

## La sanidad pública amenazada

### Pacto del euro, déficit y recortes sanitarios

Carmen San José Pérez

Los recortes sanitarios en los diferentes Servicios de Salud (SS) que componen el Sistema Nacional de Salud (SNS) del Estado español no son algo nuevo. Quizás lo más característico del momento actual sea su cuantía y las prisas para su aplicación. También sorprende la unanimidad existente en todas las Comunidades Autónomas (CCAA) para llevarlos a cabo, sin presentar ninguna Consejería de Salud medida alternativa alguna.

Lo primero a destacar es que todos los gobiernos autonómicos dicen estar muy preocupados por el gasto sanitario, entiéndase el gasto sanitario público. El que supone alrededor del 70% del gasto total. Porque lo que no preocupa a ningún gobernante es lo que ha crecido en los últimos años el gasto que tienen que realizar las familias por prestaciones que no están incluidas en los SS, o debido a su mal funcionamiento.

Por lo tanto, lo que está en juego en este como en otros servicios públicos no es tanto lo que en total se gasta en los mismos la ciudadanía, sino lo que se destina a los mismos en los presupuestos del Estado. Da lo mismo que seamos uno de los países que menos gasto público dedica a sanidad y servicios sociales. Se ha terminado, después de décadas de neoliberalismo y pensamiento único, cualquier mínima idea de solidaridad y garantía del derecho a la salud.

Y como estamos inmersos en una crisis económica, y los "mercados" mandan... Hay que hacer lo que dictan las grandes corporaciones, banqueros, especuladores, etc. para mejorar sus beneficios. A ese fin se aplican los grandes gurús del FMI, BCE y la Comisión Europea con sus planes de ajustes económicos. Y a ese mismo dictado obedecen los gobiernos con sus políticas diseñadas para disminuir el déficit. No importa que se hunda la economía en una nueva recesión, demostrando que las recetas que se están aplicando desde hace 4 años no han servido, se sigue insistentemente en la misma medicina aunque se esté matando al enfermo.

### Las estrategias aplicadas

La situación actual de los servicios públicos de salud es el fruto de una estrategia aplicada desde mediados de los años ochenta para introducir mecanismos de mercado e ir privatizando las partes más rentables de los mismos. Las sucesivas crisis económicas pusieron de manifiesto que era difícil volver a la senda de elevadas tasas de ganancia, con un sector industrial en retirada se extendió la idea de que los servicios públicos financiados por el Estado podían ofrecer una oportunidad de negocio.

Los países de la UE aplicaron este tipo de políticas dentro del marco que les ofrecía el Pacto de Estabilidad y Crecimiento que abogaba por un recorte del gasto público, con el objetivo de alcanzar el déficit cero.

Con este tipo de estrategias se acometieron, por un lado reformas que fueron aplicando mecanismos de mercado con el objetivo de orientar la sanidad hacia la rentabilidad económica, y, por otro, recortes presupuestarios, lo que ha originado escasez en infraestructuras y personal, así como el endeudamiento de las administraciones sanitarias.

Aunque las privatizaciones se han llevado a cabo en todos los servicios públicos por igual, es la sanidad la que cuenta con mayores fondos públicos, pues supone entre el 30% y el 40% del total de los presupuestos de todas las CCAA.

Las características de las fórmulas privatizadoras que se han ido sucediendo en los SS tienen el mismo trasfondo, aunque su aplicación haya ofrecido características propias y velocidades distintas según los territorios. Los cambios han afectado paulatinamente a la organización, gestión, financiación y provisión de todos los servicios públicos.

La primera iniciativa de mayor calado fueron las recomendaciones de la Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud (julio 1991), más conocidas como Informe Abril, que propuso la separación de funciones en orden a la creación de un mercado interno, y la utilización del derecho privado en lugar del derecho administrativo -con mayores controles y transparencia-, para la organización y funcionamiento de los centros sanitarios en orden a dotarles de autonomía de gestión. La normativa que le dio carta de naturaleza fueron las leyes 10/1996 y 15/1997. Con ellas, los buenos propósitos que animaron la Ley General de Sanidad de 1986, quedaron olvidados. La LGS partía del principio integrador de las funciones sanitarias: salud pública (promoción, prevención y protección), la asistencia sanitaria (acciones curativas, incluyendo rehabilitación), la coordinación de medios y recursos públicos en un dispositivo único con la creación del Sistema Nacional de Salud (SNS), como principios básicos para lograr una adecuada planificación en base a necesidades y como garantía del derecho a la salud.

