**LA PRIVATIZACIÓN DE LA SANIDAD PÚBLICA EN CATALUÑA**

Se entiende aquí privatización de la atención sanitaria pública no exclusivamente como un cambio de titularidad de los recursos sinó como obtención de beneficio económico empresarial por la provisión de servicios. Cuando la provisión de estos Servicios se efectua por entidades de gestión y titularidad públicas, el beneficio puede revertir en ahorro o en mayor dotación presupuestaria para la atención sanitaria. Por esto hablamos de privatización

Como ayuda para comprender el paso de la provisión de la atención sanitaria pública a un producto mercantil capaz de generar beneficios privados explicamos algunas de las diferentes vías utilizadas en Cataluña, sistematizadas por Joan Benach en las siguientes:

* Aprobar legislaciones que favorecen la puesta en pràctica del derecho privado
* Estimular la segmentación del sistema público
* Favorecer las externalizaciones y la subcontratación de Servicios
* Implementar políticas favorecedoras de sistemas privados mediante redes de influencia en los órganos de decisión de centros, áreas y regiones sanitarias
* Degradar el sistema público, debilitándolo, enlenteciendolo o infrautilizándolo
* Reforzar un sistema de salud mas individualista y medicalizado que favorece la especialización, el hospitalocentrismo y el exceso de protocolización
* Favorecer a través de la cultura mediàtica la opinión de que todo lo público es burocrático e ineficiente al contrario de lo que sucede en todo lo privado

En la sanidad pública de Cataluña tenemos ejemplos de todas ellas y gran experiencia en la cinco primeras

*Legislaciones que favorecen la puesta en pràctica del derecho privado*

 Desde 1990 la Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña (LOSC) definió el modelo sanitario catalán como un modelo mixto separando la función de compra y planificación a cargo del CatSalut de la provisión de Servicios configurándolo como la asseguradora pública y el agente comprador de los Servicios Sanitarios. Esta ley ofrece la posibilidad de desarrollar fórmulas de gestión empresarial ya utilizadas por la administración sanitaria catalana antes de la LOSC y sobre todo introduce la posibilidad de aceptar proveedores con ánimo de lucro. La modificacion de 1995 de la LOSC especifica que la administración pública sanitaria podrá establecer acuerdos, convenios, consorcios o fórmulas de gestión integrada o compartida con entitades públicas o privadas.

Asi a partir de 1995, se crearon las entidades de base associativa (EBA) modelo de autogestión en la [sanidad pública](https://elpais.com/tag/sanidad_publica/a/), por el que algunos profesionales se hacen cargo de centros de atención primaria mediante sociedades limitadas profesionales [privadas](https://elpais.com/tag/privatizacion_sanidad/a/) con ánimo de lucro. Su peso es pequeño ya que prestan atención primaria a poco más del 3% de la población catalana pero su papel es relevante porque constituyen el máximo nivel de autogestión ensayado en la sanidad pública española [[1]](#footnote-1). Han obtenido buenos resultados de gestión, calidad asistencial y satisfacción de los pacientes en las zonas donde se implantó el modelo que coinciden en su mayoria con áreas de población con doble cobertura sanitaria por cotizar a una asseguradora privada. Las EBAs han acabado por ser un gran negocio para un reducido grupo de médicos, con remuneraciones que llegan a duplicar y triplicar a las de sus colegas en nómina de la Generalitat y beneficios (más de 1,5 millones en total y hasta 304.000 euros en un caso) al vender sus acciones. Estos beneficiós se han visto crecer incluso durante los recortes, calculados en casi 11 millones en los últimos años. Según dictamen de la Comisión de Garantia de Acceso a la Información Pública estas entidades no tienen naturaleza pública y no estan obligadas por la Ley de Transparència a mostrar sus cuentas anuales auditadas aunque mas del 80% de su actividad se retribuye con dinero público[[2]](#footnote-2).

Los Consorcios son otro tipo de organización entre varias empresas de los que no existe un registro público donde se puedan consultar sus memorias y cuentas anuales. Los Consorcios no dan origen a una persona jurídica distinta de la de las empresas que lo constituyen por lo que no cabe su registro. El presupuesto de los Consorcios Sanitarios donde la Generalitat tiene participación mayoritaria es aprobado por el Gobierno però sus cuentas no son de acceso público hasta que la Sindicatura de Cuentas las fiscaliza y emite el informe correspondiente que si es de acceso público aunque suele aparecer después de varios años.[[3]](#footnote-3)

