

PRIVATIZANDO LA GESTIÓN SANITARIA: ¿EXISTE UNA VERDADERA Y LIBRE COMPETENCIA?

A raíz del anuncio por parte del Consejo de Gobierno de la Comunidad de Madrid de la “externalización de la gestión sanitaria” de 6 hospitales y 10 centros de Salud se ha generado en la opinión pública un gran debate sobre si la gestión privada es mas eficaz que la gestión pública y este es un debate estéril, pues la gestión de lo privado no es en si misma mas eficiente que lo público; como en cualquier actividad humana dependerá de la diligencia de las personas implicadas en su desarrollo independientemente del sector al que pertenezcan.

La gran diferencia es que la ineficiencia en el sector privado no es sostenible en el tiempo porque el mercado penaliza y castiga severamente el ineficaz uso de los recursos y, en la teoría económica, siempre que pasa eso, la empresa entra en pérdidas y suele ser desplazada por empresas más eficientes.

Este posicionamiento económico teórico apoya que el llamado sistema público debe minimizar su tamaño y presencia y que ha de estar limitado a actividades que cumplan las siguientes condiciones:

- Sean repudiadas por la iniciativa privada por su complejidad, tamaño de la inversión necesaria y/o falta de rentabilidad.
- Aporten un beneficio al conjunto de la sociedad y no solo a ciertos individuos y grupos.
- Que estén fundamentadas en la mejora de las bases sobre las que se sustenta el sistema de convivencia social y político.
- Deben contar como necesidad imperiosa con una gestión fiscalizable y transparente al conjunto de los ciudadanos que, a través de sus impuestos, se convierten en los inversionistas finales de la misma.

Así pues el verdadero objeto del debate debería ser si la salud en si misma debe ser objeto de subsidiaridad estatal como elemento vertebrador de la sociedad como lo son el ejercito, el judicial, energético, ... o bien es un producto mas del mercado en el que el ciudadano decide libremente comprar sin que nadie le fuerce a ello.

La Constitución Española de 1978 establece en el Título I. (De los derechos y deberes fundamentales), Capítulo tercero (De los principios rectores de la política social y económica), Artículo 43:

1. Se reconoce el derecho a la protección de la salud.
2. Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto.
3. Los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria, la educación física y el deporte. Asimismo facilitarán la adecuada utilización del ocio.

La salud es un derecho protegido por la Constitución pero no existe una definición legal; lo mas aproximado es la firmada en Nueva York el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 países en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud y que la define como “un estado de completo bienestar físico, mental y el bienestar social y no meramente la ausencia de afecciones o enfermedades”, por cierto, esta definición no ha sido modificada desde 1948.

Así pues nos encontramos en una encrucijada, por un lado un derecho protegido por nuestra carta magna y por otro una total indefinición legal del derecho protegido con unos costes socioeconómicos muy importantes. La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, tuvo como objetivo primordial establecer la estructura y el funcionamiento del sistema sanitario público en el nuevo modelo político y territorial que deriva de la Constitución de 1978.

En esta ley se establecían los Titulares de este derecho y que los poderes públicos debían orientar sus políticas de gasto sanitario en orden a corregir desigualdades sanitarias y garantizar la igualdad de acceso a los servicios sanitarios públicos en todo el territorio español, reservando como competencia exclusiva del Estado la sanidad exterior y las relaciones y acuerdos sanitarios internacionales.

En cada Comunidad Autónoma se constituye un servicio de salud integrado por todos los centros, servicios y establecimientos de la propia Comunidad, Diputaciones y Ayuntamientos y cualesquiera otras Administraciones territoriales intracomunitarias, que está gestionado bajo la responsabilidad de la respectiva Comunidad Autónoma.

Una vez completada la descentralización el 28 de mayo de 2003 se publicó en el Boletín Oficial del Estado la Ley 16/2003, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. Este nuevo texto legal pretendía convertirse en la referencia para la organización del sistema sanitario español en las nuevas condiciones de descentralización completa de su gestión a la luz de la experiencia habida desde la aprobación de la Ley General de Sanidad. Es bajo este marco legal donde se establecen las acciones de coordinación y cooperación de las Administraciones públicas sanitarias como medio para asegurar a los ciudadanos el derecho a la protección de la salud, con el objetivo común de garantizar la equidad, la calidad y la participación social en el Sistema Nacional de Salud.

Parece claro por la cantidad de legislación existente que la salud es un derecho fundamental de los españoles y que las administraciones públicas deben velar por cumplir los preceptos establecidos en la carta magna y así lo ha manifestado el equipo de gobierno de la Comunidad de Madrid al explicar que no se trata de privatizar unos hospitales por que la titularidad de los mismos seguirá siendo pública sino de privatizar la gestión sanitaria por lo que para poder avanzar en el razonamiento resulta del todo necesario profundizar en la actividad privada en relación con la salud.

En el sector sanitario debemos distinguir tres mercados diferenciados:

- 1) Asistencia sanitaria a través de la red asistencial de los sistemas sanitarios al amparo del desarrollo encomendado en la carta magna.
- 2) Asistencia sanitaria del sector seguros de salud.
- 3) Asistencia sanitaria privada derivada de concesiones delegadas por las administraciones públicas.