En el caso de la financiación que mayoritariamente era pública, se cambió la legislación para que en el caso de la construcción de infraestructuras sanitarias la pudiesen realizar empresas privadas bajo las fórmulas de Concesiones de Obra Pública (COP) o Concesión Administrativa (CA). De esta forma se han construido en general los nuevos hospitales, donde los bancos, fondos de inversión y grandes constructoras han realizado las obras y posteriormente se han quedado con la explotación de los centros. En el caso de las COP sólo de la parte no propiamente sanitaria, y en el caso de la CA de todo el hospital. Estas fórmulas son conocidas también por sus siglas en inglés PFI (Private Financial Initiative), ya que ha sido el Reino Unido donde antes se pusieron en marcha.

Hubo otros servicios como la limpieza, mantenimiento, cocina, etc. de los centros sanitarios que se externalizaron desde un principio.

La organización para que todos los SS sean empresas rentables no ha excluido a los Centros de Salud, puesto que las fórmulas como consorcios, cooperativas, entidades de base asociativa, o la más extendida autogestión, incluyen un importante grado de competitividad dentro de cada uno y entre ellos para que el funcionamiento persiga la eficiencia económica.

## Situación actual

Las medidas llevadas a cabo han alcanzado su objetivo y hoy nos enfrentamos a unos SS deteriorados, que funcionan con criterios empresariales, en buena parte privatizados y sin ninguna capacidad para la participación ni de los y las trabajadoras, ni de la ciudadanía. Indudablemente en pocos años podremos constatar cómo todo esto afecta a la salud. Aunque los diferentes modelos sanitarios no parecen influir en la salud de las personas, sin embargo, es conocido que algunas formas de organización de los servicios de salud -como es el caso de la Atención Primaria de Salud- han demostrado mejoras en las tasas de mortalidad, y en la mortalidad prematura prevenible o tratable por causas específicas para enfermedades cardiovasculares y coronarias<sup>1</sup>.

Con menos recursos de los necesarios para atender a la creciente demanda de una población que sigue aumentando, y que requiere más cuidados por la elevada esperanza de vida, la calidad de la asistencia se verá afectada. Igualmente, con la generalización de las demoras y listas de espera eternas para intervenciones quirúrgicas, consultas de especialistas, pruebas, incluso para ser atendido por los y las médicas de familia, no se puede decir que la atención a la salud de las personas sea la misma. Pero tengamos en cuenta que esto no sucede ahora por los recientes recortes, sino que fue una estrategia buscada. Sin inversiones públicas en infraestructuras se conseguía un deterioro del sector público que justificaría más tarde casi cualquier medida que se tomase, y de paso se extendía entre la población la crítica al mal funcionamiento de los servicios públicos.

Por otra parte, esto ha contribuido a que las clases más pudientes hayan suscrito pólizas de seguros privados abandonando la sanidad pública. Lo que perjudica tanto a las personas con mayor poder adquisitivo, como a los sectores más desfavorecidos. A los primeros porque la sanidad pública a pesar de los recortes sigue siendo mejor en calidad científico-técnica. Y a los segundos por su menor capacidad de influencia. Ahora, los mismos que han abandonado la sanidad pública son los que piden que desgraven los seguros privados en el IRPF.

El gasto sanitario no lo dice todo acerca del modelo sanitario ( es mucho más significativo como se organiza, planifica y que tipo de orientación tenga la política sanitaria ), sin embargo su influencia no es desdeñable como lo pone de manifiesto un estudio reciente que analiza la relación entre gasto social y

---

2! !Nbdjopl! K-! Tubsgjfme! C-! Tij! M/! 3 Uif! dpousjcvujpo! pg! qsjnbsz! dbsf! tztufnt! up! ifbmui! pvudpnft!  
xjuijo!uif!Pshboj{buipo!gps!Fdpopnjd!Dppqfsbuipo!boe!efwfmqnfou!)PFDE\*!dpvousjft-!2:81.2::94 /!Ifbmui!Tfsw!  
Sft!3114<!49;!942.76/!

mortalidad. Se comprobó desde el 1980 a 2005 con datos de la OCDE para la UE-15 que cada aumento de 100 \$ en políticas de bienestar social se asociaba a un 1,19 % de caída de la mortalidad por cualquier causa<sup>2</sup>.

