

LA MERCANTILIZACIÓN DE LA SANIDAD

Jaime Baquero Vargas* y Carmen San José Pérez**

Fecha de recepción: 14 de diciembre de 2006

Fecha de aceptación y versión final: 8 de febrero de 2007

Resumen: La ofensiva mundial contra los servicios públicos de protección social, ha tenido su origen en las políticas neoliberales aplicadas desde comienzos de los años 80 por los gobiernos de EEUU y de la Unión Europea, extendiéndose al resto del planeta con el respaldo de los guardianes de la ortodoxia neoliberal (Organización Mundial del Comercio -OMC-, FMI –Fondo Monetaria Internacional- y BM –Banco Mundial-).

La privatización de los servicios públicos de salud entrañaba importantes retos. Por un lado los hospitales no podían venderse como se hizo con otras empresas públicas, y, por otro, en los países occidentales la población había disfrutado de un modelo sanitario gratuito o de amplios reembolsos de los gastos sanitarios, por lo que no era previsible que admitieran sin una fuerte oposición, una importante pérdida de derechos.

La finalidad de las reformas del sector público, encabezadas por los propios Estados, era establecer el marco más adecuado que permitiese transferir a bolsillos privados los fondos públicos destinados a protección social, para lo cual necesitaban adecuar la organización y funcionamiento de esos servicios públicos, de manera que se facilitase la obtención de beneficios privados en su explotación, es decir la mercantilización de la sanidad.

Aunque todavía persistan estructuras de lo que fueron servicios

* jbaqvar1@terra.es

** csjose05@yahoo.es

públicos de salud, hoy día en la mayoría de países occidentales las grandes multinacionales que se han hecho con la gestión y provisión de la asistencia sanitaria ejercen una fuerte presión sobre las decisiones de las políticas sanitarias de los Estados, todo ello en detrimento de la salud de la población.

El caso español es un buen ejemplo para ilustrar las estrategias seguidas para alcanzar este objetivo.

Palabras clave: Nuevas Formas de Gestión, Concesiones Administrativas (Iniciativas de Financiación Privada), Privatización sanitaria, Mercantilización de la salud.

Abstract: The worldwide attack against the Social Protection Public Services has its roots in the neoliberal policies applied from the beginning of the 80's by the governments of USA and the EU, with the backing of the guardians of the neoliberal orthodoxy, namely the OMC, the FMI and the WB.

The privatization of the Health Care Systems implied important challenges. The hospitals could not be sold as it was done with another public enterprises. Furthermore, in the western countries, the population was accustomed to a free health care system, or at least to a wide reimbursing of the health expenditures. So, it was expected a big opposition to any loss in health rights.

The goal of the Public Sector Reform, carried on by the States themselves, was to establish a more adequate framework in order to the transfer of the social insurances public funding to the private pocket. The organization and the workings of these public services was to be transformed into ones more easily profitable by the private sector. That is, the mercantilization of the Health Care.

Although some structures from the former Health Care Systems still persist today, in the majority of the western countries, big multinationals, taking on the management and provision of the health care, are exerting a big pressure on the decisions concerning health policies taken by the states. All this are decreasing the health of the population.

The spanish case is a good example to show the strategies used to reach that goal.

Key words: New Management Ways, Private Financing Initiative, Health Care System Privatization, Health Merchantilization.

1. El triunfo de las políticas neoliberales

Dos procesos desarrollados en la década de los 80 han configurado un mundo muy diferente del surgido tras la II Guerra Mundial. La ofensiva lanzada por el capital contra los trabajadores y los pueblos, a fin de superar la crisis de los años 70 y recuperar su dominación -que estaba siendo cuestionada-, y el colapso y derrumbe de los Estados que componían el bloque del Este.

La ofensiva del capital partió de sus centros mundiales (EEUU y la UE), y surgió como respuesta a la crisis económica y política que padecían a comienzos de los 70 y que se manifestaba en la caída de la tasa de ganancia, en la contestación al sistema de amplios sectores sociales y en la amenaza de diversas regiones geográficas de establecerse como nuevos centros del sistema entendido globalmente (China y el sudeste asiático). Esta respuesta se vio favorecida por la crisis de la URSS, el desarrollo desigual de los Estados de la periferia y el éxito de algunos de éstos en sus intentos de industrialización -lo que dio origen al desmoronamiento de la cohesión y solidaridad del Tercer Mundo-.

El capital para recobrar su dominio y recuperar la tasa de ganancia, colocó al capital financiero al mando de la política y procedió a desincentivar las inversiones en el sector productivo, a eliminar el patrón oro como referente del Sistema Monetario Internacional y a levantar los controles sobre los movimientos de capitales, eliminando las barreras que entorpecían los procesos de concentración y centralización del capital, y que amenazaban con estrangular la economía mundial obligando a iniciar un proceso deflacionario -al dificultar la expansión de los fuertes sectores financieros de los Estados centrales-. De este modo se logró una mayor penetración y dominio sobre los Estados de la periferia, a los que se han impuesto condiciones de intercambio económico aún más onerosas que en la etapa precedente.

A su vez, las políticas de control de la inflación e incremento de la competitividad empresarial, junto a los procesos de descentralización y relocalización de la producción, han representado el ariete del capital para aislar a los trabajadores de las clases medias -en los Estados del centro-, contribuyendo a su desorganización y fragmentación, y revelándose útiles para atacar salarios, condiciones laborales y prestaciones sociales.

El triunfo del capital al imponer sus políticas neoliberales ha supuesto el fin del ciclo de acumulación basado en la expansión productiva que caracterizó al período 45-70, y el fin -en los países del norte- del pacto social entre capital y fuerzas del trabajo imperante en ese período, de las fuertes regulaciones estatales

garantizadoras de la estabilidad política y económica, y de la preponderancia del Estado como corrector de desigualdades sociales y desequilibrios económicos, y ha dado lugar a una nueva división mundial del trabajo. La recuperación en buena medida de la tasa de ganancia se ha realizado a costa del incremento de las desigualdades y de un aumento del empobrecimiento mundial, y a costa de situar al sistema en un período de mayor inestabilidad y competencia.

Nada hace pensar en un cambio de orientación mientras la correlación de fuerzas les sea favorable a los Estados centrales o mientras no se vean obligados fruto de una aguda crisis. Entre tanto, la fuerte expansión financiera -que obliga a una revalorización progresiva de títulos y acciones en una situación de bajo crecimiento económico-, exige la apropiación de todos los bienes existentes que escapan a su control e impulsa las intervenciones militares internacionales de los Estados imperialistas.

2. El ataque a los servicios públicos de protección social

La ofensiva mundial contra los servicios públicos de protección social, ha tenido su origen en las políticas neoliberales aplicadas desde comienzos de los años 80 por los gobiernos de EEUU y de los Estados de la Unión Europea, y se ha extendido mundialmente con el respaldo de los guardianes de la ortodoxia neoliberal (Organización Mundial del Comercio -OMC-, FMI, BM).

Desde la caída de los beneficios en la industria, a comienzos de los 70, el sector servicios ha cobrado una importancia creciente en la economía mundial. En 2004, representaba el 71% del valor añadido bruto y el 70% del empleo de la UE, y superaba el 25% de la totalidad de sus exportaciones y la mitad de todas sus inversiones en otras partes del mundo, siendo la UE el principal exportador e importador de servicios del mundo (I.N.E., 2006). Sin embargo, un importante volumen de esa masa de capital escapa al control del sector privado y a la posibilidad de hacer negocio. Se trata de los servicios públicos representados por los gastos sociales (pensiones, sanidad, educación, medio ambiente, vivienda protegida,...). En la UE, en 2003, los gastos en protección social representaban una media del 28% del PIB -19,7% en España- (Eurostat, 2006).

La finalidad de las reformas del sector público, encabezadas por los propios Estados, persigue generar el marco más adecuado que permita transferir a bolsillos privados los fondos públicos destinados a protección social, para lo cual necesitan adecuar la organización y funcionamiento de esos servicios públicos de manera que se facilite la obtención de beneficios privados en su explotación.

El papel de los gobiernos ha consistido, hasta la fecha, en alcanzar acuerdos políticos internacionales que, desarrollados en los diferentes Estados, permitiesen debilitar los servicios públicos de protección social, eliminar las leyes que al preservar el bien común dificultan la extensión del mercado y desarrollar las oportunas campañas de desinformación, a fin de moldear la opinión pública. De este modo, los gobiernos respondían a las exigencias de las multinacionales del

sector servicios, del capital financiero y de las grandes constructoras. La Coalición de Industrias de Servicios en EEUU ya dejó claras estas exigencias en 1999, al quejarse, por ejemplo, de los escasos avances en los cambios de la propiedad pública de la sanidad en otros Estados, lo que dificultaba que los proveedores privados estadounidenses vendiesen en esos países (The Lancet, 1999).

En 1999, el Acuerdo General de Comercio y Servicios de la OMC, marcó que sus objetivos debían cumplirse plenamente en la 1ª década del nuevo siglo, obligando a los Estados firmantes a la reducción drástica de las regulaciones internas que supongan un impedimento para el comercio, y a la derogación de todos los procedimientos o normas técnicas que impidan o limiten la concesión de licencias de apertura de hospitales o servicios sanitarios privados (Pollock, Price, Shaoul, 1999). A su vez, la OMC cuenta con poder otorgado por los países miembros-, para anular unilateralmente dichas normativas o expulsar de la Organización al Estado que no se someta a sus dictados (lo que supondría su aislamiento económico).

En el marco europeo la Directiva “Bolkestein” recientemente aprobada por el Parlamento de la UE ahonda precisamente en esas medidas que se aplicarán a todos los servicios, aunque por ahora se hayan excluido los servicios de salud. Nada nos hace ser optimistas acerca del objetivo que perseguirá la nueva directiva que tratará sobre los sistemas sanitarios de los países miembros de la UE.

3. La extensión del mercado a los servicios sanitarios

La privatización de los sistemas sanitarios podría afirmarse que ha pasado por dos etapas, la primera basada en políticas restrictivas del gasto sanitario público, provocadas por los ajustes económicos dirigidos a disminuir el déficit público de las administraciones. Y una segunda etapa caracterizada por un cierto crecimiento de los presupuestos destinados a sanidad, justo cuando a través de diferentes fórmulas -que analizaremos a continuación- se comenzaban a transferir cantidades importantes de fondos públicos a empresas privadas. Esto último, independientemente, a nuestro entender, del mayor o menor crecimiento de la riqueza.

