

La interacció públic-privat en sanitat

*La interacción
público-privado
en sanidad*

FUNDACIÓ
VÍCTOR
GRÍFOLS
i LUCAS

La interacció públic-privat en sanitat

*Elements per
a la reflexió*

Informes de la Fundació Víctor Grífols i Lucas
La interacció públic-privat en sanitat / La interacción público-privado en sanidad. N° 6 (2015)
Edita: Fundació Víctor Grífols i Lucas. c/ Jesús i María, 6 - 08022 Barcelona
fundacio.grifols@grifols.com www.fundaciogrifols.org
ISBN 978-84-606-8721-4 Depósito Legal: B 15466-2015

Informes
de la Fundació
06 |
Víctor Grífols i Lucas

SUMARI

Pàg.

Presentació.....	7
Sostenir l'equitat <i>Victòria Camps</i>	9
Buscant els termes justos del debat sanitat pública-sanitat privada <i>Guillem López i Casasnovas.....</i>	23
Ètica, eficiència i gestió privada de la sanitat pública <i>Àngel Puyol.....</i>	37
La interacció públic-privat en l'atenció sanitària <i>Josep Fusté</i>	49
Autors.....	70
Edició en castellà.....	73
Títols publicats.....	144

PRESENTACIÓ

Al 2006 la Fundació Víctor Grífols i Lucas va publicar un informe que tractava els diferents problemes plantejats per l'oferta de prestacions privades en les organitzacions sanitàries públiques. La publicació analitzava les dimensions econòmiques, ètiques i polítiques de la relació públic-privat en el sistema sanitari, tenint en compte principis com l'equitat i la sostenibilitat.

Han passat nou anys i ens trobem en un context on la necessitat de racionalitzar els recursos sanitaris i fer més eficient el sistema ha reobert amb força el debat de la interacció públic-privat en el sistema sanitari. La Fundació considera indispensable encetar una reflexió sobre les formes que ha anat adquirint aquesta interacció i les conseqüències que en deriven per l'equitat i sostenibilitat de la sanitat pública. Els articles continguts en aquesta publicació volen oferir un punt de partida per abordar la regeneració del sistema sanitari públic des de la complexitat que presenta actualment la nostra societat.

Sostenir l'equitat
Victòria Camps

Introducció

Atesa la situació de crisi en que ens trobem i la manera com està afectant al sistema sanitari públic, la Fundació Víctor Grífols i Lucas es proposa endegar una sèrie de debats que ajudin a plantejar les reformes estructurals que el sistema sanitari necessita. Una de les qüestions que cal repensar és quina hauria de ser la relació públic-privat en la gestió de la sanitat, ja que és l'eix al voltant del qual giren la majoria de les reformes que es proposen o que directament s'emprenen en el sector sanitari públic.

Un primer pas imprescindible de cara a abordar reformes estructurals és procurar eliminar tota mena de prejudicis que provoquen, d'entrada, postures radicals a favor o en contra d'una qüestió concreta i que constitueixen un obstacle perquè les reformes en qüestió puguin ser analitzades a fons. Els prejudicis són idees que s'accepten com vàlides per elles mateixes, sense fer l'esforç de considerar si tenen o no justificació ni quins són els criteris o dades que els fonamenten. Un d'aquests prejudicis és el que s'enuncia tot sovint en afirmar que "la gestió privada és eficient, mentre la pública no ho és ni pot ser-ho". O, al contrari, el que diu que "la gestió privada no pot deixar d'anteposar l'afany de lucre i l'interès empresarial al servei públic".

Contra ambdós prejudicis hi ha models de col·laboració públic-privat que no han funcionat malament en el context d'un sistema sanitari públic. La mutualitat de funcionaris (MUFACE) n'és un exemple. I n'hi ha d'altres. La Fundació Grífols va elaborar un informe fa uns anys analitzant els aspectes econòmics, jurídics i ètics de la prestació privada en centres sanitaris públics.¹ És un altre model del que n'hi ha més d'un cas a Catalunya, com posa en relleu l'esmentat informe. D'una altra banda, el concert amb entitats privades per part dels centres públics és habitual i s'ha anat estenent cada vegada més. En general, tots els models s'han anat introduint sense una regulació clara i segura, apta per corregir les disfuncions. Tots han comptat d'entrada amb l'oposició d'aquells sectors que identifiquen el dret a la protecció de la salut amb una intervenció exclusivament pública sense cap intromissió d'empreses privades. Una reforma estructural del sistema ha de posar en qüestió aquesta identificació tot preguntant-se no sols si és sostenible des del punt de vista econòmic, sinó si la intervenció privada té justificació ètica, o permet

sostenir el principi d'equitat, de cara a la preservació del dret universal a l'atenció sanitària.

Des del punt de vista de la sostenibilitat econòmica, cal analitzar quins són els motius que incentiven el pas a la gestió privada i si aquests són exclusivament problemes de tresoreria i, per tant, majoritàriament vinculats a la crisi econòmica actual. Igualment, cal veure si està contrastada la premissa de que la gestió pública és ineficient per definició. Ineficiències n'hi ha a totes les organitzacions. Corregir-les no implica necessàriament que l'organització o la gestió de la mateixa hagin de passar a mans privades, perquè també la gestió privada té ineficiències greus. És imprescindible descobrir les causes de les ineficiències per tal d'atacar-les directament. Causes que poden raure en una legislació massa restrictiva, en l'específica contractació o reclutament dels professionals, en la manca de control per evitar els desviaments, o en hàbits i costums que distorsionen l'operativitat i que ningú qüestiona. Conèixer les causes dels problemes és la primera mesura per tractar de solucionar-los.

D'una altra banda, caldrà també posar en qüestió el valor de l'eficiència com prioritari. Més enllà de la sostenibilitat econòmica, ens hem de preguntar si certes intervencions privades en el sistema públic són un impediment insalvable per garantir el dret a la protecció sanitària. Un estat de dret que reconeix el dret a la protecció de la salut ha d'assegurar que l'accés a la sanitat sigui universal. D'aquesta afirmació no se'n dedueix que l'estat hagi de ser l'únic propietari i gestor de totes les empreses dedicades a l'atenció sanitària. L'única obligació dels poders públics és la d'assegurar que tothom tingui accés a la sanitat. El que implica que ha de posar tots els mitjans al seu abast per tal de controlar que ningú no quedi fora del sistema i que aquest es gestioni equitativament. Que la gestió sigui pública o privada és secundari, sempre i quan no partim de la idea (subratllada abans com prejudici) de que la gestió privada només té afany de lucre, un afany incompatible amb l'obligació d'aconseguir un sistema més equitatiu. No és el mateix afirmar que la privatització funcionarà en detriment de l'equitat inevitablement, que comprovar que les disfuncions en l'equitat es deuen a que no s'exerceix un control suficient sobre les intervencions privades en el sistema públic, per falta de competència, de coratge, o de voluntat d'actuar correctament i d'acord amb la regulació.

El pretext no ha de ser només la crisi econòmica que està forçant a retallar els serveis socials. L'estat del benestar ha crescut molt en els darrers decennis i la realitat social ha esdevingut la d'una població que cada cop necessita i demana més serveis públics. Si és necessari establir unes “línies vermelles” també ho és posar límits a les prestacions universalitzables i, al mateix temps, procurar que els ciutadans siguin més corresponents de l'operativitat dels serveis als que tenen dret. Hem de reflexionar sobre quines necessitats reconeixem com a bàsiques per tal que la garantia d'universalitat respongui a criteris d'equitat i no a pressions o demandes sectorials. Les retallades conjunturals no contribueixen a reorganitzar el sistema ni a reformar les estructures. Anar ajornant les reformes només porta al descrèdit i deteriorament de la sanitat pública, tot estimulant l'ús de la privada per part dels que s'ho poden permetre, provocant així una divisió social que s'hauria d'evitar perquè és el que fa tronollar el principi de justícia. D'una altra banda, els debats entorn d'aquestes qüestions no s'haurien de reduir a reflectir les deficiències del sistema, sinó que haurien d'anar més enllà i aventurar propostes, comparar models alternatius de gestió i organització i analitzar-ne els arguments a favor i en contra.

Quan es parla de sostenibilitat del sistema sanitari, generalment es pensa en la sostenibilitat econòmica. Aquesta és important ja que si no hi ha pressupost difícilment es podran sostenir les prestacions públiques. Però ha d'anar acompanyada d'una valoració ètica que mesuri fins a quin punt determinades propostes destinades a sostenir el sistema sanitari que tenim violen el principi d'equitat segons el qual l'assistència sanitària és un dret universal. Des de l'economia i des de l'ètica cal analitzar les raons que justifiquen o no una certa privatització de la sanitat.

La sostenibilitat de l'equitat

Ens quedem curts si pensem la sostenibilitat del sistema sanitari des de paràmetres estrictament econòmics. Estem parlant d'un dret universal que ha de ser garantit per l'Estat, de manera que no és legítim afrontar cap reforma, ni estructural ni tampoc superficial, sense plantejar-nos quines en poden ser les conseqüències pel manteniment de l'equitat.

El principi d'equitat s'ergeix en principi de la justícia distributiva afirmant que un repartiment equitatiu dels béns bàsics consisteix en garantir l'accés igual de tothom a aquests béns. La protecció de la salut és un dels béns bàsics o dret fonamental constitucionalment reconegut. D'acord amb això, és obligació pública la garantia d'aquest dret. Ara bé, si és cert que hi ha unanimitat en el reconeixement que garantir el dret a la sanitat és un fi que s'ha d'assolir, el mitjà per fer-ho no està prèviament determinat. Caldrà considerar quins mitjans són més operatius i si l'operativitat o l'eficiència del mitjà pot fer perillar la justa distribució de l'accés al sistema sanitari.

No es poden fer judicis ètics amb l'ànim de proporcionar criteris que orientin les polítiques públiques i les bones pràctiques ignorant les dificultats inherents a la realitat que es pretén regular. Dit d'una altra manera, seria irresponsable o inútil plantejar-se el dret universal a la protecció de la salut des de l'abstracció teòrica sense considerar que la urgència del plantejament deriva d'una situació de crisi econòmica que força a discutir, no el dret com a tal, sinó el sentit i l'abast que li volem donar. Els drets i deures morals s'han de fer possibles i viables ja que, si no és així, són cortines de fum o paraules buides.

L'escassetat de recursos sempre serà una constant del sistema sanitari, atesos els avenços tecnològics i el creixement de les expectatives de vida de les persones com a conseqüència del progrés mèdic. És per això que no convé prendre d'entrada posicions maximalistes, antisistèmiques o utòpiques, ni partir de la idea equivocada que assegurar l'atenció sanitària significa atendre totes les demandes ciutadanes sense límit. Els recursos són limitats i el que cal pensar és com respondre millor a les necessitats sanitàries amb els recursos que un estat de dret de les nostres dimensions hauria d'aportar al sistema sanitari. En aquest sentit, potser la manera més efectiva de plantejar interrogants ètics sigui la de considerar si els avantatges econòmics que procuren les privatitzacions són o no compatibles amb el sosteniment de l'equitat.

Beneficis de la intervenció privada

Un dels punts que s'addueixen a favor de la intervenció privada en el sistema públic és que aquesta pot “servir millor” l'interès públic. Al respecte, cal espe-

cificar en quin sentit el servei serà “millor” i a què ens referim aquí quan parlem d’interès públic.

Pel que fa a la darrera qüestió, és evident que, en el context que ens ocupa, l’interès públic només es pot referir a l’accés universal al sistema sanitari. En l’ordenament legislatiu actual, l’accés està formalment garantit, però al mateix temps es veu limitat, si més no, per dues circumstàncies: 1) l’allargament de les llistes d’espera, i 2) la desaparició de determinades prestacions, no perquè siguin “supèrflues”, sinó perquè encareixen excessivament el sistema. Cal analitzar les maneres habituals de fer front a ambdues situacions des del punt de vista de la preservació del principi d’equitat. Al mateix temps, cal fomentar dues virtuts imprescindibles per tal que un sistema públic/privat funcioni adequadament i sense costos evitables: la transparència i la corresponsabilitat.

a) Descongestió de les llistes d’espera

Les llistes d’espera només s’escurcen de dues maneres: 1) amb més professionals que facin el servei, o 2) desviant als pacients que s’ho poden permetre a l’atenció privada. Des del punt de vista pressupostari, la primera solució és inviable quan els recursos són cada cop més escassos i la voluntat de fer-los créixer és inexistent. Ens quedem amb una única solució, la segona, que ja es produex per iniciativa individual en els pacients que poden sufragar una mútua privada. No és la mesura òptima, que consistiria en fer més eficient el servei públic, amb més personal, per tal de que fos rendible al màxim de les seves possibilitats. Atès que l’augment del pressupost queda descartat, el que cal preguntar-se és què és millor per sostener l’equitat sanitària: deixar que vagin empitjorant les llistes d’espera per manca de recursos o acceptar una intervenció privada que descongestioni les llistes. Si la primera solució perjudica als que no poden fer front a mútues privades complementàries, la segona solució afavoreix a tothom i no perjudica a ningú. Això sí, en el cas de ser acceptada i plenament legalitzada, com es va fer manifest en l’informe anterior de la Fundació abans esmentat, és imprescindible exercir un control rigorós per tal que el traspàs de pacients del sector públic al privat sigui correcte i no discrimini a ningú.

b) Ànim de lucre i servei públic

Pel que fa a la disminució de les prestacions –o dels medicaments subvencionats–, ens trobem segurament davant la realitat més temuda per part dels contraris a la “privatització” del sistema. L’ànim de lucre del sector privat sembla que exclou d’entrada la idea d’interès general, el que té com a conseqüència inevitable l’eliminació d’aquells malalts o malalties excessivament costosos i deixa sense cobertura necessitats que haurien de mantenir-se com a bàsiques en el nostre context. Des del punt de vista teòric, no hi ha cap raó que permeti vincular l’afany de lucre del sector privat amb la impossibilitat de dur a terme un servei que mereixi la denominació de “públic”. És obviaument una temptació que ha de ser evitada, amb contractes clars i precisos, i amb una supervisió regular, eficient i rigorosa. D’aquesta manera, l’autoritat pública no cedeix ni s’inhibeix de la seva obligació de garantir l’accés universal a la sanitat ja que exerceix la vigilància i el control requerits pel contracte.

c) Més transparència

Quan el sector públic i privat s’interrelacionen, la millora en la transparència es basa en el fet que les prestacions privades han de ser contractades i sotmeses a una regulació perquè no es desviïn de la missió assignada per l’autoritat pública. En teoria, l’existència de documentació és una garantia de més transparència. El que cal és que aquesta garantia sigui real i que no es permetin aquelles opacitats o ambigüitats que fan difícil, si no impossible, comprovar que els contractes realment es compleixen.²

d) Corresponsabilitat

Generalment, la introducció del sector privat en el sistema públic exigeix als ciutadans una presència més activa en la utilització dels serveis que, d’una manera o d’una altra, deixin de ser tan gratuïts com eren. Els copagaments són formes de privatització destinades no sols a ingressar més euros en les arques públiques, sinó a fer més moderats als pacients a l’hora de consumir medicaments o freqüentar les consultes mèdiques. Quan ja no tot és gratuït, el ciutadà s’ho pensa dues vegades abans de fer una despesa. Això fa que, en

príncipi, la decisió que pren sigui més responsable. Sense oblidar, però, que el pacient amb pocs recursos pot deixar d'utilitzar els serveis que necessita perquè no pot fer-se'n càrrec personalment. En aquest cas, el ciutadà veu reduït el seu dret a l'accés a la sanitat i hem de reconèixer que l'equitat se'n resenteix.

Una qüestió que hauria de ser motiu de reflexió és fins a quin punt la gratuïtat total dels serveis socials, més enllà dels impostos que paga cadascú, és positiva a l'hora de fer al ciutadà corresponent del bon funcionament dels mateixos. És un tòpic, segurament fonamentat, que les prestacions gratuïtes es valoren poc, raó per la qual és bo que els ciutadans rebin la quantificació de les despeses sanitàries a càrrec dels centres públics perquè puguin valorar-ne l'abast. S'ha de considerar, amb un debat més rigorós del que s'ha fet fins ara, si un cert copagament contribueix o no a augmentar la responsabilitat ciutadana. Per tal de poder-ho avaluar, cal tenir clars els objectius que duen al copagament, o a qualsevol altre forma d'intervenció privada, de tal manera que, al cap d'un temps d'haver imposat la mesura, sigui possible comprovar si els objectius s'han assolit o no.

En línies generals, un funcionament més complex del sistema sanitari, com ho és el que combina privat i públic, hauria de conscienciar més al ciutadà dels seus drets inviolables i de l'obligació de reclamar-los quan perillen (sobre la inviolabilitat dels seus drets i ...).

Un sistema que divideix rics i pobres?

El gran qüestionament al voltant de la privatització d'alguns elements del sistema sanitari públic es produeix a partir de la consideració que la doble línia no afavoreix la cohesió social perquè finalment discrimina als que tenen menys recursos i dóna lloc a una divisió en l'accés a la sanitat que és injusta.

És difícil obviar taxativament aquest supòsit adduint que és erroni. Evidentment, la doble oferta –pública/privada– auspicada pel sector públic permet que uns ciutadans puguin evitar les llistes d'espera (encara que hagin de pagar per fer-ho), mentre la resta no tenen més remei que posar-se a la cua.

Igualment, els copagaments graven més a les persones amb menys recursos, mentre que els benestants paguen el suplement assignat sense que representi cap distorsió seria del seu pressupost. Contra aquesta objecció que no fa sinó constatar una desigualtat estructural, no hi ha arguments plenament satisfactoris. Les desigualtats estructurals, pròpies de les societats humanes, afecten ineludiblement al gaudiment dels drets pretesament universals. Així, podem argumentar que la discriminació ja existeix de fet entre els ciutadans que tenen una doble assegurança pública-privada i els que només tenen la pública perquè la privada no se la poden permetre. Deixar que es mantingui aquesta discriminació no és millor que emparar-la o fins i tot propiciar-la políticament. La llibertat d'elecció per als que només poden tenir accés al sistema públic és decididament menor que per als altres. Les intervencions privades sempre seran un mal menor, no quelcom que contribueixi a la perfecció del sistema. És el mateix que passa amb la doble línia d'escolarització, pública o concertada: uns poden triar, mentre els altres s'han de resignar amb l'oferta pública.

Ens hem de plantear seriosament si, des de la referència a l'equitat, la divisió entre ciutadans per les possibilitats d'accés al sistema sanitari és més injusta quan la iniciativa d'ofrir prestacions privades forma part del mateix sistema públic. Des del punt de vista de sostenir l'equitat, que la situació estigué propiciada per empreses privades amb més o menys ànim de lucre, o pel sector públic que posa límits a les prestacions i als sous dels professionals, no mereix més raons en contra que les que adduïm per deplorar les desigualtats existents, observant, però (aquesta és la paradoxa), que si no existissin les desigualtats, tampoc caldria parlar de justícia distributiva. Les polítiques de justícia aspiren a corregir les desigualtats, no a eliminar-les radicalment donant pas a una societat utòpica.

De les consideracions anteriors se'n desprèn que totes les raons contràries a donar pas al sector privat en el sistema sanitari procedeixen menys de qüestions de principi (una vegada ens hem desfet dels prejudicis sobre la ineficiència i l'ànim de lucre del sector privat), com del temor a que la “privatització” acabi de fet amb l'accés universal al sistema sanitari. Si aquest és el problema, la solució no ha de venir de la negativa a la interrelació amb el sector privat, sinó de la voluntat de vigilar i controlar que aquest funcioni

adequadament, d'acord amb unes pautes clarament establertes i amb inspeccions i auditòries que permetin comprovar si la iniciativa privada és compatible amb l'equitat.

Eficiència i redistribució

Qualsevol reforma d'un servei públic ha d'estar guiada per dues paraules: eficiència i redistribució. Els experts es decanten per donar més importància a l'eficiència que a la redistribució i a dir que ambdós objectius són compatibles. El fet és que no sempre ho són. L'eficiència es fixa més en qüestions macroeconòmiques, mentre que la redistribució té en compte els efectes sobre els ciutadans. Hem de tenir clar que si el que volem sostenir és l'equitat, la redistribució ha de ser prioritària sacrificant, si cal, l'eficiència.

En els paràgrafs anteriors, en parlar dels beneficis de certes “privatitzacions” de la sanitat pública, hem posat l'accent en les llistes d'espera com el fenomen que discrimina més els malalts que poden dels que no poden pagar una assegurança doble, pública i privada. Fer un seguiment rigorós de l'evolució de les llistes d'espera per tal de comprovar si la intervenció privada beneficia a tots els ciutadans és potser la millor manera de comprovar si no estem sacrificant la redistribució a l'eficiència. De res no serveix reformar un servei fent-lo objectivament més eficient si els defectes detectats en l'atenció als pacients no sols no es corregeixen, sinó que fins i tot s'agreugen. En aquest cas, potser tindrem la percepció que els recursos s'estan aprofitant millor, però no haurem aconseguit que s'aprofitin en benefici de les persones més vulnerables, que són les que tenen l'accés més complicat a les prestacions sanitàries.

Una reforma de l'estat del benestar per tal de fer-lo sostenible passa per tres vies:

1. Demostrar pressupostàriament que els recursos destinats al benestar de les persones responen realment a la prioritat que assegurem que tenen els drets fonamentals. Encara no estem del tot homologats als països més capdavanters en serveis socials. És cert que no tota reforma

ha de consistir necessàriament en destinar més recursos econòmics a la sanitat, però, mentre es mantinguin desigualtats que posen en qüestió que la protecció de la salut sigui un dret per tothom, caldrà revisar si els pressupostos públics responen realment a unes polítiques redistributives i si el sistema impositiu que tenim és el d'un Estat que diu defensar la justícia social.

2. Corregir les ineficiències dels sistemes de protecció social aprofitant al màxim els recursos disponibles i evitant les despeses excessives i poc justificables. Ara bé, aquest objectiu no ha de ser un fi en si mateix, sinó un mitjà per tal d'aconseguir que els pacients puguin ser tractats més igualitàriament i sense que disminueixi la qualitat del sistema. En els anys de crisi, malgrat les retallades, el sistema sanitari públic ha sabut mantenir un nivell de qualitat i humanitat admirable en el tractament dels pacients. Saber destriar el que no es pot deixar de fer, sense que la qualitat del servei se'n ressentí, del que és superflú o menys peremptori, és absolutament necessari per fer compatibles eficiència i redistribució.
3. Privatitzar gestions i serveis no és en principi contrari al sosteniment de l'estat del benestar, sempre que es pugui i es vulgui controlar el funcionament de la intervenció privada. Aquest punt és un dels més deficitaris en el nostre país. Costa molt fer un seguiment curós de les reformes per tal de constatar el que hauria de ser elemental: si realment han assolit els objectius que les van promoure. Si no m'equivo-co, a Alemanya el copagament per visita mèdica ha estat suspès després d'uns quants anys de funcionament perquè s'ha comprovat que no servia per l'objectiu que l'havia promogut, que era desincentivar les visites mèdiques. Entre nosaltres, sempre que s'ha d'abordar un problema, ens falten dates que expliquin quines han estat algunes de les causes que l'han provocat. Quan les causes s'ignoren, és impossible atacar-les i controlar que no es tornin a produir.

El que aquestes reflexions volen fer palès és, d'una banda, la necessitat de discutir en l'àmbit parlamentari les reformes estructurals que el nostre sistema sanitari està demanant, no per adequar-lo als pressupostos, cada cop més míssos, sinó per sostenir el model d'estat social que creiem ajustat als prin-

cipis de justícia que diem defensar. En segon lloc, s'ha intentat fer veure que, si l'objectiu últim és sostenir el principi d'equitat, l'important són els resultats i no els mitjans per arribar-hi. L'eficiència en l'aprofitament de recursos és un valor ètic perquè els recursos sempre seran escassos. Però l'objectiu no ha de ser construir un sector públic més eficient, sinó redistribuir millor els béns bàsics dels que la sanitat n'és un dels fonamentals.

Notes

1. Camps, V.; López Casasnovas, G.; Puyol, A. *Les prestacions privades en les organitzacions sanitàries públiques*. Barcelona, Fundació Víctor Grífols i Lucas, 2006 (www.fundaciogrifols.org).
2. Subirats, J.; Turró, J. *Transparencia en el sistema sanitario público*. Barcelona, Fundació Víctor Grífols i Lucas, 2013.

**Buscant els termes
justos del debat sanitat
pública-sanitat privada**

Guillem López i Casasnovas

Introducció: què entenem per interès públic en el debat sanitari?

Resulta fàcil jugar amb les paraules per portar els arguments a terrenys de conveniència. Aquests dies, en el món de la sanitat, les paraules volen com armes llancívoles al servei de prejudicis ideològics. Així en la utilització de nocions tals com “defensa del pacient”, “fer prevaldre els interessos públics” o “preservar els objectius socials”. Part de la confusió ve de la identificació que es fa a casa nostra de “públic” amb “Administració” i de “privat” amb “benefici crematístic”. Els anglosaxons ho veuen d’altra manera i entenen com a “públic” allò privat de la gent, i allò que nosaltres en diem públic ells n’hi diuen “de l’Estat”.

L’obtenció de benefici no és, en aquest sentit, un element separador del públic-privat. Benefici, excedent, com veurem més endavant, n’hi ha sempre en tota activitat humana. En un cas, si monetari, es visualitza com a tal; si en espècie, a propietat pels propis treballadors, en forma de costos superiors als mínims necessaris i que ha de sufragar la ciutadania, no sempre són tan explícits, però de “ser-hi, efectivament hi són”. Més encara, en alguns casos el primer és més fàcil de regular i fiscalitzar que el segon, en el que a vegades el més “cara dura”, amb menor productivitat i absentisme, se’l fa seu en detriment també dels companys. Tampoc és separador el model de finançament: no hi ha disjuntiva públic-privat; tot ve de la mateixa butxaca: la dels ciutadans. Són les formes i els seus efectes les que difereixen, i això depèn sempre del cas concret (de la incidència de qui sufraga i com, i de les modalitats concretes del què es gasta i a qui beneficia), sense que valgui un prejudici general de la bondat d’una manera millor que l’altra.

En el sentit anterior, l’interès privat de tots i cadascun dels ciutadans no es podria contraposar al públic; en tot cas seria la conveniència comunitària la que faria –en cas de falta de consens– confrontar l’afany individual amb el conjunt. L’interès públic no es pot tampoc contraposar sempre al de “proveïdor” privat, ja que es pot servir al primer (l’objectiu públic) des del segon (el del proveïdor privat); tot dependrà de com es reguli o financi. Més encara, l’interès del “proveïdor públic” (de l’Administració) pot servir pitjor a l’interès públic (de tots) des de l’actuació administrativa que el privat des del dret

mercantil, haguda compta de la distinta flexibilitat de les normes per respondre a les necessitats i aspiracions públiques (conjunes, comunitàries).

En el debat que ens ocupa avui de les reformes sanitàries caldrà recordar que l’objectiu social, normatiu, de millora del benestar pel que tots els ciutadans hi guanyem, prové de l’obligatorietat d’una assegurança de risc comuna: no vol dir de prestacions completes iguals, de drets universals sobre aquestes ni que hagin de ser gratuïtes (res no és gratis!). Privatitzar la sanitat en aquest sentit voldria dir sortir del *pool*, trencar-ne l’obligatorietat: “no em carregui a mi impostos o cotitzacions que jo m’asseguro pel meu compte”. Això generaria una selecció adversa d’assegurats en el que al cost vigent només faria convenient assegurar-se als de pitjor risc sanitari, i això enfonsaria l’oferta en perjudici de tots. Més enllà d’aquest extrem, fer el *pool* comú amb més o menys regulació i/o finançament públic, amb un percentatge menor o major d’impostos o taxes, limitant en diferent grau les prestacions etc., no és sinó una qüestió ideològica, empírica i no normativa, conjuntural i no estructural, amb validesa limitada a les situacions i sotmesa a un “jo crec, jo penso” que en la mesura que es faci en seu parlamentària és prou legítima.

