

Déficit democrático y problemas ético-jurídicos en el proceso de privatización de la gestión y servicios sanitarios en la Comunidad de Madrid

Miguel Moreno Muñoz
Dpto. de Filosofía II
Universidad de Granada

mm3@ugr.es

Democratic Deficit and Ethical-legal Problems in the Privatization Process of Health Services Management in the Autonomous Region of Madrid

RESUMEN: El contexto de crisis y restricciones presupuestarias sirve de pretexto para promover en la Comunidad de Madrid la implantación de un modelo dual de gestión de los centros y servicios sanitarios, ampliamente contestado en la calle por profesionales sanitarios, asociaciones, pacientes y usuarios. Este proceso se inicia sin evidencia científico-técnica que avale las presuntas ventajas del modelo de concesión y carece de una evaluación solvente de impacto sanitario, conforme a estándares de transparencia, rendición de cuentas y calidad democrática. Entre los aspectos éticos y jurídicos involucrados en este debate analizo los relacionados con el conflicto de intereses y las evidencias recientes que desaconsejan adoptar en España modelos similares. Tras analizar el desafío que supone el nuevo marco institucional para el ejercicio de la responsabilidad profesional conforme a criterios de equidad y buenas prácticas, se concluye aportando elementos para generar un marco más equilibrado de reformas.

ABSTRACT: The context of severe crisis and budgetary constraints in Spain serves as a pretext to establish in the autonomous region of Madrid a dual model of healthcare management, largely contested by health professionals, associations, patients and users of the public health system. This process starts without scientific evidence supporting the alleged technical advantages of the trusted (concession) model, and lacks a basic "health impact assessment", according to standards of transparency and accountability. Among the ethical and legal issues involved in this debate, I discuss some related to conflict of interest and recent evidence that should discourage of adopting similar models in Spain. After analyzing the challenge of the new institutional framework for professional responsibility, under goals of equity and good practices, some concluding elements are proposed aimed to generate a more balanced framework for reforms.

PALABRAS-CLAVE: privatización, servicios sanitarios, conflicto de intereses, sistema público de salud, deliberación, democracia, ética profesional

KEYWORDS: privatization, health services, conflict of interest, public health system, deliberation, democracy, professional ethics

1. Introducción

Las políticas sanitarias orientadas a introducir un modelo dual en la gestión de la asistencia sanitaria —combinando gestión pública directa de centros y servicios sanitarios con fórmulas de colaboración público-privada en régimen de concesión, mediante la cual algunos consorcios de empresas especializadas se hacen cargo tanto de la gestión como de la asistencia sanitaria—, han sido objeto de un largo proceso de contestación social, de especial intensidad en la Comunidad de Madrid.

La implicación directa y masiva de casi todos los colectivos concernidos por las previsibles consecuencias de lo que consideran una estrategia privatizadora injustificada se asume en este trabajo como un indicador del déficit democrático inherente a dicho proceso, articulado a contracorriente incluso de las pautas sobre participación, transparencia y rendición de cuentas que en países tan diversos como Tanzania, Malasia y Estados Unidos se ha comprobado que



mejoran la legitimidad y la equidad en el establecimiento de prioridades de gasto sanitario (Maluka, 2011; Suleiman et al. 1998; Hodge, Hanfling, and Powell 2013).

2. Un proceso sin debate previo y centrado en la reducción del gasto

La situación de crisis y el compromiso con la política estatal de reducción del déficit —sobre un trasfondo de dificultades generalizadas de tesorería— proporcionan al ejecutivo monocolor de la Comunidad de Madrid sobradas razones para intentar un ajuste significativo del gasto público. Pero la pretensión de emprender una reforma drástica del sistema sanitario que pasa por implantar un modelo dual (gestión pública directa - concesionado) tanto en la gestión de centros como en la prestación directa de la asistencia sanitaria, suscita serias dudas sobre su justificación científico-técnica y sobre los verdaderos intereses desde los que se promueve.

Es cierto que en España conviven distintos modelos de provisión pública sanitaria con fórmulas diversas de colaboración público-privada, como los miembros de la Sociedad Española de Directivos de la Salud señalan.¹ Sin embargo, para entender el complejo panorama que configura la situación *de facto* en la compleja red asistencial estatal y autonómica española es preciso examinar los intereses y actores que han impulsado el proceso, cuál ha sido su evolución y a qué elementos de comparación podemos recurrir para evaluar los niveles de desempeño y eficiencia. Un conocimiento detallado de tales aspectos difícilmente justificaría la sustitución de un modelo que ha arrojado resultados extraordinarios en parámetros de salud, bienestar y calidad percibida por otro que, aparte de poco experimentado, no ha proporcionado aún datos suficientes para asumir que conlleva más ventajas que inconvenientes, como señala Juan Oliva, presidente de la Asociación de Economía de la Salud (AES).²

Las previsibles disfunciones surgen por el carácter fundamentalmente cooperativo del modelo de gestión pública directa (muy dependiente de los fines sociales que constituyen su base jurídica) y la naturaleza presumiblemente competitiva del modelo concesionado (“el dinero sigue al paciente”, lo que obliga a disponer de mecanismos eficaces de facturación intercentros). Del segundo se espera una mayor eficiencia —entendida fundamentalmente como ahorro económico— en la prestación de los mismos servicios y con idénticos estándares de calidad; pero dejando cierto

margen de beneficios a sus propietarios y operando en un entorno que no puede considerarse de libre mercado, en sentido estricto.

Por otra parte, las distorsiones y elementos de deterioro en la asistencia sanitaria a los que los pacientes y usuarios del sistema se ven expuestos por el impacto de las políticas estatales de ajuste severo del gasto sanitario justifican una reflexión detenida sobre el encaje constitucional de las medidas adicionales emprendidas por los ejecutivos autonómicos, dadas sus previsibles consecuencias para el conjunto de la población residente en las áreas y zonas de salud afectadas.

Consecuencias que, por su previsible contribución al deterioro de las condiciones laborales, listas de espera, reparto injusto de cargas e impacto negativo en indicadores generales de salud pública suponen también un desafío para el ejercicio de las profesiones sanitarias conforme a estándares básicos de calidad y buenas prácticas (Pérez-Molina y Pulido Ortega, 2012; Hodge, Hanfling, and Powell, 2013).

Aunque la movilización social a menudo sea interpretada como efecto de un conglomerado de intereses heterogéneos —muchos de ellos vinculados a privilegios corporativistas o no todos igualmente legítimos—, no puede considerarse arbitraria ni injustificada la fuerte reacción de usuarios, pacientes, trabajadores y profesionales sanitarios en contra de las reformas estructurales contempladas en el *Plan de medidas de garantía de la sostenibilidad del sistema sanitario público de la Comunidad de Madrid*.³

Tiene como primer objetivo el ahorro, y entre las medidas para conseguirlo contempla una serie de reformas estructurales:

1. *Externalización de la actividad sanitaria en 6 hospitales, utilizando el modelo de concesión.* Afecta a los Hospitales Infanta Leonor (Vallecas), Infanta Sofía, Infanta Cristina, Hospital del Henares, Hospital del Sureste y Hospital del Tajo, que seguirán siendo públicos.
2. *Concesión de la prestación de la asistencia sanitaria de Atención Primaria de un 10% de los Centros de Salud, dando prioridad en su gestión a la participación de los profesionales sanitarios que quieran constituir sociedades.* Afectará aproximadamente 27 Centros de Salud, que seguirán siendo públicos, bajo financiación y garantía pública.

Según los redactores, “[s]e ha comprobado que el modelo de concesión es más eficiente, da buenos resultados clínicos y alta satisfacción a los pacientes. De media, el coste total de la asistencia sanitaria especializada de la población de los hospitales de gestión mixta es de unos 600 euros por habitante, mientras que en los hospitales con modelo capitativo más recientes, este coste medio anual es de 441 euros.”⁴ Pero ninguno de estos supuestos está exento de problemas, como analizo a continuación.

3. Carencia de evidencia científico-técnica que avale el nuevo modelo

En línea con las conclusiones de diversos informes encargados por algunas asociaciones con amplia representación de los sectores mayoritarios en las profesiones sanitarias,⁵ una revisión detenida de la literatura básica sobre procesos previos de privatización de la gestión de servicios sociales no estrictamente económicos, como es la atención sanitaria, arroja serias dudas sobre la mayor eficiencia del modelo de concesión —uno de los presupuestos que motivan la reforma—. Esas dudas se van disipando en mayor medida cuanto más reciente, específica y abundante es la bibliografía de referencia.⁶

Las únicas diferencias en eficiencia e innovación tecnológica ligadas al proceso de privatización que podrían considerarse empíricamente avaladas parecen obtenidas en relación con la gestión de los servicios de incineración de residuos sólidos urbanos (RSU), y referidas a Taiwán (Chen and Chen, 2012: 601).

El extenso estudio de Belén Villalonga *Privatization and Efficiency: Differentiating Ownership Effects from Political, Organizational, and Dynamic Effects* sobre la percepción de ventajas e inconvenientes asociados con los procesos de privatización de servicios públicos (agua, energía, aeropuertos, sanidad, ferrocarriles, etc.) desarrollados entre 1980 y 2000 no considera concluyente el factor propiedad y sugiere atender más a los factores políticos, organizativos y dinámicos que determinan la evolución de los indicadores de eficiencia de las entidades privatizadas a lo largo del tiempo:

"La cuestión de si la privatización conlleva realmente una mejora en la eficiencia ha sido objeto de una investigación cuantitativamente considerable, tanto teórica como empírica. Sin embargo, en su mayor parte se ha ocupado de analizar si la propiedad privada conduce a una mayor eficiencia que la propiedad estatal, lo cual es sólo una parte de la primera cuestión. En consecuencia, los resultados empíricos no siempre apoyan las predicciones teóricas. Hay varios factores que, independientemente de la distinción público-privado, intervienen también

en la relación entre privatización y eficiencia. Y algunos de ellos tienen carácter dinámico, lo que afecta a la temporización de los efectos de la privatización. Por lo tanto, tienen que ser tenidos en cuenta no sólo en la investigación empírica, sino también en una teoría completa de la privatización.

En este trabajo se analizan [...] los diferentes factores que afectan a la relación entre privatización y eficiencia, agrupados en factores políticos, organizativos y dinámicos. Los últimos reflejan la transición y la evolución inherente a cualquier proceso de privatización, lo cual se suele ignorar, sin embargo, en los estudios acerca de la propiedad pública-privada."

(Villalonga, 2000: 44. Trad. Propia)

Señala además que su estudio es de los pocos que aportan alguna evidencia empírica sobre la relación entre privatización y eficiencia obtenida fuera del Reino Unido, sobre una muestra de 24 empresas españolas privatizadas entre 1985 y 1993; y uno de los escasos trabajos que incorporan análisis estadístico de los efectos de la privatización atendiendo a los factores políticos, organizativos y dinámicos o evolutivos. Pero sus conclusiones apuntan aspectos muy interesantes que sugieren dónde habría que centrar la atención en cualquier proceso de privatización de servicios y empresas públicas:

«La Hipótesis 1 (que la privatización aumenta la eficiencia) se ha puesto a prueba de dos maneras diferentes. En primer lugar, sobre la base de los resultados de los ensayos presentados en la Tabla 4, la hipótesis nula no puede ser descartada (que la media y mediana en los niveles de eficiencia para cada empresa son la misma antes y después de la privatización). [...] Y las conclusiones son las mismas referidas a la media y mediana del aumento de eficiencia. En segundo lugar, los resultados de las estimaciones en el modelo 1 muestran que, sobre esta muestra, el efecto de la privatización ha producido aumentos o pérdidas significativas de eficiencia en una proporción similar de casos. Consecuentemente, la hipótesis 1 queda rechazada. Este hallazgo, junto con la evidencia aportada en estudios previos en los que, en el mismo país y período, la propiedad privada se asoció significativamente con los niveles más altos de rendimiento, sirve de apoyo a mi tesis de que la privatización implica más que meros efectos sobre de propiedad.»

(Villalonga, 2000: 61-62. Trad. propia, cursiva añadida)

Entre los factores políticos que afectan a la relación observada entre privatización y eficiencia menciona Villalonga: (1) *la disyuntiva a la que se enfrentan los gobiernos para perseguir objetivos de eficiencia o responder a las inquietudes populares y políticas sobre 'vender el país';* (2) *el estado del ciclo económico*

durante el que se produce la privatización —hacerlo en un período de recesión económica podría afectar negativamente a la eficiencia—; (3) *el tamaño de la empresa* —parece constatado que las empresas más grandes serían menos propensas a confirmar los efectos positivos de la privatización en la eficiencia—; (4) *las empresas más intensivas en capital de la muestra confirman mejor los efectos positivos* —pero se trata de un factor de transición, cuyo efecto depende del intervalo temporal considerado en la observación—. Los cálculos según un tercer modelo empleado por Villalonga aportan una evidencia más robusta sobre el incremento de la eficiencia a partir de 7-8 años después de la privatización, resultando negativa hasta los 5-6 (*ibid.*, p. 63).

Pero la propia autora reconoce limitaciones significativas en su estudio empírico, entre las que destaca: (1) *las idiosincrasias del entorno institucional durante el período de gobierno socialista en que se realizaron las privatizaciones*, lo que limita el alcance de estas conclusiones; (2) *el reducido tamaño de la muestra manejada*; y (3) *otros inconvenientes derivados de la disponibilidad de los datos*. Por estas razones admite que sus comprobaciones no pueden considerarse concluyentes, ya que echa en falta más estudios estadísticos sobre los efectos de la privatización y tanto sus hallazgos como la cuestión más general de la sincronización de los efectos sobre la eficiencia antes de la privatización merecen mayor investigación. Un aspecto que recomienda tener en cuenta a los gobiernos implicados en programas de privatización, a las empresas e inversionistas que concursan y al público en general, en la medida en que “todos somos los propietarios finales de las empresas estatales de nuestros países” (*ibid.*, pp. 63-64).

La necesidad de abordar con extraordinaria cautela y prudencia los procesos de transformación estructural de servicios públicos queda reforzada si incorporamos al análisis los estudios que sugieren limitaciones empíricas similares a propósito de servicios como el abastecimiento de agua, que han sido objeto de un amplio proceso de privatización en la mayor parte de los centros urbanos —y sobre los que se dispone de abundante información comparada referida a precios, eficiencia, innovación tecnológica y calidad de la red de suministro, p.ej.⁷

Martínez-Espiñeira *et al.* sugieren que, si efectivamente su análisis ha conseguido descontar todos los factores diferenciadores, se puede concluir que *parece haber*

un efecto positivo y significativo de la privatización en los niveles de precios del agua (p. 924). Pero semejante conclusión requiere una interpretación compleja, con numerosas *variables de entorno*.

Sustentan sus resultados en un conjunto de datos que abarca los principales centros urbanos en España, para intentar comprobar si las empresas privadas cobran injustificadamente precios más altos que las públicas. Entre otros detalles, reconocen que con mucha frecuencia la privatización de servicios como el suministro de agua está sujeta a condiciones de monopolio locales que dejan poco margen para la competencia. Es un hecho que las empresas intentan explotar su posición dominante para maximizar los beneficios privados; pero no encuentran evidencia concluyente para sostener que “con la gestión privada los precios del agua son más altos”.

Considero relevante la importancia que atribuyen a “los factores que describen el entorno operativo”, puesto que resultaron claves en la decisión de privatizar el servicio de suministro de agua. Los gobiernos locales —en mayor medida cuanto más se alejan de la izquierda en el espectro político— parecen más propensos a renunciar a la gestión cuanto más complejos son los entornos en los que operan, mientras que las empresas privadas intentan hacerse cargo del servicio en las zonas donde es más fácil obtener beneficios superiores, donde los ingresos son más estable —por las características de las viviendas y densidad de población, p.ej.— y la renta familiar es mayor (ibid., pp. 933 y 937). *Si se toman en consideración los factores que describen el entorno operacional, se puede observar que las empresas privadas establecen, de media, precios medios más altos que las públicas* (ibid., p. 939).

Lo que induce este sesgo y permite a las empresas privadas explotar su posición dominante suele ser la debilidad o inadecuación del marco regulador. Por tanto, la cuestión fundamental que a cualquier gobierno local le convendría dirimir, antes de iniciar la privatización de servicios, no es si el modelo privado de gestión es más eficiente, sino *si dispone de estudios elaborados por personal técnico cualificado para asegurarse de que el servicio del agua podrá ser gestionado garantizando la satisfacción máxima al cliente y asegurando que el control del proceso de revisión de precios no recaiga exclusivamente en un grupo de actores, sean estos funcionarios públicos, personal administrativo o técnicos de las empresas contratadas*.

La diversidad de sistemas de tarificación evidencia la falta de instituciones de regulación y control que supervisen la fijación de precios del agua urbana en España, lo que hace depender mucho su variación del coste en cada zona, de la calidad de los recursos hídricos disponibles y de las condiciones socioeconómicas.

