |

3.5.2. Las medidas del Consejo Interterritorial de Sanidad

La reunión del Consejo Interterritorial del SNS (CISNS) realizada el día 18 de abril de 2012 ha acabado con la aprobación, con la oposición de Andalucía, País Vasco y Canarias, de una serie de medidas que se han vendido ante la opinión pública como “un ajuste necesario para sostener la Sanidad Pública” y que merece la pena comentar, al menos las que se han considerado como más sangrantes para los ciudadanos.

Se introduce el copago en los medicamentos según niveles de renta en activos y pensionistas, esta medida tiene serios inconvenientes bien conocidos: Tenemos unos pensionistas con unas pensiones muy bajas (el 8,51% cobra menos de 300€ y el 54,02% menos de 650€), lo que les colocara en la tesitura de optar entre pagar los medicamentos y comprar alimentos, cualquier decisión que tomen será muy negativa para su salud.



Establecer copagos distintos según tramos de renta tiene algunas dificultades y costes que no se consideran. Entre las dificultades el hecho de que la renta es variable (más aún en un momento de crisis económica, en que el desempleo y la disminución de ingresos amenaza continuamente a la mayoría de la población); y que en España el fraude fiscal es muy elevado y de difícil control, con lo que los defraudadores seguirán muy probablemente sin pagar y se penalizará a las personas que viven de un salario, una pensión o la prestación por desempleo. Además, la devolución de dinero a los pensionistas que superen los topes mensuales es de gestión complicada y el plazo previsible de la misma, seguramente se prolongará mucho tiempo (hay demoras en el pago a proveedores que superan el año).

La deuda sanitaria de las CCAA alcanza los 18.560 millones de euros suma de la deuda reconocida de 13.530 millones de euros, más 4.100 millones de deuda "no visible" (conciertos con hospitales privados, servicios externalizados) y 930 millones de euros de intereses por la deuda ya vencida (el 73% de la misma).

3.5.3. El fracaso del gerencialismo

Algunos de los rasgos que se describen a continuación son inherentes al gerencialismo:

- **Turno político y "cortoplacismo"**. La gestión se diseña en el horizonte de los cuatro años de legislatura, sin otro objetivo que presentar resultados exitosos ante una nueva cita electoral. Con el "cortoplacismo" aparecen y desaparecen, distintos cuando no contrapuestos, planes de inversiones, políticas para solucionar las listas de espera, programas de calidad asistencial, etc. Los empleados del sistema sanitario enseguida aprenden a relativizar las decisiones de los gestores: "pronto vendrán otros directivos y otras ocurrencias".

- **Turno político y libre designación**. El turno político determina que el partido que gobierna pueda nombrar a múltiples altos cargos y asesores, y, a la vez, tejer una red de agencias y fundaciones con plena discrecionalidad en política de personal. Es la utilización indiscriminada de la "libre designación" en cargos que deberían de tener un perfil técnico y profesional.

- **Riesgos de corrupción**. Diversos autores han establecido una estrecha asociación entre "libre designación" y corrupción. El caldo de cultivo de la corrupción política en España es el alto número de cargos de designación política en las instituciones nacionales, autonómicas y locales.

- **La especificidad del conocimiento**. Las decisiones y los procesos se vacían de racionalidad y coherencia en una organización sanitaria, cuando los políticos, por medio de gestores de su confianza, detentan el poder de las instituciones sanitarias, mientras que los médicos y los profesionales siguen teniendo (como es inevitable) la responsabilidad de los cuidados de la salud y la atención de los pacientes.

- **Cementerios de elefantes**. Asegurar la lealtad de los cargos de confianza que han de representar a la propiedad en el manejo de las instituciones durante un periodo de tiempo limitado. Para cubrir este riesgo, surgen espacios – de clara ineficiencia – que permiten recolocar a los gestores cesantes en puestos "apropiados". Una modalidad de pesebrismo común que engorda las nominas con agravios comparativos y baja funcionalidad.

- **Extrañamiento de los profesionales**. Como todo proviene de la dirección, no hay identificación con la organización. Hay pruebas que asocian efectividad y calidad con la satisfacción laboral y el grado de apoderamiento que se genera en el puesto de trabajo. La desmotivación y el desencanto son la otra cara de la misma moneda.

- **El auge del corporativismo** es una de las consecuencias de la inexistencia de un proyecto político capaz de incorporar a los distintos estamentos sanitarios en un objetivo común. El crecimiento y la consolidación de sindicatos de todas las categorías posibles, a la desconfianza de los profesionales en los sindicatos de clase, CC.OO y, sobre todo U.G.T., que han venido traicionando los intereses de los trabajadores, en especial con el



PSOE en el Gobierno del Estado y de las CC.AA. y la poderosa influencia de los anacrónicos Colegios profesionales son las muestras más palpables de este problema. Si no hay proyecto e implicación colectiva prospera la cultura tribal.

3.6 La política sanitaria del capital: los recortes

Como preámbulo, decir que **la sanidad pública española es la menos financiada de la UE-15** (el grupo de países de la Unión Europea que tienen un desarrollo económico similar al nuestro). En 2008 (cuando se inició la crisis), se gastaba sólo un 6,5% del PIB, comparado con un 7,3% en el promedio de la UE-15. El bajo gasto sanitario en España explica que tenga también un gasto privado elevado, el más alto de la UE-15. De todo el gasto sanitario español en 2008, el 71,6% era público y el 28,4% era privado.

Tales datos muestran claramente la falsedad de la postura sostenida por los economistas y políticos conservadores y liberales que justifican los enormes recortes de gasto público sanitario que están ocurriendo en España con el argumento de que el sector sanitario público está hipertrofiado y necesita una reducción para sanearlo. Los datos señalan lo opuesto. **La sanidad pública en España está profundamente sub-financiada.**

España se gasta en sanidad una cantidad menor de lo que debiera gastarse por su nivel de riqueza. Su PIB per cápita ya es el 94% del PIB per capital promedio de la UE-15. En cambio, su gasto sanitario público per cápita es sólo el 79,5% del gasto sanitario público promedio de la UE-15. Si en lugar de 79,5% fuera el 94%, España se gastaría 13.500 millones de euros más de los que se gasta. No es, pues, tampoco cierto, que España se gaste demasiado o que se gaste más de lo que España puede pagar. En realidad, los recursos existen. Lo que ocurre es que el Estado no los recoge.

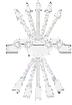
El fraude fiscal en España se sitúa alrededor del 23% del PIB. Como el PIB de España alcanzó en 2007 el billón de euros, y como la cifra de cuotas no ingresadas supera los 70.000 millones de euros cada año, y teniendo en cuenta la prescripción de este delito es de cuatro años, se puede cuantificar en 280.000 millones de euros las cuotas tributarias no ingresadas, que con una actuación decidida del gobierno se podrían ingresar en las arcas públicas.

Los recortes están siendo aplicados desde las CCAA, esta aplicación está mediatizada por muchos factores que van desde el color político, los problemas presupuestarios y la cercanía electoral. La disminución presupuestaria tiene una disparidad exagerada. Las mayores disminuciones se dan en Cataluña y Murcia y son especialmente preocupantes en Valencia donde ya se partía de un presupuesto muy bajo del año anterior y de una deuda muy importante

Los presupuestos sanitarios de las CCAA decrecen en 2012, siendo globalmente insuficientes, evidenciando que la crisis la está pagando la Sanidad Pública. No así el gasto sanitario que aumenta, debido a que las políticas del gobierno favorecen descaradamente a la industria sanitaria, que es quien marca la legislación en materia de sanidad.

Cuadro 14. Presupuesto y Financiación por CCAA

| CCAA | Presupuesto sanitario 2010 por habitante | Presupuesto sanitario 2011 por habitante | Presupuesto sanitario 2012 por habitante |
|-----------|--|--|--|
| Andalucía | 1180,09 | 1.121,69 | 1174,43 |
| Aragón | 1419,37 | 1.364,49 | 1371,87 |
| Asturias | 1507,15 | 1.495,93 | 1495,9 |
| Baleares | 1066,37 | 1.003,32 | 1066,82 |



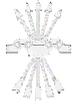
| | | | |
|----------------------|----------|----------|---------|
| Canarias | 1295,36 | 1.135,75 | 1161,97 |
| Cantabria | 1347,47 | 1.232,16 | 1230,44 |
| Castilla y León | 1360,62 | 1.348,92 | 1353,00 |
| Castilla la Mancha | 1346,52 | 1.283,08 | |
| Cataluña | 1298,84 | 1.292,45 | 1128,24 |
| Comunidad valenciana | 1122,79 | 1.078,95 | 974,82 |
| Extremadura | 1509,72 | 1.390,56 | 1334,74 |
| Galicia | 1333,39 | 1.266,13 | 1262,77 |
| Madrid | 1108,14 | 1.103,16 | 1104,52 |
| Murcia | 1334,25 | 1.346,9 | 1219,89 |
| Navarra | 1543,12 | 1.528,59 | 1424,51 |
| País Vasco | 1623,08 | 1.563,68 | 1557,78 |
| La Rioja | 1443,94 | 1.347,11 | 1298,01 |
| Media CCAA | 1.343,95 | 1.288,58 | 1203,82 |

No está incluida Castilla La Mancha porque no se han presentado los presupuestos, aunque las noticias del gobierno autonómico señalan un 23% de reducción que, si se trasladase a Sanidad, significaría un presupuesto por habitante de 987,54 €. En la Comunidad Valenciana, después de la aprobación del presupuesto, se han aprobado las denominadas “Nuevas medidas de ajuste 2012”, que suponen una disminución del presupuesto sanitario en 440 millones €, con lo que el presupuesto por habitante disminuye en 85,98 €, quedando en 974,82 €.

