



Jaime García Aguado:
jgaguados@gmail.com

Foro profesional

La crisis de la sanidad: gestión pública versus gestión privada

J. García Aguado

Pediatra. CS Villablanca, Madrid. España.

INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas se ha difundido una corriente ideológica que critica las formas burocráticas de gestión pública por considerar que son despilfarradoras, ineficientes, rígidas e incapaces de adaptarse al entorno. Los defensores de esta corriente de pensamiento sostienen que las instituciones privadas son más eficientes y propugnan un conjunto de reformas que incluyen la privatización de los servicios públicos, la incorporación de técnicas de la empresa privada para su gestión y el fomento de la competencia entre proveedores sanitarios. Pero los servicios sanitarios son organizaciones complejas en las que no son de aplicación las normas que funcionan para los mercados privados. La actividad sanitaria no puede ser considerada una mercancía. La sanidad forma parte del estado de bienestar y es uno de los servicios más importantes que proporciona el Estado a los ciudadanos, constituyendo la mayor partida de gasto en los presupuestos de las comunidades autónomas. El sistema sanitario español está considerado uno de los más eficaces del mundo y su coste es inferior al de la media de los países de nuestro entorno, aunque el aumento del gasto sanitario ha venido siendo mayor que el incremento del producto interior bruto (PIB), sobre todo desde las transferencias sanitarias. En diez años, entre 1999 y 2009, el gasto sanitario por per-

sona creció un 49%, cuatro veces más deprisa que el PIB¹.

La llegada de la crisis económica indujo una importante caída de los ingresos fiscales y como consecuencia surgió la necesidad de cuadrar las cuentas públicas para cumplir con los compromisos europeos, lo que ha desencadenado una oleada de ajustes en las políticas de gasto público. Esta situación ha venido a dar nuevo impulso a los defensores de la privatización, que ponen en duda la sostenibilidad del sistema sanitario al señalar que el aumento continuo del gasto es incompatible con la disminución de los ingresos públicos.

Sin embargo, no existen pruebas que permitan afirmar que la gestión privada o la competencia entre proveedores sean superiores a la hora de prestar atención sanitaria. En las dos últimas décadas se han aplicado en España diversas fórmulas de gestión, tanto en el campo de la gestión directa o pública como en el de la gestión indirecta o privada, por lo que deberíamos haber acumulado información relevante sobre las fortalezas y debilidades de cada una de esas fórmulas. Pero la realidad es que no hay una sola evaluación independiente que permita analizar sus resultados y, por tanto, no conocemos el grado en que las diversas estrategias han alcanzado los objetivos que motivaron su puesta en práctica. Esto significa que, en España, no podemos decir que las fórmulas de gestión pri-

vada sean más eficientes y ofrezcan mejores resultados que las públicas, pero tampoco podemos afirmar lo contrario. Los estudios realizados fuera de nuestras fronteras tampoco muestran evidencia de que la gestión privada de los servicios sanitarios sea más eficiente que la gestión pública y algunos sugieren que un mayor gasto en la prestación pública de los servicios sanitarios se asocia a una disminución de la tasa de mortalidad evitable^{2,3}.

GESTIÓN PRIVADA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Hasta la fecha, las experiencias de gestión privada en Atención Primaria (AP) en nuestro país se limitan a Cataluña, donde funcionan desde hace más de 15 años las entidades de base asociativa (EBA) y también hay centros de salud gestionados por entidades ajenas, y a Valencia, con el llamado modelo Alzira, basado en la concesión de toda la asistencia sanitaria de una comarca, incluyendo la AP y la especializada, a un consorcio privado.