Probablemente cuando se habla de “medicina privada” el pensamiento que viene a la población en general es el de las entidades aseguradoras de salud: SANITAS, ASISA, ADESLAS, AXA,..., que ofrecen sus productos de cobertura sanitaria. Estas empresas no obtienen los beneficios empresariales como proveedores de salud sino en la gestión de los ingresos provenientes de las pólizas de sus asegurados (directos e individuales o colectivos, como en el caso de MUFACE) y este es el matiz mas importante pues cada póliza se realiza de forma individual con el correspondiente cálculo actuarial en función de los factores de riesgo del cliente llegando en casos a no asegurar a pacientes con una alta siniestralidad o bien que la póliza resultante sea inasumible por el cliente.

Ninguna empresa de este ramo asumiría la “salud” de sus asegurados sin realizar un cálculo actuarial previo, cosa que no pueden hacer los servicios sanitarios públicos que deben asumir esa siniestralidad por el simple hecho de ser beneficiario reconocido en el sistema sanitario.

Por lo tanto cuando hablamos de gestión privada de los centros públicos no debemos tener en mente estas entidades privadas ya que hemos desarrollado que la “gestión privada de la salud” no es su negocio, sino la gestión financiera de la siniestralidad de las pólizas. ¿de que “gestión privada” hablamos entonces?

Existen centros privados asistenciales que deben mantener unos costes estructurales derivados de su actividad y que al no alcanzar el umbral de rentabilidad con las entidades aseguradoras de salud recurren a ofertar su estructura como complemento a los Servicios públicos de Salud perfeccionando así su cuenta de resultados. Esta cesión se realiza bajo un modelo de concesión temporal con unos precios pactados entre las partes pero sin un control de los productos intermedios de salud ni del resultado final pues ya hemos visto que no existe una definición legal del objeto concesionado , la salud.

El Consejero de Sanidad de la Comunidad de Madrid , Sr. Fernández Lasquetty, ha manifestado en medios de comunicación que estas medidas que se adoptan derivan de un déficit de financiación por parte del estado central y que se toman para garantizar la continuidad del sistema sanitario. Toda injerencia de lo público en la gestión de cualquier actividad de mercado ya sea por un fin loable o claramente pernicioso, no hace más que manipular las reglas naturales de su funcionamiento y no hay privatización exitosa posible si esta se lleva a cabo por gestores públicos y por fines distintos a la reorganización del Mercado.

Llama la atención que vayan a ser objeto de licitación y concesión precisamente aquellos que , atendiendo a los datos oficiales de la Consejería de Madrid, son mas eficientes con un gasto per capita menor incluso que los hospitales de “gestión privada”.

Hospital	Población	€/por persona 2012
Hospital de Vallecas (Infanta Leonor)	291.757	353
Hospital del Sureste (Arganda)	164.256	367
Hospital del Norte (Infanta Sofia)	283.714	381
Hospital del Sur Parla (Infanta Cristina)	185.708	385
Hospital del Tajo	73.691	443
Hospital del Henares	170.199	451
Hospital de Valdemoro (Infanta Elena) privado	99.698	461
Fundación Jimenez Diaz (privado)	428.022	507
Hospital de Mostoles (privado)	180.000	529
Hospital de Torrejon (privado)	136.000	559

Pero aún aceptando que los números oficiales estén confundidos y haya partidas no contempladas ¿por qué privatizar los mas eficientes? Si realmente es así ¿por qué no someter a concesión aquellos centros menos eficientes?

Quizá la respuesta a este interrogante sea que al ser centros mas eficaces el riesgo que asume la empresa concesionada es menor y así se garantiza el margen de beneficio necesario para que el sector privado participe en este proceso de “externalización”.

La pregunta necesaria en este momento es ¿habrá compradores interesados?, y si los hay ¿por qué asumir riesgos de una actividad asistencial supuestamente ineficiente?

¿realmente este proceso de “privatización” se va a regir por los principios de competencia que deben existir en un mercado libre?

En lo relativo a servicios sanitarios la Comisión Nacional de la Competencia (Organización estatal independiente) considera que existe un mercado diferenciado entre la sanidad de libre elección (aseguradoras de productos de salud) y el de las concesiones de la pública. En este escenario en el que existe un único mercado de la sanidad pública gestionada de manera privada en la comunidad de Madrid, donde se van a conceder 6 licencias es muy posible que no exista competencia alguna por lo que los supuestos beneficios que reporte serán nulos.

A lo largo del presente escrito se ha debatido sobre si la salud es un derecho protegido por la salud, se han descrito los agentes de la sanidad privada y argumentado sobre la aparente eficiencia de los centros que van a ser objeto de licitación y por tanto innecesaria medida.

Corresponde a los políticos , en el ejercicio de la función de gobierno, el tomar las decisiones que corresponda y ya responderán frente a la ciudadanía en las siguientes elecciones a las que concurran pero como ciudadanos debemos exigir desde el minuto cero y de forma inmediata que si persisten en la idea de “privatizar” unos centros oficialmente “eficientes” el proceso sea totalmente transparente, con controles de calidad públicos y conocidos de los productos intermedios y finales de salud pero sobre todo garantizando que se den las circunstancias de competencia que rigen los mercados y en los que se sustenta la teoría económica bajo la que se quiere amparar este movimiento privatizador.