El problema de la privatización de los servicios públicos de salud entrañaba algunos problemas sobre todo en los países occidentales de nuestro entorno, donde la ciudadanía estaba acostumbrada a una asistencia sanitaria gratuita, o casi gratuita dado que el gasto inicial podía ser reembolsado en buena parte por diferentes mecanismos. Por esto, tanto desde los gobiernos como desde las instituciones económicas internacionales -FMI, BM, OMC y OCDE-, se recomendaban diferentes estrategias para conseguir la situación más idónea -en términos de rentabilidad económica- en los centros sanitarios para una posterior privatización.

Se trataba de justificar la necesidad del cambio de los servicios públicos sanitarios, que no serían “sostenibles” si no se acometían las reformas que se proponían, sin que la opinión pública percibiera ninguna privatización, al no realizarse, entre otras cosas, ningún desembolso nuevo por la asistencia sanitaria reci-

bida. Luego se podía afirmar que no se estaban “vendiendo” los centros sanitarios, de hecho no sucedía lo mismo que cuando se privatizaban y vendían otras empresas. Todo esto desembocó en una débil resistencia de la ciudadanía a los cambios que se iban introduciendo.

No podemos infravalorar el trabajo “explicativo” que justificaba los mecanismos que se implementaron en la administración de los servicios de salud. La cobertura ideológica desde prestigiosas escuelas de economía fue decisiva para que amplios sectores profesionales, las fuerzas de la izquierda, -incluyendo los sindicatos de clase-, y, por supuesto, toda la clase dirigente, consideraran los primeros cambios como las reformas necesarias para la mejora y modernización de los dispositivos públicos sanitarios.

Los mecanismos que han seguido las privatizaciones de los sistemas sanitarios se pueden agrupar según los objetivos que perseguían. En un primer momento estuvieron enfocados a debilitar y fragmentar al sector público y a introducir una cierta competencia entre proveedores para reducir costes. Otros mecanismos se centraron en la gestión, conformando organismos autónomos como fundaciones, entes públicos, consorcios, etc., para poder eludir tanto los controles que debe cumplir la administración pública (como la participación social) necesarios en un servicio público democrático. Y, por último, se está actuando directamente sobre la provisión de los servicios sanitarios, transfiriendo esta responsabilidad a empresas privadas.

4. Deterioro de la sanidad pública y reducción de costes

La reducción de costes se ha ido realizando desde la década de los ochenta a través de un continuo recorte presupuestario, a la vez que paradójicamente crecían la población y las necesidades en salud, de tal forma que los escasos incrementos de los fondos públicos eran absorbidos por los gastos de farmacia y la inversión en nuevas formas de gestión.

La justificación esgrimida por los gobiernos de la UE se basaba en los acuerdos que ellos mismos habían impulsado a través del Tratado de Maastricht y más tarde del Plan de Estabilidad y Crecimiento, que obligaba a las administraciones públicas a cumplir con el déficit cero, lo que afectó sobre todo a los gastos sociales. Las restricciones del gasto junto al uso dado a los fondos públicos, han impedido las inversiones en nuevas infraestructuras sanitarias en los últimos 10 a 20 años, según los Estados. Esta política conscientemente planificada ha hecho crecer las necesidades de dotaciones, alimentando paralelamente la justificación de recurrir a los conciertos con el sector privado o a las iniciativas de financiación privada (PFI en sus siglas en inglés).

No tenemos más que repasar algunos de los cuadros sobre gastos sanitarios de los países miembros de la UE para comprobar -con algunas excepciones debido a que había países que partían de un diferencial muy acusado-, como la tendencia fue a moderar y en algunos casos a disminuir el crecimiento de los presupuestos públicos referidos a porcentajes del PIB.

GASTO SANITARIO PÚBLICO COMO % PIB EN UE

PAÍSES	1970	1980	1985	1990	1994	1995
ALEMANIA	4,10	6,30	6,40	6,00	7,00	7,10
AUSTRIA	3,40	5,40	5,40	5,60	6,20	6,10
BÉLGICA	3,60	5,50	6,10	6,80	7,20	7,00
DINAMARCA	5,30	5,80	5,30	5,40	5,50	5,40
ESPAÑA	2,40	4,60	4,60	5,40	5,70	5,900
FINLANDIA	4,20	5,10	5,70	6,50	6,20	6,20
FRANCIA	4,30	6,00	6,50	6,60	7,60	7,80
GRECIA	2,10	3,00	3,30	3,60	4,40	4,40
HOLANDA	5,00	5,90	5,90	6,10	6,80	6,80
IRLANDA	4,30	7,20	6,00	5,00	6,00	6,00
ITALIA	4,50	5,50	5,40	6,30	5,90	5,40
LUXEMBURGO	3,50	5,80	5,40	6,10	5,70	5,70
PORTUGAL	1,70	3,700	3,40	3,60	4,20	4,30
REINO UNIDO	3,90	5,00	5,10	5,10	5,80	5,80
SUECIA	6,10	8,70	8,00	7,70	6,40	6,40

Fuente: ECO Santé, OCDE y elaboración propia. 1996.u

GASTO SANITARIO PÚBLICO COMO % DEL PIB EN LA UE

PAÍSES	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
AUSTRIA	5,80	5,80	5,30	5,40	5,40	5,40	5,20	5,40
BÉLGICA	6,00	6,40	6,00	6,00	6,20	6,20	6,40	6,50
DINAMARCA	6,80	6,80	6,80	6,90	7,00	6,90	7,10	7,30
FINLANDIA	5,70	5,80	5,50	5,30	5,20	5,00	5,30	5,50
FRANCIA	7,30	7,20	7,10	7,10	7,10	7,10	7,20	7,40
ALEMANIA	8,50	8,80	8,50	8,30	8,40	8,30	8,50	8,60
GRECIA	5,00	5,10	5,00	4,90	5,20	5,20	5,00	5,00
IRLANDA	4,90	4,70	4,80	4,70	4,60	4,70	5,20	5,50
ITALIA	5,30	5,40	5,60	5,60	5,60	6,00	6,30	6,40
LUXEMBURGO	5,90	5,90	5,50	5,40	5,60	5,00	5,30	5,30
PORTUGAL	5,00	5,50	5,60	5,60	5,90	6,40	6,60	6,50
ESPAÑA	5,50	5,50	5,40	5,40	5,40	5,30	5,40	5,40
SUECIA	7,00	7,30	7,10	7,20	7,20	7,20	7,50	7,90
REINO UNIDO	5,80	5,80	5,50	5,50	5,80	5,90	6,20	6,40
UE - 15	6,00	6,10	6,00	6,00	6,00	6,00	6,20	6,40

Fuente: Fuente de la OCDE Health Data. Citado por V. Navarro en el Anuario Social de España 2004. Publicado en Salud 2000. N° 102. Junio2005. Se excluyó Holanda por no estar disponibles los datos para este periodo.

GASTO PÚBLICO POR HABITANTE EN UNIDADES DE PODER DE COMPRA 1995 – 2002

PAÍSES	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
AUSTRIA	1.322	1.384	1.294	1.362	1.441	1.495	1.490	1.551
BÉLGICA	1.308	1.408	1.374	1.433	1.510	1.613	1.743	1.790
DINAMARCA	1.521	1.607	1.669	1.745	1.888	1.940	2.083	2.142
FINLANDIA	1.079	1.150	1.202	1.226	1.235	1.276	1.389	1.470
FRANCIA	1.546	1.592	1.649	1.696	1.754	1.832	1.964	2.080
ALEMANIA	1.822	1.949	1.912	1.942	2.015	2.080	2.151	2.212
GRECIA	660	697	723	743	810	872	887	960
IRLANDA	865	906	1.057	1.138	1.182	1.300	1.557	1.779
ITALIA	1.100	1.153	1.230	1.293	1.339	1.474	1.602	1.639
LUXEMBURGO	1.898	1.974	1.978	2.117	2.455	2.406	2.603	2.618
PORTUGAL	676	748	801	866	962	1.091	1.173	1.201
ESPAÑA	863	905	932	990	1.056	1.069	1.118	1.176
SUECIA	1.502	1.604	1.605	1.682	1.816	1.904	2.011	2.148
REINO UNIDO	1.168	1.212	1.233	1.292	1.391	1.488	1.669	1.801
UE - 15	1.238	1.306	1.333	1.395	1.490	1.560	1.674	1.755

Fuente: OCDE Health Data. Citado por V. Navarro en el Anuario Social de España 2004. Publicado en Salud 2000. N° 102. Junio 2005. Se excluyó Holanda por no estar disponibles los datos para este periodo.

GASTO SANITARIO COMO PORCENTAJE DEL PIB EN EL ESTADO ESPAÑOL

AÑOS	G. S. Público	G. S. Privado	G. S. Total
1990	5,50	1,50	7,00
1995	5,50	2,10	7,60
2000	5,40	2,10	7,50
2001	5,40	2,20	7,60
2002	5,40	2,20	7,60
2003	5,50	2,20	7,70

Fuente: Elaboración propia con datos del MSC y del INE sobre el Gasto Sanitario Público 2006.

Se muestran series de diferentes fuentes -OCDE, MSC e INE-, de diversos países de nuestro entorno y del Estado español. Con ello lo primero que podemos constatar es como se ha estabilizado o disminuido la aportación de los Estados a los servicios de salud desde la década de los ochenta. En segundo lugar, como se ha incrementado el diferencial de gasto per cápita en unidades de poder de compra -uno de los mejores indicadores de gasto sanitario de un país- entre el Estado español y los países de la UE de los 15.

El caso español es un triste ejemplo de cómo a pesar de la implantación de la Reforma de la Atención Primaria de Salud en 1984 y de la aprobación de la Ley General de Sanidad (LGS) en 1986 por el gobierno del PSOE, el crecimiento del gasto público en sanidad en porcentajes del PIB fue negativo -en 1984, 4.07; en 1985, 4.59; en 1986, 4.44; en 1987 4.47; sólo volvió a los niveles del año 83 en 1989-. Probablemente de no haberse escatimado tantos recursos en unos

años claves para la consolidación del Sistema Nacional de Salud, la situación de la sanidad pública fuese otra actualmente. Sobre todo, hubiese sido más difícil convencer a la opinión pública y a más de una fuerza de la izquierda de la “necesidad” de las transformaciones posteriores.