Por esto no deja de ser significativo que aún en los años de bonanza económica los presupuestos dedicados a la sanidad no hayan crecido lo que corresponde al nivel de desarrollo de nuestro país. Estamos situados a la cola de la UE, con el agravante en nuestro caso de que este gasto no es uniforme en todo el Estado, con diferencias cada vez mayores entre CCAA, propiciado porque la financiación que transfiere el Estado no es finalista, y del total de fondos recibidos cada territorio puede dedicarlo a lo que decida. En 2011 esta diferencia ascendió a 556,71€ entre el territorio que más gasta -el País Vasco con un presupuesto per cápita de 1563,68 -, y el que menos. - Illes Balears con 1003,32 -<sup>3</sup>.

España tiene el PIB per cápita equivalente al 94% del PIB del promedio de los países de la UE-15. Sin embargo, el gasto público sanitario per cápita es sólo del 79,5% del promedio. Si fuera el 94%, España se gastaría 13.700 millones de euros más de los que se gasta en sanidad<sup>4</sup>. . Esto echa por tierra lo que insistentemente se dice desde el gobierno y oposición de que no nos podemos permitirnos aumentar el gasto.

A menos gasto público mayor gasto tienen que realizar las familias. En 1992 con un Gasto Sanitario Total del 6,5% sobre el PIB, el porcentaje del Gasto Sanitario Público era del 77.4%. En 2009, sobre un GST del 9.6%, sólo se destinó a GSP el 73.6%<sup>5</sup>.

---

3! !E!TuvdImfs-!T!Cbtv-!N!Nd1ff/!Cvehfu!dsjtft-!ifbmui-!boe!tpdjbm!xfmgbsf!qsphsbnnft4 /!CNK/!3121<!451;d4422!

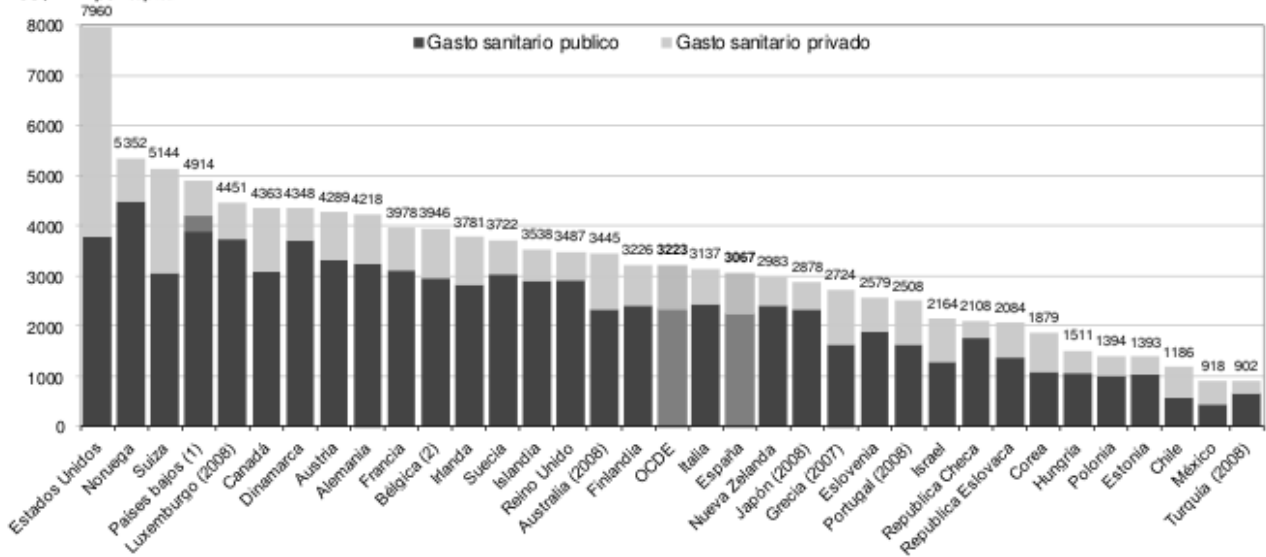
4! !!iuuq;00xxx/gbetq/psh0!

5! !iuuq;00cmpht/qvcmjdp/ft0epnjojqvcmjdp03:820mpt. sfdpsuft. efm. hbtup. tbojubsjp!

6! !PDEF!Kvojp!3122!

US\$ PPA per cápita

### Gasto sanitario per cápita, público y privado, países de la OCDE, 2009



1. En los Países Bajos, no es posible distinguir entre los gastos públicos y los gastos privados relacionados con las inversiones.  
 2. Los gastos totales no incluyen las inversiones. Fuente: Base de datos de la OCDE sobre la salud 2011, Junio 2011.