Sobre el modelo catalán existe cierta información, aunque comparar la efectividad de los diferentes modelos no resulta fácil por la dificultad de neutralizar factores determinantes de los resultados, como las características socioeconómicas de la población atendida o la edad y antigüedad de los equipos⁴. Es significativo, por ejemplo, que el 33% de los pacientes atendidos por EBA tengan doble cobertura sanitaria, frente al 8-24% del resto de los proveedores. Distintos estudios no encuentran diferencias relevantes entre los modelos en cuanto a la calidad o la eficiencia. Las EBA parecen tener unos resultados similares en salud, una mayor satisfacción de los profesionales –aunque el bajo índice de respuesta en las encuestas podría hacer pensar que la satisfacción se encuentra más en los propietarios que en los empleados– y una mejor rentabilidad económica. Sin embargo, no han sido suficientemente evaluados los posibles efectos adversos derivados de una selección de riesgos o de un aumento de la inequidad si la aplicación de estas fórmulas de gestión se limita a las zonas de mayor bienestar socioeconómico.

En la región valenciana, la falta de información independiente hace imposible cualquier valoración. Son interesantes los resultados de la visita realizada por representantes del National Health Service británico para conocer el modelo Alzira⁵. A pesar de los aparentes resultados favorables, los observadores británicos mostraron dudas respecto a la iniciativa y concluían señalando que el modelo sería difícilmente exportable, entre otras razones por la gran flexibilidad en la negociación de las condiciones del contrato y la excesiva cercanía entre los miembros de la Administración valenciana y los adjudicatarios de la concesión, que podría reducir la efectividad de la vigilancia que debe realizar la autoridad sanitaria (captura del regulador).

EL CASO DE MADRID

En este contexto, la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid anunció a finales de 2012 un plan de garantía de la sostenibilidad del sistema sanitario con el objetivo primordial de ahorrar y ajustar el gasto sanitario en función de la disminución de los ingresos. El plan propone, entre otras medidas, privatizar la gestión de la actividad sanitaria en seis hospitales y en 27 centros de salud. Esta propuesta se hace sin ningún estudio técnico que la avale y sin tener en cuenta que, como hemos señalado, no existen evaluaciones externas, realizadas con rigor metodológico, que analicen la efectividad y la eficiencia de las fórmulas concesionales. Tampoco se han tomado en consideración otras alternativas, como el aumento de la recaudación mediante la lucha contra el fraude fiscal o la mejora de la eficiencia en los centros sanitarios manteniendo la gestión pública.

Los hospitales afectados por este plan privatizador fueron construidos todos ellos en los últimos años bajo la fórmula *private finance initiative* (PFI), mediante la cual un consorcio de empresas privadas construye el hospital a cambio de la gestión de los servicios no asistenciales como la limpieza, la lavandería, el aparcamiento o la centralita durante periodos de hasta 30 años. Esta fórmula tiene la “ventaja” de que la inversión no se contabiliza

como deuda pública, aunque desde luego habrá que pagarla, a un precio que con la fórmula actual será de siete veces la inversión inicial. La evidencia indica que en el Reino Unido o en Italia las PFI han supuesto un coste total superior, debido a los mayores costes financieros y al margen de beneficio de las concesionarias privadas, que en Italia han obtenido unas tasas de retorno de la inversión significativamente elevadas. En ocasiones, los mayores costes se han asociado a una menor calidad y flexibilidad para adaptarse a nuevas situaciones⁶. Resulta muy difícil encontrar una justificación técnica para la construcción, en pocos años, de un alto número de hospitales de agudos repartidos por toda la región madrileña —a los seis citados hay que añadir otros cuatro más, adjudicados en régimen de concesión, que hacen un total de diez hospitales construidos entre 2004 y 2011—, sobre todo si tenemos en cuenta que la tendencia actual propugna modelos de hospitalización a domicilio, hospitales de día o cirugía ambulatoria. Uno de los mayores retos de los sistemas sanitarios en los países desarrollados es la atención a pacientes crónicos y su solución no pasa por multiplicar los hospitales de agudos.