3.6.1. Consecuencias en las prestaciones

- Cierres de centros, plantas, quirófanos, disminución de guardias, especialmente en Cataluña
- Se han reducido los quirófanos de tarde (Galicia, Canarias, Valencia) y guardias (Galicia).
- Disminución del servicio de Ambulancias y Radiología. En Galicia.
- Periodos de carencia: El caso más llamativo de recortes en las prestaciones está en la medida adoptada en Galicia de no dar la TSI a las personas que no lleven 6 meses empadronados en esa Comunidad, lo que impide su acceso a los inmigrantes durante ese periodo (aunque estén legalmente en nuestro país) y pone serias trabas a los españoles que trasladen su domicilio a esa comunidad autónoma, que tendrán dificultades para la asignación de médico general, etc. En esta CCAA se ha llegado a retirar el derecho a la prestación sanitaria (recetas, consultas, urgencias), a las personas que pierden el derecho a las prestaciones de la seguridad social por paro prolongado.
- Varias CCAA han planteado un incremento del horario de los trabajadores, Baleares, Madrid, Castilla La Mancha y Valencia, de 2,5 horas, entre 16 y 19 días más de trabajo anual. En Valencia y Castilla La Mancha, se ha realizado una reducción de los días de asuntos propios y la eliminación de los días adicionales por antigüedad.
- Disminución de plantillas
- Incapacidad Transitoria (IT): reducciones importantes en las percepciones

Conscientes de la gran impopularidad de tales recortes, las fuerzas políticas liberales que las están imponiendo, o que las están apoyando desde la oposición, los justifican con los argumentos de que tienen que realizarse debido a la presión de los mercados financieros y/o de la Troika (la Comisión Europea, el Banco Central Europeo (BCE) y Fondo Monetario Internacional (FMI) y/o de Merkel, que lidera las propuestas de austeridad de gasto público social en la Eurozona. Por mucho que parezca sorprendente, tal aseveración es errónea y, a la luz de los datos existentes, poco creíble. Un cálculo del tamaño que el Estado (central y autonómico) quiere ahorrarse con tales recortes nos lleva a una cifra de alrededor de 6.000 millones de euros. Pero tal reducción del déficit podría haberse conseguido, no a través de los recortes sanitarios, sino mediante el aumento de impuestos que afectan primordialmente a las rentas superiores, tal como el impuesto de patrimonio (2.100 millones), manteniéndolo en lugar de eliminarlo como se ha hecho; el



impuesto de sucesiones (2.552 millones), eliminando su reducción aprobada, por cierto, por los partidos que están apoyando los recortes; y el impuesto de las grandes empresas (5.300 millones), que facturan más de 150 millones de euros al año (0,12% de todas las empresas), anulando la bajada de tales impuestos, también aprobada por tales partidos.

3.6.2. Recorte de personal médico en el SNS

Con el argumento de que la crisis económica hace necesaria la reducción de gasto público, la mayoría de las Comunidades Autónomas están procediendo a adelantar la edad obligatoria de jubilación de sus médicos de los 70 a los 65 años, a pesar de que recientemente se acordó retrasar la edad de jubilación de todos los trabajadores a los 67 años. No deja de ser una contradicción obligar a retrasar su jubilación a personas que realizan trabajos penosos que exigen esfuerzos físicos (construcción, mecánicos, cadenas de montajes, agricultura, etc.) y adelantar la de profesionales que pueden perfectamente realizar su trabajo como los médicos hasta edades avanzadas.

Este ERE (Expediente de Regulación de Empleo) encubierto (Cuadro 14), supone un paso más en el camino de utilizar la crisis y la teórica necesidad de reducir déficit, para dismantelar servicios esenciales para la comunidad como es la sanidad pública.

Cuadro 14

| | Total médicos | Recorte nº médicos al adelantar jubilación | % recorte plantilla | médicos por mil h. |
|----------------------|---------------|--|---------------------|--------------------|
| Aragón | 6.283 | 833 | 13,20% | 5,3 |
| Asturias | 5.795 | 626 | 10,80% | 4,7 |
| País Vasco | 11.815 | 1.219 | 10,30% | 4,6 |
| Galicia | 12.467 | 1.255 | 10,10% | 3,8 |
| Castilla y León | 13.514 | 1.323 | 9,80% | 4,4 |
| Comunidad Valenciana | 21.967 | 2.075 | 9,40% | 3,8 |
| Rioja, La | 1.481 | 140 | 9,40% | 3,9 |
| Andalucía | 32.708 | 2.867 | 8,80% | 3,6 |
| Canarias | 8.771 | 770 | 8,80% | 3,7 |
| Balears | 4.939 | 432 | 8,70% | 3,9 |
| Cataluña | 37.542 | 3.208 | 8,50% | 4,2 |
| Murcia | 6.070 | 486 | 8% | 3,4 |
| Extremadura | 4.912 | 378 | 7,70% | 3,9 |
| Madrid | 37.794 | 2.870 | 7,60% | 5 |
| Navarra | 3.680 | 279 | 7,60% | 5,1 |
| Castilla la Mancha | 8.335 | 603 | 7,20% | 3,4 |
| Cantabria | 3.195 | 225 | 7% | 4,7 |
| Total | 223.484 | 7.471 | 8,70% | 4,1 |

3.7 El problema de las CCAA. La desigualdad entre los españoles

Como es bien conocido desde 2001 son las CCAA las que gestionan la Sanidad Pública. De acuerdo con el modelo actual de financiación autonómica, aprobado en 2000 y modificado en 2009, éstas reciben una cantidad global para atender a todas las competencias transferidas, y son los gobiernos de las CCAA y sus



parlamentos los que deciden cuánto dinero se dedica a la Sanidad Pública, de acuerdo con sus propias prioridades de gasto. El resultado es que hay una gran dispersión en los presupuestos sanitarios.

Las políticas de recortes en la Sanidad Pública española están siendo aplicadas desde las Comunidades Autónomas, que son las que tienen asumidas las competencias sanitarias. La intensidad varía según cada una. En primer lugar, se plasma una política generalizada de restricción presupuestaria y de recortes en la mayoría de las CCAA. El promedio de disminución del presupuesto sanitario por habitante y año es de 140,13 euros desde 2010.

Estos recortes se trasladan a una política restrictiva de personal produciendo un empeoramiento de las condiciones de trabajo y aumentos de los horarios, así como disminuciones salariales en algunas de ellas y un descenso del número de profesionales sanitarios. A medio plazo, el deterioro de las condiciones de trabajo y la disminución de los profesionales sanitarios conllevan, inevitablemente, un deterioro de las prestaciones porque aumenta la presión asistencial y favorece un descenso en la calidad de las actuaciones del sistema sanitario. En muchos casos se está produciendo una disminución efectiva de la capacidad asistencial de los centros públicos, con cierres de camas, consultas, quirófanos, disminución de personal de guardia, etc., todo lo cual acaba produciendo un peor funcionamiento del sistema sanitario.

Otro de los fenómenos que se observa es el aumento de las privatizaciones, como siempre siguiendo un patrón irregular en las fórmulas adoptadas, ya citadas, y en la intensidad del proceso, dependiendo, otra vez, de las comunidades.

Cuadro 15. Medidas privatizadoras y copago por CCAA

| INICIATIVAS PRIVATIZACIÓN | | TIPO MEDIDA | COPAGO |
|---------------------------|----|---------------------------------|-----------------------------------|
| Andalucía | No | No | |
| Aragón | Si | Unidades gestión podrán comprar | Lo defiende la clínica consejería |
| Asturias | No | | El consejero lo apoya público |
| Baleares | No | No | |
| Canarias | No | | |
| Cantabria | No | No | |
| Castilla La Mancha | No | No | |
| Castilla y León | Si | Mamografías | No |
| Cataluña | Si | Si | Lo defiende Consejera |
| C. Valenciana | Si | PFI con hospitales | |
| Extremadura | No | No | |
| Galicia | No | No | |
| Madrid | Si | Centros AP privados | |
| Murcia | No | No | |
| Navarra | No | No | |

Uno de los argumentos sobre la insostenibilidad del SNS se basa en las deudas de las CCAA y su demora en el pago a los proveedores.

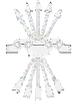


Cuadro 15. Deuda sanitaria de las CCAA



Cuadro 16. Presupuestos per capita por CCAA

| CCAA | Presupuesto sanitario per capita 2010 | Presupuesto sanitario per capita 2011 |
|----------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| Andalucía | 1180,09 | 1.121,69 |
| Aragón | 1419,37 | 1.364,49 |
| Asturias | 1507,15 | 1.495,93 |
| Baleares | 1066,37 | 1.003,32 |
| Canarias | 1295,36 | 1.135,75 |
| Cantabria | 1347,47 | 1.232,16 |
| Castilla y León | 1360,62 | 1.348,92 |
| Castilla la Mancha | 1346,52 | 1.283,08 |
| Cataluña | 1298,84 | 1.292,45 |
| Comunidad valenciana | 1122,79 | 1.078,95 |
| Extremadura | 1509,72 | 1.390,56 |
| Galicia | 1333,39 | 1.266,13 |
| Madrid | 1108,14 | 1.103,16 |
| Murcia | 1334,25 | 1.346,9 |
| Navarra | 1543,12 | 1.528,59 |
| País Vasco | 1623,08 | 1.563,68 |
| La Rioja | 1443,94 | 1.347,11 |
| Media CCAA | 1.343,95 | 1.288,58 |



Como puede observarse hay una gran dispersión en los presupuestos. En el año 2011 nada menos que 556,71 € por habitante y año entre las comunidad autónoma con presupuesto más elevado y la que lo tenía menor.

Obviamente las CCAA con menor presupuesto por habitante tienen tendencia a presentar deudas mayores (las tres que encabezan el “ranking” de deuda están situadas por debajo de la media en cuanto a presupuestos y las cuatro últimas están en el grupo de mayor presupuesto per capita), porque aunque existen diferencias inter-autonómicas que explican una parte de la variación en las necesidades de gasto (por ejemplo el envejecimiento de la población, la dispersión geográfica, etc), es obvio que no hay justificación para un gasto sanitario tan distinto, y que los bajos presupuestos conllevan un endeudamiento progresivo y creciente que se agrava con el mantenimiento de esta baja presupuestación a lo largo de los años.