Quan en aquesta guerra que veiem avui a la Comunitat de Madrid però que ressona també a casa nostra, hi escoltem allò dels interessos públics i privats (entesos aquests en termes de mitjans instrumentals, de proveïdors, de finançament, de pacients) ens equivoquem. Alimentem la idea de drets universals, de pacients front l’Estat, com si no fos l’interès d’aquest el del conjunt dels ciutadans, del que els pacients en són una part. Oblidem que els deures no són fer pagar peatges als usuaris per que l’Estat mantingui el finançament als proveïdors públics. I hom negligeix que el tema no és de drets ni de deures; més aviat és de relacions sinal-lagmàtiques; és a dir, que generen obligacions entre les dues parts, que no són altres que els individus respecte de la comunitat a la que pertanyen i d’aquesta cap els seus membres. Comunitat que té l’obligació de promoure la prevenció, la informació i l’auto-guariment. I ciutadans “privats” que tenen també l’obligació recíproca de mostrar cura d’un mateix abans de tenir dret a beneficiar-se de la solidaritat conjunta, meritada precisament per haver complert amb les seves responsabilitats individuals.

Parlar d’interès públic (ciutadà) com a quelcom superior a l’interès de l’Administració de cada moment i de l’opinió polític-ideològica en tots aquells

aspectes que ultrapassen els normatius, de benestar general, de la cobertura sanitària requerida, etc., exigeix unes bases de funcionament de la vida pública, més transversals a les opcions polítiques, que només societats desenvolupades han estat capaces d'establir. Societat que, vist el que veiem aquests dies en el debat sanitari, no és la nostra.

El debat públic-privat a les reformes sanitàries

En el cas de la sanitat, el debat de les reformes avui ve monopolitzat pel paper que hagin de tenir els recursos privats en les seves distintes modalitats (*know how de management* general, assumció financer i posta a disposició d'equipaments, gestió dels serveis assistencials concessionats, venda de serveis al concertat...) en un sistema públic remunta sempre algun punt de la discussió al tema més genèric de les responsabilitats individuals i de les col·lectives en els serveis de benestar. Una qüestió que té arrels en la filosofia i en l'ètica i que s'expressa amb especificitats concretes al llarg del temps i a la vista de interaccions sectorials determinades (serveis de salut, de cures de llarga durada, sociosanitaris en general).

La interfaç que aquí ens ocupa, relatiu al paper del sector privat (i el que aquest representa en les seves distintes dimensions operatives –motivacionals econòmiques, instrumentals d'ocupació i condicionaments de controls de distinta fiducia–) en el sistema sanitari públic no n'és una excepció; però donat el aprenentatge dels extrems relacionats amb la vida i el patiment, amb el lucre i la compassió, amb la salut i la malaltia es viuen de manera radical. Es tracta però de reflexionar en els justos termes, objectivant en la major mesura possible, quins són els pros i contres per a un debat ciutadà millor informat sobre els extrems anteriors.

Els fonaments

La qüestió de qui ha de “gestionar” la sanitat pública no té una resposta normativa, teòrica, estructural de validesa universal. Sí en té la provisió pública, i

a *sensu contrari* la privatització, entesa aquesta com a l'esvaïment de la responsabilitat pública en la provisió dels serveis per a la salut, i així l'obligatorietat de l'assegurament, un finançament almenys parcialment coactiu i entorn de qui respon finalment davant dels ciutadans per possibles males praxis. Privatitzar implicaria en el sentit esmentat que els guardians sanitaris passessin a ser responsabilitat de cadascú, que es regissin per la lliure disposició a pagar i regnés el “campi qui pugui” en matèria de l'accés als serveis.

A la relació d'agència entre el prestador (agent) i el principal (l'autoritat), una privatització suposaria que en lloc de mantenir el principal com a agent perfecte del ciutadà, exigint transparència i valuació, fos aquella tutela completament substituïda pel propi ciutadà (pacient), suposadament informat (tot i no ignorar que la seva demanda no és si no la que indica l'oferta, essent el prestador qui la qualifica com a “necessitat”). Fer això seria avui un disbarat: en diem d'això la creació d'un context “Pareto inferior”, en el que no hi ha res a guanyar en termes de benestar col·lectiu i molt a perdre per part de tots. Per afirmar això no cal ni comparar benestar personal entre individus ni ponderar les pèrdues d'un en termes dels potencials guanys d'altres. Existeixen prou principis normatius, teoremes, que mostren la superioritat d'una tutela sobre un cert grau d'assegurament col·lectiu i un mecanisme de finançament obligatori –transversal o solidari. Afortunadament, i malgrat la incorrecta i perversa utilització de “privatització de la sanitat” a les reformes, davant tot un conjunt de supòsits que engloben des de la introducció de partenariats públics privats, concessions de gestió fins a la simple concertació o àdhuc la compra de serveis privats, els casos que ens ocupen aquí pertanyen a una altra esfera que no es pot qualificar tècnicament com a “privatització” de la salut pública. Seguint la professora Beatriz González, el finançament públic de la sanitat avui redistribueix recursos no tant entre “rics” i “pobres” com, sobre tot, entre la resta de la societat envers als professionals sanitaris. O com acostuma a dir el doctor Ortún, ¿on si no es pot trobar major privatització que a les places en propietat dels “estatutaris”?

A l'àmbit aplicat de la reforma de les Administracions Pùbliques sanitàries, hom refereix majorment elements positius i no normatius, conjunturals i no estructurals, ideològics i no metafísics, empírics i observacionals i no teòrics abstractes. I és en aquest terreny en el que hem de remetre la discussió i les consideracions que segueixen.

Punts de controvèrsia

Des de quin àmbit es serveix millor l'interès públic

Que un equipament públic es pugui construir millor des d'un partenariat públic-privat que no des de la pròpia Administració té a veure (i) en la capacitat o no del sector públic a finançar la inversió, i l'endeutament financer conseqüent per a fer-li front, d'acord amb els límits interns o externs imposats a aquest finançament, (ii) en el millor coneixement (*know how*) de com construir (en temps i forma, sense desfases, des de l'experiència d'haver-ho fet múltiples vegades), i (iii) en com la transferència de risc a contracte amb preu donat, a canvi de “claus en mà”, generi una millor motivació per a l'eficiència. El valor d'aquells tres avantatges competitius pot ser qüestionat a la realitat, sobretot quan aquest es contraposa al que hauria de ser un major cost financer per la prima de risc més gran de l'endeutament privat sobre el públic; però res no impedeix que els diferents factors (i, ii, iii) no puguin més que compensar-lo en forma d'un estalvi de costos nets per al contribuent.

Que un centre concertat pugui produir millors serveis en termes de cost-efectivitat que els resultants de la producció directa té a veure (i) en el coneixement més expert de la gestió privada dels recursos i les majors capacitats de compra de *inputs* a costos unitaris inferiors fets per aquells que actuen fora de les traves administratives de la gestió pública tradicional, (ii) en el reconeixement d'uns aspectes motivacionals superiors en la gestió de serveis intensius de mà d'obra, resolts de manera aliena a la funció pública, i (iii) en la major flexibilitat del finançador que no s'ha “enganxat els dits” amb la producció directa de serveis, actuant des de la política com a regulador, finançador, avaluador i responsable d'exigir el retinent de comptes. De nou aquests extrems són valorables en distintes circumstàncies i sectors, essent guia de la decisió extrems tals com a) la validació de l'estabilitat dels mercats prestadors privats, b) l'existència de costos de transacció més o menys elevats en la contractació dels acords, altrament permissius d'oportunisme, i c) el fet de que aquests serveis concertats constitueixin o no actius específics al benestar individual.¹

Finalment, que la gestió complerta d'un centre, tots els recursos inclosos –els humans i materials– a canvi d'un finançament prospectiu a llarg termini,

tingui sentit, com en el cas de les concessions administratives a llarg termini pot dependre de com es valori (i) el canvi des de la intervenció pública directa a la regulació “ratranejada”, indirecta (només acreditació, monitorització i seguiment), (ii) l'existència d'unes clàusules prou robustes que generin tanta estabilitat per al concessionari com per al concessionat, sense revisions posteriors des de posicions asimètriques per a una de les parts, i (iii) la incidència, en positiu o en negatiu, del canvi de gestió enfront d'un corporativisme professional que es trenca, amb lleialtats que s'esvaeixen en múltiples direccions prou incertes, ja sigui respecte dels “ciutadans en general”, “els meus malalts”, “el nostre centre”, “els meus companys”, o “els nostres accionistes i gerents que en nom seu manen”.

Res per tant commina el sentit de les valoracions en un sentit o un altre *a priori*: cal mirar les circumstàncies del temps i del lloc i de les realitats dels punts de partida en cada cas.

Com entendre l'excedent

Tota activitat relacional comporta un excedent. Ja d'entrada podem identificar que una activitat humana genera benestar, és a dir, “hom està a gust amb el que es fa”, quan, suposat que cal fer, la pitjor de les coses que fa (la més dubtosa, la més incierta) continua essent millor que la millor de les alternatives que no fa.

Si la relació és d'intercanvi voluntari, aquest es produeix en raó a que les valoracions dels béns intercanviats entre individus, les seves relacions marginals de substitució, no eren inicialment iguals, de manera que tots hi guanyen transaccionant ja que el que adquireixen és més que el que perdren amb el que donen a canvi. Quan l'intercanvi és mercantil, el fet que el mercat fixi un preu i no espolii la lliure disposició a pagar pel consumidor amb un preu diferent a cada unitat es genera un clar excedent: imaginem què passaria si es subhastés la primera cervesa quan hom torna de córrer! *versus* la realitat per la que ens cobren el mateix preu per cada unitat. Mentre aquest preu superi la utilitat marginal del darrer consum fet, consumirem lliurement generant excedent. La diferència entre el que hauríem pagat en subhasta donada la nostra disposició a pagar per cada unitat i el preu fix que paguem per totes i cadas-

cuna de les unitats lliurament consumides en diem creació de l’“excedent net del consumidor”. De manera similar si fem l’anàlisi sobre l’oferta i no sobre la demanda podem derivar també l’excedent del productor.

Amb altres paraules, excedent, d’haver-ne, com hem dit, n’hi ha sempre. El problema és com el visualitzem i com, en aquest cas, el valorem.

Quan hom no percep que la ineficiència del productor, que s’apropia de l’excedent del consumidor amb uns costos més alts que els legítims per una actuació eficient, pot acceptar-la sense més. *Ulls que no veuen, cor que no sent.* Pagar un preu (cost unitari) més alt, i així uns impostos conseqüentment més elevats que els òptims, en raó d’una provisió pública de producció directa, amb dificultats de gestió que impliqui baixa productivitat i costos elevats, suposa de fet un espoli de l’excedent social en mans, posem per cas, dels professionals ineficients. Són aquests qui milloren la seva utilitat treballant amb menys pressió, més *slack*, més discrecionalitat respecte del que hauria de ser un cost menor i un major excedent social. El fet que no sigui transparent dificulta, està clar, el seu control, la seva singularització, i permet sovint que sigui el més mandrós, atrevit, poc compromès, menys lleial amb el servei públic qui amb impunitat en sigui beneficiari (absentisme, escaqueig, pitjor atenció).

Fora de la provisió pública (recordem, però, sense assolir la veritable privatització, línia vermella esmentada), les formes concertades (pel fet de finançar activitat, *outputs*, i no *inputs*) permeten si més no que les relacions esdevinguin més transparents, segons tarifes i activitat, amb contractes explícits, revisables, controlables. Dels concertats sabem el que costen els serveis al finançador; no el que els hi costen als prestadors, que organitzats autònomament, busquen l’excedent. És la part primera però que ens interessa com a contribuents; no la part segona, com sovint de manera errònia s’identifica. En tot cas, si la concertació es limita a institucions sense ànim de lucre, aquest excedent es diluirà en quelcom diferent (*if not for profit for what?*) menys conegit, que pot tranquil·litzar a la ciutadania pel fet del seu “no repartiment” o alienació del sector.

Alguns pensen que aquesta concertació es pot estendre no només a institucions sense ànim de lucre, si no també a aquelles societats que amb ànim de lucre es gestionen per part dels propis professionals: des d’una cooperativa (amb benefici retornat al cooperativista, tots els treballadors), a una societat

limitada només a professionals, amb distint grau d’obertura social. Pensem per això que forçar a tots els professionals a rebre part de la seva retribució amb retorn cooperatiu variable en el primer cas pot no ser acceptable per a aquells agents adversos al risc o que en la seva capacitat de decisió influeixin menys en la creació de l’excedent. Altra cosa és que la societat limitada, en el segon cas, fixi arbitràriament qui pot i qui no pot ser accionista.

Altres opinions, farien extensiu l’anterior abast àdhuc a les societats anònimes, amb la condició de que tinguin especificitat en el sector, tals com entitats d’assegurança, clíniques privades, etc. Finalment alguns estendrien concerts i concessions a tot tipus de societat mercantils, siguin o no de serveis, reparteixin o no beneficis, familiars o cotitzades en borsa, a accionistes de tota mena, fins i tot fons de capital risc i o voltors, pel fet d’allò que se’n diu “el capital no té pàtria” o el “diner no té color”.

Notem que en aquest *continuum* comentat les diferències venen de (i) que es visualitzi o no l’excedent, (ii) qui i amb quin mèrit se l’apropii, (iii) si una vegada identificat el podem regular, (iv) si és acceptable l’ànim de lucre aplicat a aquestes contingències, i de (v) l’abast de qui en pot ser partícip.

A modus de cloenda: la reconsideració de la responsabilitat en els resultats de salut

El debat fins aquí analitzat ha defugit de quins han de ser els àmbits garantits per l’acció col·lectiva, sigui la que sigui la seva forma de gestió, i quines s’han d’internalitzar a l’esfera de les responsabilitats individuals. En aquesta darrera secció oferim una reflexió al respecte.

Les qüestions d’equitat i justícia social no són fàcilment destriables, i menys encara objectivables, en l’aplicació dels principis filosòfics que els sustenen en el cas concret. El més obvi dels terrenys de discussió és el de la identificació de quines diferències en els estats de salut són legítimes i quines no. La resposta teòrica dominant és referenciar la legitimitat a l’existència de factors atribuïbles a la responsabilitat individual. Des de la contribució de Roemer (1998), els determinants de qualsevol resultat podrien així separar-se en dos components:

el que té a veure amb les circumstàncies que siguin exògenes a la persona (del tipus *background* familiar o gradient social, mai escollit), i els esforços que estiguin sota el control de l'individu. Podríem així acceptar que s'assoleix la igualtat d'oportunitats (i així legitimitat a les diferències altrament produïdes) quan les circumstàncies no juguen cap paper en els resultats de salut, que han de dependre així necessàriament només de l'exercici de la llibertat individual.

El debat té actualitat en la política sanitària i en la priorització de malalts en supòsits, per exemple de fumadors o que són alcohòlics, quan es jutja, posem per cas, un trasplantament de pulmó o de fetge. La cirrosi alcohòlica és en aquest sentit una indicació controvertida. Estant els òrgans sòlids en fortament limitació, la pregunta és si té sentit trasplantar algú que sabem tindrà una recidiva, de manera que es pugui per tant condicionar la intervenció a la prova d'un mínim de temps en abstinència com per a millor garantir-ne la permanència després.

La implementació a la pràctica de polítiques d'igualtat d'oportunitats necessita, per tant, entrar en aquests àmbits personals, sobre la base d'haver identificat primer la contribució de les circumstàncies externes, i els comportaments endògens relatius a l'esforç, en la seva incidència en la desigualtat. Els esforços són particularment difícils d'especificar ja que són complexes d'observar netament i de mesurar: estils de vida –tals com fer exercici, portar una dieta equilibrada, ni fumar ni beure en excés– són però acceptats abastament com exemples del que suposa l'esforç en relació a la salut, no representant, en principi, eleccions individuals restringides per les circumstàncies.

De tot això se'n deriva l'interès d'analitzar la correlació entre circumstàncies i esforços des d'un punt de vista ètic. És interessant en aquest sentit valorar les posicions de J. Roemer i de B. Barry al respecte: per exemple de com tractar la pressió familiar i així la cultura –“el que s'espera com a normal”– en l'esforç de l'estudiant en treure bones notes (cas dels alumnes asiàtics en general, vegi's F. Jusot *et al.*, *Health Economics*, 2013). Per Roemer aquest entorn considerat “normal” no permetria “premiar” com a “anormal”, per sobre de l'esperable, l'esforç de l'estudiant asiàtic. No ho consideraria així Barry, valent aquella pressió familiar com a una circumstància més que està fora del control de l'individu. La falta de pressió familiar en l'estudi identificaria en

el supòsit analitzat un esforç premiable en el cas general dels estudiants que superessin aquell handicap (circumstància adversa), però no en el dels asiàtics, que farien allò normalment esperable per a Roemer. En el camp dels fumadors el punt de conflicte seria el de si considerar els fills dels fumadors que fumen, menys responsables que els fills dels no fumadors que fumen. Barry diria que aquesta és una distinció irrelevante. Per a Roemer, la part de l'hàbit tabàquic que pot ser atribuït al *background* familiar és una circumstància, i no un esforç. Es compensen circumstàncies exògenes abans de comparar resultats i així legitimar-ne diferències. Si el pitjor resultat és pel menor esforç, res a compensar, i les diferències serien legítimes a l'haver considerat que els agents tenien igual oportunitat. Una oportunitat llastrada per una circumstància adversa sí que s'hauria de considerar, no podent responsabilitzar per un mal resultat per la part en la que hi ha incudit una circumstància condicionant fora de l'abast de la decisió de l'individu, per gran que fos el seu esforç.

Més complexa esdevé la disputa si passem a vincular característiques genètiques a aquells hàbits, però aquesta seria l'arena del debat. A aquesta qüestió s'hiafegeix per últim la de les responsabilitats intergeneracionals: si considerem que és responsabilitat de la família dedicar esforços en l'educació dels fills, el que la circumstància hagi de ser compensada esdevé menys obvi. La transmissió de valors en aquest sentit “treu mèrit”: si de petit t'acostumen a casa a una bona dieta de vegetals i a menjar sa és més probable que segueixi aquests hàbits sans de major. Des d'un punt de vista dels antecessors, s'hauria de reconèixer el mèrit sigui qui sigui qui el frueixi. Des d'un punt de vista de successors, no. Si es fa prevaldre a la generació jove en l'aplicació del principi de compensació, llavors hauríem de considerar que la totalitat del *background* inicial representen circumstàncies, incloent els esforços dels pares malgrat el vincle amb l'esforç dels fills. Al contrari, si l'ordre de prioritat a considerar és a favor de les generacions passades en l'aplicació del principi de premiar el mèrit, llavors els esforços parents han de ser respectats seguin quines siguin les conseqüències que acabin esdevenint a les futures generacions. Aquestes interaccions de transmissió, en la mesura que són valors, s'han de protegir. Prevenir o evitar-les implicaria segons A. Swift (2005) violar l'autonomia de la família. A la teoria de la justícia de Rawls, les llibertats bàsiques (inclosa la lliure associació que suposa la família) tindrien prioritat sobre la igualtat d'opor-

tunitats i el principi de la diferència en la compensació al qui pitjor està. Com a resultat, Barry considera les circumstàncies com a variables del passat i les variables a considerar són les de l'esforç que representen la lliure elecció de la generació present. Per a Roemer el vector de circumstàncies inclou totes les variables passades i els esforços dels descendents han de ser "netejades" de qualsevol contaminació que procedeixi de les circumstàncies. Per a Swift, en canvi, el vector de circumstàncies només inclou les variables del passat que no tenen conseqüències en els esforços del fills. D'aquesta manera resulta clar que *a priori* l'aproximació de Roemer minimitza la magnitud de la desigualtat que es pot considerar legítima en salut, mentre que Swift minimitza la magnitud de la desigualtat il·legítima si la correlació entre circumstàncies i salut és del mateix signe que entre circumstàncies i esforç.

L'anàlisi separador de circumstàncies i esforç encobreix però un factor que cada vegada més mereix l'atenció dels experts: la genètica. Si aquest és el cas, la traducció d'esforç amb resultat comportaria un biaix en les desviacions entre allò observat i allò esperable que no es deuria tant a l'aleatorietat com a un element previsible i per tant incorporable a les circumstàncies. Però exigiria, tal com alguns proposen (N. Acarin entre d'altres), fer explícits els condicionants genètics. Al contrari que per a discriminar negativament, els coneixements d'aquests permetria fer compensació explícita per a no culpabilitzar d'aquells "residus" als individus. Això suposa en tot cas, per a l'epidemiologia i per a la salut pública, un canvi del paradigma tradicional de Rosen. Les accions col·lectives haurien així de buscar àmbits molts més personalitzats i molt menys susceptibles de ser tractats sota assegurança col·lectiva o universalisme en prestacions. Ambdues estratègies serien en aquest sentit menys eficients (per a millorar la mitjana de l'efectivitat de les intervencions s'estaria fent un ús poc discriminat i amb ingredients de *moral hazard*) i sens dubte, a igual despesa, menys redistributives a falta d'aquella prioritació que focalitzi ja en aquells que més ho necessiten (regla de rescat) o que més rendiment en derivaran (capacitat de beneficiar-se). Contra les desigualtats en l'aplicació de recursos que aquesta nova focalització comporti, restaria a considerar, però de nou, fins a quin punt l'estoc inicial de salut de cadascú, més enllà d'aquells extrems –capacitat de beneficiar-se, punt màxim de benefici individual– es deuria a circumstàncies (genètica) o esforç (p. e., estil de vida).

En resum

Totes les valoracions vistes al llarg d'aquest text no han de tenir en democràcia per a resoldre les seves controvèrsies, altra referent que el social, expressat al Parlament, amb normes conjunturals-ideològiques emanades en cada cas, ja des del prejudici o de l'empirisme, basat en l'evidència, disponible però canviant, mutant fins i tot a resultes de l'actuació del propi finançador. Defensar contra aquestes valoracions un suposat interès general (sovint identificable amb el corporatiu, d'algú que veu amenaçat el seu *status quo*), l'interès públic (entès com de l'Administració en la seva acció inercial) és una extralimitació. La decisió és social, col·lectiva. La societat té si més no dret a demanar però claredat, informació amb concreció de pros i contres, i a exigir, sigui quina sigui l'opció escollida en democràcia, avaluació, aprenentatge i rectificació si s'escau. I si el judici no es considera adequat són les urnes les finalment sobiranies. Això no és una invitació a l'abús de les posicions de domini, per democràtic que sigui el seu recolzament, però sí una invitació a situar el debat sobre la reforma de les AA.PP. en els seus termes justos.

Agraïments

A la lectura prèvia del document feta pel Dr. Ricard Meneu, a qui dedica moltes valoracions crítiques que espero hagin beneficiat el text.

Referència

Jusot et al.: *Circumstances and Efforts: How important is their correlation for the measurement of Inequality of Opportunity in Health?*, Health Economics, 2013.

Nota

1. Potser no ho serien el càtering d'un centre o la rentadòria, però sí l'abandonament de la tutela pública davant d'un alzheimer o de la clínica del càncer.

Ètica, eficiència
i gestió privada de
la sanitat pública
Àngel Puyol

Introducció

La sanitat pública té un nivell de despesa superior als ingressos. Fins ara, hem afrontat aquest déficit endeutant-nos. Però la crisi econòmica que patim des de 2008 ha provocat un agreujament de la situació. D'una banda, han caigut els ingressos de forma dràstica, provocant un augment del déficit anual i de l'endeutament. D'altra banda, els mercats financers no donen el crèdit necessari per mantenir el finançament tal com s'ha fet fins ara. El resultat, a curt termini, ha estat una insidiosa política de retallades, més vinculades a la necessitat urgent d'estalvi que a una planificació racional i eficient. A llarg termini, però, s'haurà de fer front a un replantejament més adequat de les despeses en la sanitat pública. Tant si segueixen les retallades como si s'atureren, i encara que es guanyi, en el futur, capacitat de finançament, les coses no tornaran a ser com abans. Cal preparar-se per a un nou escenari de recursos limitats en l'atenció sanitària sense l'alegria de l'endeutament il·limitat a què ens havíem acostumat.

Aquesta nova situació té causes que podíem haver evitat, sobretot polítiques, tant en l'origen de la crisi com en les mesures preses pels diferents governs i institucions nacionals i internacionals per donar-hi resposta. Però aquest no és el lloc d'entrar en aquest aspecte fonamental i, per alguns, ràpidament oblidat del problema. També cal dir que hi ha causes inevitables de la limitació dels recursos sanitaris que tenen a veure amb la paradoxa del progrés mèdic, i que ja existien abans de la crisi: com més coneixement científic i tecnològic tenim en medicina, més car hi resulta l'accés i, en conseqüència, més problemes apareixen per tal de mantenir la universalitat i l'equitat, és a dir, l'estat del benestar en sanitat.

Darrerament, s'ofereix una possible solució a aquest problema: la gestió privada d'una part de la sanitat pública. No és l'única solució proposada. N'hi ha d'altres, sovint vinculades a la millora del finançament, com ara la lluita eficaç contra el frau fiscal, un règim fiscal menys generós amb els interessos de la banca, les grans fortunes i les grans empreses, impostos més alts a les transaccions financeres internacionals, eliminació dels paradisos fiscals, retorn d'una major fiscalitat al patrimoni i la riquesa heretada, un major control i regulació de les activitats de la banca i el sistema financer i, natural-

ment, una major eficiència en la utilització dels recursos sanitaris. Malauradament, en el detall de totes aquestes propostes, i en el discurs polític, es parla més de la necessitat de ser més eficient, sobretot a partir de la introducció de la gestió privada de la sanitat pública, que de les altres alternatives, tot i que aquestes millorarien el déficit i l'endeutament de la sanitat molt més que l'eficiència sola. Malgrat això, totes les propostes esmentades són complementàries, i la ineficiència injustificada no es torna bona o menys important pel fet d'implementar altres mesures. Per això, paguen la pena els esforços per guanyar eficiència en la sanitat pública.

La gestió privada de la sanitat pública entra en el debat amb l'objectiu d'incrementar l'eficiència. És la seva millor presentació: oferir els mateixos serveis amb la mateixa qualitat, però a un cost menor per a l'erari públic. La dues preguntes clau que s'obren, aleshores, són les següents: 1) ho pot aconseguir?, i 2) perjudicarà o beneficiarà l'equitat? El text que presento es fa ambdues preguntes i intenta aportar-hi llum, que no respostes definitives.

Abans d'entrar en el debat, i per tal d'evitar malentesos en un tema tan polèmic com aquest, és bo deixar clar de què hom parla i de què no quan parlem de la gestió privada de la sanitat pública, almenys en aquest escrit. En referir-nos a la gestió privada, estem parlant de dos tipus de gestió: la gestió directa a través d'entitats de titularitat pública sotmeses a dret privat (en el règim de contractació de béns i serveis i en el règim jurídic dels treballadors), i la gestió indirecta mitjançant entitats privades, que poden ser amb ànim de lucre o sense, a partir de contractes amb l'Administració Pública. En cap cas, estem parlant de la sanitat privada com a alternativa a la pública, és a dir, no estem transferint al sector privat (a companyies privades d'assegurança i prestació de serveis sanitaris) la competència i la responsabilitat de l'activitat de la prestació. Sí que parlem, per tant, d'una provisió privada d'atenció sanitària a la població coberta per l'assegurament públic.