El tipo de financiación sanitaria, el modo de reparto y la cuantía de los fondos, generan dinámicas que actúan orientando el modelo sanitario y sus perspectivas futuras, de ahí la importancia del modelo de financiación que se adopte. La financiación pública a través de los presupuestos generales aseguró una cobertura universal y, en parte, redistributiva, si bien las sucesivas reformas del IRPF y el predominio que están cobrando los impuestos indirectos han tenido el efecto inverso y perjudicado en mayor medida a la población con menos ingresos.

Desde el año 2002, en que se completaron las transferencias sanitarias a las CCAA, el modelo de financiación elegido fue de tipo generalista, es decir el dinero transferido para sanidad está englobado en las transferencias generales y cada CCAA puede dedicar el monto que decida a la misma -además de crear los impuestos indirectos con fines sanitarios que considere oportunos, como el impuesto de las gasolinas-, lo que con el paso de los años ha devenido en un incremento de las desigualdades. En el siguiente cuadro podemos comprobar que si en año 2002 la diferencia entre la CCAA que más gastaba y la que menos dedicaba a sanidad era de 149,78 euros, en este año esa cifra se eleva a 466,89. Esto no sólo es injusto socialmente sino que pone en peligro el acceso igualitario a las prestaciones sanitarias en todo el territorio. Además, estas cifras pueden resultar distorsionadas porque el censo empleado es el del 1 de Enero de 2006, afectando sobretudo a las CCAA que más crecen -un ejemplo claro es la Comunidad de Madrid-.

GASTO SANITARIO PER CÁPITA CCAA

CCAA	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Andalucía	763,91	888,30	943,10	978,29	1.036,45	1.089,25
Aragón	902,22	1.053,30	1.054,20	1.121,93	1.203,28	1.282,22
Asturias	943,80	987,30	1.062,90	1.177,03	1.170,31	1.235,03
Baleares	752,44	807,20	786,60	1.043,44	1.048,69	1.087,51
Canarias	813,77	923,80	990,90	1.038,61	1.132,46	1.212,02
Cantabria	894,39	1.107,00	1.134,50	1.182,60	1.372,91	1.471,59
Castilla León	848,40	966,60	1.044,00	1.119,27	1.133,08	1.160,11
Castilla La Mancha	861,56	983,90	1.039,50	1.081,24	1.145,31	1.249,31
Cataluña	799,99	905,80	885,00	1.121,47	1.136,20	
C.Valenciana	783,58	814,50	895,40	928,21	982,21	1.058,68
Extremadura	807,14	1.000,50	1.065,60	1.205,15	1.233,53	1.349,44
Galicia	801,30	923,20	983,50	1.097,18	1.142,93	1.224,19
Madrid	783,58	923,80	881,90	1.002,11	1.017,41	1.093,69
Murcia	823,27	942,10	973,20	1.025,04	1.061,54	1.176,37
Navarra	896,18	1.110,80	1.151,30	1.163,99	1.228,36	1.339,48
País Vasco	898,30	978,50	1.042,00	1.124,19	1.224,55	1.342,27
Rioja	847,23	1.121,40	1.227,50	1.237,18	1.411,56	1.525,57

Fuente: MSC, FADSP y elaboración propia.

Igualmente podemos deducir que el esfuerzo inversor en sanidad obedece a una decisión política, al observar como los fondos destinados a sanidad no se relacionan con los niveles de renta de las CCAA.

Por otra parte, el crecimiento global de los presupuestos sanitarios en determinadas CCAA no refleja de forma transparente todo lo que se destina a costear la provisión privada, de esta manera se hace prácticamente imposible conocer cuanto se destina por ejemplo a sufragar los servicios externalizados -diagnóstico por imagen, laboratorio, limpiezas, cocinas, mantenimiento, seguridad, etc.- que se realizan en los hospitales públicos. Tampoco se publica lo que cuesta cada intervención en un hospital privado y en uno público, para tener conocimiento de lo que encarecen los conciertos con clínicas privadas, base de todos los planes para disminuir las listas de espera.

Todo esto está relacionado en gran medida con algo de lo que se ha hablado en los últimos años largo y tendido como es el “déficit” sanitario. Es cierto que desde mucho antes de las transferencias se presupuestaba por debajo de lo que se gastaba, y en la negociación de las transferencias se arrastró este déficit presupuestario, pero también es cierto que el mayor déficit -una vez realizadas las transferencias- lo acumularon las CCAA con modalidades de gestión indirecta, en que la provisión privada era predominante, como ha sido el caso de Cataluña.

Estas políticas de restricción los gastos sociales han representado un arma inestimable para lograr el abaratamiento de los costes laborales -en las series de gasto sanitario consolidado 1988-2003 del MSC, el porcentaje de gasto en personal sobre el total ascendía al 51,2 en 1988, descendiendo al 42,7 en 2002-, y para lograr el deterioro generalizado del sistema sanitario público, incidiendo negativamente sobre infraestructuras, recursos humanos, aspectos sociosanitarios y calidad de la atención prestada.

A medida que avancen los procesos privatizadores, cada país ajustará su aportación en los gastos sanitarios totales en relación con la derrota que infrinja a los trabajadores del sector y a la población, con la desestructuración que logre del sistema sanitario público, con la capacidad de sus clases medias para contratar privadamente servicios sanitarios y con el porcentaje de población excluido de esa contratación, con las necesidades de mantenimiento y reproducción de mano de obra y con la capacidad de cada Estado para absorber las correspondientes tensiones sociales. El derecho a la salud -que como derecho humano inalienable exige una financiación, gestión y provisión directamente públicas-, pasará a constituir un bien de consumo y a depender de los niveles de renta individuales.

5. Privatización de la gestión

En España, en 1991, el Informe Abril dirige sus recomendaciones a separar las funciones de financiación y gestión de las de gestión y provisión de servicios, introducir la gestión empresarial en centros y servicios sanitarios, dotar a los hos-

pitales de autonomía de gestión y someterlos al derecho privado. Medidas sin las que es imposible introducir el mercado. Sin embargo, no se advierte un cambio generalizado de orientación del modelo sanitario hasta que en 1997 se promulga la Ley 15/97 sobre nuevas formas de gestión, y hasta que finaliza el proceso de transferencias en 2002.

La extensión progresiva de la separación de funciones en las CCAA, permite a los diferentes gobiernos de éstas configurar sus Servicios de Salud -a través de las leyes de ordenación sanitaria- como organismos autónomos de carácter administrativo, dotados con personalidad jurídica propia y plena capacidad para el cumplimiento de sus fines, quedando sujetos en lo que se refiere a las relaciones jurídicas externas al derecho privado en términos generales. Y no debe olvidarse que entre las funciones de estos entes figura, en general, la determinación del catálogo de prestaciones y los servicios ofertados a la población, o la contratación de los proveedores sanitarios que considere oportuno y la configuración y asignación del presupuesto entre ellos.

Otro hecho a destacar es la organización de la provisión de servicios en las CCAA en redes sanitarias de utilización pública, integradas por los proveedores sanitarios directamente públicos y por aquellos privados o públicos que previa acreditación y concertación puedan prestar servicios en el sistema público.

5.1.- Empresarialización de los centros de gestión directa.

Las transformaciones en el funcionamiento de los centros sanitarios de gestión directa, venían desarrollándose desde 1991, con la aplicación de una serie de medidas encaminadas al control de “costes”, a identificar “el producto”, a satisfacer al “cliente”, o a instaurar el “control de calidad total”, etc., todo ello como si el trabajo en los hospitales fuese el de una cadena de producción. Daba igual que los centros sanitarios siguieran siendo de titularidad pública porque la gestión empresarial llevada a cabo por funcionarios o gestores imbuidos de la economía neoliberal había conseguido mercantilizar el propio servicio sanitario. Su primer objetivo de buscar rentabilidad económica en el sistema sanitario público, estaba en marcha.

En 1998, estas políticas reciben un fuerte impulso con el desarrollo de los Planes Estratégicos en los centros del INSALUD. Estos Planes pretenden “*que los centros adquieran la solidez necesaria*” para “*asumir más competencias*” (de gestión) y “*adaptarse de la forma más ventajosa posible*” para “*hacer frente a otros centros del entorno en un marco de competencia regulada*”. El objeto es promover en los centros sanitarios los “*cambios internos*” que les “*permitan situarse en una posición competitiva en un entorno de competencia regulada*” (INSALUD, 1998).

Las reformas en la organización interna de los centros consisten en la importación, desde el mundo empresarial, de técnicas de gestión (gerencialismo), criterios de productividad (eficiencismo), y sistemas retributivos (personalización salarial e incentivos). La consecuencia es una concentración del poder en los gerentes y sus equipos directivos -que crecen exponencialmente frente a la dis-

minución de plantillas de profesionales sanitarios-, la colocación de los costes y los aspectos económicos por encima de las necesidades de salud, la modificación de la conciencia y de los comportamientos de los profesionales, y la instauración de una nueva organización del trabajo en la sanidad.

Los resultados de la empresarialización de los centros se sienten con inusitada rapidez. Ya el Informe anual del Tribunal de Cuentas sobre los hospitales del INSALUD de 1998 y publicado en 2000, destacaba que en 10 hospitales se habían "*vulnerado sistemáticamente los principios de publicidad, concurrencia, eficiencia y legalidad en la contratación de servicios*". La adquisición de productos médicos y farmacéuticos tampoco se había ajustado a la Ley de Contratos del Estado, señalando que se había llegado a una situación donde cada centro pagaba precios diferentes por un mismo medicamento e incluso que se estaban pagando precios superiores al del mercado. En 2001, el diario *El País* publicaba que estas irregularidades se mantenían y que en la documentación facilitada por el INSALUD podía comprobarse como unos fármacos costaban en unos hospitales públicos hasta cuatro veces lo que en otros (El País, 2006).

Informes del Tribunal de Cuentas de años sucesivos (2003) van llamando la atención sobre diferentes aspectos, como el mal control de las historias clínicas -servicios privatizados en la mayoría de los hospitales públicos- (www.consumer.es 2003), o en 2004 el incumplimiento de los requisitos legales y éticos en los ensayos clínicos, destacando la disparidad de los contratos y la "absoluta falta de homogeneidad" en la definición de aspectos jurídicos, administrativos, económicos y financieros, con "importantes omisiones" en la ejecución de los procedimientos de facturación e ingreso (www.consumer.es 2004).