Otro hecho derivado de este modelo inadecuado de financiación autonómica consiste en que los ingresos de las CCAA supuestamente destinados “para la sanidad” carecen de mecanismos de control para garantizar su posicionamiento concreto en los presupuestos sanitarios. Así sucedió con las aportaciones de la conferencia de presidentes de 2005, que en varias de ellas (por ejemplo en Madrid y Valencia) no acabaron en Sanidad, y con el llamado “céntimo sanitario” que es un ingreso de las CCAA que en última instancia son las que deciden si se destina a Sanidad o a cualquier otra cosa.

La falta de una política que proteja la igualdad de derechos de los españoles, dada la dejación de funciones del Estado, ofrece otros muchos ejemplos, como el que se muestra a continuación, que suponen un problema para la eficiencia sanitaria.

Las tarjetas sanitarias

La incompatibilidad de los sistemas informáticos de las autonomías dificulta la atención médica en el lugar de descanso. Lo que es seguro es que el médico o enfermera no podrá acceder al historial médico del enfermo. Sabrá, por ejemplo, si éste es alérgico a la penicilina sólo si el paciente así lo manifiesta.

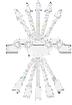
Es necesario recalcar el matiz «caricaturesco» que tiene el hecho de diseñar 11 o 12 sistemas informáticos incompatibles entre sí. Ni siquiera hay que pensar en las vacaciones, imaginemos a un estudiante que se instala en una ciudad y solicita la tarjeta de desplazado para que le atiendan, pero vuelve los fines de semana o por temporadas a su lugar de residencia.

3.7.1. El desmadre que quebrará la sanidad de Cataluña

El Gobierno nacionalista de Artur Mas está protagonizando el mayor ataque de la historia al Servicio Catalán de salud, con cierre de unidades asistenciales, camas de hospitalización y quirófanos, además de aplicar recortes en salarios y derechos a los empleados públicos y a la población. Sin embargo, el presidente de la Generalitat apoya a la industria farmacéutica cuando el Consejo Interterritorial del SNS decide obligar a los médicos a recetar por principio activo, subrayando la “necesidad de una industria fuerte y de políticas que no busquen solo abaratar los precios de los medicamentos”

Gestores de la Sanidad Catalana nombrados por Artur Mas

Joseph Prat, presidente del Instituto Catalán de la Salud (ICS). Compaginaba, hasta fechas recientes, su cargo de alta responsabilidad en la sanidad pública catalana con la vicepresidencia de USP Hospitales, uno de los mayores grupos sanitarios privados, y el holding Innova de Reus, surgido de la propia sanidad pública. Josep Prat cobraba 280.000 euros anuales de Innova, además de 400 euros de dietas por cada reunión del ICS a la que acudía. Joseph Prat ha sido forzado a dimitir recientemente de sus cargos en Innova y USP hospitales, acusado de un posible delito de prevaricación ante la Audiencia Nacional, pero no ha cesado en su cargo de máxima responsabilidad en el ICS.



Boi Ruiz i Garcia, consejero de salud de Cataluña. Ruiz es defensor de una sanidad catalana de 2 velocidades, con unas prestaciones básicas públicas, complementadas por un seguro privado a partir de un nivel de renta. Antes de su nombramiento, Boi Ruiz era presidente de la Unión Catalana de Hospitales, patronal de empresas del sector sanitario de Cataluña que engloba 380 centros. Las propuestas del conseller Ruiz supondrán un enorme negocio para el grupo hospitalario privado.

Las empresas auditoras: fraude legal

Detrás de medidas aplicadas por la Generalitat de Cataluña y por el ICS suele encontrarse una Empresa de Auditoría. Estas compañías, en teoría, ejercen de garante de que se cumple la ley, de que los datos de las cuentas son fiables y de que no existen conflictos de intereses, que empañen las decisiones tomadas por las empresas o las administraciones públicas. La primera regla de oro es que la empresa auditora debe ser totalmente imparcial y nunca deben existir entre sus miembros personas que tengan relaciones cruzadas con los profesionales de los centros o empresas auditadas. En caso contrario debería cuestionarse la legalidad de las decisiones tomadas.

Deloitte y PwC, juez y parte

Las empresas auditoras de la Generalitat son Deloitte y PwC, y sus conclusiones influyen en las decisiones gubernamentales y sobre la sanidad catalana.

-Deloitte ha auditado, por encargo de Mas, las cuentas del gobierno tripartito y cobrará por ello 885.000 euros. En los resultados de esta auditoría se ha basado Artur Mas para justificar los nuevos recortes a los servicios públicos y a la población catalana para el año 2012.

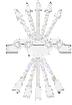
-El Holding sanitario privado Innova, presidido por el responsable del ICS, Josep Prat, declara una deuda de 202 millones de euros en diciembre de 2011. El Ayuntamiento de Reus, que asumió todos los riesgos financieros a pesar de tener una participación minoritaria en el holding, ha contratado a la consultora PwC por 200.000 euros, para realizar una auditoría a Innova, sin concurso público previo, hecho justificado por el alcalde Pellicer en base a "la urgencia de obtener los resultados de 2011".

-Boi Ruiz ha contratado a la consultora PwC por 70.000 euros, con el fin de asesorar al consell en la "racionalización sanitaria". PwC obtuvo en los últimos meses una quincena de contratos por los que se embolsó más de 1,6 millones de euros y Deloitte otros 23 contratos, de la Generalitat de Artur Mas.

Los conflictos de intereses de estas consultoras

Deloitte: Es la firma sucesora de Arthur Andersen, tras su hundimiento por la contabilidad fraudulenta en el caso Enron. Esta compañía fichó a David Madí, ex secretario de Comunicación de Convergència y antigua mano derecha de Artur Mas. Madi había tenido que dimitir como secretario de Comunicación del Gobierno de Pujol por falsificar las encuestas públicas.

PwC: En octubre de 2002 se produjo la venta de PwC Consulting a IBM por 3.500 millones de dólares, creándose con ello la mayor empresa de consultoría del mundo, con ingentes cantidades de datos en su haber. Dicha venta se encuentra en la Audiencia Nacional por presuntas irregularidades fiscales en la operación. Los socios principales de PwC, supuestamente, no habían tributado adecuadamente por los rendimientos generados. PwC también fichó a primeros de año al convergente Joaquim Triadú, ex consejero de Presidencia con Pujol.



¿Tienen fundamento el prestigio y la imparcialidad de PwC?

- PwC administraba Lehman Brothers en EEUU antes de su caída en 2008. Luis de Guindos, actual ministro de Economía, era el presidente de Lehman brothers en 2008 para España y Portugal. PwC fichó a Guindos tras el crack, y este estuvo vinculado a la consultora hasta su nombramiento por parte de Mariano Rajoy.
- PwC apoyó con un informe la ópera de Calatrava encargada por Jaime Matas. El Govern pagó 1,2 millones de euros por un anteproyecto y una maqueta que Calatrava había diseñado 18 años antes para Zurich y que nunca se llevó a cabo. Tras perder las elecciones en 2007, Matas ficha por la consultora.
- PwC auditó a la agencia IDEA en 2008 y 2009 implicada en el caso de los ERE de Andalucía. Su director general, Jacinto Cañete, fichó para PwC.
- PwC auditó la venta de Ribera salud, de Rodrigo Rato. En esta operación se decide otorgar a Capiro el derecho exclusivo de compra. Manuel Lamela, ex jefe del gabinete de Rato y ex Consejero de Sanidad de Madrid, pertenece al Consejo de Dirección de Capiro en la actualidad

Las aseguradoras sanitarias y la Banca Catalana

En octubre de 2009 Critería, holding de la Caixa catalana (presidente Isidro Fainé), compra Adeslas por 1178 millones de euros. Estaba en manos de Agbar (aguas de Barcelona), que era propietaria del 55% y de la mutua francesa Méderic (en la que tiene presencia la familia Sarkozy), con el restante 45%.

La Caixa catalana cede en este intercambio Aguas de Barcelona a la multinacional francesa Suez, que ahora controla el 75% de la compañía. El secretario de Agbar es el convergente Miguel Roca Junyent, exsecretario general de Convergencia democrática de Catalunya.

En diciembre de 2011, Caixabank vende el 80% de la Unión de Hospitales de Adeslas (10 hospitales), por 190 millones de euros, a la sociedad Goodgrower, de la familia Gallardo, dueña de Laboratorios Almirall y del 20% del grupo de servicios geriátricos SAR, mediante el fondo de inversión G Square. La Sociedad Goodgrower constituye una alianza estratégica con La Caixa (que se queda el 20% restante), en el negocio de la salud.

Alvarez Rendueles, directivo de Godman Sachs internacional en el año 2001, desde donde ha asesorado a “la Caixa” para la salida a bolsa de Critería, es actualmente director ejecutivo de la Caixa y presidente de la aseguradora Sanitas.

Isidro Fainé acumula gran poder e influencia, no solo en el mundo financiero, sino en el sistema sanitario de Cataluña. Además de ser presidente de La Caixa, de la CECA (confederación general de cajas de ahorros) y de Critería y de su relación con Adeslas, Sanitas y CVC Capiro a través de Abertis (compañía participada por La Caixa), Fainé forma parte de la comisión rectora del FROB. La caixa de Fainé acaba de hacerse con Banca Cívica (unión de Caja Canarias, Caja Navarra y Caja Burgos), entidad que ha recibido 977 millones de euros de dinero público del FROB. A pesar de esto, La Caixa cerrará 1000 oficinas y prescindirá de 3500 empleados.

Consideraciones finales

Los recortes de la sanidad catalana incrementan las listas de espera y provocan graves consecuencias en la salud de su población. Su sistema sanitario, troceado y privatizado, sufre un peloteo constante, de un fondo de inversión a otro, con la más absoluta falta de consideración para los profesionales y los usuarios.