L'objectiu de la introducció, en l'àmbit públic, de tècniques empresarials de gestió, i de dret privat en la contractació de béns, serveis i personal, és guanyar en eficiència en la provisió d'atenció sanitària, una provisió que continua essent responsabilitat pública. És a dir, la finalitat és que el cost econòmic per a les Administracions Pùbliques sigui menor tot i oferint la mateixa aten-

ció sanitària i de la mateixa qualitat que si la gestió fos completament pública i el dret aplicable a la compra de béns i serveis i la contractació de personal fos també públic. I tot això, sense perjudicar l'equitat. Fins i tot, existeix, *a priori*, la possibilitat de millorar-la, ja que l'eficiència deixa lliures més recursos per a destinatar-los, hipotèticament, a cobrir més necessitats sanitàries.

El debat sobre la gestió privada de la sanitat pública no hauria de substituir, sinó de complementar, el debat sobre la necessitat de millorar el finançament públic de la sanitat i la implantació de polítiques adequades per tal de disminuir les desigualtats injustes de salut, polítiques que no han d'anar adreçades únicament al sistema sanitari, sinó a totes les polítiques, com recull la 62a Assemblea Mundial de la Salut de 22 de maig de 2009, que insta a prendre nota de l'Informe definitiu de la Comissió sobre Determinants Socials de la Salut de 2008. I com sosté també la Comissió per a Reduir les Desigualtats Socials en Salut a Espanya, de maig de 2010, que queda recollit a la Llei General de Salut Pública 33/2011, de 4 d'octubre. És a dir, la millora de l'eficiència en el sector públic és una exigència més en el camí de l'assumpció, per part de l'Administració Pública, de la responsabilitat d'ofertir una atenció sanitària de qualitat que arribi, en condicions d'equitat, a tothom que la necessiti.

La qüestió a plantejar és si la gestió privada de la sanitat pública augmenta l'eficiència efectivament, i si ho fa sense perjudicar l'equitat.

Eficiència i gestió privada de la sanitat pública

És més eficient la gestió privada de la sanitat pública que la gestió pública? Encara no ho sabem. Això és el que afirman els experts davant de l'absència d'estudis seriosos i independents sobre les experiències a Espanya en els últims anys.¹ D'altra banda, la literatura científica sobre experiències internacionals no avala una major eficiència de la gestió privada sobre la gestió pública, sinó més aviat el contrari.² I tot això cal emmarcar-lo en l'èxit de la sanitat pública espanyola des del punt de vista de l'eficiència social, amb una despesa del PIB ajustada a renda inferior a països com França i Alemanya, i

molt semblant a països amb un model sanitari més comparable amb el nostre, com Suècia o Regne Unit, ja que, en relació a aquesta despesa, tenim uns índexs de salut envejables.³

És cert, però, que la salut depèn, en bona part, dels determinats socials de la salut, dels quals la sanitat és només una part. Però resulta innegable que la salut dels espanyols és prou bona amb una inversió sanitària semblant o inferior als nostres veïns. No cal esmentar la ineficiència social en salut de països amb un model de sanitat privada molt estès, com els Estats Units, amb una despesa per PIB de més del doble que la nostra i amb uns índexs de salut de la població inferiors i unes desigualtats de salut més accentuades.

Malgrat això, la despesa sanitària s'ha incrementat molt a Espanya els últims anys, quatre vegades més depressa que el PIB, passant d'un 5,3% a un 7% entre 1999 i 2009,⁴ la qual cosa obliga a buscar mecanismes de sostenibilitat del sistema. I un dels mecanismes consisteix a ser encara més eficient, a evitar, per exemple, costos molt elevats sense una bona avaluació cost-efectivitat, o a no mantenir en el seu lloc de feina professionals molt poc productius (que n'hi ha, i no haurien de ser protegits gremialment pel seus companys, ni institucionalment per règims laborals excessivament permissius amb la baixa productivitat).

Dit això, caldria precisar algunes qüestions quan parlem d'eficiència en sanitat. En primer lloc, hem de distingir entre eficiència de gestió i eficiència social. L'eficiència de gestió ens diu que hem de fer una intervenció sanitària de qualitat al menor cost possible. L'eficiència social ens diu que, si era necessari fer aquella intervenció sanitària i si hem estat eficients en la gestió, hem estat també eficients en l'obtenció de salut. És important subordinar l'eficiència de gestió a l'eficiència social de la sanitat, ja que pel fet de fer més intervencions mèdiques a un cost menor no guanyem més salut si resulta que les intervencions eren innecessàries o perjudicials per als malalts. Per exemple, un hospital pot demostrar una gran eficiència de gestió en tractar les urgències dels malalts crònics, però al mateix temps pot redundar en ineficiència social si existeixen alternatives més barates per a l'obtenció de més salut en aquests mateixos malalts, com ara la possibilitat de controlar la seva malaltia crònica des d'altres nivells assistencials a un cost menor.

En segon lloc, l'eficiència no és un valor moralment neutre. En el món de la sanitat, hi ha ineficiències injustificables: aquelles que incrementen el cost d'una activitat sanitària sense que augmenti la salut i no es vulnera cap dret o cap altre bé moral d'igual importància o superior. D'altra banda, hi ha ineficiències que no està clar que siguin injustificables. Per exemple, les que incrementen el cost d'una activitat sanitària sense que augmenti la salut, però garanteixen els drets bàsics dels treballadors i eviten la tendència a la precarietat laboral. En aquests casos, cal analitzar què es perd amb la ineficiència i què es guanya amb ella en cada increment del cost. En ocasions, si l'increment del cost és superior als beneficis socials de la garantia dels drets laborals, aleshores cal evitar la ineficiència produïda per aquest increment del cost. És el que succeeix quan es permet que treballadors que no aporten valor afegit al bé a produir (salut) romanguin en el seu lloc de treball. Però si la protecció dels drets laborals produeix un benefici social superior a la ineficiència de gestió, aleshores no podem dir clarament que la ineficiència és injustificada. Dependrà de cada situació. Al cap i la fi, la servitud en el treball pot ser molt eficient, i si no la desitgem o no la promovem és perquè creiem que hi ha altres valors més importants que la sola eficiència. En qualsevol cas, aquesta qüestió no s'hauria de convertir en una defensa rígida de principis o de determinades posicions ideològiques o polítiques sense deliberació. En si mateixa, tant dolentes són la ineficiència com la vulneració dels drets laborals bàsics. La reducció de costos a partir d'una disminució de les garanties laborals mínimes pot ser eficient, però no necessàriament justa. I mantenir una baixa productivitat en nom de la defensa dels drets bàsics dels treballadors no només és inefficient: també és una immoralitat. Per tant, es tracta de valorar, en cada cas, de quina manera servim millor l'interès comú. I de fer-ho democràticament, perquè aquesta no és una qüestió que es deixi reduir al debat entre experts o entre tècnics, per molt qualificats que aquests siguin.

Un altre tipus d'eficiències moralment dubtooses són les que acaben perjudicant persones que no són responsables de la seva situació. Sabem, per exemple, que pot ser inefficient administrar un tractament mèdic poc efectiu i molt car a un malalt. Però, si volem fer una valoració completa, hem de tenir en compte que no és el mateix que existeixi una alternativa definida més eficient

o que aquesta no hi sigui. Tampoc no és el mateix que es tracti d'un malalt terminal o d'un malalt jove amb una malaltia orfe o minoritària. I també haurien de comptar els efectes socials de l'eficiència sanitària. Per exemple, l'eficiència sanitària pot aconsellar que una nena rebi un tractament complex i llarg a 500 kilòmetres de distància de la seva residència habitual (tot i que es podria tractar a la seva ciutat amb una igual efectivitat, però a un cost lleugerament superior). Si rep el tractament que necessita molt lluny de casa, un dels pares es pot veure obligat a deixar la feina per estar amb ella, mentre que l'altre, per conservar el seu lloc de treball, ha de quedar-se a la residència habitual, separat de la seva família. Imaginem que, tot plegat, els costos econòmics per a la família i la falta d'ingressos creixen tant que s'empobreixen, la qual cosa, de retruc, no beneficiarà la recuperació de la filla. És a dir, tot i que l'eficiència sanitària és un valor positiu, cal avaluar, sospesar, en cada cas, de quina manera servim millor l'interès comú, si permetem certes ineficiències o si no ho fem. Els efectes de guanyar eficiència sanitària no sempre són socialment i moralment desitjables després de valorar tot el que hom guanya i hom perd.

Encara podem esmentar certes ineficiències moralment justificables, on difícilment trobarem arguments en contra de la ineficiència. Per exemple, l'obtenció forçada de ronyons, o de còrnies, de persones sanes per tal de ser transplantats a malalts que d'una altra manera perdrien la vida és eficient des d'un punt de vista estrictament sanitari: se salven vides i les persones que perden un ronyó o un ull encara poden sobreviure. Si prohibim aquesta pràctica és a causa de la nostra estimació de la llibertat individual i el dret a la integritat física, no per amor a l'eficiència. I si també prohibim el mercat lliure de compravenda d'òrgans tampoc és per guanyar eficiència social, sinó perquè, en aquests casos, no ens refiem que les accions voluntàries dels donants reflecteixin una autèntica llibertat o autonomia personal en un assumpte cabdal per a la seva salut.

L'eficiència és un valor instrumental, un mitjà necessari per apropar-nos al bé comú, però ella mateixa no és l'objectiu final. L'eficiència serveix l'interès comú, és a dir, l'assoliment dels fins de la societat. Per tant, no pot anar en contra dels mateixos fins als quals serveix. Naturalment, la ineficiència, per si mateixa, no representa cap bé social, sinó tot el contrari, però, en ocasions,

certa ineficiència és necessària per tal de salvaguardar els fins que tota societat ha de perseguir, i que, al capdavall, són fins morals que, en la nostra societat, es resumeixen en principis com la llibertat individual, la justícia social, la solidaritat i el benestar.

La sanitat pública pot millorar molt la seva eficiència, per exemple, si s'instauren noves estratègies per als malalts crònics que disminueixin les seves crisis agudes i així també les urgències hospitalàries i els dies d'ingrés, si es redefineix la cartera de serveis amb criteris objectius de cost-efectivitat i s'eliminen els serveis que no aporten salut i resulten molt cars, i si es concentren serveis mèdics especialitzats. Aquestes i altres mesures s'han d'explorar adequadament. Representen una millora de l'eficiència sense abandonar la gestió pública de la sanitat.

Pel que fa a la gestió privada de la sanitat pública, no sabem del cert, fins que no tinguem proves científiques d'això, si, *grosso modo*, és més eficient que la gestió pública. Però encara que fos més eficient, caldria contrastar aquesta eficiència, com en el cas també de la gestió pública, amb els fins socials que hom persegueix amb ella. No obstant això, aquesta falta de coneixement no implica que s'hagi de menystenir la gestió privada. Resulta imperatiu que es realitzin els estudis pertinents que permetin tenir coneixements fiables, i fugir així de les discussions ideològiques i apriorístiques sobre la superioritat d'un tipus de gestió sobre l'altre.

Sobre el paper, la gestió privada de la sanitat pública conté algunes virtuts a tenir en compte. Per exemple, la gestió dels serveis hotelers, de neteja i de compra de determinats serveis dels hospitals públics pot ser més eficient si la gestionen entitats privades, i la prestació privada de serveis mèdics (sobre patologies menors) dins d'hospitals públics, si és l'única manera de treure rendiment a part de les seves instal·lacions, amb retorn de beneficis que revertexin en més atenció pública, també pot ser eficient i, fins i tot, més equitatiu.⁵ Ara bé, tot això és sobre el paper. Cal avaluar seriosament com funcionen les experiències existents, i veure també si l'Administració Pública compleix amb el seu paper indeleggable de control. Si aquest control no és prou eficaç, aleshores l'èxit de la gestió privada es lliura al comportament ètic dels seus directius i a que aquest comportament inundi tota la gestió, davant

de la possibilitat de corrupció en la gestió i d'allunyament dels objectius públics de la gestió privada. Si fallen el control públic de l'Administració i l'ètica del gestor privat, difícilment s'assoliran les virtuts teòriques d'aquest tipus de gestió. I aleshores el perill d'haver-nos equivocat és més evident. Sense ètica professional i sense control públic, el sector privat no acabarà assumint el risc financer que li pertoca, i provocarà que l'Administració Pública hagi de rescatar a mig termini els centres amb problemes de finançament (trencant així l'eficiència promesa i, fins i tot, incrementant la ineficiència); també s'incentiva que els directius de les entitats privades tinguin vincles indecents amb l'Administració Pública (el que succeeix, per exemple, amb les "portes giratòries"), augmentant així la sensació de descrèdit de la gestió privada; i s'acaba tancant els ulls al fet que els professionals de la sanitat pública que col·laboren amb les entitats privades desviïn malalts al sector privat de manera interessada, un exemple clar de corrupció. En canvi, amb un control públic eficaç i amb una ètica professional exemplar, el crèdit de la gestió privada de la sanitat pública augmentarà.

Equitat i gestió privada de la sanitat pública

L'equitat és un objectiu de la sanitat pública que no es pot posar en perill amb les mesures per combatre la crisi. Si cal fer sacrificis per tal de mantenir l'equitat en el temps, aquests sacrificis han de ser també equitatius, és a dir, han de ser més grans per als individus amb més poder econòmic. Aquests individus, generalment, poden triar una sanitat privada si disminueixen els recursos disponibles per a la pública. Cal tenir això en compte a l'hora de demanar sacrificis a la població. El fi de l'equitat diu que tothom ha de tenir el mateix accés a la salut i l'atenció sanitària que necessita i, per tant, en condicions de desigualtat social i econòmica, cal ajudar especialment les persones més castigades per la crisi, és a dir, les més perjudicades per la creixent desigualtat social. Els principals damnificats de la crisi econòmica també patiran a mig i llarg termini les desigualtats socials en salut. Per això, han de ser els principals beneficiaris de qualsevol mesura que tingui com a fi el sosteniment de l'equitat.

En aquest dossier, Victòria Camps exposa adequadament els principals reptes de la gestió privada de la sanitat per a l'equitat. I, en una altra ocasió, ja vam argumentar els possibles avantatges per a l'equitat d'un tipus específic de gestió privada en les organitzacions sanitàries públiques si es respecten determinades condicions.⁶ En el debat públic-privat dins de la sanitat pública, hem de fugir tant de posicions ideològiques rígides, basades en prejudicis, que no deixen veure les virtuts dels altres models, com de posicions catastrofistes, basades en la por (interessada o sincera) a les conseqüències desconegudes dels models rivals abans d'una avaliació crítica dels seus resultats concrets. És necessari tenir coneixement científic sobre l'aplicació del model públic-privat dins la sanitat pública abans d'emetre judicis sobre la conveniència d'implementar-lo o de prohibir-lo, i és necessari no perdre de vista l'objectiu d'equitat de la sanitat que ha de presidir tota acció dins la sanitat pública, també en temps de crisi econòmica, com ha recordat recentment el Comitè de Bioètica de Catalunya.⁷

Qualsevol mesura contra la crisi o a favor de la sostenibilitat del sistema sanitari que busqui afavorir l'eficiència, sigui aquesta de gestió o social, hauria de tenir en compte que, en el conflicte o *trade-off* amb l'equitat, hauríem de tendir a prioritzar l'eficiència quan els principals perjudicats són els individus més forts econòmicament, i tendir a prioritzar l'equitat quan l'eficiència perjudica els més febles. Mesures com les retallades, els copagaments, la gestió de les llistes d'espera, i també la gestió privada de la sanitat pública, haurien de guiar-se pel criteri esmentat. Si no, caiem en la perversa contradicció de perjudicar l'equitat en nom de l'equitat. Fins i tot, en el cas que es demani a la generació actual que es sacrifici per les següents, cal comptar democràticament amb el seu parer, i buscar sistemes de compensació per als perjudicats, com ara enfortint l'educació dels fills de la generació que fa els sacrificis, augmentant els ajuts a la dependència familiar per no castigar encara més les famílies més vulnerables, i/o implementant polítiques socials que minimitzin els efectes de la creixent desigualtat d'ingressos i riquesa. En una societat justa, si les coses vénen maldades, primer es busca i es castiga als responsables, si n'hi ha hagut. Després, es prenen decisions de manera democràtica, encara que siguin (o perquè són) traumàtiques, i, finalment, els sacrificis acordats per la majoria es comparteixen solidàriament, és a dir, equitativament.

Notes

1. Així ho afirma Juan Oliva, President de l'Associació Espanyola d'Economia de la Salut ("Gestión privada de la sanidad pública: ¿más barata y mejor?", *El País*, 8 de desembre de 2012).
2. Sánchez F. I.; Abellán J. M; 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 [www.realinstitutoelcano.org]. Consulta feta el 23 de juny de 2014.
3. Veure la nota anterior.
4. Puig-Junoy J. "¿Recortar o desinvertir?", *Economía y Salud*, 2011, nº 72, desembre de 2011.
5. Camps, V.; López i Casasnovas, G.; Puyol, A. "Les prestacions privades en les organitzacions sanitàries publiques", Barcelona, 2006, *Informe nº 4* de la Fundació Víctor Grífols i Lucas.
6. Veure la nota anterior.
7. Comitè de Bioètica de Catalunya, *El principi de justícia en el sistema sanitari*, document de 19 de juny de 2013.



La interacció públic-privat en l'atenció sanitària

Josep Fusté

Introducció

En qualsevol sistema sanitari i context organitzatiu la interacció públic-privat és una realitat, ja sigui, com a mínim, perquè des de les entitats públiques s'hagi de comprar béns que es produueixen per empreses del sector privat o, en l'altre sentit, perquè un centre públic ha d'assumir l'atenció a una urgència vital encara que la persona afectada no tingui una cobertura de finançament públic.

També és cert que hi ha dinàmiques que poden intensificar aquesta relació o que la poden dificultar, i que és un tema que, a més de polèmic, ha estat objecte d'estudi.¹

En l'actualitat, hi ha un corrent de pensament que veu en l'anomenada col·laboració públic-privada (CPP) una via d'avenç important per fer front als reptes del sistema sanitari i de les responsabilitats dels serveis públics en general. En front, hi ha tot un altre corrent que etiqueta de privatització (o malversació) qualsevol esquema de cooperació entre institucions diferents, encara que siguin entitats de dret públic.

La CPP s'ha definit com la cooperació entre les Administracions Pùbliques i el món empresarial per tal de garantir el finançament, la construcció, la renovació, la gestió o el manteniment d'una infraestructura o la prestació d'un servei.² La CPP parteix de la constatació que els poders públics ja no poden actuar sols en la producció de respostes per als problemes socials.³ S'ha assenyalat com avantatges de la CPP, a més d'ampliar la base de coneixement, que permet guanyar flexibilitat, que estimula la innovació, incorpora tensió per a l'eficiència i també augmenta la capacitat de finançament de les polítiques i els serveis públics.

Des del posicionament contrari, decantat cap a la polarització entre les esferes pública i privada, hi ha plantejaments de defensa dels serveis de provisió pública com a garantia del bon ús dels recursos públics i que, sota apriorismes ideològics i resistència al canvi en les condicions laborals, demonitzen tot allò que té relació amb el sector privat. En el mateix front, encara que partint de plantejaments opositius, hi ha la defensa del mercat privat com exclusiu del sector privat.

La realitat és molt més complexa i rica que els posicionaments extrems entre el públic i el privat, amb graus d'interacció variats, que serveixen per resoldre problemes i afrontar reptes, però que també estan subjectes a riscos i efectes adversos que convé controlar, com en qualsevol dinàmica de transformació i presa de decisions en entorns complexos com és el de la sanitat.

El propòsit d'aquest capítol és identificar quines són les dimensions i els eixos sobre els quals es produeix la interacció públic-privat en el sistema sanitari i descriure quines són les formes més rellevants en què es plasma aquesta interacció variada.

Quant al context d'anàlisi ens situarem, bàsicament, en el sistema sanitari català inserit en el marc regulador del Sistema Nacional de Salut (SNS) de l'Estat espanyol. A Catalunya, a diferència de la resta de l'Estat espanyol, una part important de la provisió de serveis no es fa per gestió directa dependent de l'Administració, sinó que des d'abans de la creació del SNS ja hi havia una tradició de comptar amb entitats de diferent naturalesa jurídica, públiques i privades, que atenien a la població amb cobertura pública. D'aquesta manera, al llarg dels anys, Catalunya ha estat un espai d'experimentació i evolució de la col·laboració públic-privada en sanitat. Actualment, el 62,3% de la despesa del Servei Català de la Salut (CatSalut) per provisió de serveis⁴ és en forma de concerts a diverses entitats proveïdores i el 37,7% és per la via del contracte-programa amb l'Institut Català de la Salut que és la institució que va aplegar els recursos provinents de la Seguretat Social. D'altra banda, totes aquestes entitats conformen el sistema sanitari integral d'utilització pública (SISCAT), de manera que són les que atenen a la població amb cobertura pública, però també realitzen activitat amb finançament que no prové del CatSalut. Gairebé un 5% dels ingressos d'explotació és per facturació a entitats d'assegurança i particulars (1,1% mútues d'accidents de treball i per accidents de trànsit, 2,9% mútues i companyies d'assegurança lliure i 0,8% per particulars).⁵

1. Diferents dimensions i eixos d'interacció

La interacció públic-privat no es pot entendre des d'una sola perspectiva lineal sinó que hi intervenen diverses dimensions que configuren eixos en

relació amb els quals es troben les diferents combinacions que impliquen els casos concrets o formes d'interacció que es poden observar a la realitat.

A part de l'objecte de la relació, cal tenir en compte que en els sistemes sanitaris hi ha uns components clau que cal diferenciar i que també afecten a la conceptualització del que és públic o privat: la cobertura i el finançament de l'atenció, la titularitat dels recursos i la gestió dels serveis.

Segons l'objecte de la relació en la interacció públic-privat

Podem distingir, bàsicament, pel que fa a l'objecte de la relació:

1. Compra de béns i subministraments (material sanitari, material d'oficina, fàrmacs, equipament, energia...).
2. Prestació de serveis auxiliars (neteja, bugaderia, assessorament...).
3. Prestació de serveis sanitaris intermedis (laboratori, diagnòstic per la imatge).
4. Atenció sanitària en àmbits assistencials específics (hospitalització, atenció primària, atenció sociosanitària, rehabilitació, diàlisi...).
5. Atenció integral a la població d'una àrea geogràfica determinada.

El grau d'especificitat és diferent i l'abast de l'objecte de relació segueix un gradient creixent entre aquestes mateixes categories, sent la cinquena la que comporta un paquet més global de contractació, amb una major transferència de risc i que, per tant, requereix una formulació dels acords més desenvolupada i una confiabilitat més gran.

En canvi, la compra de béns s'articula més fàcilment amb una dinàmica de relació client-proveïdor tradicional, condicionada només per les característiques del mercat del producte en qüestió. Tanmateix, cal tenir present que la compra de medicaments té unes connotacions específiques, degut a la incertesa en l'efectivitat dels tractaments i el cost, a més dels aspectes regulatoris especials, que fan que sigui un àmbit en el que s'estiguin assajant formes innovadores de compra, com els acords de risc compartit, el pagament progressiu o la introducció de marginalitat a partir de sostres de despesa.

Així mateix, la recerca i la innovació en l'àmbit biomèdic són camps on la col·laboració públic-privada és força dominant.

Segons la cobertura i finançament de l'atenció

La incertesa sobre l'aparició de la malaltia i també sobre el seu tractament, en combinació amb l'elevat cost de l'atenció sanitària, porta a funcionar amb un esquema d'assegurament. Els sistemes sanitaris han adaptat diferents solucions per la cobertura d'assegurament (cobertura pública amb finançament via impostos, assegurament obligatori via cotitzacions o primes amb una sola caixa o diverses asseguradores).

En el nostre context podem distingir les següents formes de cobertura i finançament de l'atenció sanitària:

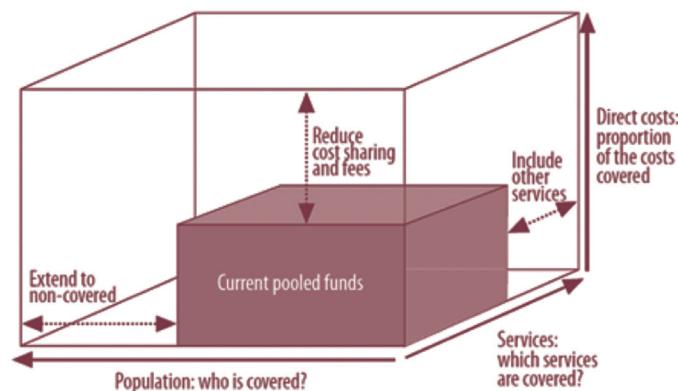
1. Cobertura pública general.
2. Assegurament obligatori per a determinats col·lectius (funcionaris d'algunes administracions) diferenciada de la cobertura pública general.
3. Assegurament obligatori per a determinades contingències (accidents de treball, accidents de trànsit, assegurança escolar...).
4. Assegurament voluntari (mútues i asseguradores privades).
5. Finançament privat directament per part dels pacients particulars.

Aquesta perspectiva constitueix un dels eixos principals en la conceptualització d'allò que és públic o privat en la sanitat. Així, en la mesura que la cobertura pública sigui universal parlarem d'un sistema sanitari públic en el sentit que les persones rebran els serveis que necessiten d'una forma no condicionada per la seva capacitat individual de finançar-los, o sigui independentment de les seves condicions socioeconòmiques. En l'altre extrem, podem parlar d'atenció privada en els casos que es rep per la via del finançament particular o d'una mútua a la qual es pertany voluntàriament i es paguen les primes corresponents.

Un element essencial per acabar d'entendre el joc entre els diferents tipus d'assegurament és la **cartera de serveis de cobertura pública** (altrament dit catàleg de prestacions). Cal tenir en compte tres dimensions que defineixen

la cartera de serveis de cobertura pública (figura 1). D'una banda, quines són les prestacions que estan cobertes (el *què*, la profunditat de la cartera). D'altra, quines són les persones que estan cobertes (el *qui*, l'amplada de la cartera), i, finalment, fins on està cobert el cost (el *com*, l'alçada de la cartera).

Figura 1
Les tres dimensions de la cartera de serveis



Font: http://www.who.int/health_financing/strategy/dimensions/en/#

En la realitat de tots els sistemes públics es donen diferents combinacions entre aquestes tres dimensions. Hi ha prestacions que no estan cobertes o només ho estan per a determinats grups de població (per exemple, atenció odontològica en població infantil) o prestacions que són amb copagament (per exemple, els medicaments).

Per caracteritzar les diferents formes d'interacció públic-privat cal tenir en compte, també, que l'atenció privada (per la via de l'assegurança lliure o particular) pot ser per prestacions que no estan incloses en la cobertura pública o per prestacions concurrents amb aquesta. En el primer cas parlarem d'assegurament i atenció complementària i en el segon, de doble cobertura i atenció substitutiva.