Datos en Dólares US, ajustados por paridad de poder de adquisición (PPA), lo cual permite comparar los gastos entre los países con una base en común. PPA es la tasa de cambio que iguala el costo de una canasta dada de bienes y servicios entre diferentes países.

Otro problema añadido a la insuficiente financiación pública ha sido la desviación creciente a las entidades privadas, en concepto de canon a las COP y CA, conciertos, convenios, servicios externalizados, empresas públicas, etc. Hoy en día hasta un 33% de las camas hospitalarias son privadas, y esto sucede más en las CCAA como Madrid y Illes Balears con menor gasto público per cápita<sup>6</sup>.

El recurrir al sector privado para la construcción de infraestructuras las encarece hasta 7 veces como se demuestra con los hospitales construidos bajo las fórmulas de concesiones en todo el territorio del Estado. En la Comunidad de Madrid se ha evidenciado un coste adicional de 7,14 veces más. Como se pueden ver en las tablas siguientes<sup>7</sup>. Hay, además, que tener en cuenta que éste se puede incrementar con el paso de los años. Por ejemplo, las concesionarias de los nuevos hospitales de la CM hace unos meses han exigido 9,2 Millones de € más en el canon, y otros 80 Millones por excesos de gasto<sup>8</sup>.

7! !₃ Tbojebelqsjwbeb-!bqpsuboep!wbmps!/Boâmjtjt!ef!tjuvbdjôo₄ /!JEJT!

8! !Jogpsnf!tpcsf!₃ Mb!Tptufojcjmjee!efm!TOT!/Boâmjtjt!ef!mb!tjuvbdjôo!z!Qspqvftubt!qbsb!Btfhvsbsmb₄ -! GBETQ!/Kvojp!3122!/!iuuq;00xxx/gbetq/psh0!

9! !Fm!Qbít!:01603122!

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
<b>Total</b>	<b>→ 701</b>	<b>158,2</b>	<b>→ 5.010</b>	

(1) millones de euros .

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

A esto hay que añadir que las concesionarias que explotan los centros sanitarios orientan la asistencia a una medicina curativa altamente dependiente de la biotecnología para hacer más rentable su inversión. En la práctica esto supone realizar selección de los pacientes, trasladando a los ancianos y enfermos con pluripatologías a los centros públicos que aun quedan.

La privatizaciones llevadas a cabo no hubieran tenido el menor éxito si no se hubiera incidido en la partida presupuestaria mayoritaria, el capítulo de personal. Por lo que los planes de ajustes han ido disminuyendo las plantillas de personal, y se han extendido los contratos precarios, lo que ha hecho que se incrementen considerablemente las cargas de trabajo y empeoren las condiciones laborales. Pero por encima de todo ello se trató de domesticar a las y los profesionales sanitarios, obligándoles a ser competitivos para ganar los incentivos a tal fin diseñados, sin tener en cuenta en ningún caso ni ética ni la menor evidencia científica en la práctica clínica.

Es frecuente que se plantee la pregunta : ¿cómo se han podido llevar a cabo todos estos cambios, de tanto calado, desmantelando los SS, sin que nadie proteste? Hay que reconocer que fueron precedidos por todo tipo de propaganda oficial y de expertos para ocultar lo que se perseguía. Primero fue hacer ver que los sistemas públicos eran muy burocráticos, inflexibles y un nido de ineficiencia cuando no de corruptelas. Segundo, proclamar que la modernización pasaba por aplicar mecanismos empresariales para hacer los servicios más ágiles y adaptarlos a los nuevos tiempos. Y, también, hay que reconocer que esto caló perfectamente entre la mayoría de la población, en una buena parte de la izquierda, y sobre todo en los sindicatos mayoritarios que no movilizaron a los y las trabajadoras contra estas agresiones. Sólo la izquierda radical, sindicatos alternativos y colectivos defensores de la sanidad pública advirtieron de la debacle movilizando a la población. Pero fue como clamar en el desierto... El neoliberalismo y pensamiento único hizo el resto.