Compañías desconocidas para la mayor parte de la población como la PwC, cuyos miembros nadie ha elegido democráticamente, tienen una información y una influencia mayor que el propio gobierno de la Comunidad.



Pero también las agencias de calidad más prestigiosas, como EFQM, tienen conflictos de interés. La presidenta del club de la excelencia en gestión es Ana Patricia Botín, presidenta de Banesto e hija de Emilio Botín, y el presidente ejecutivo del Club es Antonio Zufiria, presidente de IBM (PwC).

Este Club tiene una alianza con la EFQM Europea y es la organización que la representa en España. De esta forma, la PwC y la banca dirigen la firma que audita empresas, colegios y hospitales privados (muy galardonados con sus sellos de calidad) y hospitales y centros de enseñanza públicos (bastante menos galardonados), y se apropian de datos sensibles de la sociedad catalana, a coste cero.

3.7.2. El asesinato de la sanidad pública en Madrid

Los presupuestos sanitarios de la Comunidad de Madrid están por debajo de la media a pesar de tratarse de la comunidad autónoma con más elevado PIB por habitante y año. Si se hubiese presupuestado el promedio del gasto sanitario de todas las CCAA, se habría gastado en sanidad 2.178,21 millones de euros más. Esta infrapresupuestación crónica de la sanidad madrileña es una de las causas principales de los problemas que tiene la sanidad pública de la región.

El incremento presupuestario se dirige en exclusiva a la privatización: 93,3 millones de euros para los hospitales de Móstoles y Collado-Villalba, y un aumento del 34% para los convenios con el sector privado. Además, los centros de gestión privada y semiprivada tienen un aumento del 9% y los centros de Alcorcón (fundación) y Fuenlabrada (empresa pública) tienen un incremento del 5,7% y el 3,6%, respectivamente. Por el contrario, los hospitales de gestión tradicional ven disminuir sus presupuestos en un 1,5%, lo que se suma a la disminución del 9,5% en 2011. Es una evidencia más de que las privatizaciones no ahorran gastos al sistema público y que van en detrimento de los centros públicos.

La Atención Primaria es sistemáticamente postergada con un descenso de 10 millones de euros en personal. Se recortan las inversiones en AP y el presupuesto del SUMMA (Unidad de Emergencias). Y el presupuesto de personal en 2012 disminuye en 53 millones. 2000 trabajadores menos con respecto a 2008.

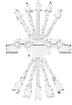
La política restrictiva en los centros sanitarios públicos se produce en un momento en que la Comunidad de Madrid tiene previsto un aumento de los ingresos en 3.274,4 millones de euros, debido al nuevo modelo de financiación autonómica, lo que hace que el peso de los presupuestos sanitarios en el conjunto de los presupuestos disminuya al 30,55%.

Las privatizaciones

En Madrid lleva ya muchos años de rodaje, en los que se han ido diseñando cinco modelos de hospitales según el tipo de privatización:

- Hospitales PFI (iniciativa de financiación privada), seis hospitales inaugurados en 2007, gestionados por una empresa privada en lo no sanitario y por el sector público en lo sanitario; de ellos, 5 se constituyen en empresas públicas.
- Majadahonda es un hospital PFI que sigue perteneciendo a la red del Servicio Regional de Salud.
- Concesiones administrativas: 1 en 2007 (Parla) y posteriormente Torrejón, ya abierto, y Móstoles.
- Centros de titularidad pública con gestión privada: la fundación de Alcorcón y la empresa pública de Fuenlabrada.
- Concierto especial con la adscripción de un área, la Fundación Jiménez Díaz, actualmente propiedad de CAPIO.

La principal característica de estos centros es su gestión con ausencia total de transparencia y una sobredotación presupuestaria respecto a los centros públicos. Por poner un ejemplo, en 2010 el pre-



supuesto cama/año de los centros de gestión pública era de 277.375 €/año de media, y el de los centros de gestión privada suponía 434.686 €/año de media, y en 2011 el de los hospitales públicos era de 307.187 €, mientras que el de los hospitales privados y PFI fue 485.970 de euros, lo que contradice la supuesta mejora de la eficiencia de estos centros.

Otro hecho a tener en cuenta es que, siendo el coste de construcción de los 7 hospitales que se abrieron en primer lugar de 701 millones de euros, al acabar 2011 las empresas concesionarias han recibido 763,1 millones de euros, quedando una deuda de 4.284,7 millones €, por lo que es evidente que podrían haberse construido escalonadamente a un precio netamente inferior, sin incurrir en la exorbitante deuda actual. También es conocido que las concesionarias han reclamado a la Comunidad de Madrid 80 millones de euros en concepto de pérdidas y un aumento del canon anual de 9,2 millones de euros (sobre una rentabilidad esperada del 11,5%, declaran haber obtenido ¡¡solo!! el 9%). Por otro lado las empresas concesionarias se están concentrando en 2 (Capiro y Ribera Salud) y es conocido que existen negociaciones para la compra de Ribera Salud por CAPIO, con lo que esta multinacional de capital- riesgo se quedaría con un cuasi monopolio (controlado por el cónyuge de la presidenta de la comunidad de Castilla- La Mancha, CAM, BANKIA, y otros directivos y miembros del PP).

La informatización ha quedado prácticamente en manos privadas, a veces con serios problemas de compatibilidad y funcionamiento, a pesar de que se han gastado más de 400 millones de euros, aparte de los problemas de confidencialidad que tiene el dejar en manos privadas los datos de salud de la población.

Se ha privatizado el laboratorio de los nuevos hospitales, en manos de Ribera Salud. El resultado ha sido el cierre de los laboratorios que antes atendían a la población y la ausencia de radiólogos a partir de las 15 h en los nuevos centros.

La política de conciertos y externalizaciones de la prestación de servicios ha ido en aumento. Su cuantificación es muy difícil porque en muchos casos aparece en los presupuestos de los centros. El sector privado ya atiende a más del 30% de la población.

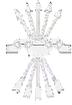
Atención especializada

La atención hospitalaria globalmente se ha deteriorado en la Comunidad de Madrid como efecto de la descapitalización de la red pública en beneficio de unos hospitales privados y semiprivados de escasa capacidad de resolución que, en la mayoría de los casos, carecen de medios para atender los casos de mayor complejidad.

La política del Gobierno del PP ha sido el cierre de camas en los grandes centros de modelo tradicional a medida que se iban abriendo los nuevos centros. La presión asistencial ha aumentado. Madrid tiene un número de camas /1.000 habitantes por debajo de la media de España y Europa. Las listas de espera han crecido, tanto para intervenciones quirúrgicas, maquilladas, sacando de las mismas el número creciente de pacientes que se niegan a ser intervenidos en los centros privados, y contabilizando sólo el tiempo desde que los enfermos son vistos por el anestesista; como para pruebas diagnósticas que, en algún caso, llegan a alcanzar el año.

El exorbitante sobrecoste de los hospitales madrileños

En la Comunidad de Madrid se ha evidenciado un coste adicional de 7,14 veces más que en la construcción de otros hospitales. Es un sobrecoste que puede incrementarse con el tiempo, pues, por ejemplo, las UTEs que tienen la concesión de los hospitales PFI de Madrid, han solicitado un incremento de 9,2 millones de € anuales en el canon y 80 millones más por excesos de gasto (El País 2011).



Cuadro 16

Precio de los nuevos hospitales

| Hospital | Costes obra (1) | CANON alquiler 2008 (1,2) | Coste final a 30 años (1,2) | PROPIETARIOS |
|--------------|-----------------|---------------------------|-----------------------------|--------------------|
| Aranjuez | 58 | 9,7 | 300 | Construc Hispánica |
| Arganda | 63 | 10,7 | 330 | FCC, caja madrid |
| Coslada | 93 | 16 | 480 | Sacyr vallehermoso |
| Majadahonda | 250 | 45 | 1350 | Dragados |
| Norte | 114 | 20 | 600 | Acciona |
| Parla | 84 | 15 | 450 | Sacyr vallehermoso |
| Valdemoro | 72 | 25 | 990 | Apax partners |
| Vallecas | 107 | 16,8 | 510 | Begar, ploder |
| Total | 701 | 158,2 | 5.010 | |

(1) millones de euros .

(2) Varía año a año, en general aumenta por IPC+gastos sobrevenidos y lucro creciente.

El cuadro 17 compara los costes de dos hospitales de tercer nivel, el Hospital Central de Asturias, construido por la fórmula tradicional y financiación pública, con el de Majadahonda /Puerta de Hierro mediante PFI.

Cuadro 17. Comparación de costes de dos hospitales

| Hospital | Nº camas | Coste final (incluido equipamiento) |
|----------------|----------|-------------------------------------|
| H. C. Asturias | 1039 | 350 millones euros |
| P. Hierro | 800 | 1200 millones euros |
| Diferencias: | -239 | + 850 millones de euros |

Recientemente Allyson Pollock (BMJ 2011) señalaba una escandalosa contradicción: los costes pagados por los modelos PFI en gran parte están sufragados por bancos que han tenido que ser reflotados con dinero público; a la vez, estos bancos están recibiendo por los hospitales PFI intereses que se encuentran entre 2,01 y 1,68 veces más de lo que ellos pagan por el mismo dinero al gobierno. Un hecho irracional e insostenible.



4. LA TEORÍA LIBERAL DE LA SANIDAD Y SU HEGEMONÍA IDEOLÓGICA

El desarrollo predecible de la sanidad en España se enmarca dentro del marco de la ideología dominante desde los comienzos de este siglo XXI, que no es otro que el de la reacción liberal (en su versión más extremista, la neoliberal). Frente a ello, una inútil, cuando no falsa, oposición de carácter socialdemócrata, que manteniendo las coordenadas del Sistema, procura introducir arena en los cojinetes de la máquina capitalista para intentar, como mucho, retardar lo inevitable: la conversión de la salud humana en una mercancía.