Sin un marco regulador con mecanismos eficaces para establecer normas precisas (que promueva, p.ej., los principios recogidos en el Marco Europeo del Agua para la fijación de los precios del agua en zonas urbanas y para controlar a las instituciones encargadas de hacer cumplir esas normas), los gobiernos locales deberían extremar su cautela durante el proceso de delegación. Deberían asegurarse de que un número significativo de competidores presentan ofertas e imponer condiciones para proteger los intereses de los ciudadanos de posibles conductas irregulares o abusos de la empresa privada, considerando en particular las garantías para usuarios con bajos ingresos y las condiciones en que puede aceptarse la desconexión del cliente debido a la falta de pago.

Otros aspectos decisivos para este análisis atañen a la conformidad entre el esquema de fijación de precios y el criterio de recuperación de costes, desde un marco legal que incentive un uso eficiente de los recursos hídricos y un mantenimiento de la red que permita usos más eficientes y sostenibles de los recursos hídricos. Una mayor concienciación ante los efectos del cambio climático y los límites ambientales y económicos es fundamental antes de afrontar el desarrollo de nuevas infraestructuras, y sobre este trasfondo los bajos precios relativos del agua podrían resultar contraproducentes, pues se ha comprobado que “los precios del agua se relacionan negativamente con el nivel de ingresos del municipio”, por lo que “sería interesante analizar si el marco regulador en España conduce a precios del agua no equitativos” (Martinez-Espineira et al., 2009: 940).

Pueden aducirse estudios técnicos adicionales (como el de Acerete, Stafford, and Stapleton [2011] sumamente crítico sobre la viabilidad económica de las dos versiones del denominado “modelo Alzira”, la falta de entorno real de mercado donde se implantó y el conglomerado de intereses político-financieros que implicaron a las Cajas de ahorros y otras entidades en operaciones de considerable riesgo; o los de McKee, Edwards, and Atun, 2006 —que analiza también el modelo Alzira—; Barlow, Roehrich, and Wright, 2013; y otros de los mencionados en nota 6), que podrían complementarse con un amplio dossier de prensa sobre noticias

preocupantes relacionadas con el funcionamiento de los consorcios hospitalarios en el Reino Unido, niveles de endeudamiento que los hacen inviables, casos de mala praxis y otros detalles que desmontan cualquier pretensión de solidez relativa a los modelos que se pretende imitar y en la base científico-técnica que motiva los decretos privatizadores.

En consecuencia, considero suficientes los datos y la reflexión aquí aportada para interpretar como *una opción política exclusivamente de naturaleza ideológica, carente de respaldo técnico y guiada sólo por intereses de grupo o motivos de oportunidad, la propuesta de reforma estructural del modelo de gestión y asistencia sanitaria que está promoviendo el ejecutivo de la Comunidad de Madrid.*

4. Precedentes, déficit democrático y sesgos en el debate

En las actuaciones profesionales del personal sanitario, el déficit científico-técnico es considerado una forma de mala praxis. En la actividad política que involucra decisiones sobre criterios de asignación de recursos para servicios públicos esenciales, el déficit técnico es también un déficit democrático —es decir, otra forma de mala praxis—.

Tan importantes como las carencias técnicas considero los elementos de gobernanza y solidez jurídica que serían exigibles a cualquier política sanitaria con pretensiones de incidencia sistémica. Resultan decisivos para que no se deteriore el componente de legitimidad, confianza y calidad democrática, sin el que este tipo de medidas difícilmente podrían ser percibidas como creíbles y necesarias por la ciudadanía. Pero es obvio que sobre este asunto no se ha conseguido articular un debate público sereno y participativo en España.

El problema de la escasez de recursos disponibles para responder satisfactoriamente a las demandas de atención sanitaria ha sido objeto de multitud de análisis en las últimas décadas. El debate surge instigado en gran parte por los elevados costes derivados de la introducción de tecnologías médicas avanzadas y el aumento de la población envejecida en los países más desarrollados (Daniels y Sabin, 1997; Daniels, 1981).

Aspectos como la necesidad de racionar y priorizar el uso de los recursos sanitarios, incluyendo la limitación de tratamientos y servicios como resultado de una evaluación

cuidadosa de la relación coste-beneficio en los productos médicos, han generado una abundante literatura especializada.⁸ Por el valor prospectivo de su análisis y el interés de las herramientas conceptuales que proporciona, merece una consideración detenida el documento difundido en 2011 por el Consejo de Ética alemán, titulado *Medical benefits and costs in healthcare: The normative role of their evaluation*.⁹

En un contexto europeo caracterizado por la adopción de políticas de reducción drástica del gasto público, resulta significativo que proceda de Alemania uno de los documentos más rigurosos y autorizados para abordar el problema. El notable esfuerzo de precisión y clarificación conceptual que sus autores llevan a cabo en lo referido a la evaluación del beneficio médico y de varios aspectos de la calidad de vida ligados a la salud –conforme al marco jurídico alemán, pero incorporando aportaciones de un intenso debate académico internacional– resulta de especial utilidad ante el panorama que comienza a perfilarse en la sanidad española.

Aporta, además, elementos para un análisis muy crítico sobre la caótica evolución de las políticas sanitarias en otros países que experimentan dificultades similares para afrontar desafíos socio-económicos de una magnitud sin precedentes en varias décadas —un contexto que favorece respuestas precipitadas, carentes de consenso y de dudoso encaje constitucional.

En el caso español, diversas iniciativas autonómicas orientadas a reducir de manera drástica el gasto público en servicios sanitarios tienen como elemento común la ligereza con que omiten consideraciones sobre los aspectos éticos y jurídicos implicados en las reformas que promueven: cuestiones de justicia y equidad en el acceso a las prestaciones sanitarias, el encaje de las exigencias mínimas amparadas por la Constitución en diversos modelos de gestión sanitaria, los riesgos o desafíos (técnicos, jurídicos y éticos) que suponen para el ejercicio de las profesiones sanitarias, la articulación de instrumentos de supervisión y control efectivos sobre la calidad de los servicios en los centros concesionados, etc.

Resulta deplorable la falta de participación pública y de voluntad para propiciar espacios genuinamente deliberativos en los debates previos a las decisiones sobre externalización de servicios hospitalarios que algunos ejecutivos autonómicos han adoptado en la última década. Constituye una dinámica poco saludable en términos democráticos, ampliamente rechazada tanto por profesionales sanitarios y usuarios

de este tipo de servicios como por expertos con cierta trayectoria en la reflexión sobre espacios deliberativos donde hacer valer los intereses en conflicto (Gracia, 2013; Nunes, Rego, and Brandão, 2009; Friedman, 2008). Como sugiere Friedman,

"... [H]ay que renunciar a la idea de que podemos simplificar la tarea de deliberación democrática rechazando tipos particulares de razones y tipos de razonamiento. Las razones de todo tipo deben estar sobre la mesa, pero luego deben ser juzgadas en función de sus méritos, tales como consistencia, viabilidad y capacidad explicativa, sin atender a supuestas fuentes de autoridad"

(Friedman 2008: 101. Trad. propia)

Una deficiencia en términos de gobernanza que se agrava por la resistencia a constituir con premura equiparable –dotándolas de suficiente virtualidad jurídica y de los medios humanos y materiales necesarios– las instancias de control y seguimiento que deberían velar para que los pacientes atendidos en los centros concesionados reciban las mismas prestaciones sanitarias y con estándares de calidad equiparables a los que tendrían en los centros de gestión directa.¹⁰

Sin identificar estudios solventes sobre evaluación de costes ligados a modelos de gestión que, más allá de análisis coste-efectividad para indicaciones múltiples o específicas, avalen la conveniencia de consolidar un modelo dual de prestación de asistencia sanitaria como el impulsado por las comunidades autónomas de Madrid y Valencia, resulta viciado todo el proceso de aprobación en las respectivas Asambleas Legislativas.

Sin el necesario esfuerzo de documentación técnica y ponderación de alternativas que debe volcarse en la exposición de motivos, se priva a los diputados de la información que les permitiría comprender de manera cabal los detalles que justifican la nueva normativa y se debilita el tipo de control que pudieran ejercer sobre el consejo de gobierno de sus respectivas comunidades.¹¹

5. Indicadores de calidad y eficiencia asociados con el modelo que se pretende modificar

Las demandas de prudencia, capacidad negociadora y calidad democrática que habitualmente recaen sobre los responsables políticos se agudizan en contextos

macroeconómicos caracterizados por dificultades severas de financiación y tesorería para las administraciones públicas, lastradas además por una deuda importante en su compromiso por garantizar las prestaciones sanitarias a toda la población con derecho a recibirlas.¹² La presión obsesiva por reducir costes no es un eximente, sino un incentivo poderoso para mejorar la calidad democrática y la participación pública —incluyendo, pero sin limitarse a, los colectivos profesionales y usuarios potenciales de los servicios afectados—.

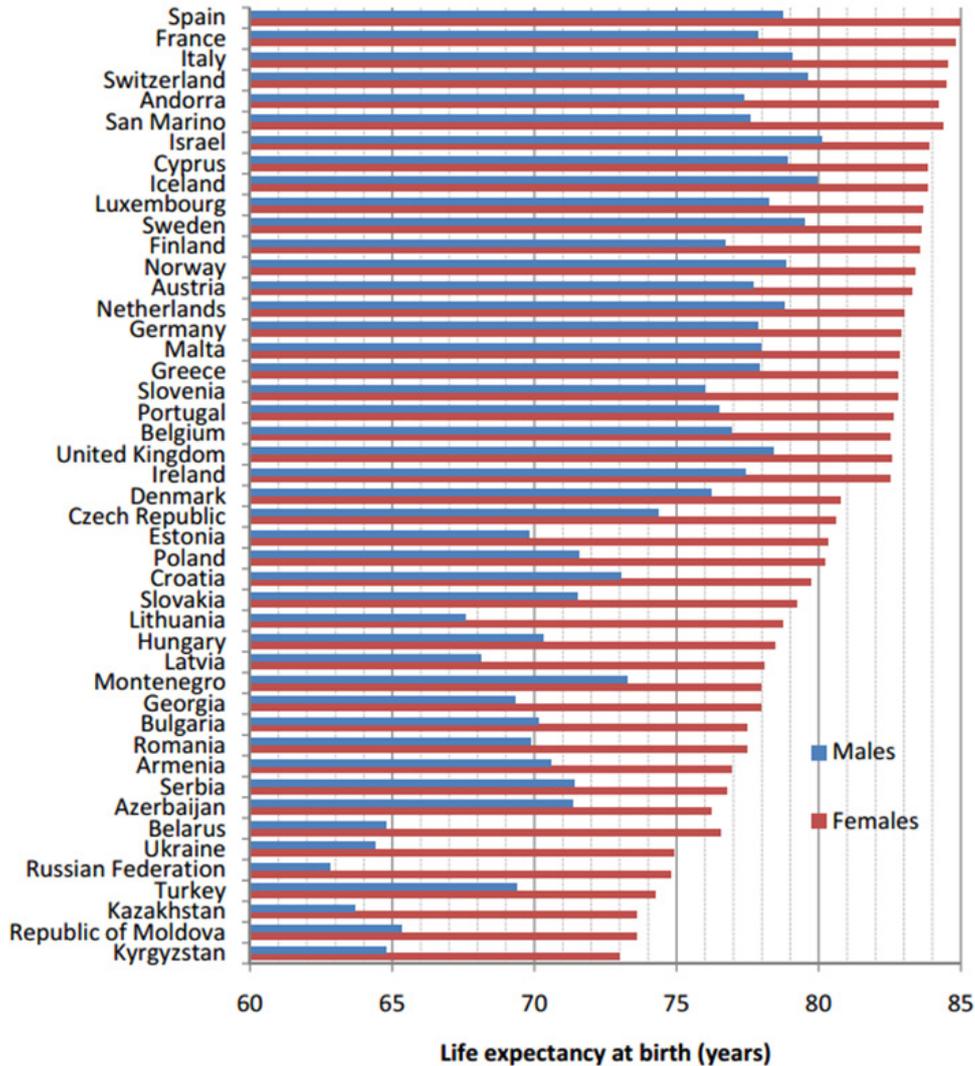
Se trata de procesos sujetos a incertidumbre en aspectos cruciales —empezando por la base empírica sobre la que se realizan las estimaciones de coste por paciente en cada modelo de gestión—, que implican asumir compromisos de gasto a largo plazo (algunas concesiones se prevén por un período de 30 años) y que pueden estar sujetos a proyecciones muy diversas sobre el mismo escenario base, puesto que intervienen múltiples elementos de difícil ponderación.

Los riesgos que se asumen intentando experimentar con nuevas formas de gestión parecen a todas luces excesivos si, a las incertidumbres mencionadas, se suman las derivadas de una percepción pública que valora extraordinariamente la calidad y resultados del modelo que se pretende revisar¹³ y que ha manifestado hasta la saciedad su rechazo a las medidas de privatización que el ejecutivo madrileño promueve en solitario.¹⁴

Por su extensión en el tiempo, el número de colectivos implicados y la intensidad de sus manifestaciones, resulta absurdo suponer que se trata de una movilización social escasa o ambivalente, instigada por sectores muy concretos de colectivos que ven amenazados sus privilegios o por usuarios desinformados. Es un fenómeno social complejo, pero con objetivos claros y una dinámica con capacidad de resonancia política europea, como dejan claro estudios de opinión pública recientes.¹⁵

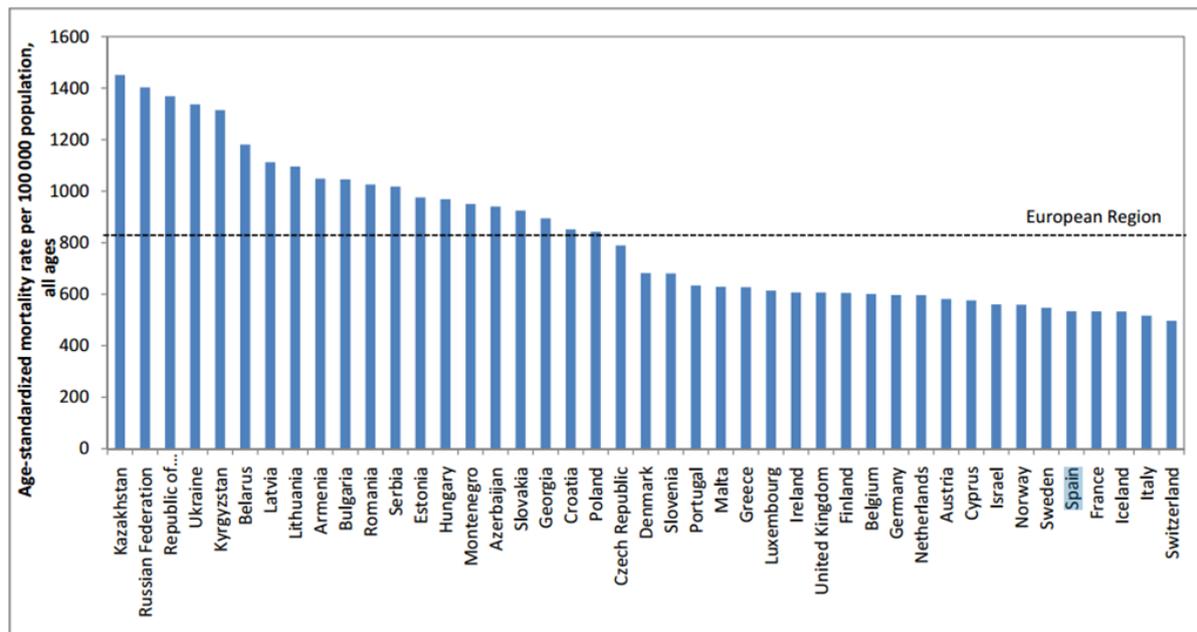
La valoración social positiva del sistema mediante el que llegan las prestaciones sanitarias a la población española no es arbitraria, ni se debe sólo a la inercia de nuestra tradición o cultura sanitaria (Kikuzawa, Olafsdottir, and Pescosolido, 2008: 393). La corroboran indicadores de calidad internacionalmente bien contrastados, como refleja el *Informe Europeo sobre Salud (2012)* de la *Organización Mundial de la Salud* (World Health Organization, 2013). Por destacar algunos aspectos significativos, España tiene la mayor esperanza de vida para hombres y mujeres en la región europea (casi 85 años), con una ganancia de tres años entre 1995 y 2009 (Fig. 1).

Fig. 1: Esperanza de vida al nacer entre hombres y mujeres en países de la región europea (datos: 2006-2010). World Health Organization, The European Health Report 2012: Charting the Way to Well-being. 2013: 8.