Segons la titularitat dels recursos

La titularitat jurídica dels recursos en defineix la propietat. La propietat té a veure, en definitiva, amb els drets de decisió de l'estrategia i continuïtat de les organitzacions i determina l'apropiació de les rendes generades en l'activitat dels recursos. Des d'aquesta perspectiva podem distingir, bàsicament en l'àmbit sanitari, les modalitats següents:

1. Propietat pública administrativa, dependent directament de l'Administració Pública i formant part dels seus òrgans.
2. Entitats públiques amb diferents graus d'autonomia, amb participació majoritària pública.
3. Entitats privades sense ànim de lucre.
4. Entitats privades amb ànim de lucre.

Les dues primeres categories es consideren dins el sector públic, de manera que estan subjectes a determinades regulacions relacionades, d'una banda, amb principis propis del sector públic (com les normes de contractació) i, de l'altra, a mesures d'estabilitat financer, com són les de la normativa del sistema europeu de comptes que afecta al càlcul del dèficit del conjunt del sector públic en la zona euro.

Segons la gestió dels serveis

La gestió pública o privada de la sanitat és un dels temes clàssics de debat i confrontació ideològica, el qual sovint comporta la confusió entre la gestió i els altres dos elements tractats, la propietat i la cobertura.

La gestió pública està sotmesa a determinades normes pròpies de l'Administració Pública. La que anomenem gestió privada utilitza els mecanismes i tècniques de gestió empresarial per aconseguir desenvolupar la missió de l'organització i assolir els resultats que permeten mantenir l'equilibri econòmicofinancer.

El règim econòmic, laboral i de contractació, així com l'autonomia de la presa de decisions operatives i els sistemes de control, són els elements que diferencien bàsicament la gestió pública i la gestió privada.

Des de les institucions públiques s'han desenvolupat, no sense resistències, iniciatives d'iniciar eines i dinàmiques pròpies de la gestió privada per guanyar en eficiència i adaptabilitat a les necessitats de la població, sota la idea d'avançar cap a l'empresarialització del mateix sector públic.

Així, en el moment actual i en el nostre context, podem parlar dels models de gestió següents:

1. Gestió pública tradicional, subjecte al règim administratiu i funcional, contractació pública i amb estructures dependents jeràrquicament dels òrgans de direcció de l'Administració Pública.
2. Gestió pública gerencial, subjecte als mateixos règims de la gestió pública tradicional però obrint espais interns d'autonomia de decisió (àrees de gestió, instituts, unitats de gestió).
3. Gestió empresarial en entorn públic, amb règim de contractació laboral i negociació col·lectiva, contractació pública, control per auditoria i autonomia de gestió condicionada a l'equilibri pressupostari.
4. Gestió privada, amb tots els mecanismes i tècniques de la gestió empresarial des de la perspectiva del dret privat.

Una classificació que a vegades s'utilitza és la que es basa en la diferenciació entre gestió directa i gestió indirecta, sent la primera quan els serveis són proveïts per la pròpia Administració de la qual depenen, ja sigui de forma jeràrquica o per estructures creades *ad hoc*, mentre que la gestió indirecta és quan la provisió de serveis és encarregada a entitats independents orgànicament de la Administració responsable de garantir els serveis.

Aspectes jurídics i comptables en la relació público-privada

Des de la perspectiva de la forma jurídica de relació entre entitats públiques i privades és especialment rellevant el marc normatiu que regula la contractació pública. En el nostre entorn, la legislació de contractes del sector públic,⁶ determinada per les disposicions de les Comunitats Europees, estableix els principis i la tipologia de formes jurídiques de la contractació pública. Quant al contracte de gestió de serveis públics, distingeix les quatre modalitats següents:

1. Concessió, per la qual l'empresari gestiona el servei al seu propi risc i ventura.
2. Gestió interessada, en virtut de la qual l'Administració i l'empresari participen en els resultats de l'explotació del servei en la proporció que estableixi el contracte.
3. Concert amb una persona natural o jurídica que realitza prestacions anàlogues a les que constitueixen el servei públic de què es tracti.
4. Societat d'economia mixta en la qual l'Administració参与, per si mateixa o per mitjà d'una entitat pública, en concorrència amb persones naturals o jurídiques.

Les modalitats més habituals en la contractació de serveis sanitaris són les de concert i concessió.

Els contractes de gestió de serveis públics no poden tenir un caràcter indefinit i cal fixar la durada. La legislació vigent estableix que en els contractes l'objecte dels quals sigui la prestació de serveis sanitaris, la durada màxima és de 10 anys, excepte si són en la modalitat de concessió que inclogui l'execució d'obres i l'explotació del servei, cas en el qual la durada pot arribar fins a 50 anys.

L'assumpció de riscos per ambdues parts tenen a veure amb els mateixos factors però tenen una intensitat diferent. D'una banda hi ha els riscos exògens poc predicibles per ambdues parts, especialment per l'entitat contractada, i que fan referència a canvis en la demanda (per motius demogràfics o per aparició de noves malalties i/o tractaments), l'evolució de les variables macroeconòmiques (inflació, restriccions de finançament) i situacions catàstrofiques. Els riscos endògens principals són, d'altra banda, els relacionats amb la manca d'eficiència en la provisió dels serveis per part del proveïdor, i de l'altra, la incompetència en la fixació d'objectius o la manca de capacitat d'avaluació per part de l'Administració. També cal considerar les asimetries que condicionen la relació, pel que fa al major coneixement de la gestió dels serveis per la part contractada, però també la característica monopsonista de l'Administració en la contractació dels serveis públics.

En les concessions, en la mesura que l'objecte de contractació pot ser més ampli i més llarga la durada dels contractes, la intensitat dels riscos és més gran.

A més, s'hi afegeix el risc de la posició monopolista territorial de l'entitat concessionària. I també, augmenta la necessitat de regulació d'acompanyament per gestionar els riscos, diferenciant els que poden ser atribuïts a cada-cuna de les parts o constituir factors externs, preveint les solucions que evitin la captura de la part pública, responsable última de la garantia de prestació dels serveis a la població, i prefixant les alternatives en cas d'inviabilitat de la continuació de la concessió.

En relació amb els aspectes comptables, l'element que introduceix més especificitat és el de la consideració de sector públic a efectes del Sistema Europeu de Comptes (SEC), mitjançant el qual es determinen una sèrie de criteris comptables i es registra la informació econòmica i finançera que afecta el càlcul del dèficit i el deute públics. D'acord amb la normativa comunitària coneguda com a SEC-2010,⁷ el sector públic està configurat per les entitats controlades per l'Administració Pública que no siguin de mercat.

2. Formes d'interacció públic-privat en l'atenció sanitària

La combinació dels eixos que s'han explicat en l'apartat anterior dóna lloc a diferents formes d'interacció. Al quadre 1 es mostren les combinacions més freqüents. Pel que fa a l'objecte de la relació s'ha considerat només els casos en què la relació fa referència a la provisió de serveis assistencials, els quals són els que més específicament defineixen la problemàtica de la interacció públic-privat en els termes del debat actual.

Als efectes d'aquest treball s'han seleccionat les formes que per volum, abast de l'objecte de relació, innovació, transferència de risc i desenvolupament formal es consideren més rellevants quant a la interacció públic-privat, entre les que es poden observar en el nostre entorn. Concretament es descriuran les següents:

1. Provisió de serveis de cobertura pública per una entitat pública amb gestió empresarial.
2. Provisió de serveis de cobertura pública per una entitat privada.

Quadre 1
Provisió de serveis segons l'objecte, la cobertura, la propietat i la gestió

Modalitats	Objecte	Cobertura	Propietat	Gestió
Gestió directa pública	Serveis específics o atenció integral	Pública	Pública administrativa	Pública tradicional o gerencial
Provisió de serveis públics per entitat pública amb gestió empresarial	Serveis específics		Entitat pública amb autonomia	Empresarial en entorn públic
Provisió de serveis públics per entitat privada			Entitat privada sense o amb ànim de lucre	Privada
Atenció integral pública en àrea geogràfica per entitat pública amb gestió empresarial	Atenció integral		Entitat pública amb autonomia	Empresarial en entorn públic
Atenció integral pública en àrea geogràfica per entitat privada			Entitat privada sense o amb ànim de lucre	Privada
Provisió de serveis privats per entitats privades	Serveis específics		Entitat privada sense o amb ànim de lucre	Privada
Provisió de serveis privats complementaris per entitats públiques		Privada	Pública administrativa o entitat pública amb autonomia	Pública tradicional o gerencial
Provisió de serveis privats substitutius per entitats públiques			Pública administrativa o entitat pública amb autonomia	Empresarial en entorn públic

3. Atenció integral de cobertura pública d'una àrea geogràfica per una entitat privada.
4. Concessió per inversió en obra pública.
5. Provisió de serveis de cobertura privada per prestacions complementàries per una entitat pública.
6. Provisió de serveis de cobertura privada per prestacions concurrents amb la cobertura pública per una entitat pública.

S'ha inclòs també les concessions per inversió en obra pública, malgrat que no comporta la contractació de serveis assistencials, perquè ha estat una figura de col·laboració públic-privada que ha guanyat presència en el camp de les inversions en infraestructures sanitàries en diversos sistemes sanitaris.

Provisió de serveis de cobertura pública per una entitat pública amb gestió empresarial

La provisió de serveis de cobertura pública mitjançant aquesta forma de gestió es caracteritza per un enfocament de gestió del món empresarial (orientació a resultats, règim de contractació laboral, autonomia organitzativa, control de gestió en base a objectius i compte de resultats) i una relació contractual amb l'Administració responsable de la garantia de l'atenció sanitària a la població. Pel que fa a la compra o contractació de béns i serveis, en ser entitats públiques estan sotmeses a la normativa de contractació pública. Així mateix, aquestes entitats estan sotmeses a les normes i mesures d'estabilitat pressupostària del sector públic.

La gestió de serveis per part d'entitats públiques que tenen una certa autonomia de gestió és una característica del model sanitari català on l'Administració, a través del CatSalut, contracta la provisió de serveis sanitaris a una sèrie d'entitats, acreditades i reconegudes com a components del SISCAT, amb una relació de continuïtat i treball en xarxa. Aquestes entitats són empreses públiques creades per la pròpia Generalitat o consorcis sorgits de laliança entre entitats públiques dependents de diferents administracions i també entitats de dret privat.

En el cas de Catalunya, a diferència d'altres indrets de l'Estat espanyol, aquesta modalitat no apareix com una transformació de la naturalesa jurídica de la

pròpia estructura administrativa sinó com una forma de reconèixer una realitat diversa ja existent prèviament, amb entitats públiques i benefico-privades, i que requerien un major grau de desenvolupament organitzatiu d'acord amb l'augment progressiu de la complexitat de l'atenció sanitària. Els primers consorcis sanitaris van ser els de Vic (Generalitat de Catalunya i Fundació Hospital de la Santa Creu de Vic) i del Parc Taulí (Generalitat de Catalunya, Ajuntament de Sabadell, Universitat Autònoma de Barcelona, Caixa d'Estalvis de Sabadell i Sabadell Mutual), creats el 1986.

La fórmula de relació és contractual amb definició de la cartera de serveis, objectius, contraprestació econòmica segons paràmetres de contractació i evaluació.

Provisió de serveis de cobertura pública per una entitat privada

Aquesta forma d'interacció es mostra amb dues realitats relativament diferents. D'una banda, els concerts de l'Administració Pública per cobrir unes necessitats puntuals o complementar els serveis que no pot cobrir residualment amb la seva capacitat de producció. De l'altra, la relació estable en el temps per a la provisió de determinats serveis de forma regular a una població, no de forma esporàdica o complementària sinó com a assignació de la responsabilitat principal en la provisió d'aquells serveis.

En el primer cas, el dels concerts puntuals/complementaris, l'esquema de relació s'acosta bastant al de client-proveïdor.

En el cas de la concertació continuada –també característica del model sanitari català pels mateixos motius que els exposats anteriorment– les entitats que gestionen la provisió dels serveis formen part d'una xarxa estable (SISCAT, en el cas de Catalunya) i mantenen una relació contractual amb l'Administració, també amb definició de la cartera de serveis, objectius predeterminats, contraprestació econòmica regulada segons els paràmetres de contractació i evaluació dels resultats.

Les entitats privades poden ser de diferent naturalesa jurídica, sense ànim de lucre, com són les fundacions o les dependents d'ordres religioses, o amb

ànim de lucre, ja siguin societats mercantils o entitats de base associativa formades pels mateixos professionals que conformen l'equip assistencial contractat.

Atenció integral de cobertura pública d'una àrea geogràfica determinada per una entitat privada

En aquest cas, l'Administració encarrega l'atenció al conjunt de les necessitats d'una població (atenció primària, especialitzada i sociosanitària) a una entitat proveïdora. La fórmula de relació jurídica acostuma a ser una concessió administrativa per un període determinat de temps, la qual pot incloure també el finançament de les inversions inicials. Les experiències més conegudes en el nostre entorn són les concessions de la Comunitat Valenciana (per exemple, el cas Alzira), on l'Administració transfereix a una entitat privada un finançament capitatiu en base a la població de l'àrea geogràfica i encarrega l'atenció integral amb els recursos que gestiona la mateixa entitat proveïdora, amb mecanismes de compensació pels fluxos assistencials entre àrees geogràfiques.

Concessió per inversió en obra pública

Aquesta modalitat (coneguda en anglès com a PFI: *Private Finance Initiative*) és un esquema de cooperació entre una institució pública i una entitat privada per a la construcció d'un equipament per part del concessionari a canvi de la gestió de serveis no assistencials com la neteja, bugaderia, càtering, informació, etc. L'entitat concessionària assumeix la construcció i finançament de la inversió i la posa a disposició de la institució pública per a la provisió del servei públic.

Tant a Catalunya com a altres indrets de l'Estat espanyol és una fórmula que s'ha utilitzat en els darrers anys, ja sigui per contrarestar la minva en la capacitat de finançament de la inversió pública com per donar entrada a esquemes de col·laboració públic-privada en activitats no específicament assistencials on es considera que l'experiència del sector privat pot ser més desenvolupada i pot donar lloc a guanys en eficiència. A nivell internacional

les experiències PFI han estat freqüents en diversos països, fonamentalment per a la construcció d'hospitals.

Provisió de serveis de cobertura privada per prestacions complementàries per una entitat pública

En aquest cas ens referim a prestacions complementàries per aquelles prestacions que no estan incloses a la cartera de serveis de cobertura pública, ja sigui perquè corresponen a l'àmbit de l'assegurament obligatori de col·lectius fora de la cobertura pública general (funcionaris d'algunes administracions, per exemple) o de determinades contingències que tenen el seu propi model d'assegurament (accidents de treball o de trànsit, per exemple) o perquè no estan en el catàleg (atenció odontològica, podologia, atenció amb finalitat estètica, etc.). L'atenció per aquestes prestacions pot ser duta a terme tant per entitats privades com públiques, les quals facturen directament al pacient o a l'asseguradora corresponent, d'acord amb les tarifes acordades. És amb les entitats públiques quan aquest cas té interès des del punt de vista d'anàlisi de la interacció públic-privat.

Els exemples d'aquesta modalitat són abundants, des de l'atenció urgent per accidents de trànsit en els centres públics, els acords amb les mútues d'accidents de treball o les asseguradores relacionades amb MUFACE en els llocs amb escassetat d'oferta, fins a les consultes d'odontologia o podologia en alguns centres d'atenció primària.

Provisió de serveis de cobertura privada per prestacions concurrents per una entitat pública

A diferència del cas anterior, aquí ens referim a la provisió de serveis per prestacions que estan incloses en la cartera de serveis de cobertura pública però que la persona afectada escull una atenció amb cobertura privada, ja sigui per triar el professional o el centre, o bé per evitar el temps d'espera que pot trobar en els serveis de cobertura pública. Quant aquesta atenció és oferida per entitats de dret públic, a més de les qüestions relacionades amb la

transferència de riscos, confiabilitat, competència entre entitats o conflictes d'interessos públics-privats que cal tenir en compte en totes les modalitats apuntades anteriorment, s'hi afegeix l'aspecte del control de la possible repercussió en la pròpia activitat de cobertura pública que té encarregat per definició el centre públic, en ser opcions substitutives.

Un cas paradigmàtic d'aquesta modalitat seria el de Barnaclinic, entitat per a l'atenció privada creada a l'entorn de l'Hospital Clínic de Barcelona. Altres entitats també han desplegat esquemes d'oferta privada on exerceixen els professionals del propi centre o professionals amb convenis, atenent pacients particulars o per compte d'assegurances voluntàries.

3. Què sabem dels resultats?

Malauradament, els estudis sobre els resultats en les diferents formes d'interacció són escassos i, en general, poc concloents quant a l'evidència dels avantatges d'unes respecte les altres.^{8,9}

En el cas de la provisió de serveis descentralitzada de Catalunya, és cert que any rere any s'han avaluat els objectius inclosos en els contractes, fet que ha permès anar millorant o centrant la formulació dels objectius dels períodes subsegüents, però en general han estat objectius de procés més que de resultats. També s'han fet exercicis de *benchmarking* entre els equips d'atenció primària¹⁰ i dos estudis d'avaluació dels models de provisió de serveis d'atenció primària, l'últim referit a l'any 2006.¹¹

Una altra aproximació a l'avaluació dels diferents models de gestió, comparant els hospitals de gestió directa pública amb els que tenen altres formes de gestió dins el SNS és l'informe IASIST, el qual observa que els hospitals d'altres formes de gestió fan una utilització més eficient dels recursos estructurals, tenen una productivitat més alta dels recursos humans, són més eficients en cost unitari de producció i no hi ha diferències en la qualitat. Tal com reconeixen els propis autors, cal tenir present les limitacions de l'estudi, fonamentalment el fet que es basa en la participació voluntària d'una sèrie d'hospitals.¹²

Pel que fa a l'avaluació de les experiències de concessió de gestió integral a la Comunitat Valenciana, malgrat s'observen costos inferiors per procés, quan les dades s'agreguen a nivell poblacional no es pot concretar que hi hagi una major eficiència en aquest model i, en tot cas, s'identifiquen marges de millora tant en les àrees amb gestió directa com en les que es gestionen amb concessió.¹³

A nivell internacional els estudis se centren pràcticament en l'anàlisi de les fórmules PFI, amb resultats diversos i no concloents, encara que en determinats casos s'ha observat un cost superior, degut bàsicament als costos financers, que poden redundar en una menor qualitat.^{14,15,16}

Finalment, cal dir que la Central de Resultats de l'Observatori del Sistema de Salut de Catalunya¹⁷ aporta indicadors que poden ser útils per avaluar els resultats de forma comparativa. Una primera lectura serveix per posar en dubte els apriorismes de què la gestió privada és més eficient però menys interessada en la qualitat i la gestió directa pública és de més qualitat sense importar-li l'eficiència.

En qualsevol cas, les reflexions més sensates sobre la gestió privada de la sanitat pública ens senyalen que no ha de ser una qüestió d'ideologia sinó de qui aconsegueix millor eficiència social, que no hi ha solucions universals sinó òptims locals i que no importa tant el model de gestió en abstracte sinó com es gestiona.^{18,19}

4. Aspectes clau que intervenen en les diferents formes en què es plasma la interacció públic-privat

Finalment, des de la perspectiva de l'observació de diferents realitats sembla oportú destacar els aspectes que apareixen com a més crítics per avaluar els avantatges, beneficis i riscos inherents en les diferents formes d'interacció públic-privat i en la seva utilització:

- Separació de funcions i transferència real de risc entre institucions.
- Capacitat de fixar objectius i de control per part de l'Administració.

- Confiabilitat entre les parts contractants.
- Efectes perversos de la relació (rescat, allargament del període de concessió, captura del regulador).
- Contradicció d'interessos en la perspectiva d'eficiència de gestió i eficiència social.
- Temptació d'actuar exclusivament per desplaçar el dèficit de la comptabilitat pública.
- Competència amb desigualtat de condicions entre entitats públiques i privades.
- Equitat en la gestió de prestacions concurrents de cobertura pública i privada.
- Normes de bon govern i de responsabilitat social corporativa.

Referències

1. López Casanovas, G. *El interfaz público-privado en sanidad*. Barcelona: Masson, 2003.
2. Comissió de les Comunitats Europees. *Libre verd sobre la col·laboració público-privada i el dret comunitari en matèria de contractació pública i concessions*. Brussel·les, 2004. http://economia.gencat.cat/web/.content/70_contractacio_jcca/documents/regulacio_juridica/llibre-verd-cpp.pdf
3. ESADE. IGDP. *Programa Partners 6*. Pròleg de F. Longo, 2011. http://itemsweb.esade.es/idgp/Programa%20PARTNERS_Relat%206.pdf
4. CatSalut. *Memòria d'activitat 2013*. http://catsalut.gencat.cat/web/.content/minisite/catsalut/coneix_catsalut/memories_activitat/memories_catsalut/2013/memoria_catsalut_2013.pdf
5. CatSalut. *Central de Balanços 2012*. http://catsalut.gencat.cat/ca/coneix_catsalut/informacio_economica/central_balancos/
6. Ley 30/2007, de 30 de octubre, de Contratos del Sector Público. BOE 261, 31.10.2007.
7. Reglamento (UE) 549/2013 del Parlamento Europeo y del Consejo de 21 de mayo de 2013 relativo al Sistema Europeo de Cuentas Nacionales y Regionales de la Unión Europea. Diario Oficial de la Unión Europea. L 174. 26.6.2013.
8. Blog *Nada es Gratis*. Sèrie de post sobre gestió pública o privada de serveis sanitaris. <http://nadaesgratis.es/?p=27213>
9. Sanchez, F. I.; Abellán, J. M.; Oliva, J. *Gestión pública y gestión privada de servicios sanitarios públicos: más allá del ruido y la furia, una comparación internacional*. Real Instituto Elcano. Documento de trabajo 4/2013. http://www.realinstitutoelcano.org/wps/portal/rielcano/contenido?WCM_GLOBAL_CONTEXT=/elcano/elcano_es/zonas_es/dt4-2013-sanchez-abellan-oliva-servicios-sanitarios-publicos
10. CatSalut. *Benchmarking dels Equips d'Atenció Primària de la Regió Sanitària de Barcelona*. http://catsalut.gencat.cat/ca/catsalut_territori/barcelona/coneix_rs_barcelona/indicadors/benchmarking
11. Departament de Salut. Institut d'Estudis de la Salut. *Avaluació dels models de provisió de serveis d'atenció primària a Catalunya*, 2006. <http://www.gencat.cat/salut/ies/html/ca/dir2629/informefinal.pdf>
12. IASIST. *Evaluación de resultados en los hospitales de España según su modelo de gestión*, 2012. http://www.iasist.com.es/files/Modelos_de_gestion.pdf
13. Peiró S.; Meneu R. "Eficiencia en la gestión hospitalaria pública: directa vs privada por concesión". Blog *Nada es Gratis*. <http://nadaesgratis.es/?p=27263>
14. European Commission. *Expert Panel on Effective Ways of Investing in Health. Health and Economic Analysis for an evaluation of the Public-Private Partnerships in Health Care Delivery across Europe*, 2014. http://ec.europa.eu/health/expert_panel/opinions/docs/003_assessments-tudypp_en.pdf
15. Barlow, J.; Roehrich, J.; Wright, S. "Europe Sees Mixed Results From Public-Private Partnerships for Building And Managing Health Care Facilities And Services", *Health Affairs*, 2013; 32(1): 146-154.

16. McKee, M.; Edwards, N.; Atun, R. "Public-private partnerships for hospitals". *Bulletin of the World Health Organisation*, 2006; 84: 890-896.
17. Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries. Observatori del Sistema de Salut de Catalunya. *Informes de la Central de Resultats*. http://observatorisalut.gencat.cat/ca/central_de_resultats/informes_cdr/dades_actuals/
18. González López-Valcárcel, B. "La gestión privada de la sanidad pública ¿una huida hacia delante?". Blog *Nada es Gratis*. <http://nadaesgratis.es/?p=27591>
19. Ortún V. "Gestión pública-gestión privada de la Sanidad en España. Vías de avance". *Economía y Salud*, 2013; 76. <http://www.aes.es/boletines/news.php?idB=17&idN=1241>

Autors

- Victòria Camps Cervera, presidenta de la Fundació Víctor Grífols i Lucas i Catedràtica de Filosofia Moral de la Universitat Autònoma de Barcelona.
- Guillem López i Casasnovas, catedràtic d'Economia de la Universitat Pompeu Fabra de Barcelona. Universitat Pompeu Fabra i Centre de Recerca en Economia i Salut.
- Àngel Puyol, professor titular de Filosofia Moral de la Universitat Autònoma de Barcelona.
- Josep Fusté, economista i geògraf. Màster en Economia de la Salut i Gestió Sanitària. Director d'anàlisi econòmica, estudis i prospectiva. La Unió: Associació d'entitats sanitàries i socials.

La interacción público-privado en sanidad

*Elementos para
la reflexión*

Informes
de la Fundació
Víctor Grífols i Lucas
06

SUMARIO

Pág.

Presentación	77
Sostener la equidad <i>Victòria Camps</i>	79
Buscando los términos justos del debate sanidad pública-sanidad privada <i>Guillem López i Casasnovas</i>	93
Ética, eficiencia y gestión privada de la sanidad pública <i>Àngel Puyol</i>	109
La interacción público-privado en la atención sanitaria <i>Josep Fusté</i>	121
Autores	142
Títulos publicados	144

PRESENTACIÓN

En 2006 la Fundació Víctor Grífols i Lucas publicó un informe que trataba los diferentes problemas planteados por la oferta de prestaciones privadas en las organizaciones sanitarias públicas. La publicación analizaba las dimensiones económicas, éticas y políticas de la relación público-privado en el sistema sanitario, teniendo en cuenta principios como la equidad y la sostenibilidad.

Han pasado nueve años y nos encontramos en un contexto donde la necesidad de racionalizar los recursos sanitarios y hacer más eficiente el sistema ha reabierto con fuerza el debate de la interacción público-privado en el sistema sanitario. La Fundación considera indispensable iniciar una reflexión sobre las formas que ha ido adquiriendo esta interacción y las consecuencias que se derivan por la equidad y sostenibilidad de la sanidad pública. Los artículos contenidos en esta publicación quieren ofrecer un punto de partida para abordar la regeneración del sistema sanitario público desde la complejidad que presenta actualmente nuestra sociedad.

Sostener la equidad
Victòria Camps

Introducción

Dada la situación de crisis en la que nos encontramos y la forma en que está afectando al sistema sanitario público, la Fundació Víctor Grífols i Lucas se propone poner en marcha una serie de debates que ayuden a plantear las reformas estructurales que el sistema sanitario necesita. Una de las cuestiones que hay que repensar es cuál debería ser la relación público-privado en la gestión de la sanidad, ya que es el eje alrededor del cual giran la mayoría de las reformas que se proponen o que directamente se emprenden en el sector sanitario público.

Un primer paso imprescindible de cara a abordar reformas estructurales es procurar eliminar todo tipo de prejuicios que provocan, de entrada, posturas radicales a favor o en contra de una cuestión concreta y que constituyen un obstáculo para que estas reformas puedan ser analizadas a fondo. Los prejuicios son ideas que se aceptan como válidas por sí mismas, sin hacer el esfuerzo de considerar si tienen o no justificación ni cuáles son los criterios o datos que los fundamentan. Uno de estos prejuicios es el que se enuncia a menudo al afirmar que “la gestión privada es eficiente, mientras la pública no lo es ni puede serlo”. O, por el contrario, el que dice que “la gestión privada no puede dejar de anteponer el afán de lucro y el interés empresarial al servicio público”.