Uno de los Consorcios que levanta mayor polémica es el Consorcio Hospital Clinico en él que se halla establecida BARNACLINIC empresa participada en 100% por capital público. Barnaclínic S.A és una sociedad mercantil que utilitza recursos del Hospital Clínico para actividades exclusivamente privadas a cambio de un alquiler ya sea camas, equipos de diagnostico o tratamiento, quirófanos, UCI y recursos humanos. La polèmica se levanta por lo difícil que resulta diferenciar si un determinado recurso se està utilizando para la sanidad privada en detrimento de la sanidad pública o si una priorización es debida a un criterio clínico o no. Un informe de la Sindicatura de Greuges (Defensor del Pueblo), referia que un 17,1% de las visitas privadas se realizaron en horas de trabajo del medico y si se excluyen las intervenciones urgentes tambien 6.8% se hicieron en horas de atención a pacientes públicos. El 44% de una muestra de pacientes tuvieron intervenciones, visitas, pruebas o tratamientos en el hospital con cargo al CatSalut en un período de tiempo inferior a 2 meses antes o después del proceso asistencial realizado en BARNACLÍNIC.

A las críticas de usuarios y vecinos se han añadido demandas por parte de la patronal del sector privado[[4]](#footnote-4) La controvèrsia sigue en pie en el camino de hallar la fórmula jurídica adecuada a la ley. Alguna vieja fórmula ya se ha aplicado en Cataluña desde antes de la transición en otros centros como el Hospital de San Pablo de Barcelona donde la Fundación Puigvert, institución sin ánimo de lucro, inaugurada por el mismo general Franco y especializada en Urologia, Nefrologia i Andrologia, atiende a los pacientes de la sanidad pública del àrea correspondiente a dicho hospital.

El debate sobre las fórmulas de gestión no dependientes de la administración se añade al debate sobre la autonomia de gestion en el campo de la capacidad de decidir autónomamente sobre la asignación interna de los recursos disponibles; aunque algunos opinan que puede aumentar la efectividad y la eficiencia tambien se ha constatado que junto a la autonomia de gestión ha ido paralelamente en aumento la opacidad y la falta de rendimiento de cuentas además de aumentos del déficit sustentado por los diferente proveedores que han generado vínculos de dependència con entidades financieras

*Tenemos un sistema público fragmentado*

La mayor fragmentación se da en la atención hospitalària. 57 hospitales integran el Sistema Integral de Salut (SISCAT) de los que los 8 pertenecientes al INSALUD durante la transición pasaron a ser gestionados por el Instituto Catalan de la Salud (ICS) tras su creación en 1983. La mayor parte de los hospitales comarcales no pertenecian al INSALUD. Ahora dependen de entidades locales públicas y privadas, consorcios y corporacions religiosas que gestionan tambien en muchos casos la atencion primaria de su zona.

En atención primária el ICS gestiona el 77% de los 371 equipos. El 23% restante está gestionado por 36 entidades distintas (14 Consorcios Públicos, 7 Fundaciones, 12 EBA, 3 sociedades anònimas[[5]](#footnote-5)). Muchas de estas 37 entidades son proveedoras al mismo tiempo del SISCAT y sociosanitarios de la zona. Alrededor de 50 equipos de atención primaria (EAP) estan gestionados por este tipo de entidades provocando su dependència econòmica y funcional de las estructures hospitalarias mucho más potentes económicamente que marcan los flujos de la atención secundaria y que en su majoria, prestan atención privada en sus centros hospitalarios.

*Externalización y subcontratación de Servicios*

Ya no se prevé integrar otros centros en el ICS al contrario, por ejemplo el programa de integración del Instituto de Diagnóstico por la Imagen (IDI) fué anulado. El IDI tiene hoy dia contratos, convenios y encargos de actividad con múltiples entidades que no son el ICS.

Actualmente el 62,3% del gasto del Cat Salut se debe a la provisión de Servicios en forma de conciertos con diversas entidades públicas y privadas y un 37,7% a un contrato –programa con el ICS [[6]](#footnote-6)

Bajo la idea de colaborar para coordinar múltiples aspectos del funcionamiento y necesidades de los Centros Asistenciales se creó en 1984 el Consorcio Hospitalario de Cataluña, hoy Consorcio de Salud y Social (CSSC) que ha desarrollado su actividad en el ámbito local y municipal. Hoy dia este consorcio agrupa a 27 entidades de gobieno local y a 30 hospitales de agudos del SISCAT, 53 centros de atención primaria y 106 dispositivos de Salud Mental todos ellos entidades públicas o privadas sin ánimo de lucro que reciben por parte del CSSC servicios de alto valor añadido y colaboración en la definición del modelo, adaptádose a las nuevas situaciones de los centros sanitarios y de atención social del mundo municipal.