En otro de los indicadores clave, la mortalidad general considerando todas las causas, España se haya entre los cinco mejores de la región europea (Fig. 2). La OMS lo considera el indicador más robusto para determinar el impacto de la enfermedad en una población y discernir tendencias. Aporta información sobre la magnitud, los grupos afectados, las causas subyacentes y otros factores fundamentales para establecer prioridades y diseñar políticas específicas de salud o estrategias costo-efectivas que contribuyan a reducir la mortalidad y mejorar el bienestar.

Fig. 2: Mortalidad consideradas todas las causas en la región europea (datos de 2006 a 2010). World Health Organization, The European Health Report 2012: Charting the Way to Well-being. 2013: 13.



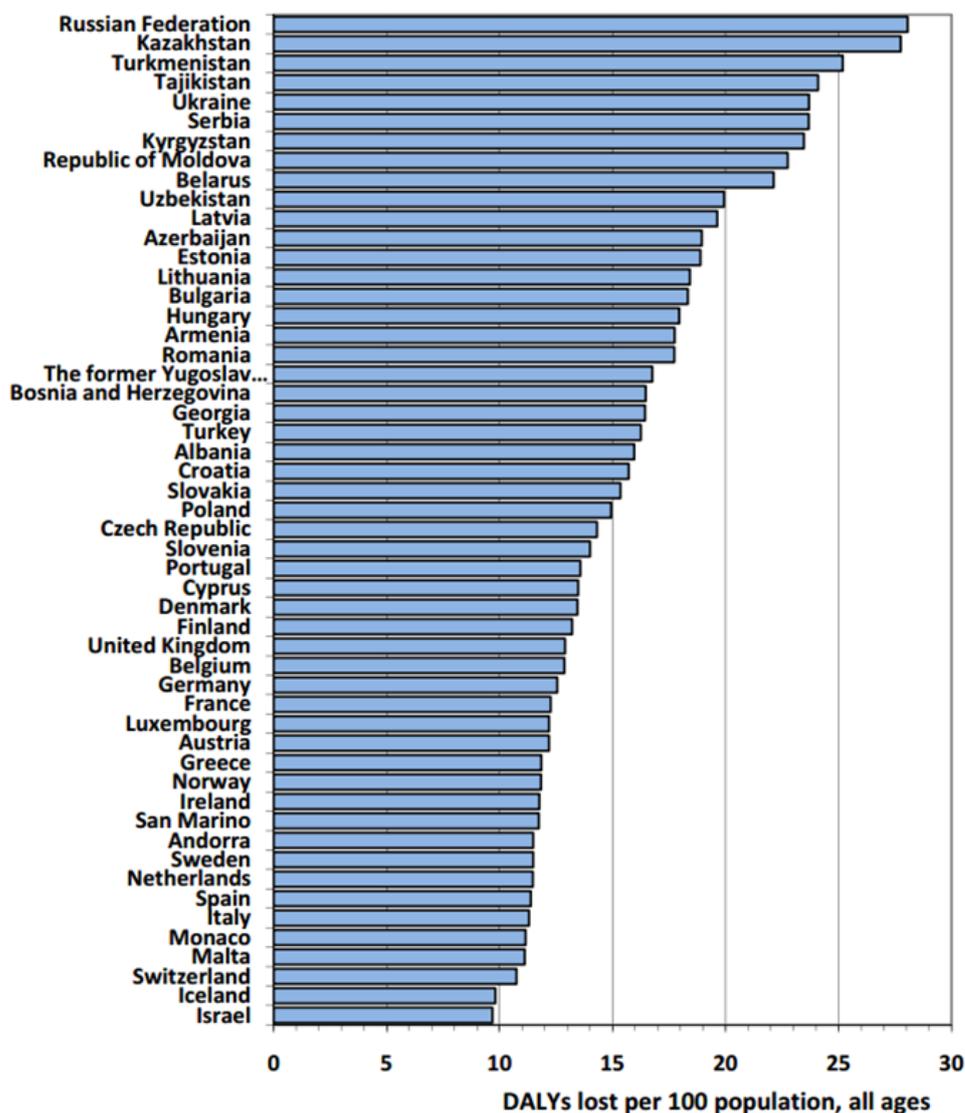
Source: European Health for All database (6).

Con respecto a otro indicador básico de calidad y coste-efectividad, los “años de vida ajustados por discapacidad” (AVAD),¹⁶ el sistema sanitario español queda igualmente en una posición privilegiada (Fig. 3). Este indicador combina los años de vida perdidos por muerte prematura y los años de vida perdidos por el tiempo transcurrido en estados de salud menos-que-ideales, con respecto a la mayor esperanza de vida observada en el mundo. Se trata, por tanto, de un indicador muy fiable para establecer comparaciones entre países, que puede ser desglosado para identificar su relación con determinantes subyacentes, factores de riesgo y acciones dirigidas a evaluar el riesgo, la efectividad y la eficacia —es decir, sirve para orientar sobre la coste-efectividad de posibles intervenciones en materia de política sanitaria e identificar aquellas que merece la pena priorizar porque pueden evitar la mayor pérdida de AVADs—.

En cuanto a los “años potenciales de vida perdidos” [*potential years of life lost*, PYLL) — un indicador fundamental para establecer comparaciones entre los países de la OCDE— España ocupa la cuarta mejor posición, muy por encima de la media en la OCDE (OECD, 2009: 21, con datos de 2006). Aunque las desigualdades en salud implican diferencias influidas por factores biológicos o genéticos, entre otros, los indicadores considerados sugieren un marco robusto de prestaciones y modelos de gestión que promueve de manera efectiva la equidad en el acceso a la atención sanitaria de la población española,

en combinación con otros determinantes sociales de la igualdad de oportunidades que inducen mejoras en el funcionamiento de los servicios de salud y en el bienestar.

Fig. 3: DALYs (AVADs) perdidos por cada 100 habitantes en los países de la región europea (datos de 2004). World Health Organization, The European Health Report 2012: Charting the Way to Well-being. 2013: 60.

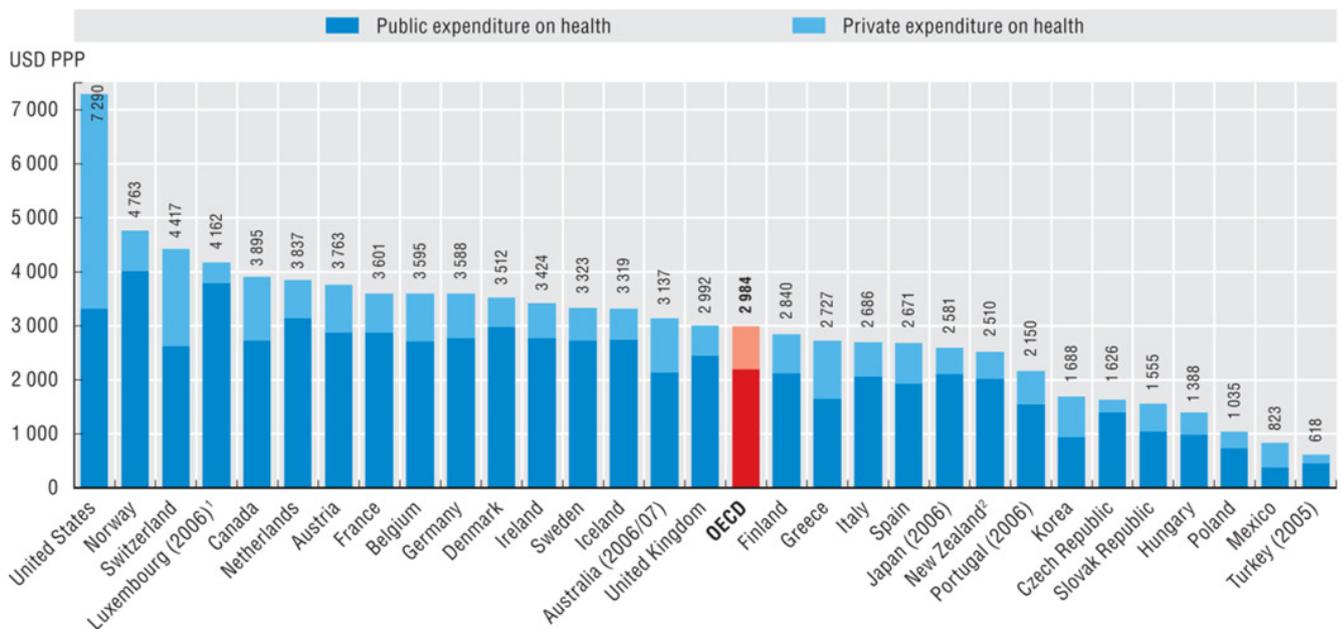


Según la Comisión de la OMS sobre los Determinantes Sociales de la Salud (CDSS), la evidencia muestra que los factores que determinan las desigualdades en salud son sistemáticos y no se distribuyen al azar. *El propio sistema de salud constituye un determinante social de la salud, y puede contribuir a reducir o incrementar las desigualdades sanitarias existentes.*¹⁷ Es comprensible que entre todos los colectivos concernidos por la calidad del sistema sanitario predomine una actitud de recelo ante las reformas de gran calado que algunas comunidades autónomas pretenden impulsar,

en un contexto de crisis económica severa que está afectando a la mayoría de los países europeos y que puede comprometer las mejoras producidas tras décadas de incremento significativo del gasto sanitario.

Cuestión distinta, pero crucial, es si los buenos resultados del sistema sanitario español se consiguen con un gasto público y privado significativamente superior a la media de los países que satisfacen indicadores similares. Es un hecho que el gasto total de salud España queda notoriamente por debajo de la media de la OCDE (como muestra la Fig. 4., con datos de 2007) y prácticamente en la media (8,5-9,6% del PIB) con datos de 2007-2009. En cualquier caso, lejos de los niveles de gasto de países como Francia (11,6%), Canadá (11,4%), Suiza (11,4%) y Estados Unidos (17,6%), peor situados en varios de los indicadores analizados (OECD, 2009; OECD, 2012).¹⁸

Fig. 4: Gasto total en salud (público y privado) per cápita - 2007. OECD. Health at a Glance 2009: 161.



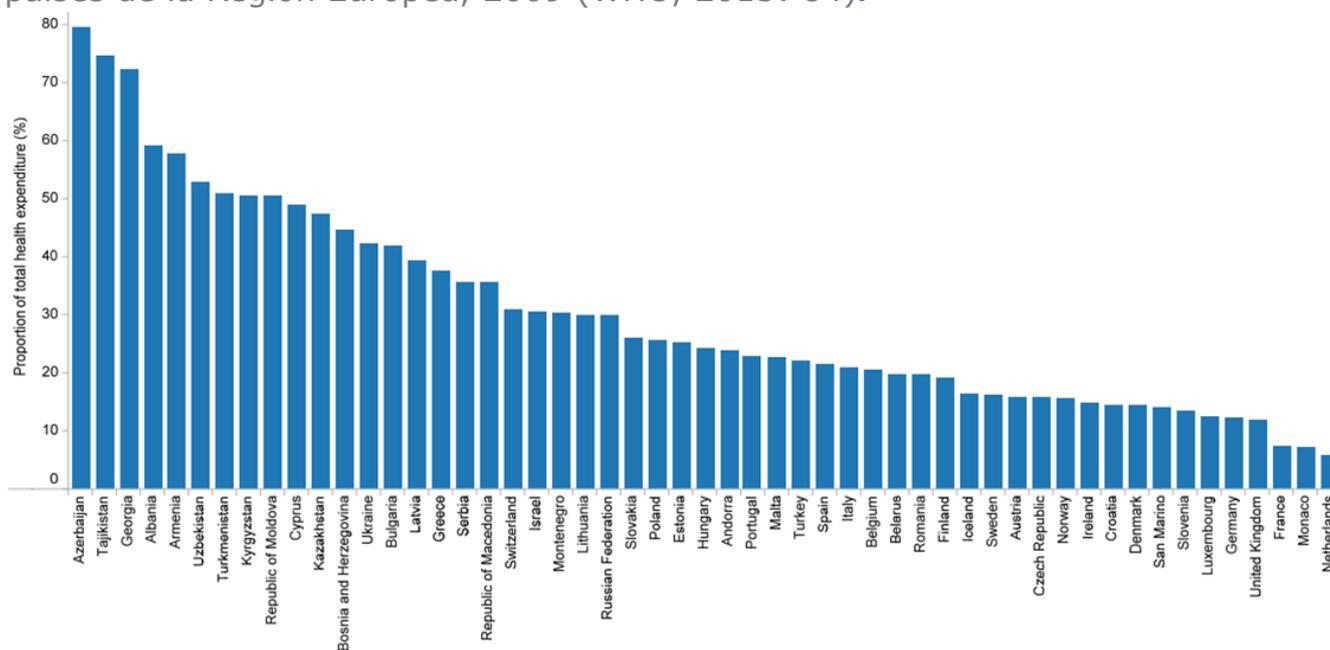
1. Health expenditure is for the insured population rather than resident population. 2. Current health expenditure.

Suele aducirse el importante volumen de deuda que acumula el complejo sistema de gestión y atención sanitaria vigente en España (véase nota 12) como pretexto para impulsar procesos de externalización de servicios y privatización de la gestión. Pero en absoluto resulta excesivo comparado con el de países que disponen de perspectiva y base empírica suficiente para evaluar las consecuencias del programa privatizador. El gobierno de D. Cameron, p.ej., se está viendo obligado a adoptar medidas para hacer frente a la importante deuda (más de 3 mil millones de euros) acumulada por uno de los grandes consorcios que gestiona una extensa red de hospitales en el Reino Unido.¹⁹

Por otra parte, conviene tener presente que los escenarios de grave crisis económica restringen la disponibilidad de dinero a un alto porcentaje de la población y limitan la demanda de atención sanitaria que implica pagar directamente con dinero de bolsillo (OOP: *out-of-pocket expenditure*) por algunos servicios. En términos de resultados de salud, preocupa sobre todo la dificultad de los sistemas para evitar a los usuarios gastos de salud "catastróficos", es decir, aquellos que podrían empobrecer a los hogares en los países donde los sistemas de salud dependen en gran medida de las contribuciones familiares. El gasto OOP promedio en Europa se sitúa en el 23% del gasto total en salud, sobre datos de 2009 (Fig. 5).

Según la OMS, los estudios internacionales constatan que el porcentaje de gasto OOP razonable —es decir, *no catastrófico*— no debe superar el 15-20% del gasto total en salud, y tendría que combinarse con otras fuentes de financiación (vía impuestos o fondos de seguro de salud, p.ej.). Como puede comprobarse en la Fig. 5, España se sitúa ligeramente por encima del gasto OOP promedio. Comparativamente se haya peor que muchos países europeos afectados en menor medida por la crisis actual, pese a que de ese grupo procedan algunas de las propuestas más duras para reducir el gasto social.

Fig. 5: Gasto de bolsillo (OOP) como proporción del gasto total en salud en los países de la Región Europea, 2009 (WHO, 2013: 84).



Como interpretación alternativa, pero perfectamente compatible con la base empírica aquí aportada, cabe sugerir que el sistema padece un déficit crónico de financiación pública como consecuencia de los criterios utilizados para establecer prioridades en las políticas de gasto social (Ayala, 1994: 177), pese a proporcionar resultados más

que satisfactorios en los principales indicadores básicos de salud, en su contribución al bienestar general de la población y en calidad percibida.

6. Opacidad, arbitrariedad y conflicto de intereses en las políticas de priorización del gasto

El compromiso que en las dos últimas legislaturas han mostrado los gabinetes ministeriales de cuño socialista o popular con la recapitalización del sector financiero no parece equiparable a la voluntad puesta para asegurar la equidad en el acceso a los servicios sociales y sanitarios que la Constitución española exige. Pero lo llamativo de este sesgo en el establecimiento de prioridades atribuible a los dos partidos mayoritarios es su manifiesta desconexión de las exigencias expresadas públicamente hasta la saciedad por colectivos que representan a casi todos los sectores de la sociedad española, en una sucesión interminable de manifestaciones y procesos reivindicativos durante los tres últimos años.

El desajuste entre prioridades políticas y demandas sociales deja de ser mero fenómeno sociológico para convertirse en factor de profunda indignación cuando las primeras medidas de reducción severa del gasto público se presentan acompañadas de una sucesión de decretos y reformas cuya finalidad no es otra que socializar pérdidas astronómicas en el sector financiero y recortar en gasto social. Y todas aprobadas de manera precipitada, a golpe de mayoría y sin apenas debate parlamentario.