Contra ambos prejuicios hay modelos de colaboración público-privado que no han funcionado mal en el contexto de un sistema sanitario público. La mutualidad de funcionarios (MUFACE) es un ejemplo. Y hay otros. La Fundació Víctor Grífols i Lucas elaboró un informe hace unos años analizando los aspectos económicos, jurídicos y éticos de la prestación privada en centros sanitarios públicos.¹ Es otro modelo, con el que se cuenta con más de un caso en Cataluña, como pone de relieve el mencionado informe. De otro lado, el concierto con entidades privadas por parte de los centros públicos es habitual y se ha ido extendiendo cada vez más. En general, todos los modelos se han ido introduciendo sin una regulación clara y segura, apta para corregir las disfunciones. Todos han contado de entrada con la oposición de aquellos sectores que identifican el derecho a la protección de la salud con una intervención exclusivamente pública sin ninguna intromisión de empresas priva-

das. Una reforma estructural del sistema debe poner en cuestión esta identificación preguntándose no solo si es sostenible desde el punto de vista económico, sino si la intervención privada tiene justificación ética –o permite sostener el principio de equidad–, de cara a la preservación del derecho universal a la atención sanitaria.

Desde el punto de vista de la sostenibilidad económica, hay que analizar cuáles son los motivos que incentivan el paso a la gestión privada y si estos son exclusivamente problemas de tesorería y, por tanto, en su mayoría vinculados a la crisis económica actual. Igualmente, hay que ver si está contrastada la premisa de que la gestión pública es ineficiente por definición. Ineficiencias hay en todas las organizaciones. Corregirlas no implica necesariamente que la organización o la gestión de la misma tengan que pasar a manos privadas, porque también la gestión privada tiene ineficiencias graves. Es imprescindible descubrir las causas de las ineficiencias para atacarlas directamente; causas que pueden radicar en una legislación demasiado restrictiva, en la específica contratación o reclutamiento de los profesionales, en la falta de control para evitar los desvíos, o en hábitos y costumbres que distorsionan la operatividad y que nadie cuestiona. Conocer las causas de los problemas es la primera medida para tratar de solucionarlos.

Por otro lado, también, se debería cuestionar el valor de la eficiencia como prioritario. Más allá de la sostenibilidad económica, cabe preguntarse si ciertas intervenciones privadas en el sistema público son un impedimento insalvable para garantizar el derecho a la protección sanitaria. Un estado de derecho que reconoce el derecho a la protección de la salud debe asegurar que el acceso a la sanidad sea universal. De esta afirmación no se deduce que el Estado deba ser el único propietario y gestor de todas las empresas dedicadas a la atención sanitaria. La única obligación de los poderes públicos es la de asegurar que todo el mundo tengan acceso a la sanidad. Ello implica que tiene que poner todos los medios a su alcance para controlar que nadie quede fuera del sistema y que este se gestione equitativamente. Que la gestión sea pública o privada es secundario, siempre y cuando no partamos de la idea (subrayada antes como prejuicio) de que la gestión privada solo tiene ánimo de lucro, un afán incompatible con la obligación de conseguir un sistema más equitativo. No es lo mismo afirmar que la privatización

funcionará en detrimento de la equidad inevitablemente, que comprobar que las disfunciones en la equidad se deben a que no se ejerce un control suficiente sobre las intervenciones privadas en el sistema público por falta de competencia, de coraje, o de voluntad de actuar correctamente y de acuerdo con la regulación.

El pretexto no debe ser solo la crisis económica que está forzando a recortar los servicios sociales. El estado del bienestar ha crecido mucho en los últimos decenios y la realidad social se ha convertido en la de una población que cada vez necesita y demanda más servicios públicos. Si es necesario establecer unas “líneas rojas”, también lo es poner límites a las prestaciones universalizables y, al mismo tiempo, procurar que los ciudadanos sean más corresponsables de la operatividad de los servicios a los que tienen derecho. Debemos reflexionar sobre qué necesidades reconocemos como básicas para que la garantía de universalidad responda a criterios de equidad y no a presiones o demandas sectoriales. Los recortes coyunturales no contribuyen a reorganizar el sistema ni a reformar las estructuras. Ir aplazando las reformas solo lleva al descrédito y deterioro de la sanidad pública, estimulando el uso de la privada por parte de los que se lo pueden permitir, provocando así una división social que se debería evitar porque es la que hace tambalearse el principio de justicia. De otra parte, los debates en torno a estas cuestiones no deberían reducirse a reflejar las deficiencias del sistema, sino que deberían ir más allá y aventurarse propuestas, comparar modelos alternativos de gestión y organización y analizar sus argumentos a favor y en contra.

Cuando se habla de sostenibilidad del sistema sanitario, generalmente se piensa en la sostenibilidad económica. Esta es importante, ya que si no hay presupuesto difícilmente se podrán sostener las prestaciones públicas. Pero debe ir acompañada de una valoración ética que mida hasta qué punto determinadas propuestas destinadas a sostener el sistema sanitario que tenemos violan el principio de equidad según el cual la asistencia sanitaria es un derecho universal. Desde la economía y desde la ética hay que analizar las razones que justifican o no una cierta privatización de la sanidad.

La sostenibilidad de la equidad

Nos quedamos cortos si pensamos en la sostenibilidad del sistema sanitario desde parámetros estrictamente económicos. Estamos hablando de un derecho universal que debe ser garantizado por el Estado, por lo que no es legítimo afrontar ninguna reforma, ni estructural ni tampoco superficial, sin plantearnos cuáles pueden ser las consecuencias para el mantenimiento de la equidad.

El principio de equidad se erige en principio de la justicia distributiva al afirmar que un reparto equitativo de los bienes básicos consiste en garantizar el acceso igual de todo el mundo a los mismos. La protección de la salud es uno de los bienes básicos o derecho fundamental constitucionalmente reconocido. De acuerdo con ello, es obligación pública la garantía de este derecho. Ahora bien, si es cierto que hay unanimidad en el reconocimiento de que garantizar el derecho a la sanidad es un fin que debe alcanzarse, el medio para hacerlo no está previamente determinado. Habrá que considerar qué medios son más operativos y si la operatividad o la eficiencia del medio puede hacer peligrar la justa distribución del acceso al sistema sanitario.

No se pueden hacer juicios éticos con el ánimo de proporcionar criterios que orienten las políticas públicas y las buenas prácticas ignorando las dificultades inherentes a la realidad que se pretende regular. Dicho de otro modo, sería irresponsable o inútil plantearse el derecho universal a la protección de la salud desde la abstracción teórica sin considerar que la urgencia del planteamiento deriva de una situación de crisis económica que fuerza a discutir, no el derecho como tal, sino el sentido y el alcance que le queremos dar. Los derechos y deberes morales se harán posibles y viables ya que, de no ser así, son cortinas de humo o palabras vacías.

La escasez de recursos siempre será una constante del sistema sanitario, dados los avances tecnológicos y el crecimiento de las expectativas de vida de las personas como consecuencia del progreso médico. Es por ello que no conviene tomar de entrada posiciones maximalistas, antisistémicas o utópicas, ni partir de la idea equivocada de que asegurar la atención sanitaria significa atender todas las demandas ciudadanas sin límite. Los recursos son limitados

y lo que hay que pensar es cómo responder mejor a las necesidades sanitarias con los recursos que un estado de derecho de nuestras dimensiones debería aportar al sistema sanitario. En este sentido, quizás la manera más efectiva de plantear interrogantes éticos sea la de considerar si las ventajas económicas que procuran las privatizaciones son o no compatibles con el sostenimiento de la equidad.

Beneficios de la intervención privada

Uno de los puntos que se aducen a favor de la intervención privada en el sistema público es que esta puede “servir mejor” el interés público. Al respecto, es necesario especificar en qué sentido el servicio será “mejor” y a qué nos referimos aquí cuando hablamos de interés público.

En cuanto a la última cuestión, es evidente que, en el contexto que nos ocupa, el interés público solo puede referirse al acceso universal al sistema sanitario. En el ordenamiento legislativo actual este acceso está formalmente garantizado, aunque al mismo tiempo se ve limitado, por lo menos, por dos circunstancias:

1. El alargamiento de las listas de espera.
2. La desaparición de determinadas prestaciones, no porque sean “superfluas”, sino porque encarecen excesivamente el sistema.

Hay que analizar las maneras habituales de hacer frente a ambas situaciones desde el punto de vista de la preservación del principio de equidad. Al mismo tiempo, hay que fomentar dos virtudes imprescindibles para que un sistema público/privado funcione adecuadamente y sin costes evitables: la transparencia y la corresponsabilidad.

a) Descongestión de las listas de espera

Las listas de espera solo se acortan de dos maneras:

1. Con más profesionales que hagan el servicio, o,
2. Desviando a los pacientes que se lo pueden permitir a la atención privada.

Desde el punto de vista presupuestario, la primera solución es inviable cuando los recursos son cada vez más escasos y la voluntad de hacerlos crecer es inexistente. Nos quedamos con una única solución, la segunda, que ya se produce por iniciativa individual en los pacientes que pueden sufragar una mutua privada. No es la medida óptima que consistiría en hacer más eficiente el servicio público, con más personal, a fin de que fuera rentable al máximo de sus posibilidades. Dado que el aumento del presupuesto queda descartado, lo que hay que preguntarse es qué es mejor para sostener la equidad sanitaria: dejar que vayan empeorando las listas de espera por falta de recursos o aceptar una intervención privada que descongestione las listas. Si la primera solución perjudica a los que no pueden hacer frente a mutuas privadas complementarias, la segunda solución favorece a todos y no perjudica a nadie. Eso sí, en el caso de ser aceptada y plenamente legalizada, como se puso de manifiesto en el informe anterior de la Fundación ya mencionado, es imprescindible ejercer un control riguroso para que el traspaso de pacientes del sector público al privado sea correcto y no discrimine a nadie.

b) Ánimo de lucro y servicio público

En cuanto a la disminución de las prestaciones –o de los medicamentos subvencionados–, nos encontramos seguramente ante la realidad más temida por parte de los contrarios a la “privatización” del sistema. El ánimo de lucro del sector privado parece que excluye de entrada la idea de interés general, lo que tiene como consecuencia inevitable la eliminación de aquellos enfermos o enfermedades excesivamente costosos y deja sin cobertura necesidades que deberían mantenerse como básicas en nuestro contexto. Desde el punto de vista teórico, no hay ninguna razón que permita vincular el afán de lucro del sector privado con la imposibilidad de llevar a cabo un servicio que merezca la denominación de “público”. Es obviamente una tentación que debe ser evitada, con contratos claros y precisos, y con una supervisión regular, eficiente y rigurosa. De este modo, la autoridad pública no cede ni se inhibe de su obligación de garantizar el acceso universal a la sanidad ya que ejerce la vigilancia y el control requeridos por el contrato.

c) Más transparencia

Cuando el sector público y privado se interrelacionan, la mejora en la transparencia se basa en el hecho de que las prestaciones privadas deben ser contratadas y sometidas a una regulación para que no se desvíen de la misión asignada por la autoridad pública. En teoría, la existencia de documentación es una garantía de mayor transparencia. Lo que hace falta es que esta garantía sea real y que no se permitan esas opacidades o ambigüedades que hacen difícil, si no imposible, comprobar que los contratos realmente se cumplan.²

d) Corresponsabilidad

Generalmente, la introducción del sector privado en el sistema público exige a los ciudadanos una presencia más activa en la utilización de los servicios que, de una manera o de otra, dejan de ser tan gratuitos como eran. Los copagos son formas de privatización destinadas no solo a ingresar más euros en las arcas públicas, sino a hacer más moderados a los pacientes a la hora de consumir medicamentos o frecuentar las consultas médicas. Cuando ya no todo es gratuito, el ciudadano se lo piensa dos veces antes de hacer un gasto. Esto hace que, en principio, la decisión que toma sea más responsable. Sin olvidar que el paciente con pocos recursos puede dejar de utilizar los servicios que necesita porque no puede hacerse cargo personalmente de ellos. En este caso, el ciudadano ve reducido su derecho al acceso a la sanidad y debemos reconocer que la equidad se resiente.

Una cuestión que debería ser motivo de reflexión es hasta qué punto la gratuidad total de los servicios sociales, más allá de los impuestos que paga cada uno, es positiva a la hora de hacer corresponsable al ciudadano del buen funcionamiento de los mismos. Es un tópico, seguramente fundamentado, que las prestaciones gratuitas se valoran poco, por lo que es bueno que los ciudadanos reciban la cuantificación de los gastos sanitarios a cargo de los centros públicos para que puedan valorar su alcance. Se debe considerar, con un debate más riguroso del que se ha hecho hasta ahora, si un cierto copago contribuye o no a aumentar la responsabilidad ciudadana. Para poderlo evaluar, hay que tener claros los objetivos que llevan al copago, o cualquier otra forma de intervención privada, de manera que, al cabo de un tiempo de

haber impuesto la medida, sea posible comprobar si los objetivos se han alcanzado o no.

En líneas generales, un funcionamiento más complejo del sistema sanitario, como lo es el que combina privado y público, debería concienciar más al ciudadano de sus derechos inviolables y de la obligación de reclamarlos cuando peligran (sobre la inviolabilidad de sus derechos y...).

¿Un sistema que divide a ricos y pobres?

El gran cuestionamiento en torno a la privatización de algunos elementos del sistema sanitario público se produce a partir de la consideración de que la doble línea no favorece la cohesión social porque finalmente discrimina a los que tienen menos recursos y da lugar a una división en el acceso a la sanidad que es injusta.

Es difícil obviar taxativamente este supuesto aduciendo que es erróneo. Evidentemente, la doble oferta –pública/privada– auspiciada por el sector público permite que unos ciudadanos puedan evitar las listas de espera (aunque tengan que pagar para hacerlo), mientras el resto no tienen más remedio que ponerse a la cola. Igualmente, los copagos graban más a las personas con menos recursos, mientras que los acomodados pagan el suplemento asignado sin que represente ninguna distorsión seria de su presupuesto. Contra esta objeción, que no hace sino constatar una desigualdad estructural, no hay argumentos plenamente satisfactorios. Las desigualdades estructurales, propias de las sociedades humanas afectan ineludiblemente al disfrute de los derechos pretendidamente universales. Así, podemos argumentar que la discriminación ya existe de hecho entre los ciudadanos que tienen un doble seguro público-privado y los que solo tienen el público porque el privado no se lo pueden permitir. Dejar que se mantenga esta discriminación no es mejor que ampararse o incluso propiciarla políticamente. La libertad de elección para los que solo pueden tener acceso al sistema público es decididamente menor que para los demás. Las intervenciones privadas siempre serán un mal menor, no algo que contribuya a la perfección del sistema. Es lo mismo que ocurre con la doble línea de escolarización, pública o concertada:

unos pueden elegir, mientras que los otros se deben resignar con la oferta pública.

Debemos plantearnos seriamente si, desde la referencia a la equidad, la división entre ciudadanos por las posibilidades de acceso al sistema sanitario es más injusta cuando la iniciativa de ofrecer prestaciones privadas forma parte del mismo sistema público. Desde el punto de vista del sostenimiento de la equidad, que la situación esté propiciada por empresas privadas con más o menos ánimo de lucro, o por el sector público que pone límites a las prestaciones y los sueldos de los profesionales, no merece más razones en contra de que las que aducimos para deplorar las desigualdades existentes, observando, sin embargo (y esta es la paradoja), que si no existieran las desigualdades, tampoco tendríamos que hablar de justicia distributiva. Las políticas de justicia aspiran a corregir las desigualdades, no a eliminarlas radicalmente dando paso a una sociedad utópica.

De las consideraciones anteriores se desprende que todas las razones contrarias a dar paso al sector privado en el sistema sanitario proceden en menor medida de cuestiones de principio (una vez nos hemos deshecho de los prejuicios sobre la inefficiencia y el ánimo de lucro del sector privado), como el temor a que la “privatización” acabe de hecho con el acceso universal al sistema sanitario. Si este es el problema, la solución no debe venir de la negativa a la interrelación con el sector privado, sino de la voluntad de vigilar y controlar que este funcione adecuadamente, de acuerdo con unas pautas claramente establecidas y con inspecciones y auditorías que permitan comprobar si la iniciativa privada es compatible con la equidad.

Eficiencia y redistribución

Cualquier reforma de un servicio público debe estar guiada por dos palabras: eficiencia y redistribución. Los expertos se decantan por dar más importancia a la eficiencia que a la redistribución y a decir que ambos objetivos son compatibles. El hecho es que no siempre lo son. La eficiencia se fija más en cuestiones macroeconómicas, mientras que la redistribución tiene en cuenta los efectos sobre los ciudadanos. Debemos tener claro que si lo que queremos

sostener es la equidad, la redistribución debe ser prioritaria sacrificando, si es necesario, la eficiencia.

En los párrafos anteriores, al hablar de los beneficios de ciertas “privatizaciones” de la sanidad pública, hemos hecho hincapié en las listas de espera como el fenómeno que discrimina más a los enfermos que pueden de los que no pueden pagar un seguro doble, público y privado. Hacer un seguimiento riguroso de la evolución de las listas de espera para comprobar si la intervención privada beneficia a todos los ciudadanos es quizás la mejor manera de comprobar si no estamos sacrificando la redistribución a la eficiencia. De nada sirve reformar un servicio haciéndolo objetivamente más eficiente si los defectos detectados en la atención a los pacientes no solo no se corrigen, sino que incluso se agravan. En este caso, tal vez tendremos la percepción de que los recursos se están aprovechando mejor, pero no habremos conseguido que se aprovechen en beneficio de las personas más vulnerables, que son las que tienen el acceso más complicado a las prestaciones sanitarias.

Una reforma del estado del bienestar para hacerlo sostenible pasa por tres vías:

1. Demostrar presupuestariamente que los recursos destinados al bienestar de las personas responden realmente a la prioridad que aseguramos que tienen los derechos fundamentales. Todavía no estamos del todo homologados en los países más punteros en servicios sociales. Es cierto que no toda reforma debe consistir necesariamente en destinar más recursos económicos a la sanidad, pero, mientras se mantengan desigualdades que ponen en cuestión que la protección de la salud sea un derecho para todos, habrá que revisar si los presupuestos públicos responden realmente a unas políticas redistributivas y si el sistema impositivo que tenemos es el de un Estado que dice defender la justicia social.
2. Corregir las inefficiencias de los sistemas de protección social aprovechando al máximo los recursos disponibles y evitando los gastos excesivos y poco justificables. Ahora bien, este objetivo no debe ser un fin en sí mismo, sino un medio para conseguir que los pacientes puedan ser tratados más igualitariamente y sin que disminuya la calidad

del sistema. En los años de crisis, a pesar de los recortes, el sistema sanitario público ha sabido mantener un nivel de calidad y humanidad admirable en el tratamiento de los pacientes. Saber discernir lo que no se puede dejar de hacer, sin que la calidad del servicio se resienta, lo que es superfluo o menos perentorio, es absolutamente necesario para hacer compatibles eficiencia y redistribución.

3. Privatizar gestiones y servicios no es en principio contrario al sostenimiento del estado del bienestar, siempre que se pueda y se quiera controlar el funcionamiento de la intervención privada. Este punto es uno de los más deficitarios en nuestro país. Cuesta mucho hacer un seguimiento cuidadoso de las reformas para constatar lo que debería ser elemental: si realmente han alcanzado los objetivos que las promovieron. Si no me equivoco, en Alemania el copago por visita médica ha sido suspendido tras varios años de funcionamiento porque se ha comprobado que no servía para el objetivo con que se había promovido, que era desincentivar las visitas médicas. Entre nosotros, siempre que se tiene que abordar un problema, nos faltan cifras que expliquen cuáles han sido algunas de las causas que lo han provocado. Cuando las causas se ignoran, es imposible atacarlas y controlar que no se vuelvan a producir.

Lo que estas reflexiones quieren hacer patente es, por un lado, la necesidad de discutir en el ámbito parlamentario las reformas estructurales que nuestro sistema sanitario está pidiendo, no para adecuarlo a los presupuestos, cada vez más escasos, sino para sostener el modelo de estado social que creemos ajustado a los principios de justicia que decimos defender. En segundo lugar, se ha intentado hacer ver que, si el objetivo último es sostener el principio de equidad, lo importante son los resultados y no los medios para llegar a ellos. La eficiencia en el aprovechamiento de recursos es un valor ético porque los recursos siempre serán escasos. Pero el objetivo no debe ser construir un sector público más eficiente, sino redistribuir mejor los bienes básicos, de entre los cuales la sanidad es uno de los fundamentales.

Notas

1. Camps, V.; López Casasnovas, G.; Puyol, A. *Les prestacions privades en les organitzacions sanitàries públiques*. Barcelona, Fundació Víctor Grífols i Lucas, 2006 (www.fundaciogrifols.org).
2. Subirats, J.; Turró, J. *Transparencia en el sistema sanitario público*. Barcelona, Fundació Víctor Grifols i Lucas, 2013.

**Buscando los
términos justos del
debate sanidad pública-
sanidad privada**

Guillem López i Casasnovas

Introducción. ¿Qué entendemos por interés público en el debate sanitario?

Resulta fácil jugar con las palabras para llevar los argumentos a terrenos de conveniencia. Estos días, en el mundo de la sanidad, las palabras vuelan como armas arrojadizas al servicio de prejuicios ideológicos. Así, en la utilización de nociones tales como “defensa del paciente”, “hacer prevalecer los intereses públicos” o “preservar los objetivos sociales”. Parte de la confusión viene de la identificación que se hace en nuestro país de “público” con “Administración” y de “privado” con “beneficio crematístico”. Los anglosajones lo ven de otra manera y entienden como “público” lo privado de la gente, y a lo que nosotros llamamos público ellos le llaman “del estado”.

La obtención de beneficio no es, en este sentido, un elemento separador de lo público-privado. Beneficio, excedente, como veremos más adelante, hay siempre en toda actividad humana. En un caso, si es monetario, se visualiza como tal; si es en especie, a propiedad para los propios trabajadores, en forma de costes superiores a los mínimos necesarios y que tiene que sufragar la ciudadanía, no siempre son tan explícitos, pero de “estar allí, efectivamente están”. Más aún, en algunos casos lo primero es más fácil de regular y fiscalizar que lo segundo, en lo que a veces el más “cara dura”, con menor productividad y absentismo, lo hace suyo en detrimento también de los compañeros. Tampoco es separador el modo de financiación: no hay disyuntiva público-privado; todo viene del mismo bolsillo: el de los ciudadanos. Son las formas y sus efectos los que difieren, y esto depende siempre del caso concreto (de la incidencia de quien sufraga y cómo, y de las modalidades concretas de lo que se gasta y a quién beneficia), sin que valga un prejuicio general de la bondad de una manera mejor que de la otra.

En el sentido anterior, el interés privado de todos y cada uno de los ciudadanos no se podría contraponer al público; en todo caso sería la conveniencia comunitaria la que haría –en caso de falta de consenso– confrontar el afán individual con el conjunto. El interés público tampoco se puede contraponer siempre al de “proveedor” privado, ya que se puede utilizar en el primero (el objetivo público) desde el segundo (el del proveedor privado); todo depende

rá de cómo se regule o financie. Más aún, el interés del “proveedor público” (de la Administración) puede servir peor al interés público (de todos) desde la actuación administrativa que el privado desde el derecho mercantil, habida cuenta de la distinta flexibilidad de las normas para responder a las necesidades y aspiraciones públicas (conjuntas, comunitarias).

En el debate que nos ocupa hoy sobre las reformas sanitarias habría que recordar que el objetivo social, normativo, de mejora del bienestar por el que todos los ciudadanos ganamos, proviene de la obligatoriedad de un seguro de riesgo común: no quiere decir de prestaciones completas iguales, de derechos universales sobre estas, ni que deban ser gratuitas (¡nada es gratis!). Privatizar la sanidad en este sentido significaría salir del *pool*, romper su obligatoriedad: “no me cargue a mí impuestos o cotizaciones que yo me aseguro por mi cuenta”. Esto generaría una selección adversa de asegurados, por lo que al coste vigente solo haría conveniente asegurarse a los de peor riesgo sanitario y esto hundiría la oferta en perjuicio de todos. Más allá de este extremo, hacer el *pool* común con más o menos regulación y/o financiación pública, con un porcentaje menor o mayor de impuestos o tasas, limitando en distinto grado las prestaciones, etc., no es más que una cuestión ideológica, empírica y no normativa, coyuntural y no estructural, con validez limitada a las situaciones y sometida a un “yo creo, yo pienso” que en la medida que se haga en sede parlamentaria, es bastante legítima.

Cuando en esta guerra que vemos hoy en la Comunidad de Madrid –pero que resuena, también, en Cataluña–, escuchamos aquello de los intereses públicos y privados (entendidos estos en términos de medios instrumentales, de proveedores, de financiación, de pacientes) nos equivocamos. Alimentamos la idea de derechos universales, de pacientes frente al Estado, como si no fuera el interés de este el del conjunto de los ciudadanos, donde los pacientes son una parte de él. Olvidamos que los deberes no son hacer pagar peajes a los usuarios para que el Estado mantenga la financiación a los proveedores públicos. Y se descuida que el tema no es de derechos ni de deberes; más bien es de relaciones *sinalagmáticas*; es decir, que generan obligaciones entre las dos partes, que no son otras que las de los individuos respecto de la comunidad a la que pertenecen y de esta hacia sus miembros. Comunidad que tiene la obligación de promover la prevención, la información y la autocuración. Y

ciudadanos “privados” que tienen, también, la obligación recíproca de mostrar cuidado de sí mismos antes de tener derecho a beneficiarse de la solidaridad conjunta, devengada precisamente por haber cumplido con sus responsabilidades individuales.

Hablar de interés público (ciudadano) como algo superior al interés de la Administración de cada momento y de la opinión político-ideológica en todos aquellos aspectos que sobrepasan los normativos (de bienestar general, de la cobertura sanitaria requerida, etc.), exige unas bases de funcionamiento de la vida pública, más transversales a las opciones políticas, que solo sociedades desarrolladas han sido capaces de establecer. Un tipo de sociedad que, visto lo que observamos estos días en el debate sanitario, no es la nuestra.

El debate público-privado en las reformas sanitarias

En el caso de la sanidad, el debate actual de las reformas está monopolizado por el papel que deban tener los recursos privados en sus distintas modalidades (*know how* de *management* general, asunción financiera y puesta a disposición de equipamientos, gestión de los servicios asistenciales en concesión, venta de servicios al concertado...), que en un sistema público remonta siempre a algún punto de la discusión sobre el tema más genérico de las responsabilidades individuales y colectivas en los servicios de bienestar. Una cuestión que tiene raíces en la filosofía y en la ética y que se expresa con especificidades concretas a lo largo del tiempo y a la vista de interacciones sectoriales determinadas (servicios de salud, de cuidados de larga duración, sociosanitarios en general).

La interfaz que aquí nos ocupa, relativa al papel del sector privado (y lo que este representa en sus distintas dimensiones operativas –de motivaciones económicas, instrumentales de empleo y de condicionamientos de controles de distinta fiducia–) en el sistema sanitario público no es una excepción; pero, dado el aprecio de los extremos relacionados con la vida y el sufrimiento,

to, con el lucro y la compasión, con la salud y la enfermedad, se viven de manera radical. Se trata, sin embargo, de reflexionar en los justos términos, objetivando en la mayor medida posible, cuáles son los pros y contras para un debate ciudadano mejor informado sobre los extremos anteriores.

