

A LA MESA DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

El grupo parlamentario confederal Unidos Podemos-En Comú Podem-En Marea, al amparo de lo establecido en el artículo 184 del vigente reglamento del Congreso de los Diputados, presenta la siguiente **Moción consecuencia de la Interpelación urgente** sobre la privatización de los servicios públicos y de salud y sus efectos sobre la sostenibilidad del sistema sanitario y sobre la salud de la población.

La titularidad pública o privada en el ámbito de la sanidad puede verse representada en diferentes ámbitos: la propiedad de las infraestructuras, la financiación de los servicios de salud, el control de dichos servicios o la gestión y provisión de la sanidad.

En lo que respecta a su financiación, España presenta un 30% del gasto sanitario como gasto de financiación privada, siendo el resto gasto público financiado por impuestos; esta cifra representa principalmente las prestaciones no cubiertas (salud bucodental, principalmente) así como el copago de medicamentos o el pago de medicamentos no financiados. Además, en el año 2012, con la recuperación del concepto de “asegurado” y la expulsión de los inmigrantes indocumentados de dicho aseguramiento, una parte de la población residente en España y que aporta financiación al sistema sanitario vía impuestos pasó a tener que financiar la totalidad de su sanidad (salvo atención urgente, obstétrica y pediátrica) con fondos completamente privados.

En relación a la gestión y provisión de los servicios de salud, desde que en el año 1997 el Congreso de los Diputados aprobara la Ley 15/1997, sobre habilitación de nuevas formas de gestión en el Sistema Nacional de Salud, han sido muchas las maneras en las que la empresa privada ha obtenido contratos públicos para gestionar la sanidad pública o prestar otro tipo de servicios para la misma. Además de la concertación de servicios (que a día de hoy supone en torno al 11-12% del gasto sanitario público), los modelos que han protagonizado las “innovaciones” en la colaboración público-privada en el sector sanitario han sido las concesiones bajo los sistemas PFI (Private Financement Initiative) y PPP (Public-Private Partnership), mediante las cuales se otorgaba la gestión de los servicios (clínicos y/o no clínicos) a una empresa privada a cambio de la construcción del centro y el pago de un canon. Estos modelos de privatización de la provisión sanitaria han sido polémicos allá donde se han implantado, siendo muy criticada de forma repetida la falta de transparencia en los contratos, la total ausencia en la transferencia del riesgo y la incapacidad de las administraciones para revertir los contratos establecidos en el caso de no verse colmadas las expectativas de resultados en salud, además de que al ser instituciones sanitarias de gran tamaño, representan a la perfección el apelativo de “too big to fall”.

El debate para la aprobación de la ley 15/97 fue duro y con una oposición discursiva desde ciertos partidos que no se plasmó con posterioridad a la hora de ejercer el voto en la cámara del congreso, saliendo a favor con la única oposición de los diputados y diputadas de IU y BNG.

Desde entonces, los grandes grupos empresariales de sanidad privada y las grandes empresas de construcción se han aliado para recibir dinero público por la gestión y construcción de nuevas infraestructuras sanitarias, en un ejercicio de privatización de la gestión sanitaria que ha estado presente en diferentes escándalos de corrupción. El modelo impulsado por el Partido Popular en la Comunidad Valenciana, denominado Modelo Alzira, que tuvo que ser rescatado y fue asignado a un mayor coste a la misma

empresa que lo había llevado a la bancarrota, saltó recientemente a la prensa al descubrirse que habían creado una empresa que nominalmente era una central de compras pero que no realizaba ninguna compras, sino que servía de sociedad espejo para vehiculizar fondos y contratos de modo que se pudieran aumentar los márgenes de beneficio que la empresa concesionaria del Modelo Alzira tenía acordado por contrato.

Ese es solo un ejemplo de muchos en los que las prácticas empresariales detrás de la gestión de la sanidad pública distan mucho de cumplir los criterios de transparencia, excelencia de gestión e interés público que cabría esperar de la gestión de un servicio tanpreciado como la sanidad pública. Las colaboraciones entre la empresa privada y la pública, de existir, deberían darse dentro de un marco de buen gobierno sanitario que no existe en nuestro país y que tardará muchos años en existir porque nunca ha sido una prioridad de los diferentes gobiernos y porque la transparencia se ha convertido en un fetiche que instrumentalizar, alejado del control ciudadano.