## El pacto del euro

Desde los años noventa, en plena orgía neoliberal, los estados miembros de la eurozona acordaron el cumplimiento del Pacto de Estabilidad y Crecimiento (PEC) justificándolo para dar estabilidad a sus economías. Esto suponía una planificación para alcanzar el equilibrio presupuestario o en el mejor de los casos el superávit, y en el peor de los escenarios no superar un déficit del 3% del PIB, el resto de la política económica quedaba relegado a conseguir este objetivo. Las medidas implementadas para cumplir el PEC supusieron unos programas de duros ajustes para los asalariados y drásticos recortes del gasto público. Lo cual incidió muy negativamente en todos los servicios públicos europeos y reforzó las políticas de privatizaciones iniciadas con anterioridad.

Ante la situación de la economía de la mayoría de los países, en junio de este año la UE decide dar un paso más para el cumplimiento efectivo del PEC -en la pasada década no lo habían cumplido ni Alemania ni Francia -, con la aplicación de unas medidas, que básicamente buscan la competitividad de los trabajadores para hacer más rentables a las empresas que utilizan el euro en el mercado mundial. A esto se ha llamado el Pacto del Euro (PE), que sucintamente consiste en vincular salarios a productividad, aumentar la flexibilidad del mercado laboral, disminuir los impuestos a las empresas, alcanzar un déficit por debajo del 3% del PIB, e implantar un control de los bancos para que no asuman riesgos excesivos.

Estas medidas - que ya se venían aplicando en los últimos años para salir de la crisis, según las recetas de la economía neoliberal - no están dando ningún resultado positivo, sino que según todos los indicadores objetivos están ahondando la crisis. De hecho ya se comienzan a oír voces de alarma ante el estancamiento del crecimiento en los países del euro en el segundo trimestre de este año y el peligro de una nueva recesión.

No estamos ante razones económicas para superar la crisis del 2008, estamos ante medidas de origen puramente ideológico que el capitalismo a través de sus instituciones internacionales como el BM, FMI, BCE y la CE obliga a poner en marcha para intentar su supervivencia. Y los gobiernos, como títeres de eso que se ha venido en llamar mercados – grandes bancos, corporaciones internacionales, fondos de inversión, especuladores, etc. - lo acatan, ignorando sus obligaciones para con sus ciudadanos.

Nos encontramos ante un ataque que no sólo se ha dirigido al ya maltrecho Estado de Bienestar, sino especialmente a los y las asalariadas. Entendido éste como salario directo, indirecto y diferido, - retribuciones, cobertura en caso de desempleo y enfermedad, pensiones, etc-. Todos los derechos laborales conseguidos en el último siglo se están viendo afectados, ¿Volveremos al siglo XIX? ¿Y a sus condiciones sanitarias?. Con el agravante de que ahora los servicios públicos sanitarios no juegan el mismo papel, al estar la fuerza de trabajo mayoritariamente sana, y existir un elevado número de desempleados y desempleadas.

“No hay dinero público para financiar todas las prestaciones sanitarias”, se repite una y otra vez desde los poderes públicos. Ahora bien la recaudación del Estado procede básicamente de los impuestos sobre las rentas del trabajo y las rentas del capital, y lo que no se dice es que la recaudación es escasa debido a la aplicación de una fiscalidad que beneficia sólo a las rentas del capital. El carácter no progresivo de la misma ha marcado las reformas del sistema impositivo español. Quiere esto decir que cada vez quien más tiene paga menos, pues se han creado mecanismos (por ejemplo las sicav) para eludir los impuestos, o defraudar (se calcula en unos 38.500€), cosa que no sucede con las personas que solo cuentan con su salario. Se da la paradoja de que el 75% de los empresarios declaran como mileuristas, y solo un 3% de todos los contribuyentes declara ganar más de 60.000€ según datos del colectivo de Técnicos de Hacienda (Gestha). De esta forma un trabajador de manufacturas en España paga en impuestos el 74% de lo que paga su homólogo en Suecia. Por el contrario, un empresario español paga sólo un 38% de su homólogo sueco<sup>9</sup>. .

Las posturas de los diferentes gobiernos recortando gasto público para cuadrar las cuentas no solo es injusta sino económicamente suicida, pues en el sector público sanitario español solamente trabaja el 4,1% de la población adulta, cuando en la UE-15 lo hace un 6,6%. Dado que nuestro principal problema es el desempleo, bien podría haber sido el aumento del sector público una opción de gobierno.