4.1 El paradigma sanitario liberal: la salud como mercancía

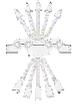
El triunfo de las propuestas «neoliberales» en Norteamérica y el Reino Unido en los años 80 y la caída del sistema soviético al final de esa década condicionaron el desarrollo de cambios en el papel del Estado como garante de derechos esenciales de los ciudadanos. Esta estrategia pretende reducir el papel del sector público como financiador y prestador de servicios sanitarios; introducir el mercado y la competencia como impulsores de la racionalidad, eficiencia y la calidad asistencial; reducir gasto público y brindar oportunidades al sector privado para hacer negocio en la asistencia sanitaria.

En el nuevo paradigma del neoliberalismo, la salud pasa de ser un derecho básico de la persona a la categoría de mercancía sujeta a las leyes del comercio, que se sustenta en algunas ideas-fuerza como la imposibilidad de mantener una asistencia de salud universal y equitativa, la incapacidad de los sistemas sanitarios públicos para producir servicios sanitarios de manera racional y la ineficiencia de la gestión pública.

La nueva élite tecnocrática es la constructora de la hegemonía neoliberal efectiva. Genera una visión de los problemas congruente con el proyecto neoliberal. Su contribución final es la de orientar y persuadir a los decisores. **La subordinación de la política a la economía es la regla central.** En el espacio gris de la trama institucional se encuentran los expertos con políticos, académicos, altos funcionarios, gerentes, representantes de grupos mediáticos, inversores y consultores de la más diversa naturaleza, en donde se construyen los nuevos consensos. Tanto el nuevo espacio institucional como la nueva élite de expertos, son los dos pilares básicos en los que se funda la expansión neoliberal. Cumplen el objetivo de modificar sustantivamente el tejido sociopolítico de las sociedades del presente. Aquí se ubica el punto de ruptura con las sociedades antecedentes.

La gobernabilidad neoliberal ha sido conceptualizada como “gobierno a distancia”. Se define como un modo de estimular a los individuos para que sus conductas puedan converger con los objetivos del gobierno. **Las reformas neoliberales crean un estado de relaciones sociales y un “sentido común” compartido en los ámbitos donde se aplican. Este puede ser definido en los términos que Bourdieu conceptualiza como “doxa”. Son esquemas cotidianos no reflexionados que actúan automáticamente y que son considerados naturales. Se trata de “lo normal”, de aquello que no se cuestiona. La doxa neoliberal se funda en un principio: la ausencia de alternativas. El mundo vivido se sobreentiende como inevitable. No existe nada fuera del mismo.**

Definida la realidad de este modo, los individuos no pueden hacer otra cosa que adaptarse a un sistema que nos viene impuesto. Poco se puede aportar a la realidad construida por los nuevos expertos que se ubican “más allá” del Estado y las autoridades transfiguradas en auditores. Así se genera una conciencia sobria y gris que empobrece el sistema de relaciones y constituye las bases de la no participación. La vida colectiva registra significativamente este hecho. Las organizaciones colectivas y el espacio público común tienden a reducirse.



El cambio de mayor trascendencia estriba en los efectos de la mutación tecnológica global, que convierte a las industrias biomédicas en uno de los sectores más poderosos en cuanto a su capacidad de producción y sus mercados potenciales. **Así se produce la metamorfosis más relevante: la significación de la salud no radica tanto en el nivel de salud de la población, sino en la capacidad económica y productiva de la industria de la salud, entendida como sector productivo y de consumo.** Cuando hablamos de salud nos referimos a la economía, la producción y el crecimiento de la aportación de este sector al conjunto.

4.2. Los planteamientos liberales en la Sanidad

Desde la época de Margaret Thatcher y Ronald Reagan la ideología neoliberal ha partido de la base de que es necesario adelgazar el Estado y hacer que sean las personas las que asuman individualmente los riesgos de su vida y también de su salud. Consecuentemente, se propugnó el desmantelamiento de los sistemas de bienestar y la puesta en funcionamiento de un modelo de sociedad donde el mercado debe asumir la totalidad de la provisión de bienes y servicios y donde, lógicamente, el acceso a los mismos está mediatizado por la capacidad económica que tenga cada persona. **La idea de que el mercado es el mecanismo más eficiente de asignación de recursos en todos los órdenes de la sociedad se ha vuelto cada vez más hegemónica y predominante, y para ello se ha producido un ataque sistemático a los principales enemigos de este modelo teórico: los sistemas de protección social, calificados de burocráticos e ineficientes.** Mientras que en los países con sistemas sanitarios públicos, se hacía hincapié en la ruptura de la integralidad de los mismos, introduciendo mercados internos, desregulación y empresarización de los centros sanitarios. En los sistemas más liberalizados se fomentaban los copagos, las subvenciones al sector privado, la disminución de las coberturas públicas, etc.

En España, los objetivos son bien conocidos y ya hemos hablado más arriba de ello, pero se pueden concretar de diferentes maneras: desregulando los servicios sanitarios públicos y favoreciendo a pseudomercados y/o a mercados internos (mediante la separación de la financiación y la provisión, medida ficticia que permite la derivación creciente de la provisión de servicios al sector privado); incentivando la presencia del sector privado dentro del Sistema Nacional de Salud (concesiones administrativas, PFI, etc.) aunque sea a costes exorbitantes; recortando los presupuestos públicos para deteriorar la Sanidad Pública, conscientes de que uno de los principales obstáculos a la política privatizadora es el convencimiento generalizado de la población y de los profesionales de que la calidad de la atención sanitaria es significativamente mejor en el sistema público; estableciendo copagos y fomentando el aseguramiento privado (Convergència i Unió no deja de señalar como uno de sus objetivos, la desgravación fiscal de las pólizas de seguros privados) y, en fin, segmentando la asistencia sanitaria, con un sector privado que atienda a las clases altas y medias-altas y el estableciendo una nueva beneficencia para los sectores de asalariados con menor poder adquisitivo (recuérdese que más del 60% de los asalariados cobran menos de 1.000 euros al mes), parados y pensionistas.

4.3. Los escenarios de la privatización

¿Qué escenarios son previsibles? Básicamente dos, aunque es obvio que al final puede concretarse otro como fruto de una combinación de ambos.

Por un lado, estaría lo que podría denominarse “vía rápida” de transformación del sistema sanitario, que abordaría el cambio de la Ley General de Sanidad para arbitrar un sistema dual de seguros/beneficencia y/o el establecimiento de copagos generalizados (farmacéutico, consultas, hospitalización, etc.). Es, seguramente, lo que quieren hacer los sectores más neoliberales del Partido Popular (Esperanza Aguirre, FAES, etc.),

La otra opción, la “vía lenta”, consistiría en actuaciones en las Comunidades Autónomas de naturaleza distinta, pero convergentes y complementarias (por ejemplo, con privatizaciones, recortes,



externalizaciones, copagos menores en temas secundarios, etc.). Paralelamente, se avanzaría en la promoción del aseguramiento privado con fuertes desgravaciones fiscales para quienes contraten estos seguros. Esto permitiría sacar a una parte importante de la clase media (que es el sector más importante económicamente y con una indudable influencia política) y dejaría un sistema público débil y descapitalizado para los sectores sociales más débiles de la clase trabajadora, resucitando el concepto de beneficencia.

Lo que es evidente es que el proyecto neoliberal necesita de un estado congruente con sus objetivos y con la lógica derivada del desarrollo del mercado. El principio axial que articula las reformas neoliberales es incorporar el modelo del mercado y la empresa. Se entiende que el sector privado es más eficiente y está dotado de un sistema organizativo más eficaz. De aquí se deriva una cuestión esencial: se redefine la naturaleza del sector público y el de la población adoptando el modelo del mercado. Así, el Estado pasa a ser un prestador de servicios y la población es la receptora de los mismos. Por consiguiente, la población es portadora de expectativas y requerimientos al Estado. El papel de éste consiste en adecuar a estas exigencias y aspiraciones su oferta de servicios.

La rentabilidad es la segunda dimensión fundamental. La relación entre costo y beneficio es un principio rector de todo el sistema. La eficiencia adquiere una importancia determinante. Se asegura mediante un sistema de gestión que posea mecanismos transparentes de control de los resultados. La evaluación cierra el ciclo de los compromisos previos entre los agentes, los resultados y los costes. Los incentivos y la cultura de la evaluación desempeñan un papel fundamental.

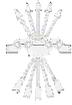
Pero el aspecto más importante de las reformas es poner fin a la soberanía del Estado para reconvertirlo en un organismo que interactúe con los entornos económicos produciendo sinergias y contribuyendo al crecimiento económico general. **Fortalecer la economía de mercado es el objetivo prioritario al que debe contribuir el sector público.**

4.4. La división en clases

Lo que el país necesita es una sanidad que tenga los atributos de la privada, manteniendo la calidad de la pública. Pero ello requiere un gasto público mayor, obtenido de una mayor recaudación de las rentas superiores. En lugar de seguir este camino, **las fuerzas liberales están promoviendo políticas que polarizarán todavía más la sanidad española.** Mediante la desgravación del aseguramiento sanitario privado están facilitando la privatización de la sanidad y su segmentación por clase social. Esta privatización, sin embargo, no sigue la línea tradicional de desarrollo de instituciones privadas como alternativa a las públicas. **Hoy, la complejidad y carestía de la medicina no permite establecer centros de financiación privada que alcancen niveles de alta calidad y excelencia. De ahí que la vía a seguir por la privada sea el desarrollar privilegios dentro de la pública. De ello se deduce que se intente dar autonomía financiera a los centros públicos sanitarios para que estos contraten con aseguradoras privadas para el goce de privilegios dentro de la pública.** La reciente hospitalización del Monarca hizo visible un hecho desconocido por la gran mayoría del público: la existencia de salas privadas en un hospital público, el Clínic, de Barcelona. En tal hospital público, los pacientes con aseguramiento privado tienen una cama por habitación y una espera para ser atendidos e intervenidos quirúrgicamente mucho menor que los pacientes por la vía pública. Esta es la estrategia liberal que se presenta bajo el argumento de que se necesita dinero.