Los fundamentos

La cuestión de quién debe “gestionar” la sanidad pública no tiene una respuesta normativa, teórica, estructural de validez universal. Sí tiene la provisión pública, y a *sensu contrario*, la privatización, entendida esta como el desvanecimiento de la responsabilidad pública en la provisión de los servicios para la salud, y así la obligatoriedad del seguro, una financiación lo menos parcialmente coactiva y en torno de quien responde finalmente ante los ciudadanos por posibles malas praxis. Privatizar implicaría, en el sentido mencionado, que los cuidados sanitarios pasaran a ser responsabilidad de cada uno, que se rigieran por la libre disposición a pagar y reinara el “sálvese quien pueda” en materia del acceso a los servicios.

En la relación de agencia entre el prestador (agente) y el principal (la autoridad), una privatización supondría que en lugar de mantener al principal como agente perfecto del ciudadano, exigiendo transparencia y evaluación, fuera aquella tutela completamente sustituida por el propio ciudadano (paciente), supuestamente informado (a pesar de no ignorar que su demanda no es más que la que indica la oferta, siendo el prestamista quien la califica como “necesidad”). Hacer esto sería hoy un disparate: llamamos a esto la creación de un contexto “Pareto inferior”, en el que no hay nada que ganar en términos de bienestar colectivo y mucho que perder por parte de todos. Para afirmar esto no hace falta ni comparar bienestar personal entre individuos ni ponderar las pérdidas de uno en términos de las potenciales ganancias de otros. Existen suficientes principios normativos, teoremas, que muestran la superioridad de una tutela sobre un cierto grado de seguro colectivo y un mecanismo de financiación obligatorio –transversal o solidario. Afortunadamente, y a pesar de la incorrecta y perversa utilización de “privatización de la sanidad” en las reformas, ante todo un conjunto de supuestos que engloban

desde la introducción de partenariados públicos-privados, concesiones de gestión, hasta la simple concertación o incluso la compra de servicios privados, los casos que nos ocupan aquí pertenecen a otra esfera que no se puede calificar técnicamente como “privatización” de la salud pública. Siguiendo a la profesora Beatriz González, la financiación pública de la sanidad hoy redistribuye recursos no tanto entre “ricos” y “pobres” como, sobre todo, entre el resto de la sociedad hacia los profesionales sanitarios. O como suele decir el doctor Ortún, ¿dónde, si no, se puede encontrar mayor privatización que en las plazas en propiedad de los “estatutarios”?

En el ámbito aplicado de la reforma de las Administraciones Públicas sanitarias, se refiere mayormente a elementos positivos y no normativos, coyunturales y no estructurales, ideológicos y no metafísicos, empíricos y observacionales y no teóricos abstractos. Y es en este terreno en el que tenemos que remitir la discusión y las consideraciones que siguen.

Puntos de controversia

Desde qué ámbito se sirve mejor el interés público

Que un equipamiento público se pueda construir mejor desde un partenariado público-privado que no desde la propia Administración tiene que ver (i) con la capacidad o no del sector público para financiar la inversión, y el endeudamiento financiero consecuente para hacerle frente, de acuerdo con los límites internos o externos impuestos a esta financiación, (ii) en el mejor conocimiento (*know how*) de cómo construir (en tiempo y forma, sin desfases, desde la experiencia de haberlo hecho múltiples veces), y (iii) en cómo la transferencia de riesgo a contrato con precio dado, a cambio de la “llave en mano”, genere una mejor motivación para la eficiencia. El valor de aquellas tres ventajas competitivas puede ser cuestionado en la realidad, sobre todo cuando este se contrapone a lo que debería ser un mayor coste financiero para la prima de riesgo del endeudamiento privado sobre el público; pero nada impide que los diferentes factores (i, ii, iii) no puedan más que compensarlo en forma de un ahorro de costes netos para el contribuyente.

Que un centro concertado pueda producir mejores servicios en términos de coste-efectividad que los resultantes de la producción directa tiene que ver (i) con el conocimiento más experto de la gestión privada de los recursos y las mayores capacidades de compra de insumos a costos unitarios inferiores hechos por aquellos que actúan fuera de las trabas administrativas de la gestión pública tradicional, (ii) con el reconocimiento de unos aspectos de motivación superiores en la gestión de servicios intensivos de mano de obra, resueltos de manera ajena a la función pública, y (iii) con la mayor flexibilidad del financiador que no se ha “pillado los dedos” con la producción directa de servicios, actuando desde la política como regulador, financiador, evaluador y responsable de exigir la rendición de cuentas. De nuevo estos extremos se pueden valorar en distintas circunstancias y sectores, siendo guías de la decisión extremos tales como a) la validación de la estabilidad de los mercados prestadores privados, b) la existencia de costes de transacción más o menos elevados en la contratación de los acuerdos, de lo contrario permisivos con el oportunismo, y, c) el hecho de que estos servicios concertados constituyan o no activos específicos al bienestar individual.¹

Por último, que la gestión completa de un centro, incluidos todos los recursos –los humanos y materiales– a cambio de una financiación prospectiva a largo plazo, tenga sentido, como en el caso de las concesiones administrativas a largo plazo, puede depender de cómo se valore (i) el cambio desde la intervención pública directa en la regulación “retranqueada”, indirecta (solo acreditación, monitorización y seguimiento), (ii) la existencia de unas cláusulas suficientemente robustas que generen tanta estabilidad para el concesionario como para el concesionado, sin revisiones posteriores desde posiciones asimétricas para una de las partes, y, (iii) la incidencia, en positivo o en negativo, del cambio de gestión frente a un corporativismo profesional que se rompe, con lealtades que se “desvanecen” en múltiples direcciones bastante inciertas, ya sea respecto de los “ciudadanos en general”, “mis enfermos”, “nuestro centro”, “mis compañeros” o “nuestros accionistas y gerentes que en su nombre mandan”.

Nada, por tanto, conmina el sentido de las valoraciones en un sentido u otro *a priori*: hay que mirar las circunstancias del tiempo y del lugar y las realidades de los puntos de partida en cada caso.

Cómo entender el excedente

Toda actividad relacional conlleva un excedente. Ya de entrada podemos identificar que una actividad humana genera bienestar, es decir, “uno está a gusto con lo que hace”, cuando, en el supuesto que haya que hacer algo, la peor de las cosas que se hace (la más dudosa, la más incierta) sigue siendo mejor que la mejor de las alternativas que no se hace.

Si la relación es de intercambio voluntario, este se produce porque las valoraciones de los bienes intercambiados entre individuos, sus relaciones marginales de sustitución, no eran inicialmente iguales, de manera que todos ganan transaccionando ya que lo que adquieren es más que lo que pierden con lo que dan a cambio. Cuando el intercambio es mercantil, el hecho de que el mercado fije un precio y no expolie la libre disposición a pagar por el consumidor con un precio diferente en cada unidad, genera un claro excedente: imaginemos qué pasaría si se subastara la primera cerveza cuando se vuelve de correr *versus* la realidad por la que nos cobran el mismo precio por cada unidad. Mientras este precio supere la utilidad marginal del último consumo hecho, libremente consumiremos generando excedente. A la diferencia entre lo que habríamos pagado en subasta, dada nuestra disposición a pagar por cada unidad, y el precio fijo que pagamos por todas y cada una de las unidades libremente consumidas la llamamos “creación del excedente neto del consumidor”. De manera similar, si hacemos el análisis sobre la oferta y no sobre la demanda podemos derivar también el excedente del productor.

En otras palabras, excedente, de haberlo, como hemos dicho, hay siempre. El problema es como lo visualizamos y como, en este caso, lo valoramos.

Cuando no se percibe la inefficiencia del productor, que se apropia del excedente del consumidor con unos costes más altos que los legítimos para una actuación eficiente, puede aceptarla sin más. Ojos que no ven, corazón que no siente. Pagar un precio (coste unitario) más alto y, así, unos impuestos consecuentemente más elevados que los óptimos, debido a una provisión pública de producción directa, con dificultades de gestión que impliquen baja productividad y costes elevados, supone de hecho un expolio del excedente social en manos, por ejemplo, de los profesionales inefficientes. Son

estos quienes mejoran su utilidad trabajando con menos presión, más *slack*, más discrecionalidad respecto de lo que debería ser un coste menor y un mayor excedente social. El hecho de que no sea transparente dificulta, está claro, su control, su singularización, y permite a menudo que sea el más perezoso, atrevido, poco comprometido, menos leal con el servicio público quien con impunidad sea su beneficiario (absentismo, escaqueo, peor atención).

Fuera de la provisión pública (recordemos, a pesar de todo, sin alcanzar la verdadera privatización, línea roja ya mencionada), las formas concertadas (por el hecho de financiar actividad, *outputs*, y no *inputs*) permiten siquiera que las relaciones sean más transparentes, según tarifas y actividad, con contratos explícitos, revisables, controlables. De los concertados sabemos lo que cuestan los servicios al financiador; no lo que les cuestan a los prestadores, que organizados autónomamente, buscan el excedente. Pero es la primera parte la que nos interesa como contribuyentes; no la segunda parte, como a menudo de manera errónea se identifica. En todo caso, si la concertación se limita a instituciones sin ánimo de lucro, este excedente se diluirá en algo diferente (*if not for profit for what?*), menos conocido, que puede tranquilizar a la ciudadanía por el hecho de su “no reparto” o alienación del sector.

Algunos piensan que esta concertación se puede extender no solo a instituciones sin ánimo de lucro, sino, también, a aquellas sociedades que con ánimo de lucro se gestionan por parte de los propios profesionales: desde una cooperativa (con beneficio devuelto al cooperativista, todos los trabajadores), a una sociedad limitada solo a profesionales, con distinto grado de apertura social. Pensamos, por ello, que forzar a todos los profesionales a recibir parte de su retribución con retorno cooperativo variable en el primer caso puede no ser aceptable para aquellos agentes adversos al riesgo, o que en su capacidad de decisión, influyen menos en la creación del excedente. Otra cosa es que la sociedad limitada, en el segundo caso, fije arbitrariamente quién puede y quién no puede ser accionista.

Otras opiniones, harían extensivo el anterior alcance aun en las sociedades anónimas, con la condición de que tengan especificidad en el sector, tales como aseguradoras, clínicas privadas, etc. Finalmente, algunos extenderían

conciertos y concesiones en todo tipo de sociedades mercantiles, sean o no de servicios, repartan o no beneficios, familiares o cotizadas en bolsa, accionistas de todo tipo, incluso fondos de capital riesgo y/o buitres, por el hecho de aquello que se dice: “el capital no tiene patria” o el “dinero no tiene color”.

Notamos que en este *continuum* comentado, las diferencias vienen de (i) que se visualice o no el excedente, (ii) quién y con qué mérito se lo ha apropiado, (iii) si una vez identificado lo podemos regular, (iv) si es aceptable el ánimo de lucro aplicado a estas contingencias, y del (v) alcance de quien puede ser partícipe.

A modo de conclusión: la reconsideración de la responsabilidad en los resultados de salud

El debate hasta aquí analizado ha rehuído el tema de cuáles deben ser los ámbitos garantizados por la acción colectiva, sea cual sea su forma de gestión, y cuáles tienen que “internalizar” en la esfera de las responsabilidades individuales. En esta última sección ofrecemos una reflexión al respecto.

Las cuestiones de equidad y justicia social no son fácilmente separables, y menos aún objetivables, en la aplicación de los principios filosóficos que las sustentan en el caso concreto. El más obvio de los terrenos de discusión es el de la identificación sobre qué diferencias en los estados de salud son legítimas y cuáles no. La respuesta teórica dominante es referenciar la legitimidad a la existencia de factores atribuibles a la responsabilidad individual. Desde la contribución de Roemer (1998), los determinantes de cualquier resultado podrían así separarse en dos componentes: el que tiene que ver con las circunstancias que sean exógenas a la persona (del tipo *background* familiar o gradiente social, nunca elegido), y los esfuerzos que estén bajo el control del individuo. Podríamos así aceptar que se alcanza la igualdad de oportunidades (y así se legitiman las diferencias producidas de otra manera) cuando las circunstancias no juegan ningún papel en los resultados de salud, que deben depender así necesariamente solo del ejercicio de la libertad individual.

El debate tiene actualidad en la política sanitaria y en la priorización de enfermos –por ejemplo fumadores o alcohólicos– en supuestos en los que se juzga por ejemplo un trasplante de pulmón o de hígado. La cirrosis alcohólica es en este sentido una indicación controvertida. Estando los órganos sólidos en fuerte limitación, la pregunta es si tiene sentido trasplantar a alguien que sabemos que tendrá una recidiva, de modo que se pueda, por tanto, condicionar la intervención a la prueba de un mínimo de tiempo en abstinencia para garantizar mejor su posterior permanencia.

La implementación en la práctica de políticas de igualdad de oportunidades necesita por tanto entrar en estos ámbitos personales, sobre la base de haber identificado primero la contribución de las circunstancias externas, y los comportamientos endógenos relativos al esfuerzo, en su incidencia en la desigualdad. Los esfuerzos son particularmente difíciles de especificar ya que son complejos de observar netamente y de medir: estilos de vida –tales como hacer ejercicio, llevar una dieta equilibrada, no fumar ni beber en exceso...–, que, sin embargo, son aceptados ampliamente como ejemplos de lo que supone el esfuerzo en relación a la salud, no representando, en principio, elecciones individuales restringidas por las circunstancias.

De todo ello se deriva el interés de analizar la correlación entre circunstancias y esfuerzos desde un punto de vista ético. Es interesante, en este sentido, valorar las posiciones de J. Roemer y B. Barry al respecto: por ejemplo, sobre cómo tratar la presión familiar y la cultura –“lo que se espera como normal–, el esfuerzo de la estudiante para sacar buenas notas (caso de los alumnos asiáticos en general, véase F. Jusot *et al.*, *Health Economics*, 2013). Para Roemer este entorno considerado “normal” no permitiría “premiar” como “anormal”, por encima de lo esperable, el esfuerzo del estudiante asiático. No lo consideraría así Barry, valorando esa presión familiar como una circunstancia más que está fuera del control del individuo. La falta de presión familiar en el estudio identificaría, en el supuesto analizado, un esfuerzo premiable en el caso general de los estudiantes que superaran ese *handicap* (circunstancia adversa), pero no en el de los asiáticos, que harían lo normalmente esperable según Roemer. En el campo de los fumadores, el punto de conflicto sería el de si considerar a los hijos de los fumadores que fuman menos responsables que los hijos de los no fumadores que fuman. Barry diría que esta es una dis-

tinción irrelevante. Para Roemer, la parte del hábito tabáquico que puede ser atribuida al *background* familiar es una circunstancia, y no un esfuerzo. Se compensan circunstancias exógenas antes de comparar resultados y así legitimar su diferencias. Si el peor resultado es por el menor esfuerzo, nada que compensar, y las diferencias serían legítimas al haber considerado que los agentes tenían igual oportunidad. Una oportunidad lastrada por una circunstancia adversa sí que debería considerarse, no pudiendo responsabilizarse por un mal resultado para la parte en la que ha incidido una circunstancia condicionante fuera del alcance de la decisión del individuo, por grande que fuera su esfuerzo.

Más compleja se convierte la disputa si pasamos a vincular a características genéticas aquellos hábitos, pero esta sería la arena del debate. A esta cuestión se añade, por último, la de las responsabilidades intergeneracionales: si consideramos que es responsabilidad de la familia dedicar esfuerzos en la educación de los hijos, que la circunstancia deba ser compensada deviene menos obvio. La transmisión de valores en este sentido “saca mérito”: si de pequeño te acostumbras en casa a una buena dieta de vegetales y comida sana, es más probable que sigas estos hábitos sanos de mayor. Desde un punto de vista de los antecesores, se debería reconocer el mérito sea quien sea quien lo disfrute. Desde un punto de vista de sucesores, no. Si se hace prevalecer la generación joven en la aplicación del principio de compensación, entonces deberíamos considerar que la totalidad del *background* inicial representa circunstancias, incluyendo los esfuerzos de los padres a pesar del vínculo con el esfuerzo de los hijos. Por el contrario, si el orden de prioridad a considerar es a favor de las generaciones pasadas en la aplicación del principio de premiar el mérito, entonces los esfuerzos parentales deben ser respetados sean cuales sean las consecuencias que acaben sufriendo las futuras generaciones. Estas interacciones de transmisión, en la medida que son valores, se deben proteger. Prevenir o evitarlas implicaría, según A. Swift (2005), violar la autonomía de la familia.

En la teoría de la justicia de Rawls, las libertades básicas (incluida la libre asociación que supone la familia) tendrían prioridad sobre la igualdad de oportunidades y el principio de la diferencia en la compensación al que peor está. Como resultado, Barry considera las circunstancias como variables del pasado y las variables a considerar son las del esfuerzo que representan la

libre elección de la generación presente. Para Roemer, el vector de circunstancias incluye todas las variables pasadas y los esfuerzos de los descendientes deben ser “limpiados” de cualquier contaminación que proceda de las circunstancias. Para Swift, en cambio, el vector de circunstancias solo incluye las variables del pasado que no tienen consecuencias en los esfuerzos de los hijos. De esta manera, resulta claro que *a priori* la aproximación de Roemer minimiza la magnitud de la desigualdad que se puede considerar legítima en salud, mientras que Swift minimiza la magnitud de la desigualdad ilegítima si la correlación entre circunstancias y salud es del mismo signo que entre circunstancias y esfuerzo.

Sin embargo, el análisis separador de circunstancias y esfuerzo encubre un factor que cada vez más merece la atención de los expertos: la genética. Si este es el caso, la traducción de esfuerzo con resultado conllevaría un sesgo en las desviaciones entre lo observado y lo esperable que no se debería tanto a la aleatoriedad sino a un elemento predecible y, por tanto, incorporable a las circunstancias, aunque exigiría, como algunos proponen (N. Acarin, entre otros), hacer explícitos los condicionantes genéticos. Al contrario que para discriminar negativamente, el conocimiento de estos permitiría una compensación explícita para no culpabilizar de aquellos “residuos” a los individuos. Esto supone, en todo caso, para la epidemiología y para la salud pública un cambio del paradigma tradicional de Rosen. Las acciones colectivas deberían entonces buscar ámbitos mucho más personalizados y mucho menos susceptibles de ser tratados bajo seguro colectivo o universalismo en prestaciones. Ambas estrategias serían en este sentido menos eficientes (para mejorar la media de la efectividad de las intervenciones se estaría haciendo un uso poco discriminado y con ingredientes de *moral hazard*) y sin duda alguna, a igual gasto, menos redistributivas (a falta de aquella priorización que focalice ya aquellos que más lo necesitan [regla de rescate] o que más rendimiento derivarán [capacidad de beneficiarse]). Contra las desigualdades en la aplicación de recursos que esta nueva focalización comporta, quedaría considerar, sin embargo de nuevo, hasta qué punto el *stock* inicial de salud de cada uno, más allá de aquellos extremos –capacidad de beneficiarse, punto máximo de beneficio individual–, se debería a circunstancias (genética) o esfuerzo (por ejemplo, estilo de vida).

En resumen

Todas las valoraciones vistas a lo largo de este texto no deben tener en democracia, para resolver sus controversias, otro referente que el social, expresado en el Parlamento, con normas coyunturales-ideológicas emanadas en cada caso, sea desde el prejuicio o sea desde el empirismo, basado en la evidencia disponible pero cambiante, mutante incluso a resultas de la actuación del propio financiador. Defender contra estas valoraciones un supuesto interés general (a menudo identifiable con el corporativo, de alguien que ve amenazado su *status quo*), el interés público (entendido como de la Administración en su acción inercial) es una extralimitación. La decisión es social, colectiva. La sociedad tiene al menos derecho a pedir claridad, información con concreción de pros y contras, y a exigir, sea cual sea la opción elegida en democracia, evaluación, aprendizaje y rectificación en su caso. Y si el juicio no se considera adecuado, son las urnas las finalmente soberanas. Esto no es una invitación al abuso de las posiciones de dominio, por democrático que sea su apoyo, pero sí una invitación a situar el debate sobre la reforma de las Administraciones Públicas en sus términos justos.

Agradecimientos

A la lectura previa del documento hecha por el Dr. Ricard Meneu, a quien debo muchas valoraciones críticas que espero hayan beneficiado el texto.

Referencia

Jusot *et al.*, “Circumstances and effort: How important is their correlation for the measurement of Inequality of Opportunity in Health?”, *Health Economics*, 2013.

Nota

1. Quizás no lo serían el *catering* de un centro o la lavandería, pero sí el abandono de la tutela pública ante un alzhéimer o la clínica del cáncer.

**Ética, eficiencia
y gestión privada
de la sanidad pública**
Àngel Puyol

Introducción

La sanidad pública tiene un nivel de gasto superior a los ingresos. Hasta ahora, hemos afrontado este déficit endeudándonos. Pero la crisis económica que padecemos desde 2008 ha provocado un agravamiento de la situación. Por una parte, han caído los ingresos de forma drástica, provocando un aumento del déficit anual y del endeudamiento. Por otra parte, los mercados financieros no dan el crédito necesario para mantener la financiación tal como se ha hecho hasta ahora. El resultado, a corto plazo, ha sido una insidiosa política de recortes, más vinculada a la necesidad urgente de ahorro que a una planificación racional y eficiente. A largo plazo, sin embargo, tendrá que hacer frente a un replanteamiento más adecuado de los gastos en la sanidad pública. Tanto si siguen los recortes como si se detienen, y aunque se gane, en el futuro, capacidad de financiación, las cosas no volverán a ser como antes. Hay que prepararse para un nuevo escenario de recursos limitados en la atención sanitaria sin la alegría del endeudamiento ilimitado al que nos habíamos acostumbrado.

Esta nueva situación tiene causas que podíamos haber evitado, sobre todo políticas, tanto en el origen de la crisis como en las medidas tomadas por los diferentes gobiernos e instituciones nacionales e internacionales para responder a ella. Pero este no es el lugar de entrar en este aspecto fundamental y, para algunos, rápidamente olvidado, del problema. También, cabe decir que hay causas inevitables de la limitación de los recursos sanitarios que tienen que ver con la paradoja del progreso médico, y que ya existían antes de la crisis: cuanto más conocimiento científico y tecnológico tenemos en medicina, más caro resulta el acceso y, en consecuencia, más problemas aparecen con el fin de mantener la universalidad y la equidad, es decir, el estado del bienestar en sanidad.

Últimamente, se ofrece una posible solución a este problema: la gestión privada de una parte de la sanidad pública. No es la única solución propuesta. Hay otras, a menudo vinculadas a la mejora de la financiación, como la lucha eficaz contra el fraude fiscal, un régimen fiscal menos generoso con los intereses de la banca, las grandes fortunas y las grandes empresas, impuestos más altos a las transacciones financieras internacionales, eliminación de los paraí-

sos fiscales, regreso a una mayor fiscalidad al patrimonio y la riqueza heredada, un mayor control y regulación de las actividades de la banca y el sistema financiero y, naturalmente, una mayor eficiencia en la utilización de los recursos sanitarios. Desgraciadamente, en el detalle de todas estas propuestas, y en el discurso político, se habla más de la necesidad de ser más eficiente, sobre todo a partir de la introducción de la gestión privada de la sanidad pública, que de las otras alternativas, aunque estas mejorarían el déficit y el endeudamiento de la sanidad mucho más que la eficiencia por sí sola. Sin embargo, todas las propuestas mencionadas son complementarias, y la inefficiencia injustificada no se vuelve buena o menos importante por el hecho de implementar otras medidas. Por ello, merecen la pena los esfuerzos para ganar eficiencia en la sanidad pública.

La gestión privada de la sanidad pública entra en el debate con el objetivo de incrementar la eficiencia. Es su mejor presentación: ofrecer los mismos servicios con la misma calidad, pero a un coste menor para el erario público. Las dos preguntas clave que se abren, entonces, son las siguientes: 1) ¿lo puede conseguir?, y 2) ¿perjudicará o beneficiará a la equidad? El texto que presenta se hace ambas preguntas e intenta aportar luz, aunque no respuestas definitivas.

Antes de entrar en el debate, y para evitar malentendidos en un tema tan polémico como este, es bueno dejar claro de qué se habla y de qué no cuando nos referimos a la gestión privada de la sanidad pública, al menos en este escrito. Al hablar de la gestión privada, estamos hablando de dos tipos de gestión: la gestión directa a través de entidades de titularidad pública sometidas a derecho privado (en el régimen de contratación de bienes y servicios y en el régimen jurídico de los trabajadores), y la gestión indirecta mediante entidades privadas, que pueden ser con ánimo de lucro o sin él, a partir de contratos con la Administración Pública. En ningún caso, estamos hablando de la sanidad privada como alternativa a la pública, es decir, no estamos transfiriendo al sector privado (a compañías privadas de seguros y prestación de servicios sanitarios) la competencia y la responsabilidad de la actividad de la prestación. Si hablamos, por tanto, de una provisión privada de atención sanitaria a la población cubierta por el seguro público.

El objetivo de la introducción, en el ámbito público, de técnicas empresariales de gestión, y de derecho privado en la contratación de bienes, servicios y personal, es ganar en eficiencia en la provisión de la atención sanitaria, una provisión que continúa siendo responsabilidad pública. Es decir, la finalidad es que el coste económico para las Administraciones Públicas sea menor mientras ofrece la misma atención sanitaria y la misma calidad que si la gestión fuese completamente pública y el derecho aplicable a la compra de bienes y servicios y la contratación de personal fueran también públicos. Y todo ello, sin perjudicar a la equidad. Incluso existe, *a priori*, la posibilidad de mejorarla, ya que la eficiencia deja libres más recursos para destinarlos, hipotéticamente, a cubrir más necesidades sanitarias.

El debate sobre la gestión privada de la sanidad pública no debería sustituir, sino complementar, el debate sobre la necesidad de mejorar la financiación pública de la sanidad y la implantación de políticas adecuadas para disminuir las desigualdades injustas de salud, políticas que no deben ir dirigidas únicamente al sistema sanitario, sino a todas las políticas, como recoge la LXII Asamblea Mundial de la Salud de 22 de mayo de 2009, que insta a tomar nota del Informe definitivo de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de 2008. Y como sostiene también la Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España, de mayo de 2010, que queda recogido en la Ley General de Salud Pública 33/2011, de 4 de octubre. Es decir, la mejora de la eficiencia en el sector público es una exigencia más en el camino de la asunción, por parte de la Administración Pública, de la responsabilidad de ofrecer una atención sanitaria de calidad que llegue, en condiciones de equidad, a todos los que la necesiten.

La cuestión a plantear es si la gestión privada de la sanidad pública aumenta la eficiencia efectivamente, y si lo hace sin perjudicar la equidad.

Eficiencia y gestión privada de la sanidad pública

¿Es más eficiente la gestión privada de la sanidad pública que la gestión pública? Todavía no lo sabemos. Esto es lo que afirman los expertos ante la

ausencia de estudios serios e independientes sobre las experiencias en España en los últimos años.¹ Por otra parte, la literatura científica sobre experiencias internacionales no avala una mayor eficiencia de la gestión privada sobre la gestión pública, sino más bien lo contrario.² Y todo esto hay que enmarcarlo en el éxito de la sanidad pública española desde el punto de vista de la eficiencia social, con un gasto del PIB ajustado a renta inferior a países como Francia y Alemania, y muy similar a países con un modelo sanitario más comparable con el nuestro, como Suecia o Reino Unido, ya que, en relación a este gasto, tenemos unos índices de salud enviables.³

Es cierto, sin embargo, que la salud depende, en buena parte, de los determinantes sociales de la salud, de los que la sanidad es solo una parte. Pero resulta innegable que la salud de los españoles es bastante buena con una inversión sanitaria similar o inferior a la de nuestros vecinos. No hace falta mencionar la inefficiencia social en salud de países con un modelo de sanidad privada muy extendido, como en Estados Unidos, con un gasto por PIB de más del doble que el nuestro y con unos índices de salud de la población inferiores y unas desigualdades de salud más acentuadas.