## El impacto del techo de gasto

No han sido suficientes las medidas tomadas desde el pasado año para el gobierno del PSOE, ni por supuesto para la oposición del PP, como los recortes salariales a los empleados públicos, reforma laboral con despido más barato y el aumento de la edad de jubilación. Y ahora para incluir el equilibrio presupuestario, deciden modificar la Constitución, tema tabú para asuntos de mucho más calado. Posteriormente se elaborará una ley para fijar el techo del déficit en el 0,40 para el conjunto del Estado. A las CCAA les toca un límite del 0,14 en el déficit de sus cuentas. Esto literalmente estrangulará cualquier servicio público, desde luego para los SS será en muchos casos su definitivo desmantelamiento. Pues impedirá cualquier inversión - en infraestructuras principalmente -, por lo que la construcción de centros se limitará a la modalidad de concesiones, con los efectos ya descritos.

Recortar 850M€ del presupuesto inicial para el 2011 lo está llevando a cabo el gobierno de CIU, y estamos viendo el resultado: menos días a la semana de consultas, cierres de camas y quirófanos en los hospitales, cierres de Centros de Salud, y cierre de servicios de urgencias. En 400M€ se cifra el recorte anunciado también por el gobierno del PP en Castilla la Mancha. Murcia anuncia el ahorro de 30M€ con la “reorganización” que va a realizar en el SS,



Extremadura recortará alrededor de un 10% su presupuesto, e igualmente ha anunciado recortes el gobierno valenciano aún sin precisar. Así sucesivamente iremos conociendo los respectivos recortes reflejados en los presupuestos que se están elaborando en estos días. Y más pronto que tarde comprobaremos como repercute en la atención sanitaria estos recortes, porque indudablemente la misma calidad no se puede obtener con menos plantillas y menos servicios funcionando, como ya advierten algunos estudiosos del Centre d'Anàlisi i Programes Sanitaris (CAPS): ¡claro! que esto influirá en la calidad de la atención sanitaria y por lo tanto en la salud de la ciudadanía.

## El futuro de los servicios públicos de salud

No podemos conformarnos diciendo "qué le vamos a hacer, si no hay dinero", como parece haber calado en amplios sectores de la población. Primero, sabemos que esto no está provocado por esta crisis, sino que se planificó con antelación para hacer de los servicios públicos de salud un negocio. Segundo, la falacia de "no hay dinero" se debe a un sistema impositivo que lleva implícito el que el Estado no recaude lo que cabría esperar con nuestro nivel de riqueza aplicando otro sistema fiscal. Tercero, dedicar una u otra cantidad a sanidad o servicios sociales es una decisión política. Las obligaciones de los gobiernos no son para con los mercados, sino para con la ciudadanía. Solo hay que ver los presupuestos sanitarios por CCAA para comprobar las prioridades de los distintos gobiernos. Cuarto, el objetivo de toda política económica debería ser atender a las necesidades de sus poblaciones. Y a esto se debieran aplicar los gobiernos, propiciando un desarrollo del bienestar, con empleo, vivienda, educación, sanidad, etc.

Existen alternativas para fortalecer los SS y evitar su deterioro. Y es absolutamente factible llevarlas a cabo incluso en plena crisis económica, puesto que de su aplicación se podrían alcanzar mejoras no sólo en los niveles de salud, sino en nuestro caso del empleo.

Obvio, pero necesario, es recordar que actualmente no contamos con verdaderos servicios públicos de salud, por lo que la primera medida sería su planificación y orientación para resolver necesidades, priorizando medidas de promoción y prevención. Así mismo teniendo en cuenta en cada decisión política el impacto en la salud de las personas. Esto no puede ser cosa en exclusiva de expertos, sino que debe contar con la participación activa de toda la ciudadanía a la que el SS va a dar cobertura. Y por participación activa se entiende poder tomar las decisiones de cuánto se gasta en sanidad, cómo y en qué se gasta.

Algunas medidas generales podrían consistir en exigir la subida progresiva de varios puntos en el PIB del gasto de sanidad. Para la consolidación de un modelo no consumista de medicina meramente curativa elevar decididamente la asignación presupuestaria del primer nivel asistencial. Y abordar modificaciones legales para que vuelvan al sector público todo lo privatizado.

El futuro pasa indefectiblemente porque comprendamos que es perfectamente posible revertir los cambios y que la última palabra la tiene la ciudadanía. Como está demostrando actualmente el Movimiento 15 M, y antes lo hicieran otros colectivos, nos tenemos que organizar y movilizar con urgencia desde todos los rincones del Estado en defensa de un servicio público de salud. Esta tarea nos ha de conducir a confluir con los pueblos que por toda Europa se están levantado contra las mismas agresiones.

[carmen@sanjoseperez.es](mailto:carmen@sanjoseperez.es)