Pero el liberalismo no es sólo una propuesta teórica. Tampoco es solo una teoría de contenido económico. Se trata de una filosofía integral. Pero es aún más que todo eso. Es un proyecto que tiene la vocación de hacer historia y se encarna en un conjunto de actores e iniciativas vigorosas. El proyecto neoliberal necesita de una ruptura institucional y social para su realización, así como la renovación de los actores sociales y políticos.

El neoliberalismo es un proyecto económico, organizativo, pero sobre todo político y cognitivo. Descansa sobre una notable fuerza discursiva fundada en el poder de su visión y sobre su capacidad de construir una realidad. Los intereses sociales “fuertes” necesitan expandir el cambio a todos los ámbitos sociales y



reconvertir el Estado. **Las reformas del Estado y del sector público, reconfigurándolos para dotarlos de un funcionamiento coherente con el desarrollo del mercado, constituyen uno de los eventos esenciales de la época. El antiguo Estado de Bienestar es reemplazado gradualmente por una diversidad de instituciones, agencias y organismos reguladores después de la reindustrialización.**

Las reformas neoliberales resultan imprescindibles para hacer avanzar su proyecto. Este necesita del debilitamiento de los antiguos consensos keynesianos (fascistas o socialdemócratas) y de la constitución de nuevos consensos acordes con su proyecto. Su fuerza descansa en el manejo de su superioridad cognitiva, discursiva y operativa. Con esta finalidad se han reconstituido un conjunto de saberes, prácticas, métodos, nuevos expertos, tecnologías de poder, instituciones y espacios relacionales para hacer operativas las reformas. Estas son visibles, pero su modo de operar se realiza en múltiples zonas opacas o grises.

4.5. El copago como mecanismo de división clasista

Todos estos argumentos liberales, y algunos otros de los más variados tipos, han sido reiterados por numerosos “informes” financiados por la industria farmacéutica, o de tecnologías sanitarias, o por empresas de aseguramiento, en la búsqueda de conseguir un “ambiente mediático” que acabe imponiendo las tesis de quienes los encargan y financian. Además de alimentar el tópico de la insostenibilidad, proponen todos la misma solución: un aumento de la privatización del SNS comenzando por los copagos, siguiendo con un incremento de las llamadas colaboraciones público- privadas, y acabando con una presencia mayor y más agresiva del aseguramiento privado (éste, eso sí, subvencionado o directamente financiado con fondos públicos).

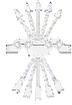
¿Cuál es el objetivo del copago? Parecería lógico que fuera ingresar más dinero al sector sanitario, una necesidad clara en el subfinanciado sistema sanitario español. Pero ahí el punto clave es cómo conseguir este dinero y cuánto, temas que no se discuten. Implementar el copago en el momento del servicio (mientras que se mantienen unos bajos ingresos al Estado a través de impuestos), es hacer recaer la carga en los usuarios en lugar de en todos los ciudadanos. Puesto que las clases populares tienen más posibilidad de enfermar y utilizar los servicios, que las clases pudientes, incrementar el gasto en los usuarios es aumentar todavía más la regresividad en la financiación. De ahí que sería mucho más justo (y con mayor capacidad recaudatoria), que se aumentaran los impuestos, incrementando los impuestos finalistas y/o creando otros nuevos.

Sin embargo, y en lo que concierne al copago sanitario, hay que decir que la medida, lo que pretende en realidad, es avanzar en el proceso de privatización del sistema sanitario mercantilizando las relaciones entre usuarios y proveedores de asistencia, introduciendo el pago directo de una parte de la misma. Incrementaría la presión fiscal de los sectores sociales con menores ingresos, como son los asalariados, pensionistas, enfermos crónicos y discapacitados, que por necesidad son quienes más utilizan los servicios sanitarios (tres veces más que el resto). Simultáneamente, dificultaría el acceso de amplios sectores sociales a la asistencia, dado que 10,8 millones de trabajadores (57 por ciento del total) cobran menos de mil euros al mes, mientras que el ingreso medio de los 8.473.927 pensionistas es de 747,25 euros mensuales.

Asimismo, incrementaría las desigualdades sociales, ya que en los últimos años se han eliminado o reducido los impuestos de las clases más favorecidas como los de sucesiones, patrimonio, sociedades o los tramos del IRPF; como se ha dicho, reduciría el carácter redistributivo del sistema sanitario, que constituye una de los fundamentos del estado del bienestar.

El impacto del copago en términos de equidad

Con todo, el debate de fondo que se debería tener y que hay que sacar a la luz es si el copago aumenta o disminuye la equidad del sistema sanitario español, si incrementa o disminuye las desigualdades ya



existentes en salud, si incorpora un factor de fractura e injusticia social, tanto más si se tiene en cuenta que un factor determinante en la existencia de esas desigualdades en salud es la pobreza, y que ésta está vinculada, junto a nuevas formas de exclusión social, por la precariedad laboral y las dificultades de acceso al mercado de trabajo, situación en la que, lamentablemente, nos encontramos.

Un ejemplo de cómo afecta el copago sanitario nos la proporciona el Health Insurance Experiment, financiado por la Corporación Rand. El diseño del experimento incluía 2.756 familias asignadas aleatoriamente a uno de entre cinco planes de seguro médico. Entre dichos planes, había uno que no contemplaba ninguna tasa de copago por parte del usuario, es decir, el equivalente a un sistema universal público de salud, otro en el que el copago sólo afectaba a la asistencia extrahospitalaria pero no a la hospitalaria, y otro en el que la tasa de participación del usuario se situaba en el 95% de los gastos.

Para todos los planes había un techo, bien de 1.000 dólares por familia al año, o bien el 5,10 o 15 por ciento de la renta, lo que fuese menor.

Cuadro 17. Principales resultados de la RAND

| Porcentaje de Copago | Visitas | Gasto en visitas extrahosp. (\$ 1984) | Admisiones por 1.000 habitantes | Gasto hospitalario (\$ 1984) | Probab. de recibir cualquier atención médica | Probab. de hospitaliz. | Gastos totales ajustados |
|----------------------|---------|---------------------------------------|---------------------------------|------------------------------|--|------------------------|--------------------------|
| 0% | 4.55 | 340 | 128 | 409 | 86.8 | 10.3 | 750 |
| 25% | 3.33 | 260 | 105 | 373 | 78.8 | 8.4 | 617 |
| 50% | 3.03 | 224 | 92 | 450 | 77.2 | 7.2 | 573 |
| 95% | 2.73 | 203 | 99 | 315 | 67.7 | 7.9 | 540 |

Las conclusiones básicas muestran lo siguiente:

La reducción en el consumo es progresiva a medida que aumenta el porcentaje de participación a cargo del usuario, con una ligera excepción en el caso de la probabilidad de hospitalización.

Los que muestran las elasticidades más altas son los servicios dentales y las pruebas y visitas de tipo preventivo. Los servicios de agudos son de demanda más elástica que los de crónicos y el tipo de servicio con la elasticidad más baja es, naturalmente, las hospitalizaciones.

La elasticidad de demanda demostró ser mayor en el caso de los pobres. Es lógico, ante un aumento del precio, su consumo se reduce más que el de los ricos. Fijando la probabilidad de recibir atención para condiciones en las que ésta es altamente efectiva, igual a 100 para los individuos del plan gratuito, **los pobres asignados a planes con copagos ven reducida mucho más dicha probabilidad que los ricos asignados a esos mismos planes. Y hay que subrayar que el impacto negativo del copago es incluso mayor para los niños que para los adultos.**



Cuadro 18. Probabilidad de recibir atención según las condiciones económicas. RAND

| | Plan Gratuito | Planes con copagos |
|----------------|---------------|--------------------|
| Niños | | |
| Pobres | 100 | 56 |
| No pobres | 100 | 85 |
| Adultos | | |
| Pobres | 100 | 59 |
| No pobres | 100 | 71 |

Un último estudio realizado en Alemania tras la introducción de copagos en la consultas, encontró una disminución en el número de consultas, así como un elevado porcentaje de personas que retrasaban o evitaban acudir a consultas. Esta disminución era mayor en las personas con menores ingresos (reducción del 50 por ciento en los que tenían ingresos inferiores a los 600 €/mes frente a 30 por ciento en los que eran superiores a 1.300 €), y en las que tenían enfermedades crónicas que en el análisis multivariante evitaron o retrasaron acudir a consulta 2,45 veces más que los que no las padecían.

4.6. La única reacción socialdemócrata posible

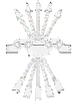
Solamente el partido UPyD que dirige la socialista Rosa Díez ha hecho algún planteamiento reformista digno de consideración que no vaya en la “onda” del pensamiento único propio del Régimen de la Monarquía de 1978. UPyD cree que **la devolución de las competencias de sanidad al Estado es la mejor opción para tener un sistema sanitario más igualitario y justo con el fin de restaurar un sistema sanitario común para todo el territorio nacional, basado en los principios de equidad, calidad, eficiencia y participación ciudadana.**

El argumento es sólido. Es evidente que pese a que la teoría nos dice que la sanidad es un derecho al que todos los españoles debemos acceder en igualdad de condiciones con independencia de nuestro lugar de residencia, la práctica nos dice que esto no se cumple, ya que en la actualidad el sistema sanitario español está fragmentado en 17 sistemas sanitarios completamente desiguales.