5.2.- Nuevas Formas de Gestión (NFG).

La Ley 15/1997, de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud (SNS) -aprobada con los votos de PP, PSOE, CIU, PNV y CC-, establece que la gestión y administración de los centros y servicios sanitarios y sociosanitarios podrá llevarse a cabo directa o indirectamente a través de cualesquiera entidades de "*naturaleza*" o titularidad pública admitidas en derecho. Y remarca, como ya recogía la Ley General de Sanidad, que la prestación y gestión de los servicios sanitarios y sociosanitarios podrá llevarse a cabo, además de con medios propios, mediante acuerdos, convenios o contratos con personas o entidades públicas o privadas.

Los centros acogidos a las NFG -fundaciones, sociedades estatales y empresas públicas, y consorcios- tendrán personalidad jurídica propia y se regirán por el derecho privado, con excepción de los consorcios que lo consignent en sus Estatutos y de las Fundaciones Públicas Sanitarias. Estas últimas, creadas a través del artículo 111 de la Ley 50/1998, de 30 de diciembre (Ley de acompañamiento de los PGE para 1999), aún con autonomía de gestión se configuran como organismos públicos, pudiendo acoger (art. 73 del Reglamento) personal estatutario, funcionario o laboral -quizás debido a ello, no se han desarrollado en la

práctica-.

El sometimiento al derecho mercantil persigue, bajo el pretexto de la eficiencia, disfrazar al Estado de empresario a fin de burlar los controles y garantías con que el derecho administrativo protege el manejo de los fondos públicos y el interés general. El Estado elude la intervención previa del gasto -a la que se tacha de excesivamente lenta-, e instaura un control a posteriori tan ágil como inútil, y elude la aplicación de la Ley de Contratos de las Administraciones Públicas, a fin de evitar que la contratación quede sujeta a procedimientos reglados. Eliminar los controles que establece el derecho administrativo en el manejo de fondos que proceden de la ciudadanía, significa sustituir los criterios de objetividad por la discrecionalidad y la arbitrariedad.

El Reglamento por el que se rigen las NFG (RD 29/2000, de 14 de enero), otorga a éstas capacidad plena para desarrollar sus propias estructuras organizativas y gestionar con plena autonomía su tesorería, patrimonio, recursos económicos y humanos (art. 12). También posibilita que puedan recibir donaciones y legados y cualesquiera otras aportaciones públicas y privadas (art. 14). Estas últimas impulsan a las NFG, en un marco presupuestario deficitario, a depender de esas vías financieras como complemento de sus necesidades o para presentar mejores cuentas de resultados -que consolidarán a sus direcciones-, y a adaptarse a las condiciones que les impongan los financiadores privados.

También capacita a las NFG no sólo a disponer de patrimonio propio no sujeto al control de la Tesorería de la SS -junto a los bienes cedidos por las diferentes Administraciones (art. 16)-, sino a adquirir a título oneroso o gratuito, vender, ceder y arrendar bienes y derechos de cualquier clase a cualquier entidad. Con dinero público pueden comprarse bienes a título privado y pueden venderse a manos privadas bienes adquiridos con dinero público, lo que abre el riesgo de descapitalización progresiva del sistema sanitario público. Descapitalización que se ve favorecida por la nula transmisión de riesgos a las NFG, como evidencia el artículo 17 del Reglamento, al establecer que en caso de necesidad la Administración arbitrará los mecanismos que sean precisos en orden a garantizar el normal funcionamiento económico de tales entidades.

Sin embargo, en caso de obtenerse superávits -aún no teniendo ánimo de lucro-, éstos se gestionarán como propiedad del centro. La reinversión en el propio centro rompe los criterios de necesidad y equidad ante los que debe responder la financiación pública, y abre diferencias de medios entre hospitales sin que éstas obedezcan a las diferentes realidades asistenciales, impulsando la lucha por mejorar su posición y peso en un medio de competencia. Se corre, además, el riesgo de obtención indirecta de beneficios particulares, al poder éstos ser repartidos como productividad por cumplimiento de objetivos, beneficiando fundamentalmente -con la lógica imperante-, a los directivos de quien dependen tales decisiones.

Los superávits sólo pueden salir de aportaciones privadas o de la diferencia entre lo presupuestado y lo gastado, lo que favorece la supeditación a las entidades benefactoras y/o a las políticas de ahorro, afectando éstas principalmente a

las políticas laborales. En la sanidad pública, donde el capítulo de personal ronda como hemos visto más arriba el 42% del gasto, no puede establecerse ningún proyecto de negocio serio sin abordar la reducción de plantillas y la variación de las condiciones laborales. De ahí que la relación jurídica del personal que presta sus servicios en Fundaciones (art. 43-44), Sociedades y Empresas Públicas (art. 59-60) y Consorcios -éstos si así lo deciden en sus Estatutos-, sea laboral, sujeta al Estatuto de los Trabajadores. De este modo se saca a las plantillas del estatuto de la función pública, facilitando que estos centros puedan adaptarlas a sus necesidades económicas y organizativas.

El daño que las NFG han ocasionado, se aprecia en dos aspectos básicos. En la fragmentación de la provisión pública, que queda dividida en centros de gestión directa y de gestión privada, y éstos en una diversidad de formulas jurídicas. Y en la dificultad que introducen para permitir un control público efectivo sobre este tipo de centros, demostrando que los órganos de control establecidos en el Reglamento no son garantía suficiente.

En el Informe del Consello de Contas de Galicia de 1996 -conocido en 2002-, se exponía que la Fundación de Verín tenía externalizados en esa fecha los servicios de anatomía patológica y citología, así como la investigación y la docencia. El contrato de anatomía patológica, con una duración de 8 años y subidas del 4% del IPC (por encima del IPC real), presentaba una indemnización de 601.000 € en caso de restricción. Los contratos para investigación y docencia, con una duración de 5 años, presentaban subidas anuales del 10%. Esta situación provocó una descapitalización de la empresa, que en 3 años pasó de un capital de 1,8 millones de € a 330.000 €, teniendo que aprobar la Xunta un crédito extraordinario de 433.734 € para mantener su funcionamiento.

La tendencia no ha variado con el tiempo. Un informe del Tribunal de Cuentas de marzo de 2005, sobre la gestión de las fundaciones en el período 1999-2001, destaca su discrecionalidad y falta de objetividad, y su falta de coordinación y homogeneidad en la gestión, actuando "*al margen de los procedimientos previstos en la Ley de Contratos de las Administraciones Públicas*" y con "*ausencia de planificación anual*" (www.lukor.com 2005).

Tampoco han demostrado las NFG ser más eficientes que los centros públicos de gestión directa. Un estudio publicado en 2004 (Martín García y Sánchez Bayle, 2004) que compara fundaciones y hospitales de gestión directa de características similares, concluye que -respecto a las políticas de personal- las fundaciones tenían menos personal de todas las categorías por 10.000 habitantes, con diferencias significativas en cuanto a médicos (8,87 frente a 12,38) y personal de enfermería (21,08 frente a 35,58), destacando en las fundaciones el abuso de la temporalidad o el incumplimiento de las normas generales respecto a la contratación. Y señala diversos estudios que relacionan un aumento de la mortalidad y de las complicaciones de los pacientes ingresados con un menor número de profesionales médicos y de enfermería.

El número de intervenciones quirúrgicas, ingresos, consultas por 1.000 habitantes y procedimientos al alta también era menor en las fundaciones, al igual que

el número de intervenciones por quirófano y año. Respecto a las listas de espera, los pacientes atendidos en las fundaciones experimentaban mayor demora para ser intervenidos quirúrgicamente que los atendidos en los centros de gestión directa. La docencia MIR y las unidades de investigación tenían menor presencia en las fundaciones, existiendo una relación directa entre estas actividades y la calidad de la atención prestada.

Algunos indicadores relacionados con la eficiencia de los centros, como la proporción de pacientes derivados a otros centros sanitarios, no estaban disponibles en las fundaciones -sin embargo, en 1998, la Fundación de Verín derivó el 35,5% de los pacientes atendidos frente al 22,2% del Hospital de Valdeorras, de gestión directa (Martin, 1998). El estudio finaliza afirmando que las fundaciones no parecen mejorar la asistencia sanitaria y que “parecen estar dirigidas a reducir los gastos a costa de una disminución muy importante del personal y de la actividad asistencial”.

6. Privatización directa de la provisión de servicios

6.1.- Externalizaciones y conciertos privados.

La *externalización y la subcontratación de servicios* no sanitarios se han extendido tanto por los hospitales de gestión directa como en las NFG, desgajando parcelas sin las que no es posible un funcionamiento integral de los centros y una atención de calidad. Representan una privatización directa de servicios como limpiezas, cocinas, mantenimiento, telefonía, historias clínicas, etc., y la privatización de su personal, pudiendo alcanzar, a medida que se extienda a la totalidad de los servicios no sanitarios, a un tercio de las plantillas de los hospitales.

El porcentaje del gasto sanitario público destinado a *conciertos con el sector privado* en el SNS, se ha elevado desde de un 11,9% en 1995 (www.elpais.com 2005), a un 12,5% en 2004 (www.msc 2004). Sin embargo, estas cifras no son reales, dado que no recogen el desvío de pacientes que se producen desde los propios centros sanitarios en cuanto se disparan las listas de espera. De hecho, en 2006, los usuarios de la medicina privada proceden en un 30% de los conciertos con la seguridad social (www.elmundo.es 2006).

Desviar pacientes al sector privado para reducir las listas o los tiempos de espera, como se argumenta, es una estrategia inútil si paralelamente no se incrementan los medios directamente públicos. De ahí que en diciembre de 2005, el número de personas que aguardaban a ser operadas en el SNS (385.050) fuese similar al de diciembre de 2003 (384.558) (El País, 2006), y que en junio de 2006 se mantuviese en las mismas cifras (379.704) (O.M.C.E., 2006). En Galicia, la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos (CESM) ha denunciado que el año 2006 se cerró con malos datos de lista de espera y que se prevé un crecimiento en 2007, a pesar del incremento de los conciertos con el sector privado y de las peonadas en los propios hospitales públicos, reclamando un aumento de financiación, infraestructuras y recursos humanos públicos (firgoa.usc.es 2006).