Como ejemplo de la función del CSSC algunas de estas entidades como el H de Sant Pau, H. Clínic, H. del Mar, Consorci Sanitari Integral y el Laboratorio de Referencia de Cataluña han elaborado junto al Ayuntamento de Barcelona y organismos como la Agencia de Salud Pública de Barcelona una propuesta de “contratación pública socialmente responsable” en cumplimiento de la nueva Ley de contratación Pública de novembre de 2017 que traspone al ordenamiento jurídico español dos de las 3 Directivas de Contratación de la Unión Europea: 2014/23/UE relativa a contratos de concesión y 2014/24/UE sobre contratación pública. [[7]](#footnote-7)La propuesta insta a aplicar a los contratos no directamente asistenciales o de “batas azules” criterios de clàusules sociales y ambientales. Si bien introducirán mejoras en las condiciones contractuales, no discriminación, fomento de la contratación de empresas de economia social, se afianza la externalización y fragmentación de la gestión de unos servicios cuyo costo en conjunto calculan en 64 milones de euros y que se reparten en 40% cocina, 38% limpieza, 9% Mantenimiento, 5% Lavanderia, 6% Seguridad y 1% transporte

El CSSC ha creado durante todos estos años un “holding” de empresas que han extendido sus actividades a prácticamente todas las áreas sanitarias: gestión, consultoría, ingeniería, compras, laboratorios. Este modelo ha sido el origen de algunos escándalos de corrupción. Es el mismo que se puso en pràctica en Reus creando el “holding” INNOVA de empresas de servicios sanitarios y otros por el que se sigue un proceso contra 3 personas uno de ellos Josep Prat (ex presidente del ICS) condenado ya al pago de 900.000 € de multa con una causa en la jurisdicción penal en la que le solicitan 10 años de carcel. Por otro lado el presidente y director general del CSSC desde su creación hasta 2012, Ramón Bagó, fundador del potente grupo Sehrs, dedicado a hosteleria tambien ha sido investigado en los últimos años. Su actuación en este consorcio en la adjudicación de contratos fué calificada por la fiscalia de “evidente situación de confluència en su persona de intereses públicos y privados en claro conflicto, atendiendo a su posición”.[[8]](#footnote-8)

*Políticas favorecedoras de sistemas privados*

La idea de racionalización y aprovechamiento de los recursos ha conducido a que sea la misma empresa que gestiona el hospital comarcal la que gestiona los equipos de atención primaria de la zona que pierden autonomia y así establecen contratos de atención sanitaria con empresas privadas por el hecho de estar localizadas en el Área Integral de Salud correspondiente. Alguna entidad privada como Mutua de Tarrasa con larga tradición. Dos hospitales privados por ejemplo, uno de ellos con ánimo de lucro[[9]](#footnote-9), reciben pacientes desde el Hospital Clínico de Barcelona por estar en su área. En otros centros la presión de las listas de espera obliga a la derivación de pacientes a hospitales privados o públicos de zonas mas lejanas como es el caso de pacientes del Valle de Aran que son derivados a Barcelona[[10]](#footnote-10)

*La degradación del sistema público*

Los recortes de 2011 cuando CIU puso de Consejero de Salud al Director de la patronal hospitalaria de Cataluña Boi Ruiz, debilitaron enormemente el sistema público y no se ha recuperado. Se estima que tras los recortes, la actividad del Hospital Clínico por ejemplo, se redujo un 16% lo que hace plausible que esta actividad haya sido asumida por otros centros de su àrea. La presión de las listas de espera de los grandes hospitales se ha utilizado remitiendo a los pacientes a la red de centros privados muchas veces sin corresponder al àrea integral de salud correspondiente. Por ejemplo pacientes del àrea metropolitana de Barcelona son derivados a centros privados del centro de la ciudad con desplazamientos costosos però aceptados por la demora en ser programada la intervención o la prueba diagnóstica

El presupuesto del Departamento de Salud pasó de 9.700 millones en 2010 a tocar fondo en 2014 con 8.200, después de sucesivas rebajas. En cambio el grupo privado IDC pasó de recibir 71 millones en 2010 a recibir 127 en 2012 [[11]](#footnote-11) En 2013 la reducción del presupuesto de Atención Primaria respecto a 2010 fué del 22%[[12]](#footnote-12). Aunque El Cat Salut ha mejorado ligeramente la asignación presupuestaria en los dos últimos años, siempre se ha primado la asistencia hospitalaria sobre la primaria. Actualmente reconoce que en atención primaria hacen falta 1.500 profesionales médicos[[13]](#footnote-13)