En AP, el proyecto pretende adjudicar la gestión, de manera preferente, a sociedades profesionales, que podrán ser unipersonales. En caso de que la gestión de los centros no se asigne a una sociedad profesional, podrá concurrir a la concesión cualquier persona física o jurídica legalmente constituida. El modelo de gestión indirecta que se propugna está basado en las EBA catalanas: sociedades profesionales, con ánimo de lucro y personalidad jurídica propia, constituidas al menos en un 51% por profesionales del Servicio Madrileño de Salud, que deben estar previamente acreditadas y registradas, optarían a la gestión de la asistencia en un centro de salud cedido por la Administración sanitaria, durante un periodo de diez años prorrogables. El personal será contratado libremente por la sociedad profesional que resulte adjudicataria. El pago sería capitolativo y no incluye la prestación de farmacia, si bien está previsto que, en caso de ahorro, una parte del mismo revierta en

la sociedad gestora, lo que podría plantear conflictos éticos. Al contrario, se incurriría en pérdidas en caso de desviaciones negativas en el gasto farmacéutico.

El anuncio de privatización en la sanidad madrileña levantó de forma unánime a ciudadanos y trabajadores sanitarios. Durante semanas se repitieron las manifestaciones y concentraciones callejeras, en un movimiento conocido ya como la “marea blanca”. En los centros sanitarios se mantuvo una huelga a lo largo de cinco semanas, acompañada en muchos casos de encierros en los mismos centros. Un millón de madrileños manifestó por escrito su oposición a la privatización de la sanidad. También se manifestaron públicamente en contra del plan privatizador, con un grado de unidad sin precedentes hasta la fecha, casi 600 jefes de servicio de los hospitales madrileños, numerosos directores de centros de salud, 8 000 de los 10 000 trabajadores de AP (médicos, pediatras, enfermeras, administrativos, matronas, fisioterapeutas y odontólogos de los centros de salud), la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma, los colegios profesionales de Medicina y de Enfermería, los sindicatos y numerosas sociedades científicas de médicos, pediatras y enfermeras. Las protestas tuvieron una repercusión significativa en los medios nacionales y en diversas ocasiones saltaron a la prensa internacional.

La Comisión Científico-Técnica de AP (CCT), órgano asesor del Servicio Madrileño de Salud constituido por las sociedades científicas de AP y los colegios oficiales de Médicos y de Enfermería, rechazó la propuesta privatizadora por considerar que el cambio de modelo propuesto no ha demostrado una mayor eficacia, no garantiza un menor coste económico y tampoco permitiría resolver los problemas que acechan a la AP ni responde a las necesidades de salud de la población. Como alternativa, la CCT propuso un modelo de autonomía de gestión aplicable a todos los centros y que, manteniendo la gestión pública, permita potenciar la AP y avanzar en fórmulas ligadas a la mejora de su gestión.

Muchos médicos se aglutinaron en torno a la Asociación de Facultativos Especialistas de Madrid

(AFEM), que ha liderado el movimiento de protesta contra la privatización. En AP se ha creado la denominada Plataforma de Equipos Directivos, que coordina y aglutina la respuesta de los centros de salud. Su funcionamiento ha permitido mantener la cohesión de los profesionales de AP.

El colectivo médico constituyó un Comité Coordinador Profesional, formado por representantes de los jefes de servicio hospitalarios, de los directores de los centros de salud, del Colegio de Médicos y de la AFEM. Este Comité ha mantenido negociaciones durante semanas con la Consejería de Sanidad, finalmente paralizadas desde la Consejería.

Ante la resistencia de la Consejería a cambiar sus planes, AFEM puso en marcha una campaña para recaudar fondos y paralizar el plan por la vía jurídica. La campaña se inició con el día de la “no huelga”, en el que se invitaba a los sanitarios a donar una cantidad equivalente a lo que se les descontaría en un día de huelga. La campaña se ha nutrido también de donaciones particulares. Hasta el momento han participado más de 5000 personas y la recaudación supera los 185 000 euros, lo que ha permitido la elaboración de un informe jurídico sobre la inconstitucionalidad de la concesión de los servicios sanitarios de hospitales y centros de salud en Madrid, que ha sido presentado a los partidos políticos y a la defensora del pueblo.