A pesar de ello, en España el gasto sanitario se ha incrementado mucho en los últimos años, cuatro veces más deprisa que el PIB, pasando de un 5,3% a un 7% entre 1999 y 2009,⁴ lo que obliga a buscar mecanismos de sostenibilidad del sistema. Y uno de los mecanismos consiste en ser aún más eficientes, evitar, por ejemplo, costes muy elevados sin una buena evaluación coste-efectividad, o no mantener en su puesto de trabajo a profesionales muy poco productivos (que los hay, y no deberían ser protegidos gremialmente por sus compañeros, ni institucionalmente por regímenes laborales excesivamente permisivos con la baja productividad).

Dicho esto, habría que precisar algunas cuestiones cuando hablamos de eficiencia en sanidad. En primer lugar, debemos distinguir entre eficiencia de gestión y eficiencia social. La eficiencia de gestión nos dice que tenemos que hacer una intervención sanitaria de calidad al menor coste posible. La eficiencia social nos dice que, si era necesario hacer esa intervención sanitaria y si hemos sido eficientes en la gestión, también hemos sido eficientes en la obtención de salud. Es importante subordinar la eficiencia de la gestión a

la eficiencia social de la sanidad, ya que por el hecho de hacer más intervenciones médicas a un coste menor no ganamos más salud si resulta que las intervenciones eran innecesarias o perjudiciales para los enfermos. Por ejemplo, un hospital puede demostrar una gran eficiencia de gestión tratando las urgencias de los enfermos crónicos, pero al mismo tiempo puede redundar en ineficiencia social si existen alternativas más baratas para la obtención de más salud en estos mismos enfermos, como la posibilidad de controlar su enfermedad crónica desde otros niveles asistenciales a un coste menor.

En segundo lugar, la eficiencia no es un valor moralmente neutro. En el mundo de la sanidad, hay ineficiencias injustificables: aquellas que incrementan el coste de una actividad sanitaria sin que aumente la salud y no se vulnera ningún derecho u otro bien moral de igual importancia o superior. Por otra parte, hay ineficiencias que no está claro que sean injustificables. Por ejemplo, las que incrementan el coste de una actividad sanitaria sin que aumente la salud, pero garantizan los derechos básicos de los trabajadores y evitan la tendencia a la precariedad laboral. En estos casos, hay que analizar qué se pierde con la ineficiencia y qué se gana con ella en cada incremento del coste. En ocasiones, si el incremento del coste es superior a los beneficios sociales de la garantía de los derechos laborales, entonces hay que evitar la ineficiencia producida por este incremento del coste. Es lo que sucede cuando se permite que trabajadores que no aportan valor añadido al bien a producir (salud) permanezcan en su puesto de trabajo. Pero si la protección de los derechos laborales produce un beneficio social superior a la ineficiencia de la gestión, entonces no podemos decir claramente que la ineficiencia sea injustificada. Dependerá de cada situación. Al fin y al cabo, la servidumbre en el trabajo puede ser muy eficiente, y si no la deseamos o no la promovemos es porque creemos que hay otros valores más importantes que la sola eficiencia. En cualquier caso, esta cuestión no debería convertirse en una defensa rígida de principios o de determinadas posiciones ideológicas o políticas sin deliberación. En sí mismos, tan malos son la ineficiencia como la vulneración de los derechos laborales básicos. La reducción de costes a partir de una disminución de las garantías laborales mínimas puede ser eficiente, pero no necesariamente justa. Y mantener una baja productividad en nombre de la defensa de los derechos básicos de los trabajadores no solo es inefi-

ciente: también es una inmoralidad. Por tanto, se trata de valorar, en cada caso, de qué manera servimos mejor al interés común. Y de hacerlo democráticamente, porque esta no es una cuestión que se deje reducir al debate entre expertos o entre técnicos, por muy cualificados que estos sean.

Otro tipo de eficiencias moralmente dudosas son las que acaban perjudicando personas que no son responsables de su situación. Sabemos, por ejemplo, que puede ser ineficiente administrar un tratamiento médico poco efectivo y muy caro a un enfermo. Pero, si queremos hacer una valoración completa, debemos tener en cuenta que no es lo mismo que exista una alternativa definida más eficiente o que esta no exista. Tampoco es lo mismo que se trate de un enfermo terminal o de un enfermo joven con una enfermedad huérfana o minoritaria. Y también deberían contar los efectos sociales de la eficiencia sanitaria. Por ejemplo, la eficiencia sanitaria puede aconsejar que una niña reciba un tratamiento complejo y largo a 500 kilómetros de distancia de su residencia habitual (aunque se podría tratar en su ciudad con igual efectividad, pero a un coste ligeramente superior). Si recibe el tratamiento que necesita muy lejos de casa, uno de los padres puede verse obligado a dejar el trabajo para estar con ella, mientras que el otro, para conservar su puesto de trabajo, debe quedarse en la residencia habitual, separado de su familia. Imaginemos que, en conjunto, los costes económicos para la familia y la falta de ingresos crecen tanto que se empobrecen, lo que, de paso, no beneficiará la recuperación de la hija. Es decir, aunque la eficiencia sanitaria es un valor positivo, hay que evaluar, sopesar, en cada caso, de qué manera servimos mejor al interés común, si permitimos ciertas ineficiencias o si no lo hacemos. Los efectos de ganar eficiencia sanitaria no siempre son socialmente y moralmente deseables después de valorar todo lo que se gana y se pierde.

Todavía podemos mencionar ciertas ineficiencias moralmente justificables, donde difícilmente encontraremos argumentos en contra de la ineficiencia. Por ejemplo, la obtención forzada de riñones, o de córneas, de personas sanas para ser trasplantados a pacientes que de otro modo perderían la vida, es eficiente desde un punto de vista estrictamente sanitario: se salvan vidas y las personas que pierden un riñón o un ojo aún pueden sobrevivir. Si prohibimos esta práctica es debido a nuestra estimación de la libertad individual y el derecho a la integridad física, no por amor a la eficiencia. Y si también pro-

hibimos el mercado libre de compraventa de órganos tampoco es para ganar eficiencia social, sino que, en estos casos, no nos fiamos de que las acciones voluntarias de los donantes reflejen una auténtica libertad o autonomía personal en un asunto primordial para su salud.

La eficiencia es un valor instrumental, un medio necesario para acercarnos al bien común, pero ella misma no es el objetivo final. La eficiencia sirve al interés común, es decir, al logro de los fines de la sociedad. Por tanto, no puede ir en su contra hasta los que sirve. Naturalmente, la ineficiencia, por sí misma, no representa ningún bien social, sino todo lo contrario, pero, en ocasiones, cierta ineficiencia es necesaria para salvaguardar los fines que toda sociedad debe perseguir, y que, en definitiva, son fines morales que, en nuestra sociedad, se resumen en principios como la libertad individual, la justicia social, la solidaridad y el bienestar.

La sanidad pública puede mejorar mucho su eficiencia, por ejemplo, si se instauran nuevas estrategias para los enfermos crónicos que disminuyan sus crisis agudas, las urgencias hospitalarias y los días de ingreso, si se redefine la cartera de servicios con criterios objetivos de coste-efectividad y se eliminan los servicios que no aportan salud y resultan muy caros, y si se concentran servicios médicos especializados. Estas y otras medidas deben explorarse adecuadamente. Representan una mejora de la eficiencia sin abandonar la gestión pública de la sanidad.

En cuanto a la gestión privada de la sanidad pública, no sabemos a ciencia cierta, hasta que no tengamos pruebas científicas de ello, si, *grosso modo*, es más eficiente que la gestión pública. Pero aunque fuera más eficiente, habría que contrastar esta eficiencia, como en el caso también de la gestión pública, con los fines sociales que se persiguen con ella. Sin embargo, esta falta de conocimiento no implica que se deba menospreciar la gestión privada. Resulta imperativo que se realicen los estudios pertinentes que permitan tener conocimientos fiables, y huir así de las discusiones ideológicas y apriorísticas sobre la superioridad de un tipo de gestión sobre el otro.

Sobre el papel, la gestión privada de la sanidad pública contiene algunas virtudes a tener en cuenta. Por ejemplo, la gestión de los servicios hoteleros, de limpieza y de compra de determinados servicios de los hospitales públicos

puede ser más eficiente si la gestionan entidades privadas, y la prestación privada de servicios médicos (sobre patologías menores) dentro de hospitales públicos, si es la única manera de sacar rendimiento a parte de sus instalaciones, con retorno de beneficios que reviertan en más atención pública, también puede ser eficiente e, incluso, más equitativa.⁵ Ahora bien, todo esto es sobre el papel. Hay que evaluar seriamente cómo funcionan las experiencias existentes y ver, también, si la Administración Pública cumple con su papel indelegable de control. Si este control no es suficientemente eficaz, entonces el éxito de la gestión privada se entrega al comportamiento ético de sus directivos ya que este comportamiento inunda toda la gestión, ante la posibilidad de corrupción en la gestión y de alejamiento de los objetivos públicos de la gestión privada. Si fallan el control público de la Administración y la ética del gestor privado, difícilmente se alcanzarán las virtudes teóricas de este tipo de gestión. Y entonces el peligro de habernos equivocado es más evidente. Sin ética profesional y sin control público, el sector privado no acabará asumiendo el riesgo financiero que le corresponde, y provocará que la Administración Pública tenga que rescatar a medio plazo los centros con problemas de financiación (rompiendo así la eficiencia prometida e, incluso, incrementando la ineficiencia); también se incentiva que los directivos de las entidades privadas tengan vínculos indecentes con la Administración Pública (lo que sucede, por ejemplo, con las “puertas giratorias”), aumentando así la sensación de descrédito de la gestión privada; y se termina cerrando los ojos al hecho de que los profesionales de la sanidad pública que colaboran con las entidades privadas desvían enfermos al sector privado de manera interesada, un ejemplo claro de corrupción. En cambio, con un control público eficaz y con una ética profesional ejemplar, el crédito de la gestión privada de la sanidad pública aumentará.

Equidad y gestión privada de la sanidad pública

La equidad es un objetivo de la sanidad pública que no se puede poner en peligro con las medidas para combatir la crisis. Si hay que hacer sacrificios para mantener la equidad en el tiempo, estos sacrificios deben ser también

equitativos, es decir, tienen que ser mayores para los individuos con más poder económico. Estos individuos, generalmente, pueden elegir una sanidad privada si disminuyen los recursos disponibles para la pública. Hay que tener esto en cuenta a la hora de pedir sacrificios a la población. El fin de la equidad dice que todos deben tener el mismo acceso a la salud y la atención sanitaria que necesitan y, por tanto, en condiciones de desigualdad social y económica es necesario ayudar especialmente a las personas más castigadas por la crisis, es decir, las más perjudicadas por la creciente desigualdad social. Los principales damnificados de la crisis económica también sufrirán a medio y largo plazo las desigualdades sociales en salud. Por ello, deben ser los principales beneficiarios de cualquier medida que tenga como fin el sostenimiento de la equidad.

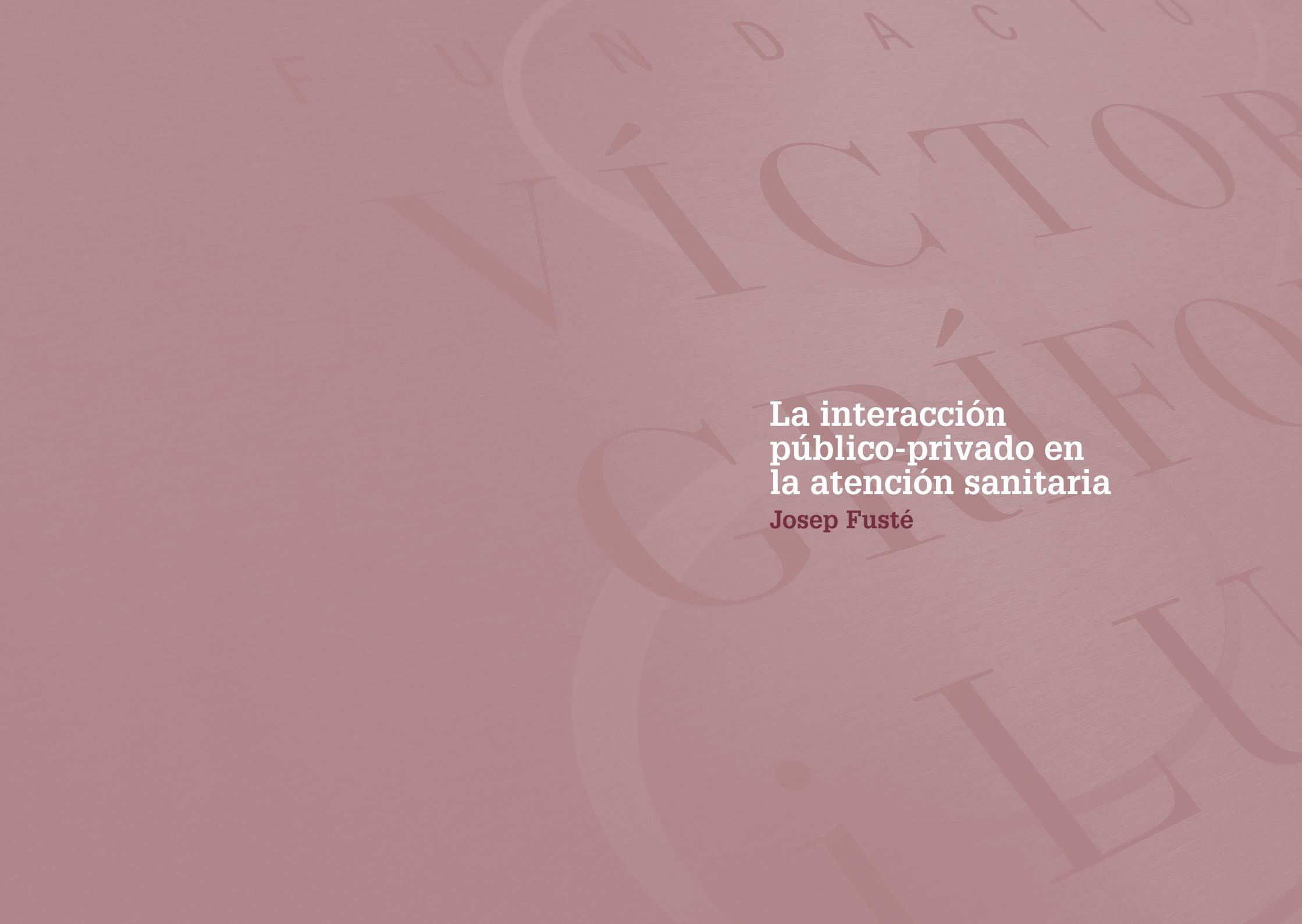
En este dossier, Victòria Camps expone adecuadamente los principales retos de la gestión privada de la sanidad para la equidad. Y, en otra ocasión, ya argumentamos las posibles ventajas para la equidad de un tipo específico de gestión privada en las organizaciones sanitarias públicas si se respetan determinadas condiciones.⁶ En el debate público-privado dentro de la sanidad pública, tenemos que huir tanto de posiciones ideológicas rígidas, basadas en prejuicios, que no dejan ver las virtudes de los otros modelos, como de posiciones catastrofistas, basadas en el miedo (interesado o sincero) a las consecuencias desconocidas de los modelos rivales antes de una evaluación crítica de sus resultados concretos. Es necesario tener conocimiento científico sobre la aplicación del modelo público-privado en la sanidad pública antes de emitir juicios sobre la conveniencia de implementarlo o prohibirlo, y es necesario no perder de vista el objetivo de equidad de la sanidad que debe presidir toda acción dentro de la sanidad pública, también en tiempos de crisis económica, como ha recordado recientemente el Comité de Bioética de Cataluña.⁷

Cualquier medida contra la crisis o en pro de la sostenibilidad del sistema sanitario que busque favorecer la eficiencia, sea esta de gestión o social, debería tener en cuenta que, en el conflicto o *trade-off* con la equidad, deberíamos tender a priorizar la eficiencia cuando los principales perjudicados son los individuos más fuertes económicamente, y tender a priorizar la equidad cuando la eficiencia perjudica a los más débiles. Medidas como los recortes, los copagos, la gestión de las listas de espera, así como la gestión privada de la

sanidad pública, deberían guiarse por el criterio mencionado. Si no, caemos en la perversa contradicción de perjudicar la equidad en nombre de la equidad. Incluso, en el caso de que se pida a la generación actual que se sacrifique por las siguientes, hay que contar democráticamente con su opinión, y buscar sistemas de compensación para los perjudicados, fortaleciendo, por ejemplo, la educación de los hijos de la generación que realiza los sacrificios, aumentando las ayudas a la dependencia familiar para no castigar aún más a las familias más vulnerables, y/o implementando políticas sociales que minimicen los efectos de la creciente desigualdad de ingresos y riqueza. En una sociedad justa, si las cosas no van bien, primero se busca y se castiga a los responsables, si los ha habido. Luego, se toman decisiones de manera democrática, aunque sean (o porque son) traumáticas, y, finalmente, los sacrificios acordados por la mayoría se comparten solidariamente, es decir, equitativamente.

Notas

1. Así lo afirma Juan Oliva, presidente de la Asociación Española de Economía de la Salud (“Gestión privada de la sanidad pública: ¿más barata y mejor?”, *El País*, 8 de diciembre de 2012).
2. Sánchez F. L.; Abellán J. M.; 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 [www.realinstitutoelcano.org]. Consulta realizada el 23 de junio de 2014.
3. Véase la nota anterior.
4. Puig-Junoy J. “¿Recortar o desinvertir?”, *Economía y Salud*, 72, diciembre de 2011.
5. Camps, V.; López i Casasnovas, G.; Puyol, A. «Les prestacions privades en les organitzacions sanitàries publiques», Barcelona, 2006, *Informe núm. 4* de la Fundació Víctor Grífols i Lucas.
6. Véase la nota anterior.
7. Comité de Bioética de Cataluña, *El principio de justicia en el sistema sanitario*, documento de 19 de junio de 2013.



La interacción público-privado en la atención sanitaria

Josep Fusté

Introducción

En cualquier sistema sanitario y contexto organizativo la interacción público-privado es una realidad, ya sea, como mínimo, porque desde las entidades públicas se deban comprar bienes que producen empresas del sector privado o, en el otro sentido, porque un centro público debe asumir la atención a una urgencia vital aunque la persona afectada no tenga una cobertura de financiación pública.

También, es cierto que hay dinámicas que pueden intensificar esta relación o que la pueden dificultar, y que es un tema que, además de polémico, ha sido objeto de estudio.¹

Actualmente, hay una corriente de pensamiento que ve en la llamada colaboración público-privado (CPP) una vía de avance importante para hacer frente a los retos del sistema sanitario y las responsabilidades de los servicios públicos en general. En frente, hay otra corriente que etiqueta de privatización (o malversación) cualquier esquema de cooperación entre instituciones diferentes, aunque sean entidades de derecho público.

La CPP se ha definido como la cooperación entre las Administraciones Públicas y el mundo empresarial para garantizar la financiación, la construcción, la renovación, la gestión o el mantenimiento de una infraestructura o la prestación de un servicio.² La CPP parte de la constatación de que los poderes públicos ya no pueden actuar solos en la producción de respuestas para los problemas sociales.³ Se han señalado como ventajas de la CPP, además de la de ampliar la base de conocimiento: que permite ganar flexibilidad, estimula la innovación, incorpora tensión para la eficiencia y, también, que aumenta la capacidad de financiación de las políticas y los servicios públicos.

Desde el posicionamiento contrario, decantado hacia la polarización entre las esferas pública y privada, hay planteamientos de defensa de los servicios de provisión pública como garantía del buen uso de los recursos públicos y que, bajo apriorismos ideológicos y resistencias al cambio en las condiciones laborales, demonizan todo lo relacionado con el sector privado. En el mismo frente, aunque partiendo de planteamientos opuestos, está la defensa del mercado privado como exclusivo del sector privado.

La realidad es mucho más compleja y rica que los posicionamientos extremos entre lo público y lo privado, con grados de interacción variados, que sirven para resolver problemas y afrontar retos, pero que, también, están sujetos a riesgos y efectos adversos que conviene controlar, como en cualquier dinámica de transformación y toma de decisiones en entornos complejos como es el de la sanidad.

El propósito de este capítulo es identificar cuáles son las dimensiones y los ejes sobre los que se produce la interacción público-privado en el sistema sanitario y describir cuáles son las formas más relevantes en las que se plasma esta interacción variada.

En cuanto al contexto de análisis nos situaremos, básicamente, en el sistema sanitario catalán, insertado en el marco regulador del Sistema Nacional de Salud (SNS) de España. En Cataluña, a diferencia del resto de España, una parte importante de la provisión de servicios no se hace por gestión directa dependiente de la Administración, sino que desde antes de la creación del SNS ya había una tradición de contar con entidades de distinta naturaleza jurídica, públicas y privadas, que atendían a la población con cobertura pública. De este modo, a lo largo de los años, Cataluña ha sido un espacio de experimentación y evolución de la colaboración pública en sanidad. Actualmente, el 62,3% del gasto del Servicio Catalán de la Salud (CatSalut) para provisión de servicios⁴ es en forma de conciertos con varias entidades proveedoras y el 37,7% es por la vía del contrato programa con el Instituto Catalán de la Salud, que es la institución que reunió los recursos provenientes de la Seguridad Social. Por otra parte, todas estas entidades conforman el sistema sanitario integral de utilización pública (SISCAT), por lo que son las que atienden a la población con cobertura pública, pero también realizan actividad con financiación que no proviene del CatSalut. Casi un 5% de los ingresos de explotación es por facturación a entidades de seguro y particulares (1,1%, mutuas de accidentes de trabajo y por accidentes de tráfico; 2,9%, mutuas y compañías de seguro libre y 0,8% para particulares).⁵

1. Diferentes dimensiones y ejes de interacción

La interacción público-privado no se puede entender desde una sola perspectiva lineal sino que en ella intervienen diversas dimensiones que configuran ejes en relación en los que se encuentran las diferentes combinaciones que implican los casos concretos o formas de interacción que se pueden observar en la realidad.

Aparte del objeto de la relación, hay que tener en cuenta que en los sistemas sanitarios hay unos componentes clave que cabe diferenciar y que también afectan a la conceptualización de lo que es público o privado: la cobertura y la financiación de la atención, la titularidad de los recursos y la gestión de los servicios.

Según el objeto de la relación en la interacción público-privado

Podemos distinguir, básicamente, en cuanto al objeto de la relación:

1. Compra de bienes y suministros (material sanitario, material de oficina, fármacos, equipamiento, energía...).
2. Prestación de servicios auxiliares (limpieza, lavandería, asesoramiento...).
3. Prestación de servicios sanitarios intermedios (laboratorio, diagnóstico por la imagen).
4. Atención sanitaria en ámbitos asistenciales específicos (hospitalización, atención primaria, atención sociosanitaria, rehabilitación, diálogos...).
5. Atención integral a la población de un área geográfica determinada.

El grado de especificidad es diferente y el alcance del objeto de relación sigue un gradiente creciente entre estas mismas categorías, siendo la quinta la que conlleva un paquete más global de contratación, con una mayor transferencia de riesgo y que, por tanto, requiere una formulación de los acuerdos más desarrollada y una confiabilidad mayor.

En cambio, la compra de bienes se articula más fácilmente con una dinámica de relación cliente-proveedor tradicional, condicionada solo por las características del mercado del producto en cuestión. Sin embargo, hay que tener presente que la compra de medicamentos tiene unas connotaciones específicas, debido a la incertidumbre en la efectividad de los tratamientos y el coste, además de los aspectos regulatorios especiales, que hacen que sea un ámbito en el que se estén ensayando formas innovadoras de compra, como los acuerdos de riesgo compartido, el pago progresivo o la introducción de marginalidad a partir de techos de gasto.

Asimismo, la investigación y la innovación en el ámbito biomédico son campos donde la interacción público-privado es bastante dominante.

Según la cobertura y financiación de la atención

La incertidumbre sobre la aparición de la enfermedad y también sobre su tratamiento, en combinación con el elevado coste de la atención sanitaria, lleva a funcionar con un esquema de seguro. Los sistemas sanitarios han adaptado diferentes soluciones para la cobertura de seguro (cobertura pública con financiación vía impuestos, seguro obligatorio vía cotizaciones o primas con una sola caja o varios seguros).

En nuestro contexto podemos distinguir las siguientes formas de cobertura y financiación de la atención sanitaria:

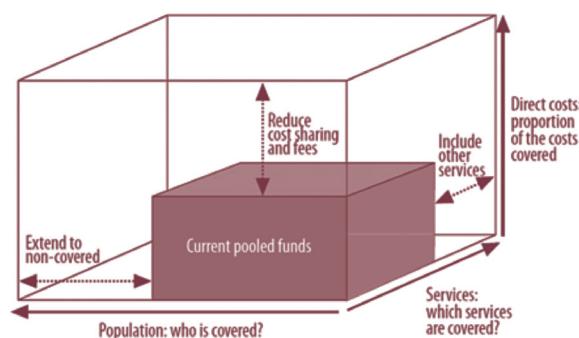
1. Cobertura pública general.
2. Seguro obligatorio para determinados colectivos (funcionarios de algunas administraciones) diferenciado de la cobertura pública general.
3. Seguro obligatorio para determinadas contingencias (accidentes de trabajo, accidentes de tráfico, seguro escolar...).
4. Seguro voluntario (mutuas y aseguradoras privadas).
5. Financiación privada directa por parte de los pacientes particulares.

Esta perspectiva constituye uno de los ejes principales en la conceptualización de lo público o privado en la sanidad. Así, en la medida que la cobertura pública sea universal hablaremos de un sistema sanitario público en el sentido de que las personas recibirán los servicios que necesitan de una

forma no condicionada por su capacidad individual de financiarlos, o sea independientemente de sus condiciones socioeconómicas. En el otro extremo, podemos hablar de atención privada en los casos que se recibe por la vía de la financiación particular o de una mutua a la que se pertenece voluntariamente y se pagan las primas correspondientes.

Un elemento esencial para acabar de entender el juego entre los diferentes tipos de seguro es la cartera de servicios de cobertura pública (dicho de otro modo: catálogo de prestaciones). Hay que tener en cuenta tres dimensiones que definen la cartera de servicios de cobertura pública (Figura 1): por un lado, cuáles son las prestaciones que están cubiertas (el *qué*, la profundidad de la cartera). Por otro, cuáles son las personas que están cubiertas (el *quién*, la anchura de la cartera), y, finalmente, hasta donde está cubierto el coste (el *cómo*, la altura de la cartera).

Figura 1
Las tres dimensiones de la cartera de servicios



Fuente: http://www.who.int/health_financing/strategy/dimensions/en/#.

En la realidad de todos los sistemas públicos se dan diferentes combinaciones entre estas tres dimensiones. Hay prestaciones que no están cubiertas o solo lo están para determinados grupos de población (por ejemplo, atención odontológica en población infantil) o prestaciones que son con copago (por ejemplo, los medicamentos).

Para caracterizar las diferentes formas de interacción público-privado hay que tener en cuenta, también, que la atención privada (por la vía del seguro libre o particular) puede ser por prestaciones que no están incluidas en la cobertura pública o para prestaciones concurrentes con esta. En el primer caso hablaremos de seguro y atención complementaria y en el segundo, de doble cobertura y atención sustitutiva.