La mejora de la atención sanitaria pública en la actualidad ya no pasa únicamente por la recuperación de lo perdido. El sistema sanitario público catalan debe enfrentarse al crecimiento de las asseguradoras privadas; 27% de los ciudadanos de Cataluña tiene un seguro privado[[14]](#footnote-14). La disminución de un 15% del presupuesto sanitario público entre 2010 y 2014 ha repercutido en un aumento del 16% en los beneficiós de las asseguradoras[[15]](#footnote-15). La estadística de los Centros Hospitalarios de Cataluña que elabora el Departamento de Salut muestra tambien que durante estos años ha aumentado de manera notable el número de profesionales y las Inversiones en los centros hospitalarios privados mientras han disminuido en los del ICS hasta el inicio de una leve recuperación en los dos últimos años. Aún así las mejoras presupuestarias muestran un claro favoritismo por la atención hospitalària. La situación precisa en la actualidad poner en el centro la acción de potenciar urgentemente la Atención Primaria para iniciar una reversión controlada del daño. Hasta ahora no se ha dado este paso.

**Associació Catalana per la Defensa de la Sanitat Pública**

**Junio de 2018**

<http://gestiodelasalut.blogspot.com/> <http://publicacions-acdsp.blogspot.com/>

1. <http://ccaa.elpais.com/ccaa/2016/05/15/catalunya/1463345760_421932.html> [↑](#footnote-ref-1)
2. Memoria anual de la Federación de Asociaciones de Vecinos de Barcelona 2017 [↑](#footnote-ref-2)
3. <https://www.gerencie.com/consorcios-no-se-inscriben-en-el-registro-mercantil-ni-registras-los-libros-de-contabilidad-en-la-camara-de-comercio.html> [↑](#footnote-ref-3)
4. <http://diarisanitat.cat/barnaclinic-o-com-sofereix-sanitat-privada-a-la-setena-planta-dun-hospital-public/> [↑](#footnote-ref-4)
5. CONSORCIOS: Consorci Hospitalari de Vic , Consorci Sanitari de l’Alt Penedès ,Consorci sanitari de Terrassa, Consorci Sanitari Integral, Consorci Sanitari del Maresme, Consorci Sanitari del Anoia, Consorci Hospital Clínic de Barcelona, Consorci Castelldefels, Consorci de Salut i Social Vitae, S.A. de Catalunya, Consorci de Serveis a les Persones de Vilanova i la Geltrú, Corporació Parc Taulí, Gestió de Serveis Sanitaris a Lleida, Institut d’Assistència Sanitària a Girona, Corporació de Salut del Maresme i la Selva .

FUNDACIONES: Puigcerdà, Hospital de Campdevànol, Hospital Sant Jaume d’Olot, Centre Sanitari del Solsonès (fundació pública), Salut Empordà, Xarxa Assistencial de Manresa, Hospital de Palamós, Sagessa Salut, Centres Assistencials i d’Urgències de Tarragona.

EBA-SL: 12, Localitzades a Aran, Conca de Barberà, Tarragona ciutat, Osona i Barcelona i S.A. 3 Societat Anònima Projectes Sanitaris i Socials de la Roca del Vallés, MUTUA de Terrassa, Badalona Serveis Assistencials SA. [↑](#footnote-ref-5)
6. <http://ajuntament.barcelona.cat/dretssocials/sites/default/files/arxius-documents/PrivatitzacioiMercantilitzacioAssistenciaSanitariaPublicaBCN.pdf> [↑](#footnote-ref-6)
7. <http://ajuntament.barcelona.cat/contractaciopublica/ca/noticia/jornada-contractacio-publica-socialment-responsable_658979> [↑](#footnote-ref-7)
8. <https://elpais.com/ccaa/2012/07/15/catalunya/1342388980_660999.html> [↑](#footnote-ref-8)
9. Propiedad de Fressenius con un importe anual de contratación, cercano a los 56 millones [↑](#footnote-ref-9)
10. Observación personal Hospital de Bellvitge [↑](#footnote-ref-10)
11. <https://www.eldiario.es/catalunya/diarisanitat/sacudida-sanidad-publica-Boi-Ruiz_6_431916810.html> [↑](#footnote-ref-11)
12. <https://cat.elpais.com/cat/2016/03/14/catalunya/1457981787_066397.html> [↑](#footnote-ref-12)
13. <http://gestiodelasalut.blogspot.com/> [↑](#footnote-ref-13)
14. https://www.comb.cat/Upload/Documents/7024.PDF [↑](#footnote-ref-14)
15. <https://www.ara.cat/societat/sanitat-privada-torna-record-absolut_0_1675032530.html> [↑](#footnote-ref-15)