A esas medidas iniciales —algunas de extraordinario calado, como la reforma de la Constitución de 1978²⁰— le siguen otras tan polémicas como las de amnistía fiscal (recogidas en el RD 12/2012, de 30 de marzo),²¹ en un período de auténtico vértigo informativo que ha estado salpicando las portadas de los principales medios con noticias inquietantes sobre financiación irregular del Partido Popular y la cercanía a sus órganos de dirección de posibles beneficiarios.²²

La raíz del problema en el sector financiero surge de una combinación nefasta de malas prácticas, impericia o negligencia en la gestión de auditoras, opacidad en los flujos de información y deficiencias en el ejercicio de la función supervisora que corresponde a los organismos reguladores de las administraciones públicas, lastrados

por múltiples conflictos de intereses que merman su eficacia e independencia (Bini Smaghi, 2009; Dorn, 2012r; Sikka, 2008; Sikka, 2009; Farhi and Cintra, 2009; Guillén and Suárez, 2009; Langevoort, 2010; Jones, 2009; Stiglitz, 2009).

Las oportunidades para repetir errores de gestión, incurrir en conflictos inaceptables de intereses y desvirtuar la naturaleza de un servicio como el que prestan las instituciones sanitarias —tradicionalmente consideradas sin ánimo de lucro, incluso las privadas, como acertadamente señala Diego Gracia— se incrementan cuando el modelo de gestión al que se tiende es diseñado en exclusiva por actores pertenecientes a las mismas organizaciones que contribuyeron tan activamente al desastre de las Cajas de ahorros.

Aun siendo privadas, estas entidades no tenían ánimo de lucro, y su naturaleza jurídica expresamente les orientaba hacia fines sociales. Sin embargo, una gestión altamente politizada, opaca y carente de controles externos efectivos permitió que incurrieran en prácticas especulativas y operaciones de elevado riesgo, como hizo casi todo el sector financiero. El resultado ha sido un auténtico descalabro contable, que en 2012 obligó al Gobierno central a solicitar a los socios europeos un préstamo de 39.500 millones de euros para intentar recapitalizar las tres principales entidades nacionalizadas. Transferido al Fondo de Reestructuración Ordenada Bancaria (FROB) a través del Mecanismo Europeo de Estabilidad (MEDE), el importe total —que, no olvidemos, computa como deuda del Estado— se incrementó en otros 1.865 millones de euros tras la inyección de fondos a otras alianzas de cajas con problemas: Liberbank, Ceiss, Caja3 y BMN.²³ Sólo en 2012, las cajas nacionalizadas perdieron 41.000 millones de euros, de los cuales 11.856 millones corresponden a Catalunya Caixa, 7.937 millones a NCG Banco y 21.238 millones a BFA-Bankia.²⁴

Con sobrada razón advierte D. Gracia contra los riesgos del “mal llamado mercado sanitario”, impulsado y regulado por quienes ya dieron un “escandaloso ejemplo” de falta de prudencia y de criterio técnico ejerciendo en beneficio propio todo su poder de influencia y decisión en las principales Cajas de ahorros, de las cuales Bankia probablemente sería el caso más digno de estudio (Gracia, 2013: 5-6).

En lo que concierne al ejecutivo de la Comunidad de Madrid, su compromiso con los objetivos estatales de ajuste del déficit justifica la reducción de 535 millones de euros en las previsiones de gasto sanitario para 2013. Un gasto que presentan

como escollo insalvable, que consideran impuesto por el Estado²⁵ y que les obliga a legislar para cambiar el modelo asistencial y de gestión ([Bufete] López Rodó & Cruz Ferrer y AFEM, 2013: 4).

No parece haber mayores inconvenientes, sin embargo, para implicar a las tres administraciones en el objetivo de aportar 2.400 millones de euros para el proyecto olímpico *Madrid 2020*.²⁶ La confianza en la rentabilidad de la inversión en el proyecto *Madrid 2020* es tal que tanto miembros de la Comisión Ejecutiva del COI como el experto de PWC —la empresa contratada para auditar y realizar el impacto económico de los Juegos de 2020— la publicitan como una opción de “riesgo financiero mínimo”, pese a las incertidumbres del panorama macroeconómico internacional.²⁷ Y será así gracias, en buena parte, a que “los poderes públicos correrán con los costes operacionales —seguridad, aduanas, transportes...—, estimados en 200 millones de dólares, una cifra contenida”.²⁸

Tan significativa oscilación en los estados de ánimo —pesimismo, en lo tocante al gasto sanitario; entusiasmo, para conseguir una inversión cinco veces mayor destinada a los JJOO— no se ve atemperada por consideración alguna sobre el importante desfase presupuestario en los Juegos Olímpicos de Londres 2012, cuya estimación inicial de costos en 2005 se había multiplicado por siete en 2012 (superando los US\$14.720 millones).²⁹

Si algún resquicio de confianza podían invocar los poderes públicos de la Comunidad de Madrid para justificar su plan de reformas —al menos ante los colectivos más perjudicados por las distorsiones que las continuas movilizaciones y protestas estaban provocando en el funcionamiento de los centros y hospitales afectados—, seguramente quedó fulminado cuando se hizo público el conflicto de intereses en que incurría el exconsejero de Sanidad de la Comunidad de Madrid, Juan José Güemes, y que motivó su dimisión como consejero de la empresa suiza de servicios sanitarios *Unilabs*.³⁰

Güemes había formado parte del Ejecutivo madrileño entre 2007 y 2010. Y *Unilabs* fue la compañía que compró en noviembre de 2012 el 55% de la Unión Temporal de Empresas adjudicataria del servicio público de laboratorios de los hospitales del sur de Madrid, concurso que en su momento tramitó el extitular de Sanidad.³¹

Parecida trayectoria siguió el también exconsejero de Sanidad de la Comunidad de Madrid, Manuel Lamela, quien pasó a formar parte del consejo de administración de

Assignia Infraestructuras, la compañía a la que él mismo adjudicó la gestión de los servicios privatizados del Hospital del Tajo, en Aranjuez, mediante una concesión por importe de 270 millones de euros. Una operación lastrada por la concurrencia en el proceso de empresas cuyos propietarios habían sido imputados judicialmente en la asociación con fines delictivos conocida como “trama Gürtel”.³²

A tenor de lo que se va conociendo sobre los antecesores de actual consejero de Sanidad, Javier Fernández-Lasquetty, los ciudadanos no pecan de ingenuidad inductiva cuando sospechan que las motivaciones económicas no son más que una gran farsa para ocultar los verdaderos intereses que persiguen los adalides de la privatización (Gracia, 2013: 6-8).³³

7. El fenómeno de la “captura del regulador” en el ámbito nacional e internacional

Ningún colectivo es ajeno al conflicto de intereses, que produce patrones de distorsión similares. Introduce sesgos inaceptables tanto entre el personal médico o de enfermería como entre quienes se encargan de la planificación y asesoramiento financiero. Colectivos que aceptarían políticas estrictas para regular el conflicto de intereses en los niveles de decisión política suelen ser muy reacios a admitirlas sobre su propio trabajo, y viceversa. Como pudo comprobar Schoen, “médicos y asesores financieros suelen respaldar una política de conflicto de intereses, siempre y cuando no se aplique a su propia tarea” (Sharek, Schoen, and Loewenstein, 2012).

Estos resultados sugieren que las personas con conflicto manifiesto de intereses no sólo son parciales, sino por lo general inconscientes de que están sesgadas, en un patrón que se reproduce en el ámbito político, en la gestión de empresas o servicios públicos y en las organizaciones privadas.

En la Comunidad valenciana puede documentarse con abundantes ejemplos el mismo patrón observado en la sanidad madrileña. Manuel Marín Ferrer fue la persona responsable de supervisar desde la Administración entre 2000 y 2007 a la empresa privada adjudicataria de la atención sanitaria en el departamento de Salud de la comarca de La Ribera —Ribera Salud UTE—. En septiembre de 2007 —y sin ningún período transitorio para evitar incompatibilidades— esa misma

operadora sanitaria le fichó para ocupar la dirección del departamento de Salud, el cargo de mayor responsabilidad.³⁴

Pese a la sorprendente eficacia con que el “mecanismo de puerta giratoria” le lleva a estar en nómina de la misma compañía que poco tiempo antes supervisaba, el interesado no considera haber incurrido en un posible conflicto de intereses. Interpreta su conducta como un modo de propiciar que “la Administración y la empresa concesionaria actúen en todo momento como aliados (...) para garantizar una asistencia pública y de calidad” (*ibid.*).

Los casos mencionados sugieren que no será el debate ético, político o jurídico, ni la falta de evidencia contrastada sobre las virtudes de la privatización para controlar el gasto, lo que disuada a los gobiernos que han apostado por el *modelo Alzira* de seguir adelante en su implantación. La escasa transparencia sobre los intereses del sector y la falta de independencia de los organismos reguladores en un sistema sanitario tan descentralizado dificultan un control eficaz sobre la compleja red de actores que intervienen en la sanidad pública.

Se trata de deficiencias cuyas consecuencias han podido comprobarse en contextos políticos diversos. En el Reino Unido, Sean Worth —ex asesor nombrado por David Cameron para la privatización del NHS y con fuertes vínculos en el Partido Conservador, donde fue responsable de la cartera de Sanidad— pasó a formar parte de un grupo de presión con importantes clientes en el sector privado de salud, *MHP Communications*. Por supuesto, la maniobra pronto tuvo repercusiones en la cotización en bolsa de la compañía. Pero Worth no se mostró dispuesto a reconocer que su actuación pudiera incurrir en conflicto de intereses. Antes bien, manifestó que “los grupos de interés [*lobbies*] serios tienen su propio papel que jugar en un buen gobierno”, en un clima de entendimiento “abierto y constructivo”.³⁵

La consultora PricewaterhouseCoopers (PWC), en su informe *Diez temas candentes de la sanidad española para 2012*, deja claro que en el ámbito español no existe una normativa estatal capaz de preservar con garantías el interés público en las nuevas fórmulas de gestión sanitaria ante su creciente expansión e implantación.³⁶

Entre sus propuestas —algunas ciertamente controvertidas— sugiere que “con el objetivo de resolver algunos de los aspectos más controvertidos de estas fórmulas de colaboración, sería razonable iniciar el debate sobre la conveniencia de diseñar un

marco regulatorio que asiente las bases de los intereses públicos a preservar, junto con el tipo de relación deseable con la empresa o empresas privadas implicadas" (*ibid.*, p. 59).

Es interesante constatar a qué elemento otorga más importancia PWC para conseguir *un cambio de rumbo significativo en el debate público*: "Tal vez, para sacar a estas fórmulas de la controversia pública que han tenido, podría ser interesante, como en su día se hizo en Reino Unido, el establecimiento de un marco regulatorio de CPP [colaboración público-privada] en sanidad a nivel nacional, que garantice, para todos los agentes, las reglas de juego y la transparencia" (*ibid.*, p.12).

Considero particularmente acertado este análisis porque ayuda a identificar los elementos contextuales y las carencias que más contaminan el debate: "Derivada de la implantación de sistemas de evaluación, se encuentra implícito un aumento de la transparencia en los resultados obtenidos. Esta información será de gran valor para los pacientes/usuarios, para los profesionales, los gestores del sistema y los políticos" (*ibid.*, p. 21).

La necesidad de crear una *Central de Resultados* y de implantar sistemas que permitan monitorizar el impacto de los 'recortes' y reformas sobre las prestaciones resulta más apremiante "en un escenario como el actual, en pleno debate sobre las posibles fórmulas para la aplicación de 'recortes', y en el que se discute sobre cuáles son las reformas más relevantes y con mayor impacto en calidad y sostenibilidad" (*ibid.*).

8. Aspectos ético-legales en un debate sobre alternativas incómodas

A diferencia de lo que ha ocurrido en otros países, el rodillo de las mayorías parlamentarias y la premura por lidiar con la pésima evolución de los indicadores económicos han privado a la ciudadanía española del sosiego y la sensatez necesarios para promover un debate público ineludible, sobre alternativas ciertamente incómodas pero que afectan a valores esenciales de nuestro ordenamiento jurídico.

Una parte especialmente vulnerable de la población residente ha quedado privada del acceso a las prestaciones básicas hasta hace poco garantizadas con carácter universal por ley (Pérez-Molina and Pulido Ortega, 2012; Puerto, 2003). Los

conflictos frecuentes en relación con la exclusión y restricción de la prescripción de productos médicos, la limitación del tratamiento estableciendo cantidades máximas de producto medicinal o las medidas para exigir compensaciones por la atención prestada a pacientes que no cotizan en España son problemas de envergadura, que merecen ser objeto de escrutinio público.

Aspectos básicos de la atención sanitaria en el contexto de los derechos individuales y la base constitucional conforme a la cual establecer “el nivel mínimo de subsistencia” en cuestiones de asistencia médica han sido objeto de un extenso debate en Alemania, que ha forzado la intervención del Tribunal Constitucional Federal para concretar cómo las exigencias del principio de igualdad, de la democracia y del Estado de Derecho deben modular los análisis de coste-efectividad en la prestación de servicios sanitarios (Deutscher Ethikrat, 2011: 31-91).

En un contexto caracterizado por la gestión descentralizada de los servicios sanitarios en la mayor parte del territorio español, urge la puesta en marcha de un proceso clarificador sobre el tipo de concreción normativa que mejor pueda contribuir a evitar desigualdades flagrantes y disfuncionalidades en el acceso a las prestaciones sanitarias básicas (Brown, 2009).

La habitual ceguera a ciertos problemas por razones electorales no justifica excluir del debate público aspectos como las cuestiones éticas que plantea el ahorro en medicamentos y tratamientos médicos innovadores de alto coste, medidas que podrían tener una repercusión apreciable sobre todo el sistema pero también mermar de modo inaceptable los beneficios médicos.³⁷

Hasta las cuestiones más incómodas de justicia distributiva relacionadas con la atención sanitaria deben formar parte de la discusión política, en un marco de transparencia y con la dosis de realismo que requieren. Los procedimientos y cauces mediante los que se articula el debate público —identificando, p.ej., la institución responsable de fijar el alcance y la cobertura de los tratamientos— resultan decisivos para promover el necesario margen de comprensión y apoyo público a medidas difíciles y dolorosas.

La metodología de evaluación y el análisis coste-efectividad de los medicamentos adquieren relevancia ética por sus implicaciones para otras medidas de contención del gasto sanitario y distribución justa de los recursos en condiciones de escasez. El

criterio de excluir del sistema de financiación pública aquellos fármacos que aportan mejoras poco significativas respecto al tratamiento convencional puede parecer obvio; pero un análisis detenido, atento también a los beneficios médicos y a razones éticas, probablemente llevaría a ofertarlos en una franja de precios apropiada.

Se trata de aspectos complejos que demandan una respuesta satisfactoria de instituciones independientes, solventes en su capacidad técnica y jurídica y competentes para dar cuenta de los métodos de evaluación utilizados, incluyendo — como elemento de contrapeso a la racionalidad económica, que tiende a maximizar el valor— la ponderación de los derechos individuales que están en la base del sistema jurídico e inspiran, por definición, los objetivos del sistema público de salud.

Muchos detalles relacionados con este último objetivo —referidos, en el caso que nos ocupa, a las limitaciones del marco jurídico (instrumentos de facturación intercentros, cálculo del coste capitativo, debilidad de los mecanismos de supervisión, etc.) en el que se pretende hacer encajar la propuesta de externalización de gestión y servicios que implica el modelo dual— pueden encontrarse en el meticuloso informe elaborado por el bufete López-Rodó&Cruz Ferrer y la asociación profesional AFEM. Resultan muy clarificadoras, en particular, las consideraciones relativas al *marco constitucional del modelo vigente* (arts. 88, 41, 43; 149.1. 16ª y 17ª CE), en el aptdo. “Motivos de inconstitucionalidad” ([Bufete] López Rodó & Cruz Ferrer and AFEM, 2013: 38-53).

9. Peculiaridades del cuasi-mercado en los sistemas de atención sanitaria descentralizados

El proceso de descentralización política seguido en España responde fundamentalmente a objetivos de mejora de la calidad democrática, transfiriendo la autoridad y la responsabilidad de las funciones públicas a organizaciones de gobierno con amplio margen de independencia —presumiblemente, mucho más cercanas a la realidad y conocedoras de los problemas concretos de sus ciudadanos que cualquier organismo centralizado—.

Las dinámicas descentralizadoras juegan un papel importante en la reestructuración de la atención sanitaria. Pero así como hay alguna evidencia internacional —referida

fundamentalmente a países en desarrollo— que permite asociar descentralización y democratización, no puede decirse lo mismo de la que vincula descentralización con mejoras significativas en la calidad de la atención sanitaria (Brown, 2009: 53)

Esto obedece al hecho de que el compromiso con la descentralización suele ser visto como un modo de contrarrestar el déficit democrático que aleja el proceso de toma de decisiones de los colectivos sociales concernidos. Sin embargo, dicho contrapeso no ocurre de forma automática. Son frecuentes los casos en los que conlleva una pérdida de calidad en los mecanismos de rendición de cuentas y contribuye a desvirtuar el ejercicio de la responsabilidad democrática en los organismos controlados por individuos o grupos elegidos localmente (*ibid.*).