El desvío de pacientes al sector privado encarece los costes y tiende a descapitalizar al sistema público, al detraer fondos de la asistencia pública ordinaria o de las inversiones en medios directamente públicos. Así se observa en los diferentes planes de choque de disminución de la espera quirúrgica. El Plan de Choque dirigido a la cirugía cardiaca, lanzado en 2000 en el INSALUD, preveía 589 intervenciones y un coste de 732 millones de las antiguas pesetas. El sector público realizaría 417 y consumiría 474 millones, en tanto que el sector privado concertado realizaría 172 por 257 millones de ptas. La diferencia era un encarecimiento del 31,45% por intervención en el sector privado (El Mundo, 2000). Un plan de choque similar desarrollado ese mismo año en Catalunya, mantenía diferencias semejantes en los costes (La Vanguardia, 2000).

La política de conciertos conlleva la pérdida del control público de los fondos a ellos destinados y de la calidad de las actividades concertadas. Un ejemplo significativo se producía en 1997 en la sanidad catalana. El Consorcio Hospitalario Parc Taulí de Sabadell -proveedor sanitario del Servicio Catalán de Salud que daba cobertura a 390.000 personas del Vallés Occidental-, destinaba inversiones de más de 1.000 millones de pesetas de la época para crear productos que atrajeran más pacientes privados, en tanto que en sus informes de gestión exponía que con sus recursos sólo podía atender al 80% de la demanda existente en su zona, manteniendo una lista de espera media superior a los 500 días (Diario Médico, 1997).

En 1998, un estudio de M. Martín García (20) desaconsejaba recurrir al sector hospitalario privado en Galicia, destacando los bajos indicadores asistenciales y la escasa dotación e inadecuados equipamientos de la sanidad privada gallega, así como la escasez de plantillas y una mortalidad quirúrgica superior en un 14% a la de los centros públicos (y eso que en el sector privado son frecuentes las derivaciones al sector público de enfermos en situaciones críticas).

Pero la tendencia es generalizada. Ese mismo año una auditoría realizada por la Inspección Sanitaria del INSALUD de los 259 centros asistenciales privados gestionados por las 21 mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales instaladas en su territorio, concluía que existían importantes deficiencias y riesgos en las instalaciones y escasez de recursos humanos, llamando la atención la práctica inexistencia de traumatólogos, rehabilitadores o médicos preventivistas, dado que se trata de mutuas de accidentes. Igualmente se destacaba que los conciertos se habían realizado sin mediar contratos por escrito (Tribunal de Cuentas, 2000). Sin embargo, estas Mutuas presentaban unas cuentas de resultados y una oferta de precios, que no podrían permitirse los centros públicos de mantener su nivel de instalaciones, accesibilidad, plantillas, titulación y categorías profesionales.

La mala situación del sector privado concertado se ha mantenido en el tiempo, como consta en el informe emitido por la Sindicatura de Cuentas de Catalunya a finales de 2006, sobre la situación en los hospitales privados -mayoritarios respecto a los públicos- concertados con el Servicio Catalán de Salud en el ejercicio 2003. El 59% de los hospitales privados de la Red Hospitalaria de Uti-

lización Pública tenían un fondo de maniobra negativo, lo que dificultaba hacer frente a sus deudas a corto plazo, y un 57% tuvieron pérdidas. Las pérdidas acumuladas provocaron una fuerte descapitalización y situaron a un 20% de los hospitales en una situación de quiebra técnica (www.diariomedico.com 2006).

6.2.- Iniciativas de financiación privada (PFI): cambio de propiedad de las infraestructuras.

La colaboración público-privada (PPP en sus siglas inglesas) para la construcción y explotación de infraestructuras sanitarias públicas, nació en el Reino Unido a comienzos de los años 90. De hecho, el marco de regulación para la participación privada en infraestructuras públicas fue aprobado en el RU en 1991, estableciendo como normas básicas *“la competencia justa por la provisión del financiamiento, la recompensa para el sector privado de acuerdo al riesgo que toma y el requerimiento de que los beneficios obtenidos por la gestión privada deben ser mayores que los costes”* (Portilla, 2005).

Esta modalidad de colaboración (PFI en sus siglas en inglés) se ha extendido en mayor o menor medida por gran parte de los países desarrollados con servicios sanitarios públicos predominantes, presentando variaciones que no alteran su finalidad. En el Estado español, aparte de experiencias aisladas en otras Comunidades Autónomas, la Generalitat Valenciana y el gobierno de la Comunidad de Madrid (CM) han optado por extender masivamente las PFI. El gobierno presidido por Camps ha establecido tal fórmula para los nuevos hospitales (hay 13 proyectados) y los centros de salud de Torrevejeja, Denia, Manises y Elx, con lo que la población valenciana atendida por este modelo superará el 25% (Mayans et al, 2006). La CM construirá así 8 nuevos hospitales -si bien el de Majadahonda supondrá el cierre del Hospital Puerta de Hierro, de gestión directa-, siendo la modalidad de adjudicación la *“concesión de obra pública”*, regulada por la ley 13/2003 de 23 de mayo.

Esta fórmula permite a empresas privadas licitar y acceder a la construcción y explotación temporal de hospitales (el compromiso alcanza los 30 años y pueden ser prorrogado), pagando el gobierno respectivo un canon o alquiler por el uso del mismo. Las empresas adjudicatarias se registrarán por el derecho privado (*“riesgo y ventura”*), tendrán ánimo de lucro y serán propietarias del activo (hospital) mientras dure la concesión -según figura en los diversos Pliegos de Condiciones-. Tal hecho implica un cambio de titularidad de las infraestructuras, de públicas a privadas. En este cambio de titularidad, que supera crecidamente las transformaciones que suponían el desarrollo de las NFG, radican las consideraciones que sitúan a las PFI como mecanismos directos de privatización.

6.2.1. Construir infraestructuras sin incrementar el déficit o la cuadratura del círculo.

Como la propiedad económica del activo (infraestructura) es del socio privado, los pagos anuales que realizan los gobiernos durante el periodo que dura la explotación se consideran gastos derivados de los servicios recibidos, y se regis-

tran en el presupuesto como gasto en consumo final de la administración.

Tal juego contable permite a los gobiernos construir infraestructuras mediante PFI, cumplir la ley de estabilidad presupuestaria y cumplir ante el electorado. En estos tres hechos radica el atractivo del contrato de todas las variantes de PFI para los gobiernos. Reduce el gasto de capital corriente, proyectándolo hacia el futuro mediante convenios de arrendamiento aplazados, no contabiliza como capital gastado según los criterios de Maastricht y avala una buena tarjeta electoral.

Repartir en pagos anuales los elevados costes que entrañan las PFI, suponen una vía de escape, en el corto plazo, a las restricciones y controles presupuestarios, pero no afectan al monto del pago final. Y en este sentido son un engaño a la opinión pública, porque permite a los gobiernos dejar los costes de nuevas infraestructuras fuera del balance público a efectos de deuda y déficit, y decir que el presupuesto está equilibrado.

Además, este juego formalista aparenta olvidar que los compromisos de pago a las concesionarias son jurídicamente firmes y que comprometen los presupuestos públicos, mientras dure la concesión, de la misma forma que si se tratase de la amortización de una deuda adquirida directamente por los gobiernos para la construcción de un hospital. Sin embargo, la preocupación de los gobiernos por comprometer el presupuesto futuro o por las consecuencias que tal hecho pueda tener sobre nuevas inversiones necesarias -y sus efectos sobre la población-, desaparece cuando el pago se realiza a las empresas privadas concesionarias.

6.2.2. Costes públicos elevados por transferencias a manos privadas.

Un reciente informe de la OMS, tras estudiar múltiples experiencias de colaboración público-privada, llama la atención sobre el mayor coste de éstas, por encima del modelo de construcción y explotación tradicionales (McKee, Edwards y Atun, 2006). Las llamadas de atención de diversos autores sobre el impacto negativo de las PFI se ven así respaldadas: *“Aparentemente son una forma de contratar con el apoyo financiero del sector privado para la financiación de infraestructuras costosas, pero a medio/largo plazo su coste puede ser mayor que si la inversión la hubiese afrontado inicialmente el sector público. Generalmente las empresas o consorcios privados involucrados en estas iniciativas pactan, además del arrendamiento de la infraestructura, la prestación de servicios (finales y/o intermedios) a través de contratos de larga duración. Este tipo de contratación a largo plazo tiene el inconveniente de que puede conducir a la consolidación de la posición del concesionario y a la erosión de posibles ahorros, justo lo contrario de lo que en principio se pretende”* (van den Noord, 2003, Cabiedes 2003).

El aumento del coste de las PFI responde a factores diversos. Los gobiernos siempre pueden endeudarse a un coste menor (Tesoro Público) que las empresas privadas, que dependen de créditos bancarios al interés de mercado. En el RU los préstamos de las concesionarias privadas tienen una solvencia BBB, siendo menos ventajosos y más costosos que los préstamos que proceden del Ministerio de Hacienda, cuyos préstamos tienen una solvencia AAA (Gosling, 2004).

La complejidad de los contratos también encarece el proyecto PFI, dado que

obliga a recurrir a costosos servicios de consultoría (jurídica, financiera y otros especialistas). Un estudio que analiza el coste de los 15 primeros hospitales construidos como PFI en el RU, advierte que sólo en estos conceptos se produjo un encarecimiento medio del 4% del valor del capital (Ruane, 2005).

Otro factor de encarecimiento reside en que, tanto durante la fase de construcción como en la gestión posterior, las compañías privadas tienen que repartir dividendos entre sus accionistas. En la experiencia británica, los beneficios se estiman entre un 15 y un 20% (The Guardian, 2003). Igualmente provocan un aumento de los costes administrativos del sector público debido al seguimiento del mantenimiento y de los servicios contratados con las concesionarias. Y en caso de incumplimiento de éstas, el precio de las PFI para los gobiernos puede dispararse a causa de los costosos procesos legales correspondientes, sin los que será difícil aplicar penalizaciones.

Pero incluso sin tener en cuenta todos estos factores, sólo el coste de construcción encarece las PFI. La construcción del Hospital General de Asturias -acometida públicamente y con 1039 camas previstas-, costará 205 millones de €, mientras que la construcción como Concesión Administrativa del Hospital de Majadahonda de Madrid, con 878 camas previstas, se eleva a 226,6 millones de € (El País, 2006 a). Sin ninguna causa que justifique ese regalo a las concesionarias -los terrenos son cedidos públicamente-, el hospital PFI con 161 camas menos costará 21,6 millones de € más.