A pesar de la firme oposición de los ciudadanos y los profesionales, el Gobierno madrileño sigue adelante con su plan de privatización. Mantiene intacto el plan para los seis hospitales, aunque ha anunciado que en los centros de salud la privatización se limitará, al menos inicialmente, a un número de alrededor de cuatro. Coincidiendo con el cierre de este texto, se ha hecho público el borrador de los pliegos de cláusulas administrativas y de prescripciones técnicas para la concesión de la asistencia sanitaria en los hospitales, lo que ha motivado una nueva convocatoria huelga en sanidad para el mes de mayo.

En AP el proceso será algo más lento, pues antes que los pliegos se publicarán sendos decretos que

regulen las condiciones que deben reunir las sociedades profesionales para su acreditación y el régimen jurídico, económico y de gestión de los centros sometidos a gestión indirecta. Un elevado número de equipos directivos de los centros y responsables de distintas comisiones han anunciado que dimitirán en el momento en que se publiquen los pliegos de condiciones para la privatización de los centros de salud.

CONCLUSIONES

- La eficiencia y la efectividad de una organización no están necesariamente ligadas a su titularidad pública o privada, sino más bien a la calidad de la gestión con la que es gobernada.
- En los servicios sanitarios, la eficiencia no puede ser una meta en sí misma.
- No hay evidencias sobre la superioridad de la gestión privada de los servicios sanitarios.
- Los sistemas que cuentan con una AP fuerte y resolutive obtienen mejores resultados.
- El plan privatizador de Madrid parte de una decisión política tomada sin contar con los profesionales y no se basa en pruebas empíricas ni cuenta con informes técnicos que lo sustenten.
- Está por ver en qué medida la gestión privada de un pequeño número de centros de salud contribuye al ahorro y ayuda a resolver los problemas que acechan a la AP.

CONFLICTO DE INTERESES

El autor declara que se ve potencialmente afectado por la privatización y que se ha posicionado claramente en contra de esta medida.

ABREVIATURAS

AFEM: Asociación de Facultativos Especialistas de Madrid
• **AP:** Atención Primaria • **CCT:** Comisión Científico-Técnica de AP • **EBA:** entidades de base asociativa • **PFI:** *private finance initiative* • **PIB:** producto interior bruto.

BIBLIOGRAFÍA

1. Huerta M. Basta ya de recortes. Es la hora de las reformas. *El Médico Interactivo*, 2013 [en línea] [consultado 14/04/2013]. Disponible en www.elmedicointeractivo.com/analisis/tribuna/116627/basta-ya-de-recortes-es-la-hora-de-las-reformas
2. Hollingsworth B. The measurement of efficiency and productivity of health care delivery. *Health Econ.* 2008; 17:1107-28.
3. Quercioli C, Messina G, Basu S, McKee M, Nante N, Stuckler D. The effect of healthcare delivery privatisation on avoidable mortality: longitudinal cross-regional results from Italy, 1993-2003. *J Epidemiol Community Health.* 2013;67:132-8.
4. Palomo L, Gené-Badía J, Rodríguez Sendín JJ. La reforma de la atención primaria, entre el refugio del pasado y la aventura de la innovación. *Informe SESPAS* 2012. *Gac Sanit.* 2012;26(S):14-9.
5. NHS Confederation. The search for low-cost integrated healthcare. The Alzira model – from the region of Valencia. 2011 [en línea] [consultado 14/04/2013]. Disponible en www.nhsconfed.org/Publications/reports/Pages/integrated-healthcare.aspx
6. Sánchez FI, Abellán JM, Oliva J. Gestión pública y gestión privada de servicios sanitarios públicos: más allá del ruido y la furia, una comparación internacional. Documento de Trabajo 4/2013. Real Instituto Elcano [en línea] [consultado 14/04/2013]. Disponible en <http://goo.gl/IFR4N>