La mera descentralización no induce una reorganización más eficiente de las funciones administrativas en los sistemas de salud, ni tiene por qué satisfacer los postulados de la burocracia weberiana evitando sus inconvenientes (Segura Benedicto and Oñorbe de Torre, 2010; Ayala, 1994). Con frecuencia se olvida que la aparente rigidez de los sistemas fuertemente jerarquizados y centralizados no se contrarresta con otros similares de alcance regional. Son modelos de organización más flexibles, sustentados en valores diferentes —y típicamente asociados con una cultura ética, política o empresarial diferente— los que permiten estilos de gestión menos autoritarios y una distribución más horizontal de la responsabilidad y de la capacidad operativa.

En esencia, la descentralización conduce a una reestructuración más eficiente y equitativa de la gestión sanitaria si mejora sus indicadores de gobernanza y calidad democrática, y consigue reducir la distancia administrativa que existe entre los diferentes niveles del sistema de salud y la población (Ayala, 1994: 178). Mayor participación individual y comunitaria en el control y diseño de las estructuras administrativas, involucrando de forma activa a los pacientes, usuarios y colectivos profesionales concernidos, son los factores decisivos para mejorar la calidad de la atención sanitaria (Brown 2009: 53-54) y reducir la alta conflictividad asociada con procesos previos de descentralización y reforma, como ocurrió en España a mediados de los noventa (Guillén and Cabiedes, 1997: 375).

Lo mismo podría decirse de cualquier servicio público esencial. Tales servicios nunca se han prestado en régimen de libre mercado, sino más de bien de cuasi-mercado

(o “mercados internos y planificados”), creados mediante el ejercicio del poder del Estado y supervisados al detalle porque su desarrollo estuvo muy ligado a procesos de descentralización diferentes (Cabiedes and Guillén, 2001; Guillén and Cabiedes, 1997).

10. Activismo instigado por la causa sanitaria y geografía crítica de la salud pública

El análisis de Tim Brown sobre el origen del *activismo instigado por la causa sanitaria* incorpora resultados de diversos estudios geográficos (R. Kearns y R. Barnett en Nueva Zelanda; Ch. Milligan en el Reino Unido; A. Williams en Canadá, etc.) y la perspectiva crítica desde la que Craig Duncan analiza los debates prioritarios en un extenso cuerpo de literatura al que denomina la “nueva geografía crítica de la salud pública” (Brown and Duncan, 2002).

Brown y Duncan señalan las características espaciales de estos procesos, su impacto sobre las comunidades aisladas y vulnerables que viven en zonas rurales y cómo el debate sobre cuestiones de acceso, provisión y uso de los recursos sanitarios involucra también un análisis de las capacidades y la eficacia de las comunidades para oponer resistencia a reformas drásticas de cuño neoliberal en zonas rurales o urbanas (Brown and Duncan, 2002: 367).

El enfoque crítico (*the critical 'new' public health*) adoptado por los geógrafos de la salud permite una explicación más detallada del papel que juegan los gobiernos en la distribución de la carga financiera asociada al cuidado de la salud. También ayuda a estimar el potencial de “los movimiento de oposición a las relaciones de poder desiguales y opresivas” para orientar su compromiso con la justicia social hacia estrategias de resistencia que aglutinen los intereses de profesionales médicos y enfermeros con los de otros trabajadores de la salud pública, así como los de asociaciones profesionales y de pacientes y usuarios (Parr, 2004: 247-250).

Otras aportaciones interesantes de los geógrafos críticos de la salud son los análisis sobre las transformaciones del sector informal y voluntariado que las reformas neoliberales regidas por criterios de mercado han supuesto para la prestación de servicios en colaboración con el Estado —una especie de *Estado en la sombra*, como sugiere Jennifer Wolch—. ³⁸ Sus efectos se han traducido en una desigual

distribución de los servicios voluntarios, en una importante reducción de la atención que prestan y en una mayor carga de trabajo para los cuidadores informales en el entorno doméstico.

La evolución producida entre 2009 y 2013 deja cortos los análisis de Brown y su evaluación de impacto, pues al compromiso ideológico con el neoliberalismo de las reformas que menciona habría que sumar los efectos de la presión financiera, que ha llevado a la quiebra a muchos de los consorcios y organizaciones privadas responsables del cuidado de millones de personas mayores en el Reino Unido.³⁹

La falta de antecedentes sobre las virtudes del cuasi-mercado suele apuntarse con un fuerte compromiso ideológico con el neoliberalismo, que en el contexto español tuvo una clara manifestación en las propuestas del *Informe Abril*, de 1991. Se carecía de perspectiva suficiente para analizar la evolución de las reformas en los sistemas sanitarios de los países que por entonces se pretendía imitar —Suecia y Reino Unido ya habían adoptado medidas como la separación de compradores y proveedores, o la transformación de los hospitales y otros centros de salud en sociedades sujetas al derecho privado (Rodríguez, Scheffler, and Agnew, 2000). Dos décadas más tarde, sin embargo, las evidencias disponibles sugieren un panorama menos envidiable:

"Un consorcio de hospitales del NHS [Servicio Nacional de Salud] altamente endeudado deberá ser disuelto, otras organizaciones tendrán que hacerse cargo de sus servicios y los ministros tendrán que gastar alrededor de 1.100 millones de libras para costear la adopción de cambios radicales en la atención sanitaria de un área de salud que da cobertura a un millón de pacientes, según recomienda a la Secretaría de Salud el informe elaborado por el experto comisionado para solucionar el problema.

En el sureste de Londres será preciso llevar a cabo una revisión profunda y masiva de los servicios de salud, puesto que el consorcio South London Healthcare NHS (SLHT) está tan profundamente endeudado que ha dejado de ser viable en su forma actual, según ha dicho Matthew Kershaw, el administrador especial de confianza, al secretario de salud, Jeremy Hunt.

Si se implementan, sus propuestas darían lugar a una importante reconfiguración de los servicios de emergencia, paritorio y atención programada en una amplia franja de la capital, incluyendo el cierre de las unidades de Accidentes-Emergencias y Maternidad en el cercano hospital de Lewisham, que no forma parte del consorcio.

Ese plan ha suscitado una intensa oposición por parte de pacientes, personal del hospital y del diputado del distrito”

(The Guardian, 8/01/2013. Trad. propia).⁴⁰

11. Coordinación, supervisión y liderazgo al servicio de la equidad

El conocimiento obtenido tras dos décadas experimentando con combinaciones diversas de sistemas de gestión de los servicios sanitarios refuerza la importancia del papel del estado como garante —no mero proveedor— y actor de referencia en las funciones de coordinación, evaluación y liderazgo, para propiciar los acuerdos políticos necesarios entre y con los organismos autonómicos, en aras del bien común y por encima de intereses partidistas.

Una labor que, en lo referido a la gestión y prestación de servicios sanitarios, debe contar con el apoyo del personal sanitario y de sus asociaciones a todos los niveles, desde las que se lleva tiempo insistiendo en la importancia de una iniciativa estatal dirigida a definir una cartera mínima básica de prestaciones para mejorar la calidad y la equidad de los servicios efectivamente prestados a la población (Segura Benedicto and Oñorbe de Torre, 2010: 21).

Junto a cuestiones de tipo procedimental y el papel de los incentivos para la toma de decisiones, es perentorio abrir un proceso de reflexión participativa sobre disparidades previsibles en la evaluación de beneficios y costes médicos que pueden traducirse en dinámicas de selección adversa —derivando a los pacientes “menos rentables” a los centros de gestión pública directa, p.ej.— y que podrían perjudicar a determinados centros o grupos de pacientes, según su zona sanitaria.

Las políticas de ajuste severo del gasto han supuesto recortes drásticos de plantilla en todos los colectivos del personal sanitario, deteriorando indicadores básicos de calidad como las listas de espera e induciendo la no-prescripción de fármacos considerados necesarios, limitando terapias efectivas —tratamientos de rehabilitación, p.ej.— y el recurso a medicamentos considerados “el segundo mejor”.

Se trata de medidas que obligan a una reflexión detenida sobre cómo garantizar la calidad y la protección de los pacientes al tiempo que se aplican criterios de

ajuste, en situaciones que dificultan el equilibrio entre las exigencias de justicia y la maximización de los beneficios médicos. Es un debate que exige aclaraciones sobre la valoración de la vida inter-individual y la prioridad concedida a derechos en juego, aspectos que tienden a omitirse en la exposición de motivos de numerosas leyes estatales o autonómicas elaboradas con precipitación.

12. La judicialización como respuesta a la falta de consenso sobre criterios de distribución justa

Incluso en los países con sistemas de salud mejor consolidados se están produciendo situaciones insostenibles motivadas por el coste creciente de la atención sanitaria y la limitación de recursos en algunas especialidades médicas, en la atención intra/extrahospitalaria. En España se están adoptando decisiones en materia de política sanitaria de ámbito estatal y autonómico que merecerían un debate previo bien articulado sobre los criterios para establecer una asignación justa y equitativa de recursos sanitarios. Sirva como ejemplo el conflicto por el cierre de 21 Puntos de Atención Continuada (PAC) en una centena de municipios en zonas rurales de Castilla- La Mancha.⁴¹

Este caso muestra hasta qué punto los ciudadanos han perdido toda esperanza en las posibilidades de negociación directa con sus representantes políticos y cómo estos se han mostrado insensibles tanto a la reacción pública como a las peticiones de las autoridades locales. El resultado ha sido la judicialización del conflicto. Varias resoluciones del Tribunal Superior de Justicia de Castilla-La Mancha han dado la razón, de manera cautelar, a los Ayuntamientos afectados, lo que ha obligado al ejecutivo de Castilla-La Mancha a derogar, el 27 de marzo de 2013, la orden que habían aprobado tres meses antes.

El deterioro democrático habría sido perfectamente inevitable, a la vista de las protestas multitudinarias en los municipios afectados y el perjuicio manifiesto que suponía para los pacientes de decenas de municipios rurales tener que desplazarse varias decenas de kms para recibir atención en el servicio de urgencias más cercano durante la noche.⁴²

En Alemania, con uno de los sistemas sanitarios menos excluyentes en su amplia cartera de prestaciones y con finanzas públicas más saneadas, comenzaban a apreciarse

mucho antes de 2011 signos crecientes de deterioro de la calidad que motivaron la apertura de un debate abierto y al que contribuyeron organismos especializados como el *Consejo de Ética*. Para entonces ya era evidente la dificultad para concitar acuerdos sobre qué debe incluirse en la lista de tratamientos legalmente garantizados por la cobertura sanitaria obligatoria, o sobre los límites que será preciso establecer a tratamientos sanitarios financiados mediante mecanismos de solidaridad. Se trata de problemas que requieren abordajes médicos y económicos complejos, pero que demandan también una reflexión ética y legal, puesto que tienen un trasfondo de justicia social más amplio que el derecho a la atención sanitaria.

13. La *Evaluación de Impacto en la Salud (EIS)* y sus implicaciones

Los costes crecientes de múltiples tecnologías de utilidad médica han sido objeto de análisis minuciosos por profesionales especializados en economía de la salud. Un esfuerzo que ha permitido desarrollar estándares internacionales para el análisis de coste-efectividad y que ha proporcionado instrumentos útiles para *evaluar el impacto en la salud (EIS)* y en el bienestar de proyectos, programas o políticas sanitarias. Pero ninguno de estos instrumentos está exento de controversia.

Como señala José R. Rueda, el recurso a la EIS persigue “mejorar la calidad del proceso de toma de decisiones públicas a través de recomendaciones, para reforzar los impactos positivos previstos y minimizar los negativos. ... Debe sustentarse en “valores sociales concretos, ampliamente compartidos en nuestra sociedad”. Por eso considera fundamentales la democracia, la transparencia y la participación, puesto que la EIS no es sino un modo de “reconocer y garantizar el derecho de la población a participar en un proceso transparente para la elaboración, puesta en marcha y evaluación de las políticas que afectan su vida, tanto directamente como por medio de los representantes elegidos” (Rueda 2005: 33).

La precipitación en la adopción de leyes susceptibles de introducir cambios de gran calado en los instrumentos mediante los que se garantizan y reconocen derechos tan básicos como la atención sanitaria constituye un ejercicio de mala praxis política, no sólo un déficit de gobernanza. Supone ignorar criterios básicos de calidad ineludibles en procesos rigurosos de *evaluación de impacto en la salud*:

"Por ello la EIS debe implicar a los decisores claves, a las organizaciones no gubernamentales y, quizás lo más importante, a los representantes de los grupos cuyas vidas serán afectadas por una determinada política o proyecto, así como a los profesionales con conocimientos relevantes sobre los temas que sean analizados. En ocasiones el trabajo conjunto puede facilitar la consecución de consensos entre agentes con diferentes intereses y planteamientos. [...] La EIS no está solamente interesada en el impacto agregado de la política evaluada en la salud de la población, sino también en la distribución del impacto dentro de la población, en lo referente a género, edad, o grupos de distintas características socioeconómicas. [...] No sustituye la decisión política. La estructura y metodología de la EIS intenta facilitar una toma de decisiones bien informada y que los efectos en la salud sean tenidos en cuenta, pero no pretende sustituir la función de los decisores políticos, quienes pueden tener en cuenta otras consideraciones o prioridades, o aceptar contrapartidas entre distintos objetivos sociales. La EIS puede ser una buena herramienta si mejora y contribuye en el proceso de toma de decisiones y proporciona un abordaje estructurado y riguroso. [...] debe basarse en diferentes disciplinas y metodologías científicas para poder lograr una evaluación lo más integral posible de los impactos esperados. [...] debe ser transparente y abierta al escrutinio público a lo largo de todo el proceso."

(Rueda, 2005: 33-34)

Algunos países conscientes de estas exigencias, pero acuciados por la dificultad para afrontar un incremento imparable del gasto sanitario, han tenido que designar organismos específicos encargados de aplicar a su propio contexto los análisis de coste-efectividad inspirados en normas reconocidas internacionalmente. Dichas instancias (en Alemania, p.ej., el *Instituto para la Calidad y Eficiencia en la Atención Sanitaria*; en el Reino Unido, el *Instituto Nacional para la Excelencia Clínica*)⁴³ emiten recomendaciones periódicas sobre el alcance de los tratamientos que provee el régimen del seguro médico obligatorio. En España se constituyeron algunas agencias de evaluación de tecnología sanitaria, pero chocaron con las dificultades para coordinar la prestación de servicios en un sistema que dista mucho de ser único y homogéneo.⁴⁴

Aunque su cometido pueda parecer exclusivamente técnico, limitado a decisiones de naturaleza exclusivamente económica, en la práctica no es así. Las consideraciones económicas pueden resultar sesgadas por la prioridad concedida a determinados valores, con implicaciones legales y éticas significativas, puesto que pueden restringir tratamientos médicos necesarios. Lo novedoso del proceso de reflexión que se ha ido desarrollando en países como Alemania —a partir la aprobación en octubre del 2003 de la llamada "Ley de Modernización del Seguro Sanitario Estatutario", que puso fin a seis años de polarización y desacuerdo sobre política sanitaria entre los dos grandes

partidos alemanes— consiste en llevar los análisis y consideraciones de naturaleza económica a un contexto de reflexión más amplio, el de las opciones políticas básicas en materia de justicia social, para contrarrestar las pretensiones de neutralidad asociables con los cálculos y modelos utilizados (Garrido, Wörza, and Bussea, 2004).

En línea parecida han ido muchas de las propuestas surgidas de diversas asociaciones profesionales —p.ej., Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS) y Asociación de Economía de la Salud (AES)—, de usuarios y de otros colectivos que representan a sectores mayoritarios de los posibles afectados por las reformas que más rechazo han suscitado en España (AFEM y López Rodó & Cruz Ferrer, 2013; Consejo General de Enfermería y de la Organización Médica Colegial, 2013; FENIN - Federación Española de Empresas de Tecnología Sanitaria, 2007; Artundo Purroy and Rivadeneyra Sicilia, 2008; Repullo and Freire, 2008; Urbanos, 2010).

14. Nuevos desafíos para el ejercicio de las profesiones sanitarias

Sobre temas complejos es imprescindible distinguir niveles en los que articular la discusión. El análisis de una problemática en el *nivel macro* (p.ej., el hacer un uso finalista de los fondos públicos previstos en los presupuestos para atención sanitaria, sin detracciones posteriores para cubrir necesidades en otros servicios públicos como educación, infraestructuras o seguridad) puede requerir criterios y elementos teóricos distintos de los que se aplicarían en el *nivel meso* (sectores como enfermería, farmacia, rehabilitación, profilaxis, cuidados paliativos, etc. compiten por apropiarse para sus respectivos dominios profesionales de fondos escasos dentro del sistema de salud) o en el *nivel micro*, en el que se pone a prueba la calidad de la atención sanitaria que reciben los pacientes.