Basándose en un estudio realizado en EEUU durante dos décadas -que recoge 146 comparación entre hospitales privados con y sin ánimo de lucro-, el informe de la OMS referido resalta igualmente el mejor comportamiento del sector privado sin ánimo de lucro con respecto al coste, cuidados, acceso y misión social -60% de los casos (88), frente a un 12% (18)- (McKeer, Edwards y Atun, 2006).

6.2.3. Costes públicos elevados por transferencias a manos privadas.

Los propios gobiernos hablan de recompensar el riesgo de los inversores privados en PFI, sin embargo los analistas suelen coincidir en que una vez finalizada la construcción de los hospitales, prácticamente no existe riesgo financiero y esta modalidad pasa a producir enormes beneficios (Lister). No es de extrañar que en el RU una vez finalizada la fase de construcción el nivel de solvencia de las concesionarias cambie, pasando de BBB a nivel AAA, considerado de alta seguridad y rentabilidad. Las empresas tienden en esos momentos a vender su deuda para refinanciar el proyecto, obteniendo un beneficio no previsto. La refinanciación de la sociedad creada para explotar el Hospital Norfolk & Norwich, obtuvo 4,1 millones de libras de beneficio neto para Serco, uno de sus accionistas (Gosling, 2004). En 2003, Carillion vendió a Barclays Capital el 30% de las acciones que tenía sobre el Hospital Darent Valley, obteniendo unos beneficios de 11 millones de libras (Gosling, 2004).

La enorme variación del valor financiero atribuido a los riesgos transferidos, encontrada en la práctica (del 17,4 al 50,4% de los gastos en bienes inmuebles totales), también ha sido analizada, respondiendo con una constancia admirable

a la diferencia existente en los diferentes proyectos entre la financiación privada y la pública (Pollock, Shaoul y Vickers 2002).

Los riesgos reales los corre el sector público porque en caso de quiebra o de fracaso desde el punto de vista de la eficacia sanitaria, el SNS se verá obligado a cubrir los préstamos y deudas adquiridas por las concesionarias a lo largo de 30 años. Los Pliegos de Condiciones de los nuevos hospitales de la CM, recogen que en caso de procederse a la resolución de las concesiones por incumplimiento de algunas de las obligaciones de las empresas concesionarias, la administración se subrogaría en las obligaciones pendientes con las entidades financieras para asegurar el servicio a la población -de no ser así, sería difícil que un banco prestase dinero a las concesionarias para construir y explotar un hospital-. Y es que la obligación constitucional de garantizar esos servicios a la población, impide que se realice una transmisión real de los riesgos desde los gobiernos a las empresas privadas concesionarias.

La experiencia británica es contundente. *"Mientras que muchos negocios están teniendo dificultades con la reciente desaceleración económica y el clima creciente de inseguridad en los negocios, la mayor parte de las compañías de Servicios Profesionales del Sector Público están creciendo rápidamente"*, debido a que *"existe actualmente un vivo deseo en el sector de empresas de renta variable por las compañías de Servicios Profesionales del Sector Público, que refleja, en parte, el amplio reflujo en la economía, pero también las excelentes expectativas de crecimiento y ganancias seguras disfrutadas generalmente por esos mercados"* (Capital Strategies, 2003).

En otro informe, publicado en The Guardian (5/9/2003), se afirma que *"las compañías de construcción comprometidas en la Iniciativa de Financiación Privada esperan conseguir entre tres y diez veces más dinero que lo que han conseguido con los contratos tradicionales"* -los márgenes de beneficios pasaron del 7,5% al 15%, y del 10% al 20% para los propietarios de acciones de renta variable-. Y, según un informe de 2003 de la federación de la Industria de la Construcción Europea, en el Reino Unido esta industria *"creció por encima del 8% el último año"*, mientras que en Alemania y Francia el sector menguó un 2,5% y un 0,7%, respectivamente, identificando a los contratos PFI como la razón más importante para el fuerte crecimiento en el Reino Unido. Las PFI permiten al sector privado -a las constructoras principalmente-, no sólo mantener sino elevar su ritmo de contrataciones, al tiempo que reduce su exposición en los momentos de contracción del mercado.

Incluso The House of Commons Public Accounts Committee (organismo de control de cuentas del Parlamento británico), ha llamado la atención sobre los beneficios obtenidos por la constructora privada que edificó el hospital de Norfolk, destacando los elevados costes de tramitación (Atun, 2005).

6.2.4. Rigidez y futuro público hipotecado.

Los contratos PFI, como se ha visto, establecen mecanismos de garantía del beneficio para las empresas concesionarias durante dilatados períodos de tiempo

(30 años), lo que dificulta cualquier modificación en el ajuste de la estructura y funcionamiento de esos hospitales ante las cambiantes necesidades de salud de la población y del sistema sanitario. Esta falta de elasticidad -mayor que la que se atribuye a los sistemas sanitarios donde financiación, gestión y provisión son directamente públicos-, va a condicionar indudablemente la planificación sanitaria y las modificaciones que se puedan producir en el ordenamiento jurídico sanitario, dificultando la innovación y mejoras en la calidad.

Nadie sabe si en esos años los avances tecnológicos reducirán la estancia media hospitalaria, haciendo innecesarias muchas de las camas y servicios a cuyo pago se han comprometido los gobiernos. El hecho es que en un corto espacio de tiempo, esos gobiernos se pueden encontrar con que los hospitales construidos son excesivamente grandes o pequeños, y con enormes dificultades y costosas soluciones para acomodarlos a las necesidades. En junio de 2005, un alto funcionario del Departamento de Salud manifestaba en el *Health Service Journal* que las concesiones PFI estaban atando al NHS a contratos de 30 años para servicios que podrían convertirse en innecesarios en 5 años (Monbiot, 2005).

Las PFI, como política de construcción de infraestructuras sanitarias, hipotecan el futuro de las inversiones sanitarias, favoreciendo el deterioro de los hospitales públicos. En el RU, “el gobierno aspira a tener finalizados una serie de hospitales PFI antes de 2010, con un coste de 7 billones de libras, lo que representa el 85% de toda la nueva inversión de capital del NHS y el 94% de los nuevos hospitales” (Monbiot, 2005). Aunque figuren en los contratos cláusulas que otorguen a las Autoridades Sanitarias la facultad de modificar los mismos por razones de interés público, cualquier medida que se tomase en este sentido supondría importantes costes de indemnizaciones o pasaría por abrir un procedimiento administrativo largo y costoso hasta su resolución. Sin embargo, su repercusión sobre los usuarios del servicio sería inmediata, ya que la Administración no ostenta competencias en relación con la explotación, presionando la actuación de los gobiernos.

La experiencia de litigios entre las autoridades y las empresas concesionarias, no es muy esperanzadora. En Canadá, el conflicto entre la empresa concesionaria de la autopista 407 y el gobierno de Ontario, acabó desastrosamente para éste. Dicha empresa, en 2004, aumentó unilateralmente las tarifas del peaje. El gobierno provincial de Ontario inició el proceso de resolución de disputas previsto en el contrato, señalando que la empresa lo había incumplido al aumentar los peajes sin su previa autorización. La defensa de la empresa, navegando en la enorme complejidad de leyes y normativas que suelen acompañar a las PFI, arrancó un dictamen claro sobre su derecho a modificar el peaje de la autopista sin tener que pedir autorización previa al gobierno (Díaz Pérez, 2005).

No es, por tanto descabellado afirmar que cualquier modalidad de PFI no garantiza la adecuación de las prestaciones a las necesidades de la población, y que en caso de incumplimiento por parte de las empresas concesionarias, las consecuencias las sufrirán directamente los usuarios y las arcas públicas.

Las Concesiones Administrativas madrileñas establecen en sus contratos, el

compromiso de crear una Unidad Técnica de Control y una Comisión Mixta (con igual proporción de la Administración y la sociedad concesionaria), en el plazo de varios meses desde la formalización de los mismos, a fin de garantizar la coordinación entre las empresas privadas y las Autoridades sanitarias de la Comunidad. Y se detalla que sus funciones se recogerán en un Reglamento. Esto implica que no se han establecido ni regulado de forma previa a la firma de los contratos los mecanismos de coordinación, seguimiento y control de la gestión y explotación de la obra y de los servicios, ni sistemas de garantías. Parece un despropósito realizar unos contratos a 30 años y postergar toda esta compleja regulación -la creación de órganos y el establecimiento procedimientos que garanticen el funcionamiento de estas entidades, así como el ajuste entre el contrato establecido y el ordenamiento jurídico del SNS-, a un tiempo posterior a la formalización del propio contrato.

6.2.5. Ni más eficientes ni más calidad.

La argumentación que atribuye al sector privado mayor eficiencia que al sector público, y que esa mayor eficiencia es la fuente de los beneficios económicos que genera el sector privado, choca con varios trabajos del Servicio de Estudios del Banco de España de 1997 y 1998 -desarrollados por I. Argimón, C. Artola y J.M. González-Páramo-. Según éstos, no se han de esperar ganancias significativas de eficiencia por el solo hecho de transferir las empresas públicas al sector privado.

Si bien no parecen existir dudas sobre la escasa eficiencia general de los contratos PFI -dado su mayor coste y los elevados riesgos que conllevan para las Administraciones Públicas-, diversos estudios apuntan también a que el coste del mantenimiento anual de los edificios construidos como PFI puede ser más alto que el coste de mantenimiento de los hospitales tradicionales y escasa la calidad de los servicios que explotan las concesionarias (McKee, Edwards y Atun, 2006), aunque reconocen la dificultad de establecer comparaciones globales en la experiencia británica, dado el récord de pobre mantenimiento de los hospitales públicos y la falta de transparencia de las PFI.

Pese a las malas experiencias iniciales en el plazo de entrega de las obras y el coste de las mismas, que no se ajustaban a lo presupuestado, el informe de la OMS referido destaca que en el RU en el año 2001, se entregaron en el tiempo marcado el 76% de los proyectos y que el 79% lo hicieron dentro del presupuesto. Sin embargo destaca, uniéndose a la opinión de numerosos analistas e informes, la mala calidad de los materiales, los errores en el diseño y el tamaño inadecuado de los edificios, y la existencia de costes de mantenimiento más elevados que los proyectados (McKee, Edwards y Atun, 2006, Carvel, 2003, Lister b).

