

CARTA DE UN USUARIO DE LA SANIDAD, CIUDADANO Y PACIENTE, TRABAJADOR DEL SECTOR PRIVADO DE LA CONSTRUCCIÓN

A raíz de la polémica que ha despertado el denominado “Plan de Sostenibilidad de la Sanidad pública madrileña”, promovido por el Gobierno de la Comunidad de Madrid, me gustaría compartir algunas reflexiones para intentar clarificar a qué modelo se está pretendiendo llegar, sin caer en el simplismo de “privatización sí” o “privatización no”.

Lo primero que me gustaría aclarar es que las reflexiones que siguen a continuación las he formulado pensando exclusivamente en el consumidor, es decir, en el paciente. Obviamente, el personal sanitario, médicos, enfermeros/as y auxiliares, aparte de los argumentos aquí descritos, está luchando también por su condiciones laborales - sobre todo estabilidad, no sueldo - pero esta es otra batalla en la que no voy a entrar.

EL MODELO

Lo que la Sanidad Pública madrileña va a hacer en los 6 nuevos hospitales es otorgarles una concesión administrativa mediante la cual la gestión integral de los mismos (servicios sanitarios y no sanitarios) será completamente privada, permaneciendo la titularidad en manos de la Administración pública. Para que se entienda, piénsese que es un modelo muy similar al que se sigue con las autopistas de peaje españolas, se les concede la gestión a una empresa privada durante un número de años (25 o 30), a cambio de su explotación (ingresos por peajes) y su mantenimiento (costes). La autopista es rentable si al finalizar los 30 años de concesión los ingresos han sido superiores a los costes. El pacto con los concesionarios privados de autopistas no se limita solo a los ingresos que pueden cobrar por tipo de vehículo, sino que existe un Pliego de Condiciones de Calidad muy estricto sobre los parámetros de conservación de la autopista (firme, señalización, etc.).

En los 6 hospitales cuya gestión se quiere privatizar, tal y como ocurre con los que nacieron privados, (Valdemoro, Móstoles y Torrejón) se van a subcontratar "procedimientos" sanitarios (ej.: una sesión de diálisis, un parto, etc), digamos que les pide que fabriquen un producto (o provean un servicio). El gran problema es que no exige el cumplimiento de unos Pliegos de Condiciones de Calidad o Protocolos de Actuación estrictos y bien definidos para fabricar ese producto:

1. No existen ratios de nº médicos/paciente o nº enfermeras/paciente como sí existen en la pública (obligatorios). Hay menos enfermeras y peor pagadas, pero en lo que importa al paciente, hay menos
2. Los tratamientos reglados (ej.: sesión de diálisis) tienen una duración más reducida, por la necesidad de incluir el mayor número de pacientes por día con una misma máquina, para aumentar su rentabilidad.
3. La concesionaria privada NO aceptará procedimientos complejos a precio cerrado, porque no controla los riesgos, es decir, la duración y el coste.
4. La concesionaria privada NO aceptará pacientes complejos, por enfermedad o por edad, porque no resultarán rentables. La administración pública no se los “asignará”. El coste por paciente será consecuentemente menor en un hospital privado que en uno público donde se atienden pacientes de alta complejidad. La comparación queda por tanto invalidada.

LA FÓRMULA ECONÓMICA DE LA RENTABILIDAD

En definitiva, la concesionaria privada cuenta con un presupuesto de venta (pactado con la pública) y unos costes a optimizar. La resta es el beneficio. Menos costes = más beneficio.

En otras palabras, para que la operación resultase interesante para la Consejería de Sanidad de Madrid, debería ocurrir lo siguiente:

[(Coste+Beneficio) con gestión privada en concesión] menor que [(Coste) con gestión pública]

Es sencillo, del Coste público actual hay que sustraer el Beneficio privado y algo más; ese algo más es imprescindible para que la fórmula resulte más económica a la Consejería de Sanidad. Si no es así la Consejería no estaría engañando a todos porque le costaría aún más caro que ahora ¿verdad? ¿de dónde va a sacar la concesionaria privada estas 2 “mordidas”? De la calidad del servicio ofrecido.