Por esta razón conviene identificar preocupaciones que pueden aglutinar a actores muy diversos en favor de objetivos comunes, así como dotarse de instrumentos proactivos para evitar escenarios que incrementen el riesgo de actuaciones no cooperativas y mala praxis. La literatura reciente abunda en estudios que muestran cómo la calidad de la asistencia sanitaria puede verse condicionada por la escasez en el nivel meso o por decisiones que dependen tanto de cada profesional médico como de los recursos que el sistema pone a su alcance. Y es en condiciones de escasez o restricciones

severas del gasto cuando más se observan las posibles disfunciones, agravadas por factores demográficos y epidemiológicos –envejecimiento progresivo de la población—, socioeconómicos —desproporción entre quienes reciben y quienes pagan los tratamientos— o tecnológicos —el coste creciente de los avances en tecnología médica, que se traduce en más diagnósticos y opciones terapéuticas o preventivas disponibles para una población de pacientes cada vez mayor (Piqué, 2013).

Las proyecciones a escala internacional que integran todos estos factores constatan una tendencia clara y preocupante, pues se da por hecho que antes o después se alcanzará un punto donde será inevitable restringir sustancialmente los tratamientos y prestaciones sanitarias. Difieren sólo en el cuándo.

Mientras tanto, opciones como subir las contribuciones procedentes de las rentas del trabajo o introducir posibles modificaciones del sistema impositivo podrían servir para ganar algo de tiempo y, quizás, contar con el empuje favorable de un nuevo ciclo económico.

Pero, dadas las circunstancias, sobre los profesionales sanitarios recae hoy una grave responsabilidad para aportar conocimiento y experiencia en los análisis sobre el potencial de ahorro que existe en la actual configuración del sistema de prestaciones sanitarias. Su participación directa, activa y crítica, en un contexto institucional especialmente diseñado para favorecer consensos, rendición de cuentas y contrapesos democráticos, no es negociable.

Los profesionales sanitarios españoles en activo se han formado en un sistema cuya calidad y resultados toda la sociedad española conoce y valora. Reconocimiento profesional y aceptación pública van muy ligados a actitudes culturales y expectativas sociales, no sólo a la amplitud de la cartera de prestaciones. Es de esperar que se mantenga un amplio margen de comprensión y aceptación social para medidas de priorización del gasto que dependen exclusivamente del beneficio médico y de su conformidad con estándares profesionales de calidad en los diagnósticos y tratamientos.

Sin embargo, los entornos institucionales con ánimo de lucro son propensos a favorecer criterios de priorización que pueden expandir considerablemente el coste de algunos tratamientos y pruebas diagnósticas —con frecuencia en detrimento de otros más perentorios— sobre la única base del interés o capacidad de influencia del colectivo profesional más comprometido en promover su empleo.

Cualquier articulación del sistema de prioridades para reducir el gasto sanitario se ve lastrada por opciones éticas y políticas subyacentes, las cuales abren, estrechan o cierran vías para garantizar de manera efectiva derechos que suelen gozar de la máxima protección jurídica en los países europeos.

Pero cualquier profesional sanitario con algo de experiencia conoce las dificultades para aplicar criterios homogéneos de este tipo y reducir el riesgo de mala praxis en la diversidad de casos que atienden.

En este sentido desempeñan un papel decisivo las instituciones que en cada país emiten directivas y recomendaciones —incluyendo evaluaciones de tecnologías sanitarias y análisis coste-efectividad— para las diferentes especialidades o se encargan de elaborar informes de expertos para su uso en los tribunales.

Previsiblemente, los incentivos para una actuación conforme a los mejores estándares de calidad asistencial serán muy diversos en función del modelo de gestión al que se someta el centro donde el profesional sanitario ejerce su responsabilidad. Mientras que en los centros de gestión pública directa el criterio prioritario que rige la actuación del profesional sanitario es el de proporcionar la mejor atención posible al paciente —determinada conforme a estándares de calidad y buenas prácticas internacionalmente aceptados, sin otra limitación que la disponibilidad de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos necesarios—, en los centros concesionados la atención dispensada se ve radicalmente condicionada por los objetivos de reducción o contención del gasto medio por paciente asumidos en el pliego de condiciones, más el sesgo que introduce la finalidad expresa de obtener beneficios como incentivo indispensable para la viabilidad empresariales del proyecto.

Sin instrumentos eficaces y bien dimensionados de supervisión técnica, seguimiento y control de la actuación de las empresas colaboradoras, existe un alto riesgo de inequidad e ineficiencia en el resultado —con una tendencia clara a consolidar dinámicas de selección adversa, que terminan derivando a los hospitales y centros de gestión directa los “pacientes menos rentables”— y de que se produzcan deterioros estadísticamente significativos en parámetros básicos de salud y calidad asistencial (Nunes and Rego 2013; McKee, Edwards, and Atun 2006; Acerete, Stafford, and Stapleton, 2011).

La noción de “estándar médico aceptado” incluye un componente empírico en su definición, sujeto a evolución, que puede conllevar exigencias distintas de

las contempladas por las directrices relevantes en el momento de su adopción. En última instancia, es responsabilidad de cada profesional médico determinar las exigencias del criterio estándar en cada caso particular, como lo es la posibilidad de apartarse de la norma atendiendo a necesidades específicas de un paciente concreto y elegir entre tratamientos diversos en cuanto a calidad pero compatibles con criterios estandarizados de buena praxis médica. Esto explica que el Consejo de Ética alemán tome en consideración las alertas de las asociaciones médicas profesionales contra "la instrumentalización abusiva del médico como instancia de racionamiento" y la distorsión que introduce en la praxis médica (Deutscher Ethikrat, 2011: 30).

En cualquiera de los sistemas o modelos de gestión, no parece razonable que las limitaciones presupuestarias obliguen al personal médico a ofrecer a sus pacientes, de manera explícita o implícita, estándares de tratamiento inferiores a los exigidos por las guías de buena praxis médica. Menos aún si tal cosa ocurre en ausencia de un procedimiento transparente a través del cual las instancias concernidas asumen su cuota de responsabilidad y garantizan una aplicación equitativa de los criterios de distribución de recursos (Warner, 2008).

Arbitradas con precipitación y a golpe normativo, estas restricciones imponen una carga demasiado pesada a los profesionales de la medicina. En muchos casos consolidan patrones inaceptables de distribución de recursos que, además de ser contrarios a los requisitos de igualdad, deterioran la confianza que sustenta la relación médico-paciente, como lúcidamente advierte Daniel Wikler (Wikler 2012).

El deterioro en las condiciones de trabajo del personal médico no suele ser ajeno al que otros servicios y colectivos profesionales pueden experimentar en el entorno sanitario, lo que no contribuye precisamente a reducir el riesgo de accidentes laborales, mala praxis y estadísticas de mortalidad o desempeño subóptimas en los diferentes servicios (Galizzi, Miesmaa, and Punnett, 2010; Heyes 2005).

Este riesgo depende en gran medida de factores organizativos y de factores de control, como examina Denis Smith en su interesante estudio *Not by Error, But by Design - Harold Shipman and the Regulatory Crisis for Health Care*. Pero lo interesante es su advertencia no tanto contra el riesgo de casos extremos de mala praxis deliberada, sino contra las condiciones que fomentan múltiples episodios de

bajo desempeño profesional que *casi llegan al punto* de producir muertes evitables o lesiones irreversibles (Smith 2002).

Un riesgo nada teórico, como desgraciadamente ha podido constatar una comisión dependiente del Ministerio de Sanidad británico tras finalizar la investigación sobre el Hospital Mid-Staffordshire —investigado por tener entre 400 y 1.200 fallecimientos más de lo que se debería esperar según las estadísticas de servicios similares—, y en la que concluye que *se había primado "la consecución de objetivos económicos por encima de la calidad del servicio"*.⁴⁵

El problema ha ocasionado una auténtica conmoción social en el Reino Unido, pues la investigación no sólo arroja luz sobre los cientos de muertes "evitables" producidas en el hospital Mid-Staffordshire (entre 2005 y 2008), sino que sugiere ramificaciones en al menos otros cinco centros gestionados por consorcios o fundaciones que colaboran con el NHS, con nuevos datos que podrían aproximar la cifra de fallecidos a los 3.000 casos.

A la vista de los resultados, el informe aboga por un *cambio fundamental en la cultura del NHS que garantice que los pacientes son la prioridad*. Advierte, además, de la *precipitación con que se llevó a cabo el proceso de privatización/concesión en los niveles local y regional, sin que los mecanismos reguladores del sistema nacional tuviesen la capacidad coactiva necesaria para resultar disuasorios*.

En otro nivel, tampoco las asociaciones profesionales (de enfermería, p.ej.) supieron estimar la gravedad de las primeras quejas por irregularidades.⁴⁶

15. Conclusiones

Los intentos de introducir transformaciones estructurales en el sistema a través del cual mayoritariamente llega la atención sanitaria a los ciudadanos españoles afrontan importantes desafíos en un contexto de reducción severa del gasto. El modelo de gestión dual (pública directa y concesionada) que impulsa la Comunidad de Madrid carece de justificación científico-técnica, plantea importantes problemas ético-legales y ha suscitado un intenso rechazo social. No ha ido precedido o acompañado de un debate público abierto y participativo, ni se promueve en un marco jurídico regional y estatal que garantice mecanismos eficaces e independientes de control y

rendición de cuentas. Este déficit democrático se agrava por los múltiples conflictos de intereses y unas condiciones claramente proclives a permitir la “captura del regulador” en los ámbitos local, regional y estatal, como numerosas asociaciones profesionales del personal sanitario y de usuarios han señalado.

La falta de evidencia empírica que avale la idoneidad del modelo de concesión para mejorar la eficiencia de los servicios sanitarios, comparada con el sistema de gestión pública directa, puede constatarse igualmente en relación con otros servicios públicos en territorio español —exceptuando, quizás, el tratamiento de residuos sólidos urbanos—, la mayoría adjudicados en un entorno de cuasi-mercado en el que no puede hablarse de competencia real —ni por el número de empresas que concurren a las ofertas ni por las condiciones del contrato—.

En escenarios similares existe un alto riesgo de que las condiciones de la concesión se ajusten más a los intereses de la empresa o del consorcio dominante que al interés general —incluyendo, p.ej., un primer período de funcionamiento por debajo de costes y estrategias de renegociación pactadas para consolidar posteriormente las verdaderas oportunidades de negocio—. Si esto ocurre, la nueva cultura o filosofía de gestión, en combinación con los objetivos de rentabilidad económica, pueden inducir efectos indeseables en el ejercicio de las profesiones sanitarias y deteriorar la calidad del servicio que recibirán pacientes y usuarios (Zuberi and Ptashnick, 2011).

Esto explica el interés de los estudios recientes que recomiendan adoptar cautela y potenciar los elementos de gobernanza, supervisión y calidad democrática para conseguir reformas equilibradas y prudentes de los servicios que presta el sector público. El fracaso de numerosos programas privatizadores se aprecia fundamentalmente en su incapacidad para satisfacer criterios de eficiencia, equidad y participación o voz para los ciudadanos concernidos. No se trata, sin embargo, de recuperar modelos obsoletos de prestación de servicios en régimen de monopolio público directo. Un contexto de crisis aguda como el actual requiere analizar en profundidad qué valores sustentan los sistemas colectivos de cobertura sanitaria basados en la solidaridad y cómo se concretan las garantías que el marco jurídico reconoce a cada ciudadano para tener acceso a una asistencia sanitaria conforme a estándares de buena praxis.

El desafío pasa por dotarse de instrumentos que permitan incorporar nuevos elementos empíricos al análisis crítico de las fortalezas y debilidades de los modelos existentes, y usarlos para generar una situación de equilibrio que combine planificación y coordinación entre niveles, dinámicas de mercado, reguladores independientes con eficacia disuasoria, deliberación pública y participación democrática, para adoptar decisiones eficientes y socialmente óptimas. Como sugiere Warner, ésta sería la nueva reforma equilibrada que resulta necesaria en el siglo XXI (Warner 2008: 171).

Referencias

- [Bufete] López Rodó & Cruz Ferrer, and AFEM. 2013. "[Informe Afem] Sobre La Inconstitucionalidad De La Concesión De Los Servicios Sanitarios De Hospitales y Centros De Salud Por La Comunidad De Madrid." <http://www.asociacionfacultativos.com/images/comunicados/inconstitucional.pdf>.
- [Consejo General de Enfermería y de la Organización Médica Colegial]. 2013. "La Alternativa De Los Médicos y Enfermeros Para Garantizar La Sostenibilidad Del Sistema Nacional De Salud (Abril2013)." http://www.actasanitaria.com/fileset/file__Resultados_85_Alterantivas_SNS_Medicos_y_Enfermer_6694431042059128656.pdf.
- Acerete, Basilio, Anne Stafford, and Pamela Stapleton. 2011. "Spanish Healthcare Public Private Partnerships: The 'Alzira Model'." *Critical Perspectives on Accounting* 22 (6) (August): 533–549. doi:10.1016/j.cpa.2011.06.004. <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1045235411000785>.
- Artundo Purroy, Carlos, and Ana Rivadeneyra Sicilia. 2008. "Hacia Una Nueva Organización De Los Dispositivos De Salud Pública En España. Informe SESPAS 2008." *Gaceta Sanitaria* 22, Supple (0) (April): 96–103. doi:http://dx.doi.org/10.1016/S0213-9111(08)76080-1. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911108760801>.
- Ayala, L. 1994. "Social Needs, Inequality and the Welfare State in Spain: Trends and Prospects." *Journal of European Social Policy* 4 (3) (January 1): 159–179. doi:10.1177/095892879400400301. <http://esp.sagepub.com/cgi/doi/10.1177/095892879400400301>.
- Barlow, James, Jens K Roehrich, and Steve Wright. 2010. "De Facto Privatization or a Renewed Role for the EU? Paying for Europe's Healthcare Infrastructure in a Recession." *Journal of the Royal Society of Medicine* 103 (2) (February): 51–5. doi:10.1258/jrsm.2009.090296. <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2813788&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>.
- Barlow, James, Jens Roehrich, and Steve Wright. 2013. "Europe Sees Mixed Results from Public-private Partnerships for Building and Managing Health Care Facilities and Services." *Health Affairs (Project Hope)* 32 (1) (January): 146–54. doi:10.1377/hlthaff.2011.1223. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23297282>.
- Bini Smaghi, Lorenzo. 2009. "Conflicts of Interest and the Financial Crisis." *International Finance* 12 (1) (May): 93–106. doi:10.1111/j.1468-2362.2009.01238.x. <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1468-2362.2009.01238.x>.

- ISSN 1989-7022
- DILEMATA, año 5 (2013), nº 12, 95-142
- Brauer, S. 2009. "Age Rationing and Prudential Lifespan Account in Norman Daniels' Just Health." *Journal of Medical Ethics* 35 (1) (January): 27-31.
doi:10.1136/jme.2008.024398.
<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2603281&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>.
- Brock, Dan W, and Daniel Wikler. 2006. "Chapter 14 Ethical Issues in Resource Allocation , Research , and New Product Development." In *Disease Control Priorities in Developing Countries, 2nd Edition*, ed. Dean T Jamison, Joel G Breman, Anthony R Measham, George Alleyne, Mariam Claeson, David B Evans, Prabhat Jha, Anne Mills, and Philip Musgrove, 259-270. 2nd ed. Washington (DC): World Bank.
- Brock, Dan W. 1989. "Justice, Health Care, and the Elderly." *Philosophy & Public Affairs* 18 (3): 297-312.
- Brown, Tim. 2009. "Health Services Restructuring." In *International Encyclopedia of Human Geography*, ed. Thrift B T Nigel and Rob Kitchin, 51-57. Oxford: Elsevier.
doi:<http://dx.doi.org/10.1016/B978-008044910-4.00341-2>.
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780080449104003412>.
- Brown, Tim, and Craig Duncan. 2002. "Placing Geographies of Public Health." *Area* 34 (4) (December): 361-369. doi:10.1111/1475-4762.00093.
<http://doi.wiley.com/10.1111/1475-4762.00093>.
- Cabiedes, Laura, and Ana Guillén. 2001. "Adopting and Adapting Managed Competition: Health Care Reform in Southern Europe." *Social Science & Medicine* 52 (8) (April): 1205-1217.
doi:[http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536\(00\)00240-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00240-9).
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953600002409>.
- Chen, Yi-Tui, and Chung-Chiang Chen. 2012. "The Privatization Effect of MSW Incineration Services by Using Data Envelopment Analysis." *Waste Management* 32 (3) (March): 595-602. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.wasman.2011.11.007>. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0956053X11005265>.
- Costa-Font, Joan, and Joan Gil. 2009. "Exploring the Pathways of Inequality in Health, Health Care Access and Financing in Decentralized Spain." *Journal of European Social Policy* 19 (5) (December 1): 446-458.
doi:10.1177/0958928709344289.
<http://esp.sagepub.com/cgi/content/abstract/19/5/446>.
- Daniels, N. 2001. "Justice, Health, and Healthcare." *The American Journal of Bioethics : AJOB* 1 (2) (January): 2-16.
doi:10.1162/152651601300168834.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11951872>.
- Daniels, Norman. 1981. "Health-care Needs and Distributive Justice." *Philosophy & Public Affairs* 10 (2) (January): 146-79.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11661955>.
- DANIELS, NORMAN, and JAMES SABIN. 1997. "Limits to Health Care: Fair Procedures, Democratic Deliberation, and the Legitimacy Problem for Insurers." *Philosophy & Public Affairs* 26 (4) (October): 303-350.
doi:10.1111/j.1088-4963.1997.tb00082.x.
<http://doi.wiley.com/10.1111/j.1088-4963.1997.tb00082.x>.
- Deutscher Ethikrat. 2011. *Medical Benefits and Costs in Healthcare: The Normative Role of Their Evaluation*. Berlin.
<http://www.ethikrat.org/files/der-opinion-medical-benefits.pdf>.
- Dorn, Nicholas. 2012. "Knowing Markets: Would Less Be More?" *Economy and Society* 41 (3) (August): 316-334.
doi:10.1080/03085147.2012.668032.
<http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/03085147.2012.668032>.
- Edwards, Nigel. 2009. "Economic Downturn." *Journal of the Royal Society of Medicine* 102 (3) (March): 86-7.
doi:10.1258/jrsm.2009.09k011.
<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2746840&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>.