Según la titularidad de los recursos

La titularidad jurídica de los recursos define la propiedad. La propiedad tiene que ver, en definitiva, con los derechos de decisión de la estrategia y continuidad de las organizaciones y determina la apropiación de las rentas generadas en la actividad de los recursos.

Desde esta perspectiva podemos distinguir, básicamente en el ámbito sanitario, las siguientes modalidades:

1. Propiedad pública administrativa, dependiendo directamente de la Administración Pública y formando parte de sus órganos.
2. Entidades públicas con diferentes grados de autonomía, con participación mayoritaria pública.
3. Entidades privadas sin ánimo de lucro.
4. Entidades privadas con ánimo de lucro.

Las dos primeras categorías se consideran dentro del sector público, por lo que están sujetos a determinadas regulaciones relacionadas, por un lado, con principios propios del sector público (como las normas de contratación) y, por otro, con medidas de estabilidad financiera, como son las de la normativa del sistema europeo de cuentas que afecta al cómputo del déficit del conjunto del sector público en la zona euro.

Según la gestión de los servicios

La gestión pública o privada de la sanidad es uno de los temas clásicos de debate y confrontación ideológica, el cual a menudo conlleva la confusión entre la gestión y los otros dos elementos tratados, la propiedad y la cobertura.

La gestión pública está sometida a determinadas normas propias de la Administración Pública. La que llamamos gestión privada utiliza los mecanismos y técnicas de gestión empresarial para conseguir desarrollar la misión de la organización y lograr los resultados que permitan mantener el equilibrio económico-financiero.

El régimen económico, laboral y de contratación, así como la autonomía de la toma de decisiones operativas y de sistemas de control, son los elementos que diferencian básicamente la gestión pública y la gestión privada.

Desde las instituciones públicas se han desarrollado, no sin resistencias, iniciativas para incorporar herramientas y dinámicas propias de la gestión privada con el objetivo de ganar en eficiencia y adaptabilidad a las necesidades de la población, bajo la idea de avanzar hacia la empresarialización del mismo sector público.

Así, en el momento actual y en nuestro contexto, podemos hablar de los modelos de gestión siguientes:

1. Gestión pública tradicional, sujeta al régimen administrativo y funcional, contratación pública y con estructuras dependientes jerárquicamente de los órganos de dirección de la Administración Pública.
2. Gestión pública gerencial, sujeta a los mismos regímenes de la gestión pública tradicional pero abriendo espacios internos de autonomía de decisión (áreas de gestión, institutos, unidades de gestión).
3. Gestión empresarial en entorno público, con régimen de contratación laboral y negociación colectiva, contratación pública, control por auditoría y autonomía de gestión condicionada al equilibrio presupuestario.
4. Gestión privada, con todos los mecanismos y técnicas de la gestión empresarial desde la perspectiva del derecho privado.

Una clasificación que a veces se utiliza es la que se basa en la diferenciación entre gestión directa y gestión indirecta, siendo la primera cuando los servicios son provistos por la propia Administración de la que dependen, ya sea de forma jerárquica o por estructuras creadas *ad hoc*, mientras que la gestión indirecta es cuando la provisión de servicios es encargada a entidades independientes orgánicamente de la Administración responsable de garantizar los servicios.

Aspectos jurídicos y contables en la relación público-privada

Desde la perspectiva de la forma jurídica de relación entre entidades públicas y privadas es especialmente relevante el marco normativo que regula la contratación pública. En nuestro entorno, la legislación de contratos del sector público,⁶ determinada por las disposiciones de las Comunidades Europeas, establece los principios y la tipología de formas jurídicas de la contratación pública. En cuanto al contrato de gestión de servicios públicos, distingue las cuatro modalidades siguientes:

1. Concesión, por la que el empresario gestionará el servicio a su propio riesgo y ventura.
2. Gestión interesada, en virtud de la cual la Administración y el empresario participan en los resultados de la explotación del servicio en la proporción que establezca el contrato.
3. Concierto con una persona natural o jurídica que realiza prestaciones análogas a las que constituyen el servicio público de que se trate.
4. Sociedad de economía mixta en la que la Administración participe, por sí misma o por medio de una entidad pública, en concurrencia con personas naturales o jurídicas.

Las modalidades más habituales en la contratación de servicios sanitarios son las de concierto y concesión.

Los contratos de gestión de servicios públicos no pueden tener un carácter indefinido y hay que fijar la duración. La legislación vigente establece que en los contratos cuyo objeto sea la prestación de servicios sanitarios la duración máxima es de 10 años, excepto si son en la modalidad de concesión que incluya la ejecución de obras y la explotación del servicio, caso en el que la duración puede llegar hasta 50 años.

La asunción de riesgos para ambas partes tiene que ver con los mismos factores, aunque tiene una intensidad diferente. Por un lado, están los riesgos exógenos poco predecibles por ambas partes, especialmente por la entidad contratada, y que hacen referencia a cambios en la demanda (por motivos demográficos o por aparición de nuevas enfermedades y/o tratamientos), la

evolución de las variables macroeconómicas (inflación, restricciones de financiación) y situaciones catastróficas. Los riesgos endógenos principales son, por un lado, los relacionados con la falta de eficiencia en la provisión de los servicios por parte del proveedor, y por otro, la incompetencia en la fijación de objetivos o la falta de capacidad de evaluación por parte de la Administración. También hay que considerar las asimetrías que condicionan la relación, en cuanto al mayor conocimiento de la gestión de los servicios para la parte contratada, pero también la característica del monopsonio de la Administración en la contratación de los servicios públicos.

En las concesiones, en la medida que el objeto de contratación puede ser más amplio y de más larga la duración de los contratos, la intensidad de los riesgos es mayor. Además, se añade el riesgo de la posición monopolista territorial de la entidad concesionaria. Y, también, aumenta la necesidad de regulación de acompañamiento para gestionar los riesgos, diferenciando los que pueden ser atribuidos a cada una de las partes o constituir factores externos, previendo las soluciones que eviten la captura de la parte pública, responsable última de la garantía de prestación de los servicios a la población, y prefijando las alternativas en caso de inviabilidad de la continuación de la concesión.

En relación con los aspectos contables, el elemento que introduce más especificidad es el de la consideración de sector público a efectos del Sistema Europeo de Cuentas (SEC), mediante el cual se determinan una serie de criterios contables y se registra la información económica y financiera que afecta al cálculo del déficit y la deuda públicos. De acuerdo con la normativa comunitaria conocida como SEC-2010,⁷ el sector público está configurado por las entidades controladas por la Administración Pública que no sean de mercado.

2. Formas de interacción público-privado en la atención sanitaria

La combinación de los ejes que se han explicado en el apartado anterior da lugar a diferentes formas de interacción. En el cuadro 1 se muestran las combinaciones más frecuentes. En cuanto al objeto de la relación se ha conside-

Cuadro 1
Provisión de servicios según el objeto, la cobertura, la propiedad y la gestión

Modalidad	Objeto	Cobertura	Propiedad	Gestión
Gestión directa pública	Servicios específicos o atención integral	Pública	Pública administrativa	Pública tradicional o gerencial
Provisión de servicios públicos por entidad pública con gestión empresarial	Servicios específicos		Entidad pública con autonomía	Empresarial en entorno público
Provisión de servicios públicos por entidad privada			Entidad privada sin o con ánimo de lucro	Privada
Atención integral pública en área geográfica por entidad pública con gestión empresarial	Atención integral		Entidad pública con autonomía	Empresarial en entorno público
Atención integral pública en área geográfica por entidad privada			Entidad privada sin o con ánimo de lucro	Privada
Provisión de servicios privados por entidades privadas	Servicios específicos		Entidad privada sin o con ánimo de lucro	Privada
Provisión de servicios privados complementarios para entidades públicas		Privada	Pública administrativa o entidad pública con autonomía	Pública tradicional o gerencial
Provisión de servicios privados sustitutivos por entidades públicas			Pública administrativa o entidad pública con autonomía	Empresarial en entorno público

rado solo los casos en que la relación se refiere a la provisión de servicios asistenciales, los cuales son los que más específicamente definen la problemática de la interacción público-privado en los términos del debate actual.

A los efectos de este trabajo se han seleccionado las formas que por volumen, alcance del objeto de relación, innovación, transferencia de riesgo y desarrollo formal se consideran más relevantes en cuanto a la interacción público-privado, entre las que se pueden observar en nuestro entorno. Concretamente se describirán las siguientes:

1. Provisión de servicios de cobertura pública por una entidad pública con gestión empresarial.
2. Provisión de servicios de cobertura pública por una entidad privada.
3. Atención integral de cobertura pública de un área geográfica por una entidad privada.
4. Concesión para inversión en obra pública.
5. Provisión de servicios de cobertura privada para prestaciones complementarias por una entidad pública.
6. Provisión de servicios de cobertura privada para prestaciones concurrentes con la cobertura pública por una entidad pública.

Se han incluido, también, las concesiones para inversión en obra pública, aunque no conlleva la contratación de servicios asistenciales, porque ha sido una figura de colaboración público-privada que ha ganado presencia en el campo de las inversiones en infraestructuras sanitarias en varios sistemas sanitarios.

Provisión de servicios de cobertura pública por una entidad pública con gestión empresarial

La provisión de servicios de cobertura pública mediante esta forma de gestión se caracteriza por un enfoque de gestión del mundo empresarial (orientación a resultados, régimen de contratación laboral, autonomía organizativa, control de gestión en base a objetivos y cuenta de resultados) y una relación contractual con la Administración responsable de la garantía de la atención sanitaria a la población. En cuanto a la compra o contratación de

bienes y servicios, al ser entidades públicas están sometidas a la normativa de contratación pública. Asimismo, estas entidades están sometidas a las normas y medidas de estabilidad presupuestaria del sector público.

La gestión de servicios por parte de entidades públicas que tienen una cierta autonomía de gestión es una característica del modelo sanitario catalán, donde la Administración, a través del CatSalut, contrata la provisión de servicios sanitarios a una serie de entidades, acreditadas y reconocidas como componentes del SISCAT, con una relación de continuidad y trabajo en red. Estas entidades son empresas públicas creadas por la propia Generalitat o consorcios surgidos de la alianza entre entidades públicas dependientes de diferentes administraciones y también entidades de derecho privado.

En el caso de Cataluña, a diferencia de otros lugares de España, esta modalidad no aparece como una transformación de la naturaleza jurídica de la propia estructura administrativa sino como una forma de reconocer una realidad diversa ya existente previamente, con entidades públicas y beneficio-privadas, y que requerían un mayor grado de desarrollo organizativo de acuerdo con el aumento progresivo de la complejidad de la atención sanitaria. Los primeros consorcios sanitarios fueron los de Vic (Generalitat de Cataluña y Fundación Hospital de la Santa Creu de Vic) y del Parc Taulí (Generalitat de Cataluña, Ayuntamiento de Sabadell, Universidad Autónoma de Barcelona, Caja de Ahorros de Sabadell y Sabadell Mutual), creados en 1986.

La fórmula de relación es contractual, con definición de la cartera de servicios, objetivos, contraprestación económica según parámetros de contratación y evaluación.

Provisión de servicios de cobertura pública por una entidad privada

Esta forma de interacción se muestra con dos realidades relativamente diferentes. Por un lado, los conciertos de la Administración Pública para cubrir unas necesidades puntuales o complementar los servicios que no puede cubrir residualmente con su capacidad de producción. Por otro, la relación

estable en el tiempo para la provisión de determinados servicios de forma regular a una población, no de forma esporádica o complementaria sino como asignación de la responsabilidad principal en la provisión de aquellos servicios.

En el primer caso, el de los conciertos puntuales/complementarios, el esquema de relación se acerca bastante al de cliente-proveedor.

En el caso de la concertación continuada –característica, también, del modelo sanitario catalán por los mismos motivos que los expuestos anteriormente– las entidades que gestionan la provisión de los servicios forman parte de una red estable (SISCAT, en el caso de Cataluña) y mantienen una relación contractual con la Administración, con definición, igualmente, de la cartera de servicios, objetivos predeterminados, contraprestación económica regulada según los parámetros de contratación y evaluación de los resultados.

Las entidades privadas pueden ser de distinta naturaleza jurídica, sin ánimo de lucro, como son las fundaciones o las dependientes de órdenes religiosas, o con ánimo de lucro, ya sean sociedades mercantiles o entidades de base asociativa formadas por los mismos profesionales que conforman el equipo asistencial contratado.

Atención integral de cobertura pública de un área geográfica determinada por una entidad privada

En este caso, la Administración encarga la atención al conjunto de las necesidades de una población (atención primaria, especializada y sociosanitaria) a una entidad proveedora. La fórmula de relación jurídica suele ser una concesión administrativa por un período determinado de tiempo, la cual puede incluir también la financiación de las inversiones iniciales. Las experiencias más conocidas en nuestro entorno son las concesiones de la Comunidad Valenciana (por ejemplo, el caso de Alzira), donde la Administración transfiere a una entidad privada una financiación capitativa en base a la población del área geográfica y encarga la atención integral con los recursos que gestiona la misma entidad proveedora, con mecanismos de compensación por los flujos asistenciales entre áreas geográficas.

Concesión para inversión en obra pública

Esta modalidad (conocida en inglés como *private finance initiative* [PFI]) es un esquema de cooperación entre una institución pública y una entidad privada para la construcción de un equipamiento por parte del concesionario a cambio de la gestión de servicios no asistenciales como la limpieza, lavandería, *catering*, información, etc. La entidad concesionaria asume la construcción y financiación de la inversión y la pone a disposición de la institución pública para la provisión del servicio público.

Tanto en Cataluña como en otros lugares de España es una fórmula que se ha utilizado durante los últimos años, ya sea para contrarrestar la merma en la capacidad de financiación de la inversión pública como para dar entrada a esquemas de colaboración público-privada en actividades no específicamente asistenciales en las que se considera que la experiencia del sector privado puede ser más desarrollada y puede dar lugar a ganancias en eficiencia. A nivel internacional las experiencias PFI han sido frecuentes en varios países, fundamentalmente para la construcción de hospitales.

Provisión de servicios de cobertura privada para prestaciones complementarias por una entidad pública

En este caso nos referimos a prestaciones complementarias para aquellas prestaciones que no están incluidas en la cartera de servicios de cobertura pública, ya sea porque corresponden al ámbito del seguro obligatorio de colectivos fuera de la cobertura pública general (funcionarios de algunas Administraciones, por ejemplo) o de determinadas contingencias que tienen su propio modelo de seguro (accidentes de trabajo o de tránsito, por ejemplo) o porque no están en el catálogo (atención odontológica, podología, atención con finalidad estética, etc.). La atención para estas prestaciones puede ser llevada a cabo tanto por entidades privadas como públicas, que facturan directamente al paciente o a la aseguradora correspondiente, de acuerdo con las tarifas acordadas. Es en las entidades públicas cuando este caso tiene interés desde el punto de vista del análisis de la interacción público-privado.

Los ejemplos de esta modalidad son abundantes, desde la atención urgente por accidentes de tráfico en los centros públicos, los acuerdos con las mutuas de accidentes de trabajo o las aseguradoras relacionadas con MUFACE en los lugares con escasez de oferta, hasta en las consultas de odontología o podología en algunos centros de atención primaria.

Provisión de servicios de cobertura privada para prestaciones concurrentes por una entidad pública

A diferencia del caso anterior, aquí nos referimos a la provisión de servicios por prestaciones que están incluidas en la cartera de servicios de cobertura pública pero en los que la persona afectada escoge una atención con cobertura privada, ya sea para elegir el profesional o el centro, o bien para evitar el tiempo de espera que puede encontrar en los servicios de cobertura pública. Cuando esta atención es ofrecida por entidades de derecho público, además de las cuestiones relacionadas con la transferencia de riesgos, confiabilidad, competencia entre entidades o conflictos de intereses públicos-privados que hay que tener en cuenta en todas las modalidades apuntadas anteriormente, se añade el aspecto del control de la posible repercusión en la propia actividad de cobertura pública que tiene encargado por definición el centro público, al ser opciones sustitutivas.

Un caso paradigmático de esta modalidad sería el de Barnaclinic, entidad para la atención privada creada en el entorno del Hospital Clínico de Barcelona. Otras entidades también han desplegado esquemas de oferta privada donde ejercen los profesionales del propio centro o profesionales con convenio, atendiendo a pacientes particulares o por cuenta de seguros voluntarios.

3. ¿Qué sabemos de los resultados?

Desafortunadamente, los estudios sobre los resultados en las diferentes formas de interacción son escasos y, en general, poco concluyentes en cuanto a la evidencia de las ventajas de unas respecto a las otras.^{8,9}

En el caso de la provisión de servicios descentralizada de Cataluña, es cierto que año tras año se han evaluado los objetivos incluidos en los contratos, lo que ha permitido ir mejorando o centrando la formulación de los objetivos de los períodos subsiguientes, pero, en general, han sido objetivos de proceso más que de resultados. También, se han hecho ejercicios de *benchmarking* entre los equipos de atención primaria¹⁰ y dos estudios de evaluación de los modelos de provisión de servicios de atención primaria, el último referido al año 2006.¹¹

Otra aproximación a la evaluación de los diferentes modelos de gestión, comparando los hospitales de gestión directa pública con los que tienen otras formas de gestión dentro del SNS, es el informe IASIST, el cual observa que los hospitales con otras formas de gestión hacen una utilización más eficiente de los recursos estructurales, tienen una productividad más alta de los recursos humanos, son más eficientes en coste unitario de producción y no hay diferencias en la calidad. Tal y como reconocen los propios autores, hay que tener presentes las limitaciones del estudio, fundamentalmente el hecho de que se basa en la participación voluntaria de una serie de hospitales.¹²

En cuanto a la evaluación de las experiencias de concesión de gestión integral en la Comunidad Valenciana, a pesar de que se observan costes inferiores por proceso, cuando los datos se agregan a nivel poblacional no se puede concluir que haya una mayor eficiencia en este modelo y, en todo caso, se identifican márgenes de mejora tanto en las áreas con gestión directa como en las que se gestionan con concesión.¹³

A nivel internacional, los estudios se centran prácticamente en el análisis de las fórmulas PFI, con resultados diversos y no concluyentes, aunque en determinados casos se ha observado un coste superior, debido básicamente a los costes financieros, que pueden redundar en una menor calidad.^{14,15,16}

Finalmente, cabe decir que la Central de Resultados del Observatorio del Sistema de Salud de Cataluña¹⁷ aporta indicadores que pueden ser útiles para evaluar los resultados de forma comparativa. Una primera lectura sirve para poner en duda los apriorismos de que la gestión privada es más eficiente pero menos interesada en la calidad y la gestión directa pública es de más calidad sin importarle la eficiencia.

En cualquier caso, las reflexiones más sensatas sobre la gestión privada de la sanidad pública nos señalan que no debe ser una cuestión de ideología sino de quien consigue mejor eficiencia social, que no hay soluciones universales sino óptimos locales y que no importa tanto el modelo de gestión en abstracto sino cómo se gestiona.^{18,19}

4. Aspectos clave que intervienen en las diferentes formas en que se plasma la interacción público-privado

Finalmente, desde la perspectiva de la observación de diferentes realidades parece oportuno destacar los aspectos que aparecen como más críticos para evaluar las ventajas, beneficios y riesgos inherentes en las diferentes formas de interacción público-privado y en su utilización:

- Separación de funciones y transferencia real de riesgo entre instituciones.
- Capacidad de fijar objetivos y de control por parte de la Administración.
- Confiabilidad entre las partes contratantes.
- Efectos perversos de la relación (rescate, alargamiento del periodo de concesión, captura del regulador).
- Contradicción de intereses en la perspectiva de la eficiencia de gestión y la eficiencia social.
- Tentación de actuar exclusivamente para desplazar el déficit de la contabilidad pública.
- Competencia con desigualdad de condiciones entre entidades públicas y privadas.
- Equidad en la gestión de prestaciones concurrentes de cobertura pública y privada.
- Normas de buen gobierno y de responsabilidad social corporativa.

Notas

1. López Casanovas, G., *El interfaz público-privado en sanidad*, Barcelona, Masson, 2003.
2. Comisión de las Comunidades Europeas. *Llibre verd sobre la col·laboració publicoprivada i el dret comunitari en matèria de contractació pública i concessions*, Bruselas, 2004. http://economia.gencat.cat/web/.content/70_contractacio_jcca/documents/regulacio_juridica/libre-verd-cpp.pdf.
3. ESADE. IGDP. *Programa Partners 6*. Prólogo de F. Longo. 2011. http://itemsweb.esade.es/idgp/Programa%20PARTNERS_Relat%206.pdf.
4. CatSalut, *Memòria d'activitat 2013*. http://catsalut.gencat.cat/web/.content/minisite/catsalut/coneix_catsalut/memories_activitat/memories_catsalut/2013/memoria_catsalut_2013.pdf.
5. CatSalut, *Central de Balanços 2012*. http://catsalut.gencat.cat/ca/coneix_catsalut/informacio_economica/central_balancos/.
6. Ley 30/2007, de 30 de octubre, de Contratos del Sector Público. BOE 261, 31.10.2007.
7. Reglamento (UE) 549/2013 del Parlamento Europeo y del Consejo de 21 de mayo de 2013 relativo al Sistema Europeo de Cuentas Nacionales y Regionales de la Unión Europea. Diario Oficial de la Unión Europea. L 174. 26.6.2013.
8. Blog *Nada es Gratis*. Serie de artículos sobre gestión pública o privada de servicios sanitarios. <http://nadaesgratis.es/?p=27213>.
9. Sanchez, F. I.; Abellán, J. M.; Oliva, J. *Gestión pública y gestión privada de servicios sanitarios públicos: más allá del ruido y la furia, una comparación internacional*. Real Instituto Elcano. Documento de trabajo 4/2013. http://www.realinstitutoelcano.org/wps/portal/rielcano/content?WCM_GLOBAL_CONTEXT=/elcano/elcano_es/zonas_es/dt4-2013-sanchez-abellan-oliva-servicios-sanitarios-publicos.
10. CatSalut. *Benchmarking del Equipo de Atención Primaria de la Región Sanitaria de Barcelona*. http://catsalut.gencat.cat/ca/catsalut_territori/barcelona/coneix_rs_barcelona/indicadors/benchmarking.

11. Departamento de Salud. Institut d'Estudis de la Salut. *Avaluació dels models de provisió de serveis d'atenció primària a Catalunya*, 2006. <http://www.gencat.cat/salut/ies/html/ca/dir2629/informefinal.pdf>.
12. IASIST. *Evaluación de resultados en los hospitales de España según su modelo de gestión*, 2012. http://www.iasist.com.es/files/Modelos_de_gestion.pdf.
13. Peiró S.; Meneu R. "Eficiencia en la gestión hospitalaria pública: directa vs privada por concesión". Blog *Nada es Gratis*. <http://nadaesgratis.es/?p=27263>.
14. European Commission. *Expert Panel on Effective Ways of Investing in Health. Health and Economic Analysis for an evaluation of the Public-Private Partnerships in Health Care Delivery across Europe*, 2014. http://ec.europa.eu/health/expert_panel/opinions/docs/003_assessments-tudyppp_en.pdf.
15. Barlow, J.; Roehrich, J.; Wright, S. "Europe Sees Mixed Results From Public-Private Partnerships for Building And Managing Health Care Facilities And Services", *Health Affairs*, 2013; 32(1):146-154.
16. McKee, M.; Edwards, N.; Atun, R. «Public-private partnerships for hospitals». *Bulletin of the World Health Organisation*, 2006; 84: 890-896.
17. Agencia de Calidad y Evaluación Sanitarias. Observatorio del Sistema de Salud de Cataluña. *Informes de la Central de Resultats*. http://observatoriSalut.gencat.cat/ca/central_de_resultats/informes_cdr/dades_actuales/.
18. González López-Valcárcel, B. "La gestión privada de la sanidad pública ¿una huida hacia delante?" Blog *Nada es Gratis*. <http://nadaesgratis.es/?p=27591>.
19. Ortún V. "Gestión pública – gestión privada de la Sanidad en España. Vías de avance", *Economía y Salud*, 76, 2013. <http://www.aes.es/boletines/news.php?idB=17&idN=1241>.

Autores

- Victòria Camps Cervera, presidenta de la Fundación Víctor Grífols i Lucas y catedrática de Filosofía Moral de la Universidad Autónoma de Barcelona.
- Guillem López Casasnovas, catedrático de Economía de la Universidad Pompeu Fabra de Barcelona. Universidad Pompeu Fabra y Centro de Investigación en Economía y Salud.
- Ángel Puyol, profesor titular de Filosofía Moral de la Universidad Autónoma de Barcelona.
- Josep Fusté, economista y geógrafo. Máster en Economía de la Salud y Gestión Sanitaria. Director de análisis económico, estudios y prospectiva. La Unió: asociación de entidades sanitarias y sociales.

Títols publicats / Títulos publicados

Quaderns de Bioètica

- 35. *Treinta años de técnicas de reproducción asistida*
- 34. *Ética de la comunicación corporativa e institucional en el sector de la salud*
- 33. *Alcance y límites de la solidaridad en tiempos de crisis*
- 32. *Ética y salud pública en tiempos de crisis*
- 31. *Transparencia en el sistema sanitario público*
- 30. *La ética del cuidado*
- 29. *Casos prácticos de ética y salud pública*
- 28. *La ética en las instituciones sanitarias: entre la lógica asistencial y la lógica gerencial*
- 27. *Ética y salud pública*
- 26. *Las tres edades de la medicina y la relación médico-paciente*
- 25. *La ética, esencia de la comunicación científica y médica*
- 24. *Maleficencia en los programas de prevención*
- 23. *Ética e investigación clínica*
- 22. *Consentimiento por representación*
- 21. *La ética en los servicios de atención a las personas con discapacidad intelectual severa*
- 20. *Retos éticos de la e-salud*
- 19. *La persona como sujeto de la medicina*
- 18. *Listas de espera: ¿lo podemos hacer mejor?*
- 17. *El bien individual y el bien común en bioética*
- 16. *Autonomía y dependencia en la vejez*
- 15. *Consentimiento informado y diversidad cultural*
- 14. *Aproximación al problema de la competencia del enfermo*

- 13. *La información sanitaria y la participación activa de los usuarios*
- 12. *La gestión del cuidado en enfermería*
- 11. *Los fines de la medicina*
- 10. *Corresponsabilidad empresarial en el desarrollo sostenible*
- 9. *Ética y sedación al final de la vida*
- 8. *Uso racional de los medicamentos. Aspectos éticos*
- 7. *La gestión de los errores médicos*
- 6. *Ética de la comunicación médica*
- 5. *Problemas prácticos del consentimiento informado*
- 4. *Medicina predictiva y discriminación*
- 3. *Industria farmacéutica y progreso médico*
- 2. *Estándares éticos y científicos en la investigación*
- 1. *Libertad y salud*

Informes de la Fundació

- 5. *La ética y la biología sintética: cuatro corrientes, tres informes*
- 4. *Las prestaciones privadas en las organizaciones sanitarias públicas*
- 3. *Clonación terapéutica: perspectivas científicas, legales y éticas*
- 2. *Un marco de referencia ético entre empresa y centro de investigación*
- 1. *Percepción social de la biotecnología*

Interrogants ètics

- 3. *La subrogación uterina: análisis de la situación actual*
- 2. *Afectividad y sexualidad. ¿Son educables?*
- 1. *¿Qué hacer con los agresores sexuales reincidentes?*

Per a més informació: www.fundaciongrifols.org

FUNDACIÓ
VÍCTOR
GRÍFOLS
i LUCAS