UPyD apuesta, por tanto, por la restauración del Sistema Nacional de Salud y la devolución al Estado de las competencias de Sanidad así como la necesidad de implantar una tarjeta sanitaria única. Además, son reseñables otras medidas

- Racionalización de la inversión y el gasto sanitario: Propone modificar el sistema retributivo para reconocer el desempeño profesional de forma adecuada, elaborar un proyecto de carrera profesional común para todo el territorio nacional y establecer un *Plan Nacional de Recursos Humanos* con criterios realistas de planificación de las necesidades futuras de profesionales sanitarios.
- Planificación sanitaria potenciando la Atención Primaria y la asistencia a pacientes crónicos.
- Una política sanitaria más transparente: Propone centralizar las oposiciones al SNS con un examen nacional y un baremo de méritos uniforme.
- El Estado será el responsable único de la acreditación de la formación sanitaria, valorándose la creación de una Agencia Española de Formación Sanitaria, dependiente del Ministerio de Sanidad y con participación de las Comunidad Autónomas.

Como es evidente, parches dentro de un sistema que ya ha impuesto un nuevo paradigma de salud, frente al cual, las opciones reformistas y socialdemócratas poco pueden hacer. La avalancha se los llevará por delante en el mejor de los casos. En el peor... el aggiornamento con la oligarquía y las casta política del actual Régimen.



5. UNA ALTERNATIVA JUSTA, PATRIÓTICA Y REVOLUCIONARIA

"La política es medicina en gran escala"
(Rudolf Virchow, médico alemán del siglo XIX)

Frente al paradigma dominante liberal de convertir la salud en una mercancía con el que grandes empresas multinacionales y las oligarquías locales puedan elevar la tasa de ganancia del capital, el nacionalsindicalismo se posiciona junto a otras corrientes sociales y políticas en la orilla opuesta, la de...

**...considerar la Salud como un derecho individual de las personas
y un deber de las personas con la comunidad**

La Salud, por tanto, solo puede concebirse, desde nuestra concepción del mundo, como un subsistema de la comunidad, de carácter colectivo y, por tanto, integrado en las funciones del Estado. Un subsistema **socializado e igualitario**, pues la vida es única e independiente para cada persona, cuyo valor es el mismo para todos independientemente de cualquier otra consideración social, cultural, política, étnica o religiosa. Y, por último, es **un subsistema que necesita ser planificado** con objeto de optimizar unos recursos caros y escasos que, además, es necesario ir mejorando y aumentando con el tiempo, a medida que la esperanza de vida y la calidad de la misma de los miembros de la comunidad nacional va en aumento.

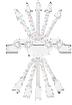
Por ello, **el concepto básico del que debe partir una visión de la salud desde el punto de vista del Nacionalsindicalismo no puede ser otro que el de Salud Pública.**

5.1 La Salud Pública como base del paradigma sanitario del nacionalsindicalismo

Ya en los años 20 del pasado siglo, muchos autores empezaban a definir la **salud pública** como *"la ciencia y el arte de prevenir las enfermedades, prolongar la vida y la promoción de la salud a través de los esfuerzos organizados y decisiones con conocimiento de la sociedad, las organizaciones, públicas y privadas, comunidades e individuos"*.

La crisis del 29, las revoluciones de la primera mitad del siglo XX y las políticas keynesianas, lograron que tras la II Guerra Mundial, desde las más altas instancias internacionales, como la Organización de las Naciones Unidas, y la Organización Mundial de la Salud proclamaran que las dimensiones de la salud debían abarcar **"un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades"**.

Esto no debe engañarnos en cuanto a la "modernidad" de los actuales planteamientos. Manifestaciones del instinto de conservación de la salud de los pueblos existen desde los comienzos de la historia de la humanidad. Los **egipcios** practicaban la higiene personal, conocían gran número de fórmulas farmacéuticas, construían depósitos de arcilla para las aguas de bebida y canales de desagüe para las aguas residuales. Los **indostaníes**, según Charaka y Shusruta, padres de la medicina Ayurveda, eran los pioneros de la cirugía estética, y de programas de salud pública que se basaban en conformar patrones de alimentación, sexualidad, descanso y trabajo. Los **hebreos** llevaron todavía más lejos las prácticas higiénicas, al incluirlas en la ley mosaica, considerada como el primer código de higiene escrito. La **civilización griega** prestó más atención a la limpieza personal, al ejercicio físico y a las dietas alimenticias que a los problemas del saneamiento del medio. El **imperio romano** es famoso por sus actividades en los campos de la higiene personal con la construcción de baños públicos y de la ingeniería sanitaria con la construcción de acueductos.



En el siglo XIX hubo un desarrollo considerable de la Salud Pública en Europa y en los Estados Unidos. En Inglaterra, Edwin Chadwick impulsó las Leyes de Salud Pública que contemplaban un conjunto de medidas para la sanidad, sobre todo en las ciudades industriales, iniciando, de esta forma, la primera plasmación del paradigma que aquí se defiende.

El enfoque actual de una intervención de salud pública es prevenir y controlar enfermedades, lesiones y otras condiciones de salud a través de la vigilancia de casos y la promoción de conductas, comunidades y ambientes saludables, en la constatación de que un gran porcentaje de las enfermedades y la mortalidad en el mundo en desarrollo se deben a enfermedades de fácil prevención.

5.2 Los determinantes de la salud

Los determinantes de la salud pública son los mecanismos específicos por medio de los que diferentes miembros de grupos socio-económicos influyen en los procesos de salud y enfermedad. **Marc Lalonde** fue el teórico que desarrolló el concepto de determinantes de salud, siendo, según su famoso modelo:

1. **Estilo de vida:** Es el determinante que más influye en la salud y el más modificable mediante actividades de promoción de la salud o prevención primaria.
2. **Biología humana:** Este determinante se refiere a la herencia genética más difícilmente modificable actualmente con la tecnología médica disponible.
3. **Sistema sanitario:** Es el determinante de salud que quizá menos influya en la salud y sin embargo es el que más recursos económicos recibe para cuidar la salud de la población, al menos en los países desarrollados.
4. **Medio ambiente:** Contaminación del aire, del agua, del suelo y del medio ambiente psicosocial y sociocultural por factores de naturaleza:
 - Biológica (bacterias, virus, hongos, etc.)
 - Física (radiaciones, humos, desechos, etc.)
 - Química (hidrocarburos, plomo, plaguicidas, etc.)
 - Psicosocial y sociocultural (dependencias, violencias, estrés, competitividad, etc.)

Las conclusiones del modelo de Lalonde se concretaron en la **Carta de Ottawa: los requisitos para la salud son: la paz, la educación, el vestido, la comida, la vivienda, un ecosistema estable, la justicia social y la equidad.**

5.3 El Plan Nacional de Salud

Por todo lo anterior, la propuesta que hacemos los falangistas se puede concretar en un solo punto con múltiples desarrollos:

Un Plan Nacional de Salud (PNS), con rango de Ley Orgánica, que regule, planifique, impulse y optimice el Sistema Nacional de Salud y las políticas nacionales de Salud Pública, entendida ésta en los términos de la Carta de Ottawa

En dicha Ley, se establecerán una serie de requisitos esenciales, a saber:

- Los ejes de la política nacional de Salud Pública, en base al paradigma arriba expuesto
- Recuperación por parte del Estado Nacional de todas las competencias sobre sanidad, salud y disciplinas asociadas. Eliminación de las desigualdades y unificación de los procedimientos.
- El Estatuto del profesional sanitario: códigos deontológicos y compromiso formal de servicio público a la comunidad nacional como servidor del Estado



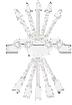
- Incompatibilidad de la sanidad pública y la privada, que se concretará en una Ley de incompatibilidades para todo el personal sanitario y/o dedicado a los temas de Salud Pública.
- Establecer los objetivos del Plan: duración, recursos humanos y materiales necesarios, desarrollo tecnológico y necesidades presupuestarias

El PNS diseñará una estructura organizativa para la socialización de la Salud Pública en toda la Nación basada en los siguientes ejes:

- **Dimensión individual:** como derecho individual de las personas, que se concreta en el derecho a la protección, prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud ante la enfermedad, el accidente o la desgracia. **Consiste en todas las actividades que se realizan para recuperar la salud en caso de su pérdida, que son responsabilidad de los servicios de asistencia sanitaria que despliegan sus actividades en dos niveles: atención primaria, especializada y hospitalaria.** El *acceso o accesibilidad* a los servicios de salud se define como el proceso mediante el cual se logra satisfacer una necesidad relacionada con la salud de un individuo o una comunidad. Este proceso involucra el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación, la prevención o la promoción de la salud. Función principal de la Medicina y disciplinas asociadas, que tendrá a partir del desarrollo del PNS la siguiente configuración:
 1. **Medicina curativa alopática**, con una estructura horizontal basada en áreas sanitarias distribuidas bajo criterios de racionalidad y optimización de recursos. Se divide en:
 - i. **Atención Primaria**
 - ii. **Atención Especializada**
 - iii. **Atención Hospitalaria**

Se han expuesto ampliamente en el presente documento muchos de los problemas y de las deficiencias que sufren en los actuales momentos el Sistema Nacional de Salud. Para estas áreas, de conformidad con lo que sostienen todas las asociaciones de defensa de la sanidad pública, proponemos:

1. Una financiación suficiente, para situarnos en el promedio sobre el PIB de la UE-15, lo que supondría un incremento de recursos humanos y materiales
2. Acabar con el proceso privatizador, frenando las iniciativas en marcha y reintegrando los hospitales privados y semiprivados a la red pública
3. Garantizar la dotación de camas hospitalarias y de personal suficiente en los centros públicos.
4. Potenciar la Atención Primaria, dotándola de los recursos humanos e infraestructuras necesarios para una atención de calidad
5. Derogación de las actuales leyes y disposiciones autonómicas que vayan en contra de las directrices del PNS y establecimiento de nuevas áreas de salud que no superen los 300.000 habitantes
6. Desarrollar la Red de Salud Pública, organizando un dispositivo propio con coordinación con Atención Primaria y Especializada
7. Ampliar las redes de Salud Mental, cuidados paliativos, rehabilitación, dependencia y unidades geriátricas



2. Medicina Preventiva:

Son actividades que intentan fomentar la salud de los individuos y colectividades, promoviendo la adopción de estilos de vida saludables, mediante intervenciones de educación sanitaria a través de medios de comunicación de masas, en las escuelas y en atención primaria.