Otros autores destacan la mala calidad de los servicios a cargo de las concesionarias (limpieza, alimentación,...) y la escasez de personal, y recogen la queja de estas empresas sobre los estrechos márgenes comerciales de los servicios no sanitarios y las fuertes presiones para mantener los precios, lo que obliga a prestar unos servicios de calidad mínima (Ruane, 2005). Las quejas de los pacientes han hecho aflorar, en ocasiones, casos como el de la comida servida en el Hospital de Edimburgo, que no se cocinaba en el hospital, ni en Edimburgo, ni

en Escocia. Se traía desde Gales, a más de 500 km de distancia (El País, 2006b).

En el RU, tras más de 20 años de experiencia PFI, son habituales las restricciones en la remuneración en los servicios no sanitarios a cargo de las concesionarias lo que conlleva una disminución de la calidad de los mismos, hasta el punto de evidenciarse la relación entre el bajo nivel de limpiezas de las salas comunes -en ese período la plantilla de limpiezas ha caído a la mitad- y la propagación del *Staphylococcus Aureus* Resistente a la Meticilina (Fisher, 2005). Las infecciones causadas por esta bacteria han generado una verdadera plaga en los hospitales británicos, provocando importantes gastos públicos al aumentar la estancia hospitalaria y un elevado número de muertes evitables, ya que el MRSA es vulnerable a los detergentes comunes - "*si las salas fueran limpiadas a fondo, el MRSA no prosperaría*"- (Sanai, 2003).

6.2.6. Disminución de camas hospitalarias y servicios.

En los contratos de las Concesiones Administrativas de la CM, la dotación de servicios y camas es muy reducida -con excepción del H. de Majadahonda-, y en ningún lugar figura la dotación de recursos humanos. Su diseño orienta sus actividades sanitarias hacia áreas que no impliquen complejidad ni riesgos, y supongan bajas estancias hospitalarias, respondiendo más a los intereses económicos de las empresas concesionarias que a las necesidades sanitarias de la población en los lugares donde van a ser ubicados, estimándose por todo ello que tendrán una rentabilidad sanitaria baja.

La construcción de estos hospitales se acompaña del desarrollo de los Planes Directores en todos los hospitales de gestión directa de la Comunidad, que reducirán sensiblemente el número de camas directamente públicas y el de camas totales. Mientras está prevista la creación de aproximadamente 1.400 camas, se destruirán más de 2.000 camas de gestión directa. La reducción del número de camas totales no reduce las posibilidades de negocio privado. Para sostener e incrementar el precio de los servicios sanitarios y los beneficios privados en un medio que tiende a la mercantilización, es preciso que la oferta sea inferior a la demanda y, por supuesto, se sitúe muy por debajo de las necesidades sanitarias reales de la población.

La Ontario Health Coalition canadiense, en su Informe de 4/2005, ya avisaba de las consecuencias de la introducción de las PFI en su sistema sanitario: recorte del número de camas, reducción del presupuesto de personal y acceso restringido de la población, mientras el sector privado nadaba en beneficios. En el RU la escasez de camas es una característica de todos los hospitales PFI (Lister c). Un estudio de 2003 afirma que las PFI por definición conllevan una disminución de camas -que ronda en torno al 24%- y servicios vinculados a éstas, para poder hacer frente a los costes (Dunningan y Pollock, 2003).

La reducción de camas gestionadas directamente por la Administración Pública -hasta colocarse por debajo de la provisión privada, como es el caso de la CM-, refuerza la posición del sector privado en los sistemas sanitarios y frente a los gobiernos.

6.2.7. Pérdida del control público de las políticas financieras, de personal y sanitarias.

En el modelo PFI, la explotación de los servicios no sanitarios suelen recaer en las concesionarias, en tanto que los sanitarios suelen depender indirectamente de las autoridades sanitarias, lo que conlleva la pérdida real del control público sobre las finanzas y las políticas de personal de esos centros. Las Concesiones madrileñas tendrán el derecho de explotación y mantenimiento de la obra pública y del equipamiento del hospital, así como la capacidad para prestar los servicios residenciales y complementarios no sanitarios, y explotar las zonas complementarias y los espacios comerciales autorizados. Esto supondrá la externalización y privatización directa de todos los servicios comprendidos en estos apartados y de su personal (en torno al 33% de las actuales plantillas).

A su vez, el gobierno de la CM elude gestionar directamente los servicios y el personal “estrictamente” sanitarios (Ley de Acompañamiento de los Presupuestos de la CM 2007), recurriendo a la creación de unas empresas públicas con personalidad jurídica propia y que ajustan sus actividades al ordenamiento jurídico privado (dependientes de la Ley 1/1984 de la CM, art.2.2, o acogidas a la Ley 15/97 sobre NFG), y dirigidas por sus correspondientes Consejos de Administración. Optar por empresas públicas apunta, en principio, a que su personal se regulará por el Estatuto de los Trabajadores, pudiendo ser cedido por la CM bajo la figura de “prestación de servicio bajo otro régimen jurídico” (Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud).

A la complejidad de mantener tal disparidad de legislaciones a la hora de gestionar -que exigiría una detallada regulación que no existe en los contratos realizados-, se suma la dificultad de hacer efectivo el control público sobre las concesionarias y los consejos de administración. Dificultad que puede aumentar si se tiene en cuenta que las concesionarias podrán subcontratar a otras empresas los servicios bajo su dominio. La maraña que se generará hará prácticamente imposible cualquier tipo de control y seguimiento por parte de las autoridades, incluso conocer en último término quien presta el servicio correspondiente - recordemos el desastre del Yak 42-.

Permitir que las decisiones de un conjunto de actividades íntimamente ligadas a la prestación sanitaria queden en manos de compañías privadas, y los servicios sanitarios en manos de consejos de administración, supone poner en riesgo la propia prestación sanitaria y asistencial. La creación de una división artificial del hospital -entre lo “sanitario” y lo “no sanitario”- quebrará su funcionamiento, al generar una dualidad de competencias que facilitará la aparición de conflictos de intereses entre las partes que conforman el hospital y entre ambas y el interés público.

The Financial Times publicó en la primavera de 2005 en Reino Unido, que la Oficina Nacional de Estadística (Office for National Statistics, ONS) estaba por reclasificar el proyecto de las PFI, dado lo complicado y difícil que era seguir y tratar las deudas de estas entidades. La ONS desmintió que hubiese tomado nin-

guna decisión para cambiar el proyecto PFI en las finanzas públicas, si bien aclaraba que las deudas de las PFI son un asunto demasiado complejo y difícil (citado en Atun, 2005). De este modo reconocía que su capacidad para conocer las actividades reales de las PFI y poder clasificar sus cuentas, estaba siendo superada.

El informe de la OMS al que ya se ha hecho referencia, llama la atención no sólo sobre la falta de transparencia que rodea estos proyectos sino, también, sobre la confidencialidad de los mismos, aspecto estimado por las compañías privadas.

La falta de transparencia y la dificultad de intervención pública ya se han hecho patentes en el funcionamiento de las Nuevas Formas de Gestión amparadas en la Ley 15/97, donde únicamente se privatiza la gestión -permaneciendo como pública la propiedad del centro-, no entran compañías privadas en la explotación directa del mismo y tampoco existe ánimo de lucro directo. En las Concesiones, la Administración pública deja de ser directamente responsable del funcionamiento de esas entidades, perdiendo el vínculo directo entre el usuario y el proveedor. Al ser las compañías privadas las propietarias de los activos (hospitales), el papel de la Administración se reduce al de alquilar los servicios. Además, las empresas concesionarias, al no estar sujetas a la misma legislación que las autoridades sanitarias, tampoco están obligadas a dar público acceso a cierta información.

En la CM, también se deja en manos de las empresas concesionarias la contratación de auditorías de calidad de los servicios que ellas mismas explotan, introduciendo mecanismos de dudosa transparencia.

Diversos estudios señalan que las empresas que invierten en PFI logran costes competitivos “*disminuyendo el número de empleados y empleando a nuevos trabajadores con salarios más bajos*”, y reduciendo la calidad del servicio (Grimshaw, Vincent y Willmott, 2002). La introducción del ánimo de lucro y la lucha por la financiación -en el caso de las empresas públicas- supedita a la rentabilidad económica privada la orientación sanitaria y la organización de los centros, las plantillas y las condiciones laborales.

Pero no sólo se pierde el control sobre las políticas financieras y de personal. Al entregarse a las sociedades concesionarias la gestión de la información sobre el desarrollo operativo de los servicios, se les está entregando una competencia pública estratégica y se están disminuyendo las garantías que aseguren tanto la privacidad de esa información como la utilización que se le dará. A su vez, tal cesión va a dificultar la creación de los sistemas de información precisos para hacer efectivos los distintos niveles de responsabilidad en el sistema sanitario. Igualmente se carecerá de ellos para la investigación.

También se reduce la capacidad de los ciudadanos para influir en las políticas sanitarias, mientras aumenta la capacidad de las compañías privadas. Los centros de decisión se alejan y aíslan de la población, bien porque la legislación -el derecho privado por el que se rigen dichas empresas-, dificulta o impide la intervención de los movimientos sociales, bien porque las compañías privadas se interponen con su influencia entre la autoridad sanitaria y dichos movimientos sociales. La cooperación público-privada no sólo va a variar el panorama sanitario, sino que darán lugar inevitablemente a un complejo sanitario empresario-

gubernamental inmune a la influencia de los movimientos sociales y de la ciudadanía y de sus necesidades de salud.

Las PFI convierten al sector privado en los verdaderos protagonistas en la prestación de un servicio público. La existencia de un sector privado muy abultado puede dejar fuera de juego a los proveedores directamente públicos (al menos en las parcelas realmente lucrativas), consiguiendo una posición de fuerza desproporcionada en sus negociaciones con los gobiernos, hasta convertir al sector público en un rehén del sector privado.