- Farhi, Maryse, and Marcos Antonio Macedo Cintra. 2009. "The Financial Crisis and the Global Shadow Banking System." *Revue De La Régulation* (5) (June 10).
<http://regulation.revues.org/7473>.
- FENIN - Federación Española de Empresas de Tecnología Sanitaria. 2007. *La Aportación De Las Empresas De Tecnología Sanitaria a La Sostenibilidad Del Sistema Sanitario Español*.
http://www.fenin.es/pdf/estudio_sostenibilidad.pdf.
- Friedman, Alex. 2008. "Beyond Accountability for Reasonableness." *Bioethics* 22 (2) (February): 101-12.
doi:10.1111/j.1467-8519.2007.00605.x.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18251770>.
- Galizzi, Monica, Petra Miesmaa, and Laura Punnett. 2010. "Injured Workers ' Underreporting in the Health Care Industry : An Analysis Using Quantitative , Qualitative , and Observational Data" 49 (1): 22-43.
- Garrido, Marcial Velasco, Markus Wörza, and Reinhard Bussea. 2004. "Ley De Modernización Del Sistema Sanitario : La Penúltima Reforma Alemana." *Rev Adm Sanit.* 2 (2): 287-298.
<http://www.elsevier.es/es/revistas/revista-administracion-sanitaria-siglo-xxi-261/ley-modernizacion-sistema-sanitario-penultima-reforma-alemana-13063443-originales-2004?bd=1>.
- Gracia, Diego. 2013. "Prudencia Política." *Bioética Complutense* Marzo (14): 5-9.
- Guillén, Ana M, and Laura Cabiedes. 1997. "Towards a National Health Service in Spain: The Search for Equity and Efficiency." *Journal of European Social Policy* 7 (4) (November 1): 319-336.
doi:10.1177/095892879700700403.
<http://esp.sagepub.com/cgi/content/abstract/7/4/319>.
- Guillén, Mauro F., and Sandra L. Suárez. 2009. "Markets on Trial: The Economic Sociology of the U.S. Financial Crisis: Part A (Research in the Sociology of Organizations, Volume 30)." In , ed. Michael Lounsbury and M. Paul Hirsch, 30:257-279. Emerald Group Publishing Limited.
doi:10.1108/S0733-558X(2010)000030A012.
<http://www.emeraldinsight.com/books.htm?chapterid=1870849>.
- Heyes, Anthony. 2005. "The Economics of Vocation or 'why Is a Badly Paid Nurse a Good Nurse?'" *Journal of Health Economics* 24 (3) (May): 561-569.
doi:10.1016/j.jhealeco.2004.09.002.
<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0167629604001043>.
- Hodge, James G, Dan Hanfling, and Tia P Powell. 2013. "Practical, Ethical, and Legal Challenges Underlying Crisis Standards of Care." *The Journal of Law, Medicine & Ethics : a Journal of the American Society of Law, Medicine & Ethics* 41 Suppl 1 (March): 50-5.
doi:10.1111/jlme.12039.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23590741>.
- Jones, Erik. 2009. "They Have No Idea . . . Decision-Making and Policy Change in the Global Financial Crisis." *SSRN Electronic Journal*.
doi:10.2139/ssrn.1550892.
<http://www.ssrn.com/abstract=1550892>.
- Kikuzawa, Saeko, Sigrun Olafsdottir, and Bernice A Pescosolido. 2008. "Similar Pressures, Different Contexts: Public Attitudes Toward Government Intervention for Health Care in 21 Nations." *Journal of Health and Social Behavior* 49 (4) (December 1): 385-399.
doi:10.1177/002214650804900402.
<http://hsb.sagepub.com/cgi/content/abstract/49/4/385>.
- Langevoort, D. C. 2010. "Global Securities Regulation After the Financial Crisis." *Journal of International Economic Law* 13 (3) (December 3): 799-815.
doi:10.1093/jiel/jgq032.
<http://jiel.oxfordjournals.org/cgi/doi/10.1093/jiel/jgq032>.
- Maluka, Stephen Oswald. 2011. "Strengthening Fairness, Transparency and Accountability in Health Care Priority Setting at District Level in Tanzania." *Global Health Action* 4 (January).
doi:10.3402/gha.v4i0.7829.
<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3211296&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>.

- Martinez-Espineira, R., M. A. Garcia-Valinas, and F. Gonzalez-Gomez. 2009. "Does Private Management of Water Supply Services Really Increase Prices? An Empirical Analysis in Spain." *Urban Studies* 46 (4) (April 1): 923-945.
doi:10.1177/0042098009102135.
<http://usj.sagepub.com/cgi/doi/10.1177/0042098009102135>.
- McKee, Martin, Nigel Edwards, and Rifat Atun. 2006. "Public-private Partnerships for Hospitals." *Bulletin of the World Health Organization* 84 (11) (November): 890-6.
<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2627548&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>.
- Nunes, Rui, and Guilhermina Rego. 2013. "Priority Setting in Health Care: A Complementary Approach." *Health Care Analysis : HCA : Journal of Health Philosophy and Policy* (March 20).
doi:10.1007/s10728-013-0243-6.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23512613>.
- Nunes, Rui, Guilhermina Rego, and Cristina Brandão. 2009. "Healthcare Regulation as a Tool for Public Accountability." *Medicine, Health Care, and Philosophy* 12 (3) (August): 257-64.
doi:10.1007/s11019-008-9177-4.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19137451>.
- OCDE. 2012. *Base De Datos De La OCDE Sobre La Salud 2012 - España En Comparación*.
<http://www.oecd.org/spain/BriefingNoteESPANA2012inSpanish.pdf>.
- OECD. 2009. *Health at a Glance 2009 OECD INDICATORS*. OECD.
doi:10.1787/health.
<http://www.oecd.org/health/health-systems/44117530.pdf>.
2012. *Health at a Glance: Europe 2012*. OECD Publishing.
doi:10.1787/9789264183896-en.
http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2012_9789264183896-en.
- Parr, Hester. 2004. "Medical Geography: Critical Medical and Health Geography?" *Progress in Human Geography* 28 (2) (April 1): 246-257.
doi:10.1191/0309132504ph484pr.
<http://phg.sagepub.com/cgi/doi/10.1191/0309132504ph484pr>.
- Pérez-Molina, José A, and Federico Pulido Ortega. 2012. "Evaluación Del Impacto Del Nuevo Marco Legal Sanitario Sobre Los Inmigrantes En Situación Irregular En España: El Caso De La Infección Por El Virus De La Inmunodeficiencia Humana." *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica* 30 (8) (October): 472-8.
doi:10.1016/j.eimc.2012.07.004.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22939565>.
- Piqué, Josep M. 2013. "¿Dónde Está y Hacia Dónde Va Nuestro Sistema Sanitario?" *Medicina Clínica* (January 4).
doi:10.1016/j.medcli.2012.10.018.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23294630>.
- Pollock, Allyson M, Jean Shaoul, and Neil Vickers. 2002. "Private Finance and 'value for Money' in NHS Hospitals: a Policy in Search of a Rationale?" *BMJ* 324: 1205-1209.
<http://www.bmj.com/content/324/7347/1205>.
- Puerto, Kàtia Lurbe i. 2003. "Accessibility of the Public Health System in Spain to Immigrants from non-EU Countries." *Transfer: European Review of Labour and Research* 9 (3) (August 1): 532-540.
doi:10.1177/102425890300900313.
<http://trs.sagepub.com/cgi/content/short/9/3/532>.
- Repullo, José R, and José M Freire. 2008. "Gobernabilidad Del Sistema Nacional De Salud: Mejorando El Balance Entre Los Beneficios y Los Costes De La Descentralización. Informe SESPAS 2008." *Gaceta Sanitaria* 22, Supple (0) (April): 118-125.
doi:http://dx.doi.org/10.1016/S0213-9111(08)76083-7.
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911108760837>.
- Rhodes, Robert P. 1992. *Health Care Politics, Policy, and Distributive Justice - the Ironic Triumph*. Albany: State University of New York Press.
http://books.google.es/books?id=zK9WANigkeEC&pg=PA38&lpg=PA38&dq=Norman+Daniels++Health+Care+Needs+and+Distributive+Justice&source=bl&ots=gjRL_pUD79&sig=2A9L4irJhWXF537zE1gNUQJvsw&hl=es&sa=X&ei=WAZ4UeDHPK7A7AbmyYGABw&ved=0CIUBE0gBMAk#v=onepage&q=Norman+Daniels+Health+Care+Needs+and+Distributive+Justice&f=false.

- Rodriguez, Josep A, and Jesus M de Miguel. 1990. "The Case of Spain." *Health Policy* 15 (2-3) (August): 119-142.
doi:[http://dx.doi.org/10.1016/0168-8510\(90\)90006-Y](http://dx.doi.org/10.1016/0168-8510(90)90006-Y).
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/016885109090006Y>.
- Rodríguez, Marisol, Richard M Scheffler, and Jonathan D Agnew. 2000. "An Update on Spain's Health Care System: Is It Time for Managed Competition?" *Health Policy* 51 (2) (March): 109-131.
doi:[http://dx.doi.org/10.1016/S0168-8510\(99\)00080-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0168-8510(99)00080-9).
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851099000809>.
- Rodríguez-Piñero Durán, M, C Rodríguez Burgos, and C Echevarría Ruiz de Vargas. 2009. "Gestión Del Conocimiento II: Generación y Transmisión Del Conocimiento." *Rehabilitación* 43 (3) (June): 111-117.
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0048712009714896>.
- Rueda, Juan Ramon. 2005. *Guía Para La Evaluación Del Impacto En La Salud y En El Bienestar De Proyectos, Programas o Políticas Extrasanitarias. Investigación Comisionada. Informe Nº: Osteba D-05-04*. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.
- Segura Benedicto, Andreu, and Manuel Oñorbe de Torre. 2010. "Cambios En La Salud Pública: El Papel Del Estado y De Las Autonomías. Informe SESPAS 2010." *Gaceta Sanitaria* 24, Supple (0) (December): 19-22.
doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2010.06.004>.
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911110001846>.
- Sharek, Zachariah, Robert E Schoen, and George Loewenstein. 2012. "Bias in the Evaluation of Conflict of Interest Policies." *The Journal of Law, Medicine & Ethics : a Journal of the American Society of Law, Medicine & Ethics* 40 (2) (January): 368-82.
doi:10.1111/j.1748-720X.2012.00670.x.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22789052>.
- Sikka, Prem. 2008. "Enterprise Culture and Accountancy Firms: New Masters of the Universe." *Accounting, Auditing & Accountability Journal* 21 (2): 268-295. doi:10.1108/09513570810854437.
<http://www.emeraldinsight.com/10.1108/09513570810854437>.
2009. "Financial Crisis and the Silence of the Auditors." *Accounting, Organizations and Society* 34 (6-7) (August): 868-873.
doi:10.1016/j.aos.2009.01.004.
<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S036136820900018X>.
- Smith, Denis. 2002. "Not by Error, But by Design - Harold Shipman and the Regulatory Crisis for Health Care." *Public Policy and Administration* 17 (4): 55-74.
doi:10.1177/095207670201700405.
<http://ppa.sagepub.com/cgi/content/abstract/17/4/55>.
- Stiglitz, Joseph E. 2009. "Interpreting the Causes of the Great Recession of 2008." http://policydialogue.org/files/events/Stiglitz_Interpreting_the_Causes_of_Great_Recession_of_2008.pdf.
- Suleiman, AB, MS Lye, Rohaizat Yon, SC Teoh, and Alias Mymoon. 1998. "Impact of the East Asian Economic Crisis on Health and Health Care: Malaysia's Response." *Asia-Pacific Journal of Public Health* 10 (1) (January 1): 5-9.
doi:10.1177/101053959801000102.
<http://aph.sagepub.com/cgi/content/abstract/10/1/5>.
- Tallman, Ruth. 2012. "Valuing Lives and Allocating Resources: A Defense of the Modified Youngest First Principle of Scarce Resource Distribution." *Bioethics* (July 29).
doi:10.1111/j.1467-8519.2012.01994.x.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22845668>.
- Urbanos, Rosa. 2010. "Recomendaciones Para Una Futura Ley De Salud Pública En España." *Gaceta Sanitaria* 24 (1) (January): 89-94.
doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2009.08.006>.
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911109003355>.
- Villalonga, Belén. 2000. "Privatization and Efficiency: Differentiating Ownership Effects from Political, Organizational, and Dynamic Effects." *Journal of Economic Behavior & Organization* 42 (1) (May): 43-74.
doi:[http://dx.doi.org/10.1016/S0167-2681\(00\)00074-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0167-2681(00)00074-3).
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0167268100000743>.

- Warner, Mildred E. 2008. "Reversing Privatization, Rebalancing Government Reform: Markets, Deliberation and Planning." *Policy and Society* 27 (2) (November): 163-174.
doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.polsoc.2008.09.001>.
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1449403508000271>.
- Wikler, Daniel. 2012. "Personal and Social Responsibility for Health." *Ethics & International Affairs* 16 (02) (September 28): 47-55.
doi:10.1111/j.1747-7093.2002.tb00396.x.
http://www.journals.cambridge.org/abstract_S0892679400002690.
- World Health Organization. 2013. *The European Health Report 2012 : Charting the Way to Well-being*. Copenhagen.
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/184161/The-European-Health-Report-2012,-FULL-REPORT-w-cover.pdf.
- Zuberi, Daniyal M, and Melita B Ptashnick. 2011. "The Deleterious Consequences of Privatization and Outsourcing for Hospital Support Work: The Experiences of Contracted-out Hospital Cleaners and Dietary Aids in Vancouver, Canada." *Social Science & Medicine* 72 (6) (March): 907-911.
doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.12.024>.
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953611000372>.

Notas

1. Cfr. "Declaración de SEDISA sobre las reformas sanitarias en España y en las CCAA", Enero de 2013. http://www.redaccionmedica.com/contenido/images/DECLARACION_sedisa_reformas_superdefinitiva%281%29.pdf.
2. Cfr. <http://www.elmundo.es/elmundosalud/2012/11/20/noticias/1353437329.html>; <http://www.clubgertech.com/?p=255>.
3. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/115584023/PLAN-DE-MEDIDAS-DE-GARANTI%CC%81A-DE-LA-SOSTENIBILIDAD-DEL-SISTEMA-SANITARIO-PU%CC%81BLICO-DE-LA-COMUNIDAD-DE-MADRID>.
4. *Ibid.*, pp. 4-5.
5. Cfr. [Bufete] López Rodó & Cruz Ferrer y Asociación de Facultativos Especialistas de Madrid (AFEM), 2013; Consejo General de Enfermería y de la Organización Médica Colegial, 2013.
6. Véase, p.ej.: Barlow, Roehrich, and Wright, 2013; Zuberi and Ptashnick, 2011; Barlow, Roehrich, and Wright, 2010; Edwards 2009; Rodríguez-Piñero Durán, Rodríguez Burgos, and Ruiz de Vargas, 2009; McKee, Edwards, and Atun, 2006; Smith, 2002; Pollock, Shaoul, and Vickers, 2002; Cabiedes and Guillén, 2001: 1210-1211; Guillén and Cabiedes, 1997; Rodríguez and De Miguel, 1990: 124-124 y 135-137.
7. El trabajo de Martínez-Espineira, García-Valinas, and González-Gómez, 2009 pretende explicar las diferencias en el precio promedio de los servicios de suministro de agua para uso doméstico en España, analizando los efectos de la privatización del servicio en los precios y atendiendo al carácter heterogéneo de los municipios (tamaños, ubicaciones, etc.).
8. Véase, p.ej.: Brock, 1989; Rhodes, 1992; Ayala, 1994; Daniels, 2001; Brock and Wikler, 2006; Brauer, 2009; Brown, 2009; Tallman, 2012; Nunes y Rego, 2013.
9. Disponible en: <http://www.ethikrat.org/files/der-opinion-medical-benefits.pdf>; la versión alemana puede consultarse [aquí](#).
10. La Orden 2073/2007 del Consejero de Sanidad, de 12 de septiembre, atribuye las funciones de vigilancia, seguimiento y control de la ejecución de los nuevos contratos a la *Unidad Técnica de*

Control de los servicios de explotación de las obras públicas de los Hospitales de la Comunidad de Madrid. Según los técnicos del bufete López Rodó & Cruz Ferrer, dicha orden no ha sido publicada en Boletín Oficial alguno (Informe AFEM, 2013: 40).