Las grandes empresas de la burbuja inmobiliaria son ahora las grandes empresas de la gestión de la sanidad pública, SACYR, OHL, Vallehermoso, Bankia,..., y un conglomerado de empresas de capital riesgo y fondos buitres detrás de estas que hacen que la sanidad de millones de personas del estado español dependa de forma directa de la gestión de fondos de especulación sin ninguna experiencia en la gestión de la sanidad y que conciben esta como un medio de estabilización de negocio que les permite huir de otros negocios más estacionalizados como el sector turístico o el inmobiliario. Todo ello se produce gracias a un marco legislativo estatal que ahora cumple 20 años y a la voluntad de los diferentes gobiernos de no poner coto a la transferencia constante de dinero público de la sanidad a empresas privadas.

Según los datos de las Cuentas Satélite de Sanidad publicadas por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, en nuestro país el 30.5% del gasto sanitario total es privado y el 69.5% es público; de este 69.5%, un tercio se destina a provisión privada de servicios, mientras que solo dos tercios acaba dedicado a provisión pública de servicios; la diferencia más notable en la titularidad de esta provisión la podemos observar en los servicios de larga estancia y residenciales, sector de gran importancia en la planificación del abordaje sociosanitario de las enfermedades crónicas y que ha sufrido un desdén total en la planificación de las infraestructuras del Sistema Nacional de Salud.

La gestión privada de la sanidad no es más efectiva que la gestión pública, como muestra la bibliografía existente; incrementos en el gasto sanitario para la gestión pública se traducen en mejoras de la salud de la población que no se logran con incrementos en el gasto de gestión privada; además, la introducción del lucro como aspecto ligado a la mayoría de la gestión privada en nuestro país introduce un elemento de deterioro de la salud de la población de acuerdo con los estudios publicados sobre efectos del lucro en la gestión sanitaria; además, las promesas sobre la capacidad de los modelos de gestión privada sobre la transferencia del riesgo y el control del gasto se han visto falsas, al blindarse los incrementos de financiación de los hospitales de gestión privada varios puntos por encima de las variaciones del IPC y con un horizonte de dos décadas.

Por todo lo expuesto anteriormente se presenta la siguiente **MOCIÓN**:

El Congreso de los Diputados insta al Gobierno a:

1. Llevar a cabo un estudio de evaluación independiente sobre los efectos de la gestión privada en el Sistema Nacional de Salud sobre la salud de la población,

sobre la transferencia de riesgos financieros y sobre la sostenibilidad del sistema sanitario.

2. Derogar las normas necesarias que permitan la provisión privada de la sanidad pública y comenzar la redacción de una ley básica de gestión pública, que dé mayor libertad a las Comunidades Autónomas para innovar en el marco de sus competencias dentro de la gestión pública de la sanidad pero que ponga coto a la gestión privada de la sanidad pública.
3. Realizar una planificación prospectiva del gasto sanitario que permita recuperar los datos de gasto sanitario por habitante anteriores a 2009.
4. Incluir entre los Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud (INCLASNS) una batería de indicadores relacionados con la titularidad de la provisión de los servicios de salud.
5. Llevar a cabo las medidas legislativas necesarias para garantizar el derecho a asistencia sanitaria en plena igualdad de condiciones para toda la población residente en España, lo cual ha de incluir necesariamente a los migrantes en situación de irregularidad documental, y para las personas de nacionalidad española que hayan tenido que migrar al extranjero durante más de 3 meses, derogando así los aspectos relacionados a este respecto del Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, así como el resto de leyes o normas que pudieran suponer un obstáculo para la correcta aplicación de lo expuesto en este punto, de tal modo que puedan acceder a la asistencia sanitaria sin tener que financiarla mediante gasto de bolsillo o aseguramiento privado.