Comprende:

1. La **promoción de la salud**, que es el fomento y defensa de la salud de la población mediante acciones que inciden sobre los individuos de una comunidad.
2. La **protección específica de la salud** como por ejemplo la sanidad ambiental y la educación alimentaria.
3. La **quimioprofilaxis**, que consiste en la administración de fármacos para prevenir enfermedades como por ejemplo la administración de estrógenos en mujeres menopáusicas para prevenir la osteoporosis.

Según la OMS, uno de los instrumentos de la promoción de la salud y de la acción preventiva es la **educación para la salud**, que aborda además de la transmisión de la información, el fomento de la motivación, las habilidades personales y la autoestima, necesarias para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud. La educación para la salud incluye no sólo la información relativa a las condiciones sociales, económicas y ambientales subyacentes que influyen en la salud, sino también la que se refiere a los factores y comportamientos de riesgo, además del uso del sistema de asistencia sanitario.

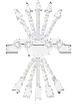
Para ello, el PNS establecerá cuatro ejes fundamentales entre la población:

- **El ejercicio físico y el deporte.** Ejercitarse constantemente contribuye al cuidado preventivo de la salud. Ayuda a mantener un peso adecuado y disminuye el riesgo de enfermedades y es beneficioso para la salud mental, pues reduce el estrés y mejora la autoestima.
- **Nutrición e higiene alimentaria.** El control de los alimentos, su idoneidad y como consecuencia, del peso corporal es muy importante, ya que puede ser un factor desencadenante de muchas enfermedades.
- **Evitar o moderar el consumo de alcohol y drogas.** El consumo de estas sustancias es dañino para el organismo, provocan una serie de enfermedades. Conocer sus efectos negativos debería ser un poderoso aliciente para dejarlos o al menos moderar su consumo.
- **Controles o chequeos periódicos.** Deberían hacerse chequeos periódicos, para prevenir el estado general de salud de cada uno de los ciudadanos, lo que además de beneficiar al individuo es una responsabilidad con toda la sociedad.

En la dirección de la *prevención de la enfermedad*, se trataría de reducir la incidencia de enfermedades específicas mediante intervenciones concretas y puntuales basadas en los conocimientos científicos aportados por las ciencias médicas en el marco de la atención primaria, aunque en algunos casos también se pueden llevar a cabo en otros ámbitos (escuelas, fábricas, etc.).

Todas estas medidas de medicina preventiva se instrumentalizarán en tres direcciones:

- En la **Atención Primaria**, con la elaboración de un Protocolo de actuación de los médicos de familia entre toda la población de su Área Sanitaria
- En la **Medicina del Trabajo**, con la elaboración de un Protocolo de actuación en los centros de trabajo, dirigido fundamentalmente en la dirección de prevenir las enfermedades laborales.



- **Planes de Prevención Colectivos** de carácter generalista o campañas específicas. Se utilizarán fundamentalmente el Sistema Educativo (escuela, enseñanza media y profesional, y universidad) y los medios de comunicación de masas (prensa, radio y TV), públicos y privados.

c. Medicina complementaria y alternativa

Resulta difícil definir la medicina complementaria y alternativa, porque se trata de un campo muy amplio y en constante evolución. La Agencia Estatal de medicina Complementaria y Alternativa de los EEUU las define como un **conjunto de sistemas, prácticas y productos que, en general, no se consideran parte de la medicina convencional**. Podemos decir que “**Medicina complementaria**” se refiere al uso de la medicina alternativa junto con la medicina convencional, y “**Medicina alternativa**” se refiere al uso de la medicina alternativa en reemplazo de la medicina convencional. “**Medicina integral**” (también denominada medicina integrada) se refiere a una práctica que combina los tratamientos de medicina convencional y de medicina complementaria y alternativa, sobre la cual existen datos científicos de inocuidad y eficacia.

Podría parecer éste un aspecto residual dentro de la sanidad, pero una Encuesta Nacional sobre la Salud (NHIS, por sus siglas en inglés) en EEUU de 2007, demostró que alrededor del 38 por ciento de los adultos utilizaban algún tipo de medicina complementaria y alternativa.

Tipos de medicina complementaria y alternativa

Las prácticas de medicina complementaria y alternativa suelen agruparse en categorías amplias, como productos naturales, medicina de la mente y el cuerpo, así como prácticas de manipulación y basadas en el cuerpo.

Productos naturales. Productos botánicos, vitaminas, minerales y otros “productos naturales”, también comprenden los probióticos, microorganismos vivos similares a los microorganismos que normalmente se encuentran en el tracto digestivo del ser humano y que pueden tener efectos beneficiosos.

Medicina de la mente y el cuerpo. se centran en las interacciones entre el cerebro, la mente, el cuerpo y el comportamiento, con el propósito de usar la mente para influir en las funciones físicas y promover la salud:

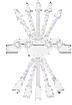
- Las técnicas de **meditación**
- Los diversos tipos de **yoga**
- La **acupuntura**
- ejercicios de **respiración** profunda, ensoñación dirigida, hipnoterapia, relajación progresiva, **qi gong** y **tai chi...**

Antecedentes históricos: El concepto de que la mente es importante para el tratamiento de las enfermedades es parte integral de los métodos curativos de la medicina tradicional china y la medicina ayurvédica, cuyos orígenes se remontan a más de 2000 años. Hipócrates también advirtió los aspectos morales y espirituales de la curación y consideraba que el tratamiento sólo era posible teniendo en cuenta la actitud, las influencias del medio ambiente y los remedios naturales.

Prácticas de manipulación y basadas en el cuerpo.- comprende dos terapias de uso frecuente:

- La **manipulación de la columna vertebral** es la que practican los quiroprácticos y fisioterapeutas, osteópatas y algunos médicos de medicina convencional.
- **Terapias de masaje**

Otras prácticas de medicina complementaria y alternativa



Terapias de movimiento.- incluyen el método de Feldenkrais, la técnica de Alexander, pilates, la integración estructural de Rolfing, y la integración psicofísica de Trager, Las prácticas de los curanderos tradicionales

Manipulación de diversos campos de energía para influir en la salud. Las prácticas basadas en formas auténticas de energía incluyen las que emplean **campos electromagnéticos** (es decir, terapia magnética y terapia de luz). **Biocampos**, reflejan el concepto de que en los seres humanos fluyen formas sutiles de energía; el qi gong, el **Reiki**

Por último, **los sistemas médicos integrales**. Entre los ejemplos de antiguos sistemas médicos integrales se encuentran **la medicina ayurvédica** y **la medicina tradicional china**. Los sistemas más modernos que se han desarrollado en los últimos siglos comprenden la **homeopatía** y la **naturopatía**.

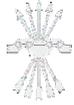
Para todo ello, **el PNS establecerá la creación de una Agencia Estatal de Medicina Alternativa para la investigación científica de la medicina complementaria y alternativa, investigar las prácticas por medio de métodos científicos rigurosos y crear una base de pruebas sobre la inocuidad y eficacia de estas prácticas**. A menudo faltan estudios clínicos rigurosos para muchas terapias de medicina alternativa; en consecuencia, el PNS impulsará investigaciones diseñadas para cubrir este vacío, al crear una base de pruebas científicas acerca de las terapias de medicina complementaria y alternativa, así como programas de educación y difusión.

Igualmente, no existe un sistema nacional estandarizado para la autorización de profesionales de medicina complementaria y alternativa. **El PNS establecerá los requisitos que deben cumplir los profesionales de estas medicinas alternativas para su integración en el Sistema Nacional de Salud**.

Dimensión colectiva o comunitaria: como deber de cada ciudadano con la comunidad, que implicará:

- La implicación de los poderes públicos y la organización del Estado en el desarrollo y ejecución del PNS. Así:
 1. Un **Ministerio de Información** será necesario para llevar adelante los planes generalistas de prevención en Salud Pública en los medios de comunicación de masas, públicos y privados (aquí no hay diferencias, por cuanto se habla de un derecho universal y un deber con la comunidad)
 2. La intervención del **Ministerio de Trabajo** en todo lo referido a la Salud Pública en los centros de trabajo
 3. La intervención del **Ministerio de Educación** para los planes preventivos en los centros educativos y el impulso al deporte.
 4. La intervención del **Ministerio del Interior**. La Salud Pública también es una cuestión de seguridad de las personas. Del Ministerio del Interior depende la Dirección General de Protección Civil, que podría tener una misión muy valiosa en la prevención y desarrollo de los planes de salud pública, así como de apoyo al Sistema Nacional de Salud, en cierta manera a como hacen algunas organizaciones privadas como Cruz Roja o Ayuda en Carretera. Igualmente, puede ser positiva la colaboración de las Fuerzas y Cuerpos de la Seguridad del Estado en temas de prevención relacionados con estilos de vida, dependencias, tóxicos, delincuencia, etc.
 5. Por último, la **elaboración de un Código de Salud Pública para el Ciudadano, con reconocimiento social y recompensado, para concienciar y lograr la colaboración ciudadana en las tareas de Salud Pública**.

Para finalizar, un apunte de esperanza. El bienestar va unido al bienser. Las personas solo pueden alcanzar ciertas cotas de felicidad en su vida si al bienestar social que se construye en su entorno, se le une un bienestar integral como personas, que implique al cuerpo físico, al mental, a las emociones y sentimientos, y a la búsqueda del conocimiento, de las ilusiones y de un sentido de la vida que le permitan esa felicidad.



Todas las medidas aquí expuestas no son “la revolución”, pero ayudan a poner las bases para que nuestros compatriotas, con los que vivimos y compartimos destino, puedan encontrarse mejor, con mayores capacidades y, sobre todo, sentirse mejor. Eso es salud y eso es Revolución.

Alicante, Septiembre de 2012

*Francisco Olivares
Cristina Sánchez
Iñaki Aguirre*