11. Esta exigencia de calidad democrática resultaría pertinente incluso aunque sólo fuesen anecdóticos los casos de diputados más pendientes de algunas aplicaciones de ocio instaladas en su iPad que de comprender el contenido de las propuestas sometidas a aprobación, como pudo comprobarse en la sesión crucial del 28/12/2012. Ese día se votaba la *Ley de Acompañamiento* que ha abierto las puertas a la privatización de la gestión de la sanidad madrileña. Cfr. http://ccaa.elpais.com/ccaa/2012/12/28/madrid/1356691225_945587.html.
12. Antes del plan de pago a proveedores en 2011, se estimaba la deuda acumulada entre 12-16 mil millones de euros. Pero en los tres primeros trimestres de 2012 las comunidades ya habían generado una deuda con sus principales proveedores sanitarios —*Farmaindustria* (medicamentos) y *Fenin* (productos y tecnología sanitaria)— de 5.570 millones (deuda vencida más 700 millones pendientes de vencimiento). De mantenerse el ritmo en las compras, y contabilizando a los demás proveedores sanitarios, la deuda total a comienzos de 2013 habrá superado los 9.000 millones. Cfr. http://sociedad.elpais.com/sociedad/2013/01/08/actualidad/1357670916_483322.html.
13. Así lo constatan reiterados estudios del Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS): *Calidad de los servicios públicos. Estudio nº 2.908, Junio-Julio 2011*; CIS (2013): *Estudio nº 2.978, Barómetro de Febrero 2013*.
14. La mera enumeración de titulares en toda la prensa española e internacional que han cubierto las protestas masivas de profesionales, pacientes y usuarios contra los intentos privatizadores de la gestión y atención sanitaria en Madrid resultaría ardua. Una búsqueda con los términos "sanidad madrid marea blanca 2013" arroja en google 872.000 resultados (28/04/2013). Más información: http://elpais.com/tag/privatizacion_sanidad/a/; <http://mareablancasalud.blogspot.com.es/>.
15. En el sondeo elaborado por Metroscopia para *EL PAÍS* sobre el clima político y social de la Comunidad de Madrid, un 71% de los encuestados cuestiona la "externalización" (como prefiere denominarla el Gobierno regional) y desconfía de que sea la mejor opción para resolver la mala situación económica de los servicios públicos. Un 70% considera que ceder a la iniciativa privada la gestión económica de la sanidad pone en peligro su supervivencia e implica el riesgo de atender más al negocio que a la calidad de la asistencia. Cfr. http://ccaa.elpais.com/ccaa/2013/05/02/madrid/1367529259_545736.html. Estos resultados son consistentes con los disponibles para el ámbito europeo. Un estudio de la Fundación BBVA muestra que dos de cada tres europeos defienden un sistema de salud pública como elemento central del Estado de Bienestar, aunque requiera impuestos más altos. Cfr. http://elpais.com/m/sociedad/2013/04/04/actualidad/1365074801_857409.html.
16. En inglés, DALY: *disability-adjusted life-year*. No debe confundirse con los QALYs (*quality-adjusted life-years*), otro modo de sintetizar los resultados de salud en un indicador que combina el número de años vividos con la calidad de vida experimentada durante esos años. Ambos indicadores resultan esenciales para los estudios de evaluación económica (análisis de coste-efectividad y costo-utilidad) y para estimar el impacto de intervenciones concretas (en aspectos como nutrición, actividad física y consumo de alcohol y tabaco, p.ej.) dirigidas a revertir la carga de la enfermedad (DALYs) y/o mejorar la calidad y esperanza de vida de los pacientes (QALYs). Los datos de la Fig. 3 han sido ajustados atendiendo a las principales causas de enfermedad y considerando el nivel de ingresos de los países. Cfr. tb. OCDE, 2012a y OECDb, 2012.
17. La OMS define la equidad en salud como "la ausencia de diferencias injustas y evitables o remediables en salud entre grupos de población definidos social, económica, demográfica o geográficamente" (World Health Organization, 2013: 71).
18. El proceso de descentralización y transferencia de competencias en materia de gestión sanitaria a las comunidades autónomas no parece haber influido de manera apreciable en el incremento de desigualdades interterritoriales, como observan (Costa-Font and Gil, 2009: 446-453) healthcare (access. Las que llegan a adquirir relevancia estadística —o son percibidas como diferencias en la capacidad de acceso a cierto tipo de asistencia sanitaria— parecen asociadas más bien con grandes desigualdades de ingresos a nivel regional.

19. Cfr. "Private hospital giant in talks on £2bn debt". *The Telegraph*, 10/02/2013 (disponible en: <http://www.telegraph.co.uk/finance/newsbysector/pharmaceuticalsandchemicals/9860477/Private-hospital-giant-in-talks-on-2bn-debt.html>) y "Who owns the care homes - and why are they so in debt?", *The Independent*, 5/11/2012 (disponible en <http://www.independent.co.uk/news/uk/home-news/who-owns-the-care-homes--and-why-are-they-so-in-debt-8281273.html>).
20. El 23 de agosto de 2011, apenas diez minutos necesitaron PSOE y PP para acordar en el Congreso la primera reforma de calado de la Constitución de 1978, propuesta por el entonces presidente, José Luis Rodríguez Zapatero, y aceptada sin la menor objeción por Mariano Rajoy, entonces líder del PP. Tan llamativo consenso sobre un tema que no había sido objeto de escrutinio público ni debate social nunca fue posible sobre aspectos como la reforma del Senado ni sobre otros ligados a la igualdad entre hombres y mujeres que sí figuraron en los respectivos programas electorales. El requisito de ajuste drástico del gasto público —destinado, en su mayoría, a fines sociales—, bajo el criterio eufemístico de "estabilidad presupuestaria" quedó así fijado por mandato constitucional en un límite "muy cercano a cero" a partir de 2018-2020. Como admitió el presidente Zapatero, la propuesta de reforma constitucional respondía a "un creciente consenso en las instituciones europeas", sustanciado pocos días antes en algunas declaraciones de la canciller alemana, Ángela Merkel, y del entonces presidente francés, Nicolás Sarkozy, sobre la necesidad de dar el mayor respaldo jurídico al compromiso de disciplina fiscal en cada país. Cfr. http://elpais.com/diario/2011/08/24/espana/1314136801_850215.html.
21. El *Real Decreto-ley 12/2012, de 30 de marzo, por el que se introducen diversas medidas tributarias y administrativas dirigidas a la reducción del déficit público* permite, con carácter extraordinario y temporal, que los contribuyentes puedan regularizar la situación tributaria de sus capitales ocultos o evadidos sin que se les pueda exigir responsabilidad penal. Una medida clara de *amnistía fiscal* con la que el ejecutivo del presidente Rajoy esperaba recaudar 2.500 millones de euros —aplicando un gravamen del 10% sobre los bienes ocultos, muy inferior a los impuestos que han dejado de abonar—, al tiempo que decidía incrementar la contribución por IRPF que todos los ciudadanos hacen a la hacienda pública (y que, por lo general, duplica ese porcentaje). Cfr. http://economia.elpais.com/economia/2012/07/03/actualidad/1341343074_617174.html.
22. Véase, p.ej., "Los ex tesoreros del PP, una caja de imputados". *El Mundo*, 27/03/2013. Disponible en: <http://www.elmundo.es/elmundo/2013/03/27/espana/1364366431.html>; "Bárceñas pagó sobresueldos en negro durante años a parte de la cúpula del PP", *El Mundo*, 20/01/2013. Además: <http://www.abc.es/20120522/espana/abci-barceñas-declara-gurtel-201205220938.html>; <http://www.abcdesevilla.es/espana/20130131/rc-pesadilla-vuelve-201301311058.html>; http://politica.elpais.com/politica/2013/01/26/actualidad/1359211558_760381.html; http://politica.elpais.com/politica/2013/03/31/actualidad/1364755065_991905.html; http://politica.elpais.com/politica/2013/01/30/actualidad/1359583204_085918.html; http://politica.elpais.com/politica/2013/04/21/actualidad/1366564587_226842.html; http://politica.elpais.com/politica/2012/04/04/actualidad/1333535645_186482.html; http://politica.elpais.com/politica/2013/03/26/actualidad/1364332551_626718.html.
23. La falta de prudencia y solvencia profesional en la gestión, así como las carencias del marco regulador que orienta la acción de los organismos reguladores del sector financiero en España, se ha podido comprobar tras conocer las exigencias que la Comisión Europea ha impuesto a los bancos y cajas rescatadas, incluyendo reestructuraciones muy importantes y la liquidación o desaparición en casos como el Banco de Valencia. Cfr. http://www.cincodias.com/articulo/mercados/mede-transfiere-espana-39468-millones-euros-recapitalizar-banca/20121211cdscdsmer_16/.
24. Cfr. http://cincodias.com/cincodias/2013/04/30/mercados/1367315485_637310.html; http://cincodias.com/cincodias/2013/02/28/mercados/1362044961_386363.html.
25. Cfr. http://caa.elpais.com/caa/2013/04/18/madrid/1366290710_078251.html; <http://www.publico.es/453939/lasquetty-culpa-de-la-privatizacion-a-los-recortes-del-gobierno-de-rajoy>; <http://www.abc.es/videos-espana/20130418/madrid-culpa-gobierno-privatizacion-2310377689001.html>.

26. Esa cantidad incluye 1.500 millones para sedes deportivas, la villa olímpica, infraestructuras y el despliegue de seguridad. Una propuesta que el comité evaluador del COI parece haber considerado "viable y ajustada", gracias al apoyo entusiasta del propio presidente del Gobierno y sus ministros, de la comunidad empresarial, del Príncipe de Asturias y, sobre todo, de la alcaldesa de Madrid. Véanse las declaraciones en diversos medios: http://ccaa.elpais.com/ccaa/2013/01/07/madrid/1357571155_731109.html; http://ccaa.elpais.com/ccaa/2013/03/21/madrid/1363884861_372596.html; <http://www.expansion.com/2013/03/21/entorno/1363886932.html>; <http://www.rtve.es/deportes/20130321/madrid-2020-pasa-nota-examen-decisivo/620980.shtml>; <http://es.eurosport.yahoo.com/noticias/juegos-ol%C3%ADmpicos-siete-motivos-crear-madrid-2020-114428532.html>.
27. Cfr. <http://www.madrid2020.es/inversion-minima-minimo-riesgo-financiero/>.
28. Cfr. <http://www.madrideconomia.com/noticia/39756/Comunidad/JJ.OO:-83.000-empleos-y-5.000-millones-de-dolares-en-el-PIB.html>.
29. Declaraciones al Parlamento de la ministra de los Juegos, Tessa Jowell. Cfr. http://www.bbc.co.uk/mundo/noticias/2012/02/120202_juegos_olimpicos_londres_2012_presupuesto_costo.shtml. En el caso de Atenas, financiados casi exclusivamente con recursos públicos, el desfase presupuestario fue aún mayor. Cfr. <http://www.lavanguardia.com/deportes/20120810/54335894002/juegos-olimpicos-merecen-la-pena.html>.
30. Cfr. http://ccaa.elpais.com/ccaa/2013/01/15/madrid/1358249595_506948.html; http://www.eldiario.es/politica/IU-sanitario-Madrid-exconsejero-Gobierno_0_89241249.html.
31. Cfr. <http://www.abc.es/local-madrid/20130115/abci-guemes-dimite-unilabs-201301151315.html>.
32. Cfr. <http://www.publico.es/452996/el-exconsejero-madrileno-de-sanidad-trabaja-para-la-misma-empresa-a-la-que-adjudico-un-hospital>; <http://www.elmundo.es/elmundo/2013/04/02/madrid/1364898356.html>.
33. Cfr. <http://blogs.publico.es/aqui-no-se-fia/2013/04/23/la-milonga-de-la-privatizacion-sanitaria/>.
34. Cfr. http://sociedad.elpais.com/sociedad/2012/12/01/actualidad/1354393366_194247.html.
35. Cfr. <http://www.guardian.co.uk/politics/2012/nov/23/david-cameron-privatisation-adviser-health-lobbyist>.
36. Disponible en: [http://kc3.pwc.es/local/es/kc3/publicaciones.nsf/V1/A408DA7FDD4D09A3C12579E50032CD56/\\$FILE/temas-candentes-sanidad-2012-pwc.pdf](http://kc3.pwc.es/local/es/kc3/publicaciones.nsf/V1/A408DA7FDD4D09A3C12579E50032CD56/$FILE/temas-candentes-sanidad-2012-pwc.pdf).
37. La falta de voluntad política entre los dos grandes partidos alemanes con capacidad para acordar las reformas legislativas necesarias —el Partido Socialdemócrata (SPD) y la Unión Cristianodemócrata (CDU)— se tradujo en un largo período (1996-2002) de polarización y desacuerdo en materia de política sanitaria. Con una disposición a la negociación similar a la que en 1992 hizo posible el *Acuerdo de Lahnstein* para aprobar la *Ley de Estructura de la Asistencia Sanitaria*, la "*Ley de Modernización del Seguro Sanitario Estatutario*" representa un compromiso con inevitables cesiones por cada parte. El objetivo compartido —la necesidad de una reforma orientada a contener el gasto sanitario y a frenar el crecimiento de la cotización a los fondos de enfermedad— hizo posible el consenso (Garrido, Wörza, and Bussea 2004).
38. Citado por Brown, 2009: 56.
39. Cfr. "Who owns the care homes - and why are they so in debt?", *The Independent*, 5/11/2012 (nota 19).
40. Disponible en: <http://www.guardian.co.uk/society/2013/jan/08/nhs-hospital-trusts-debt-dissolved-report>. Véase tb. nota 19 y <https://www.gov.uk/government/news/south-london-healthcare-nhs-trust-to-be-dissolved-by-1-october-2013>; <http://www.thesundaytimes.co.uk/sto/business/Companies/article1211002.ece>; [DEBATE: BIOPOLÍTICA Y DEMOCRACIA](http://www.bbc.co.uk/news/uk-england-</p>
</div>
<div data-bbox=)

berkshire-22339947. Más detalles sobre algunas prácticas de entidades similares para evadir impuestos, y niveles de endeudamiento que alcanzan los 5.000 millones de libras, en <http://www.dailymail.co.uk/news/article-2228438/Big-care-home-operators-5bn-debts-leaving-thousands-pensioners-risk.html>.

41. Cfr. http://sociedad.elpais.com/sociedad/2013/01/14/actualidad/1358157481_098404.html.
42. Cfr. http://sociedad.elpais.com/sociedad/2013/02/01/actualidad/1359753341_215607.html; http://sociedad.elpais.com/sociedad/2013/03/27/actualidad/1364370755_731224.html.
43. *Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen* y *National Institute for Clinical Excellence*, respectivamente.
44. Cfr. <http://www.elmundo.es/elmundosalud/2012/12/20/noticias/1356032668.html>.
45. Cfr. http://sociedad.elpais.com/sociedad/2013/02/06/actualidad/1360178651_537732.html.
46. Cfr. <http://www.guardian.co.uk/society/2013/feb/06/mid-staffs-hospital-scandal-guide>;
<http://www.bbc.co.uk/news/health-21275826>; <http://www.bbc.co.uk/news/health-21358905>;
<http://www.newsrt.co.uk/news/stafford-hospital-scandal-the-victims-who-died-needlessly-1110112.html>;
<http://www.newsrt.co.uk/news/3-000-patients-may-have-died-needlessly-in-just-one-year-at-the-14-hospital-trusts-being-investigated-over-death-rates-1655972.html>. Además: <http://www.publico.es/internacional/450319/cameron-pide-perdon-por-un-espantoso-escandalo-sanitario>;
<http://www.casmadrid.org/index.php?idsecc=noticias&id=3885&titulo=NOTICIAS>.