Contundente es Juan Francisco Martín Seco en su reciente artículo *“Hospitales privados”*: *“Resulta extremadamente curioso que los que -al parecer- suponen retrasos y despilfarro en la construcción de hospitales mediante el sistema clásico, estimando, por tanto, que la Administración no es capaz de controlar a las constructoras para exigirles el cumplimiento estricto del contrato, sí crean que se va a poder controlar a las concesionarias en el cumplimiento de un contrato mucho más complejo como el del PFI y durante un periodo de 30 años. El sector público va a quedar hipotecado no sólo económicamente (que también y en mayor medida que si acudiera a la deuda pública), sino en la administración a los ciudadanos de un servicio esencial como es el de la Sanidad”*.

7. A modo de conclusiones

El panorama descrito en las páginas precedentes parece desalentador para los defensores de los servicios públicos, sin embargo, no podemos concluir pensando que esto es algo que ha de pasar inexorablemente y que no tiene vuelta atrás. La estrategia privatizadora diseñada desde los años 70 se ha podido llevar a cabo por una determinada correlación de fuerzas.

En el Estado español, el apoyo que los sindicatos y partidos mayoritarios de la izquierda prestaron en la transición a la Constitución monárquica y a los Pactos de la Moncloa (1977), supuso el abandono de cualquier expectativa de cambio por la que la clase trabajadora había luchado durante cuarenta años de dictadura.

Estos acontecimientos dejaron a la defensiva al movimiento obrero y a las fuerzas de izquierda en plena crisis económica de los años ochenta y con las recetas neoliberales en marcha -reconversiones industriales, venta de empresas públicas y privatizaciones de servicios públicos-, por lo que a pesar de algunas luchas ejemplares el retroceso del movimiento obrero fue continuo. Y lo que hizo más grave la derrota fue carecer de una herramienta básica para su organización, defensa y transformación social, como hasta hacía poco habían sido los sindicatos de clase y partidos de izquierda.

Si bien las políticas de control de la inflación y aumento de la productividad actúan de forma general sobre el conjunto de los trabajadores, el sector de los servicios públicos no es tan vulnerable como el sector productivo a los procesos de fragmentación, y mucho menos a los de relocalización. Los servicios públicos representan un capital atado geográficamente. Pueden variar

respecto al título de propiedad -y en tal sentido pueden fraccionarse-, pero carecen de posibilidad de traslado geográfico o de rentabilidad fuera del lugar en que se desarrollan.

Por esto, los procesos de privatización de la sanidad pública favorecen, al menos objetivamente, los procesos de unidad entre sus trabajadores -que ven atacados sus derechos laborales- y de la población -que ve atacados sus derechos sociales y sanitarios-. Estas son las causas del lento avance del proceso privatizador en el Estado español -iniciado en 1991 con el Informe Abril- así como en el resto de países de la UE. Por el contrario, en el caso de algunos Estados latinoamericanos, la profundización de estos procesos ha ido asociada a fuertes crisis económicas, que han hecho saltar sus estructuras e instituciones, caso que no se ha dado en la UE.

El tiempo perdido tras el fracaso de las fundaciones ha permitido a las fuerzas privatizadoras avanzar medidas y afianzar posiciones -como las PFI- que sin duda van a tener un coste importante en términos de salud para los sectores más débiles y desfavorecidos de la población, y van a incidir negativamente sobre las plantillas y las condiciones laborales de los trabajadores de la sanidad. Sin embargo, aún es factible abrir un frente por el derecho a la salud y por un servicio público sanitario desde la unidad de la ciudadanía y los trabajadores de la sanidad, sumándose a los movimientos y a las luchas que se desarrollan en Europa.

Los ejes básicos de nuestras exigencias en el Estado español deberían ser la derogación de la Ley 15/97 sobre Nuevas Formas de Gestión, garantía para cortar de raíz las políticas que permiten la gestión indirecta o la privatización de la gestión, y obligar a las Administraciones Públicas a financiar, gestionar y proveer los servicios sanitarios directamente, con personal sanitario dedicado en exclusiva al SNS; el aumento de los presupuestos sanitarios hasta igualar la media de la UE de los 15 y ligar posteriormente el incremento de los fondos públicos a las necesidades de salud, planificando para disminuir las inequidades existentes que eleven el nivel de bienestar de la población; el desarrollo de una ley que garantice la participación e intervención de los movimientos sociales en el control de los servicios sanitarios.

Bibliografía

- ATUN, R.A. *Is the private finance initiative dead?* British Medical Journal. Vól. 331, nº 7520. 8/10/2005.
- CABIEDES MIRAGAYA, L. *Aplicación de la nueva gestión pública a las reformas sanitarias del RU, Suecia, Nueva Zelanda y España*. Documentos de trabajo, Universidad de Oviedo, Facultad de Ciencias Económicas, nº. 260, 200339 págs. 2003 (<http://www.uniovi.es/econo/DocumentosTrabajo/2003/260-03.pdf>).
- CAPITAL STRATEGIES. *Servicios Profesionales del Sector Público: Tiempo de*

- Prosperidad*. 2003. En Privatización y sistema escolar en Inglaterra. Hatcher R. <http://firgoa.usc.es/drupal/node/25509>
- CARVEL, J. *Inspectors slam PFI hospital in report*. The Guardian 27/2/2003 CINCO DÍAS, 14/03/2006
- DIARIO MÉDICO, 4/9/1997.
- DÍAZ PÉREZ J. *Colaboraciones público-privadas en Canadá*. Oficina Económica y Comercial de la Embajada de España en Ottawa, Julio-2005. http://www.icex.es/staticFiles/EstudioMercado_PPPCanada_9009_.pdf
- DUNNIGAN, M. G., y POLLOCK, A. M. 2003. Downsizing of acute inpatient beds associated with private finance initiative: Scotland's study case. BMJ, 326:905. <http://www.bmj.com/cgi/content/full/326/7395/905>
- EL MUNDO, 14/6/2000.
- EL PAÍS, 30/6/2001
- EL PAÍS 12/12/2005;
- EL PAÍS, 9/6/2006.
- EL PAÍS, 2006 b 13/12/2006. Entrevista a Peter Fisher
- EUROSTAT–ESSPROS. 2006 *Social Protection in the UE*. Statistics in focus. Population and social conditions 14/2006. <http://firgoa.usc.es/drupal/node/33386>. 16/12/2006.
- FISHER, P. *Las PFI*. Salud 2000, nº 101. Abril, 2005
- GOSLING, P. *PFI: Against the public interest. Why a "licence to print money" can also be a recipe for disaster*. 2004. www.unison.org.uk/acrobat/B1457pdf
- GRIMSHAW, VINCENT and WILLMOTT, 2002. *Going privately: partnership and outsourcing in UK public services*. Public Administration, 80 (3), 475-502. http://www.jbs.cam.ac.uk/people/senior_associates/pdfs/willmott_going_privately.pdf
- I.N.E. 2006 Boletín informativo del INE de agosto, 3/2006.
- INSALUD, 1998 *Apuntes de Planificación Estratégica*. Subdirección General de Organización del INSALUD; Abril, 1998.
- LA VANGUARDIA, 29/6/2000
- LISTER, J. *The PFI*. www.keepournhspublic.com/pdf/theprivatefinanceinitiative.pdf
- LISTER, J. b *The PFI experience: voices from the frontline*. www.unison.org.uk/acrobat/13383.pdf.
- LISTER, J. c *The PFI experience: voices from the frontline*. www.unison.org.uk/acrobat/13383.pdf.
- MARTÍN M. La fundación de Verín o la engañosa nueva gestión sanitaria. Salud 2000;78:11-3
- MARTÍN GARCÍA, M. *La política sanitaria de Romay en Galicia*. Asoc. Galega para Defensa da Sanidade Pública. 1998
- MARTÍN-GARCÍA, M. y SÁNCHEZ BAYLE, M. *Nuevas formas de gestión y su impacto en las desigualdades*. Gaceta Sanitaria 18-Supl. 1, PP. 96-101. 2004.
- MAYANS, J. y otros. *Privatizaciones y fractura del sistema sanitario público*. elpaís.com 2/6/2006
- McKee, M., EDWARDS, N. & ATUN, R. *Public-private partnerships for hospi-*

- tals*. Bolletín of WHO. November, 2006
- MONBIOT, G. *Our very own Enron?* The Guardian, 28/6/2005. www.monbiot.com/archives/2005/06/28/our-very-own-enron/
- NOORD, VAN DEN, P. *Managing Public Expenditure: The UK Approach*. Economics Department Working Papers, nº 341, OECD. 2002; O.M.C.E. Organización Médica Colegial de España. www.cgcom.org/notas_prensa/2006/06_12_12_listas_espera.html. 12/12/2006.
- POLLOCK, A., PRICE, D., SHAOUL, J. *Cómo la OMC está formando políticas nacionales en el área de la sanidad*. The Lancet, 354; 9193. 1999.
- POLLOCK, A., SHAOUL, J., VICKERS, N. *Private finance and "value for money"*, in NHS hospitals: a policy in search of a rationale? BMJ, 324. 18/5/2002. <http://www.bmj.com/cgi/content/full/324/7347/1205>
- PORTILLA M. *Las constructoras se convierten en las nuevas financieras de la Administración*. El Comercio Digital, 6/2/2005
- RUANE, SALLY. *L'initiative de financement prive et le service national de sante du Royaume-Uni*, in Telescope Quebec, Journal of the Ecole Nationale d'Administration Publique, Vol 12, No. 1 Fevrier, 41-52. Canada). 2005.
- SANAI, LEYLA.
<http://society.guardian.co.uk/nhsperformance/coment/0,,879143,00.html>. 21/1/2003
- THE GUARDIAN, 5 septiembre 2003
- THE LANCET, (1999) 11/19 <http://society.guardian.co.uk/nhsperformance/comment/0,879143,00.html>199, vol. 354. 1999.
- TRIBUNAL DE CUENTAS, Informe de 1998, publicado en 2000
www.consumer.es/web/es/derechos_del_consumidor/2003/06/14/62517.php. 14/6/2003.
www.consumer.es/web/es/salud/2004/02/06/95284.php. 6/2/2004.
www.diariomedico.com. 19/12/2006
www.elmundo.es/suplementos/salud/2006/691/1167416954.html. 30/12/2006.
www.elpais.com/articulo/pais/vasco/conciertos/sanitarios/centros/privados/costaron/818/millones/2005/elpepuesppvs/20060405elpvas_9/Tes.2005.
www.lukor.com/not-neg/sectores/0523/08162629.htm. 2005
www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/gastoSanitario/docs/avanceEGSP2004.pdf. 2004.