REFLEXIONES

1. En nada de lo anterior hay ninguna carga ideológica, es la pura lógica de las reglas del juego de las empresas privadas. No pasa nada. Es así. En otros sectores de consumo, en los que hay un número suficiente de competidores funciona bien. El precio está ajustado por la competencia y la calidad es buena en aquellas empresas que quieren subsistir a largo plazo. Pero esto es cierto en negocios privados, no concesiones, donde todo el beneficio y también todo el riesgo es para el empresario, y si va mal sencillamente quiebra y se hunde
2. Las Concesionarias privadas no tienen culpa de nada de esto. Es su naturaleza actuar así y decidir qué negocios aceptan y en qué condiciones, ¡solo faltaba!. De hecho, aunque nunca he sido usuario de seguros privados de sanidad, parece que hay un consenso general en que, para dolencias menores, casi siempre es más interesante acudir a la privada (Sanitas, Adeslas), porque te atiende directamente el especialista y mucho antes. Ojo, te atienden antes porque el procedimiento está pagado aparte por el usuario individual (aparte de su cotización a la SS y sus impuestos obligatorios), y porque consecuentemente hay menos usuarios (no todos se lo pueden permitir).
3. El 100% de la responsabilidad es para la administración pública, que es quien privatiza. La Sanidad NO se puede privatizar, al menos si el paciente quiere que le atiendan con criterios estrictamente médicos. Esta es la clave.

Es evidente, y esto tampoco tiene carga ideológica, que un médico trabajando en una clínica privada, tiene el mandato de optimizar el coste (y así es observado/evaluado por sus gerentes), con la única limitación de no cometer negligencia médica. Aquí hay un margen más que razonable para no suministrar al 100% la atención que la ciencia médica (el criterio médico) puede proveer

4. Claro que el coste medio por paciente será menor subcontratando a la privada, pero porque el servicio ofrecido (el producto vendido) es de inferior calidad (un Mercedes es más caro que un Renault de igual gama). Si con todo lo anterior (pre-selección de pacientes “no complejos”, tratamientos no equiparables, no exigencia de ratios de personal, etc) el coste no fuese menor, obviamente se les estaría yendo la mano con el beneficio.
5. En el caso de que, a mitad de camino, la concesionaria “descubra” que no va a obtener rentabilidad del negocio en el que se ha metido, actuará exactamente igual que han actuado las autopistas de peaje madrileñas (recordemos que el modelo de concesión es el mismo): darán suspensión de pagos, y a la administración titular de la concesión, la Consejería de Sanidad, no le quedará más remedio que acudir al rescate, no tiene elección, porque es intrínsecamente un servicio público, no un negocio privado, y por tanto no lo puede dejar caer (igual que no se puede dejar “abandonada”

una autopista, aunque exista una carretera convencional pública alternativa). La concesionaria no corre riesgos, solo obtiene beneficios mientras le vaya bien.

6. Aunque les fuese bien, si este proceso culmina, es difícilmente reversible: (1) porque parece complicada una futura re-nacionalización o expropiación y (2) porque aunque se re-nacionalizase, los equipos médicos de cada Servicio que se generaron al amparo de los criterios públicos han quedado fragmentados/troceados por los criterios privados (minimizar sueldos y nº de personal)
7. Dejemos de hablar de “rentabilidad” de la Sanidad pública, es un concepto absurdo que no tiene ningún sentido económico. Ningún servicio público tiene rentabilidad económica (ejemplos, sanidad, educación, parques y jardines, viario público, etcétera). Aquí simplemente Gasto Público = Coste Incurrido anual.

Solo se puede decir si el coste incurrido es alto o no, comparada con otras sanidades públicas equiparables de otros países. Lo que tiene que hacer la Admón. Pública es controlar que estos costes anuales no se disparen, que no haya derroches (medicamentos, materiales consumibles, etc...), que el presupuesto anual en Sanidad no crezca por encima del IPC (por decir algo, quizá deba usarse otro parámetro), etc

Pero al no haber un precio de venta (nadie vende nada a nadie), no existe la ecuación “Beneficio = P.Venta – Costes”. Esto solo existirá cuando se cedan los hospitales en concesión a la privada.

8. Por último, no se puede decir que la Sanidad pública española es “cara” si no se aportan datos comparativos de otras sanidades públicas europeas con un modelo similar. Cierto que hay gran escasez de presupuesto, entre otras cosas porque no se recorta nada en estructuras administrativas y por tanto en políticos, pero si existiera un interés real en mantener el modelo público actual (es decir, primero el criterio del médico por encima del beneficio puro), es obvio que lo que hay que hacer es negociar con todos los profesionales sanitarios dónde se pueden ahorrar costes. Pero esto es complicado, requiere esfuerzo y tiempo.

Y sí, buceando solo un poco en la prensa y artículos publicados, parece claro que los compradores están pre-pactados desde antes de sacar el decreto de "Sostenibilidad de la Sanidad" (no solo CAPIO o RIBERA SALUD, sino también otros compradores extranjeros). La decisión estaba tomada sin consultarla previamente con ningún profesional del sector sanitario.

Todos somos enfermos potenciales y queremos lo mejor cuando nos pase algo. Mi reflexión final es que ese “lo mejor” es simple y llanamente que se nos aplique la ciencia médica actual con el criterio exclusivo del profesional que domina esa ciencia, que es el médico. Esto no es viable en un modelo de gestión privada.