

Recursos privados en organizaciones públicas: consideraciones éticas, jurídicas y económicas

¿Es deseable y factible generar recursos privados en centros sanitarios públicos? El caso Barnaclinic, en el seno de la Corporació Sanitària Clínic de Barcelona, es el referente de este nuevo sistema. Un informe ha explicitado los argumentos económicos, jurídicos y éticos que pueden permitir evaluar la manera de integrar las prestaciones privadas en el sistema sanitario público. Económicamente, uno de los aspectos apunta a que una parte significativa de los ingresos de la atención privada pueden revertir en la atención pública. Las cuestiones jurídicas podrían no ser una barrera insalvable. A nivel ético, este sistema debe garantizar la equidad en la atención y procurar que la diversificación en las prestaciones no produzca disfunciones en un estado que considera básicos los derechos sociales. En cualquier caso, la propuesta es novedosa y controvertida.

Carlos B. Rodríguez, ReES



La cuestión relativa a la capacidad de generar recursos privados en centros públicos ha sido objeto de debate en el seno del Consejo Asesor del Ministerio de Sanidad y Consumo en diferentes documentos internos, así como en las diferentes revisiones efectuadas del nuevo anteproyecto de estatuto del Instituto Catalán de la Salud. Existe, de hecho, un referente claro en este medio, el caso Barnaclinic, en el seno de la Corporació Sanitària Clínic de Barcelona, y se contempla como iniciativa en otros organismos, como la Corporació Sanitària Parc Taulí, el Hospital Sant Joan de Déu y el Grupo Mútua de Terrasa.

“Las prestaciones privadas en las organizaciones sanitarias públicas” es un documento de la Fundación Víctor Grifols i Lucas. Elaborado por la presidenta de esta institución, Victòria Camps; el catedrático de Economía de la Universidad Pompeu Fabra Guillem López y el profesor titular de Filosofía Moral de la Universidad Autónoma de Barcelona Ángel Puyol, el objetivo de este trabajo ha sido analizar y evaluar una realidad emergente en nuestro país: las prestaciones privadas en las organizaciones sanitarias públicas, considerando las dimensiones económicas, éticas y políticas que plantea en el seno de un sistema sanitario que tiene que compatibilizar la equidad y la sostenibilidad. Éstas son sus conclusiones.

Consideraciones económicas

Para ser eficiente, una institución debe utili-

zar plenamente los equipamientos que los órganos de gobierno ponen a su disposición. De otra manera, las deficiencias de una insuficiente utilización del capital financiado públicamente privarían a la institución de un beneficio económico que podría obtenerse sin detrimento de sus propias finanzas. El hecho de que dicho ingreso no se obtenga, por las razones que sea, impone una carga innecesaria al contribuyente, ya sea bajo la forma de menos servicios, ya por el pago de más impuestos.

Se podría interpretar que resulta incoherente que en el sistema público se disponga de capacidad ociosa cuando se observa un exceso de demanda y diferentes niveles de espera para acceder a determinados servicios. Esta confusión proviene de no apreciar que la lógica de la lista de espera en el sistema público tiene que ver con la financiación pública efectiva de la oferta asistencial disponible, y no con la oferta existente y su capacidad productiva. En otras palabras, si en la sanidad pública hay listas de espera es porque no hay financiación suficiente para poder satisfacer todas las demandas de servicios y no porque no se disponga de suficiente capacidad para producir estos servicios.

Por otro lado, en una sociedad democrática, lo que no se oferta públicamente no debería prohibirse. Históricamente, el país que más obstáculos ha puesto a la potencial coexistencia del marco asistencial público y privado es

Canadá, pero incluso la Corte Suprema canadiense ha establecido claramente que el acceso a la oferta privada no se puede prohibir si el sector público no garantiza un acceso "adecuado" a los servicios públicos.

Es preciso tener en cuenta, además, la tendencia universal a una mayor presencia de prestación complementaria en los servicios públicos, y al hecho de que los servicios públicos diferencien entre prestaciones necesarias o básicas y aquellas que no lo son, de manera que se tiende a no financiar servicios sin una efectividad terapéutica probada y/o una relación coste-eficacia superior a otras alternativas disponibles.

El punto clave, por tanto, es decidir cuáles son las prestaciones básicas de la asistencia pública y los derechos de los usuarios a su acceso y cuáles los servicios secundarios a dichas prestaciones básicas no reconocidos como básicos, así como qué prestaciones complementarias adicionales se ofrecen a éstas. En cuanto a qué servicios suministrar, se pueden distinguir dos categorías: por un lado, las comodidades hoteleras en los hospitales, una mayor capacidad de elección de médico o de acceso a una segunda opinión clínica, y la flexibilidad de horarios de prestación de servicios; por otro, el acceso a servicios privados, inclusive de todas aquellas prestaciones cubiertas públicamente, pero fuera del horario de atención pública del mismo centro público y por parte del equipo médico prevalente.

En cuanto a cómo se suministran los servicios, se puede considerar tanto el pago directo en el momento de acceso como a través de alguna prima de seguro complementario abonada anticipadamente. En ambos casos, esto implica la aceptación informada por parte del beneficiario de las condiciones de la oferta, de los requisitos de acceso, del nuevo marco de responsabilidades generado en torno a una provisión no pública y un control desde la gerencia pública y con responsabilidad política de ésta ante los patronatos u órganos de gobierno de los que depende.

Consideraciones jurídicas

Las actuaciones citadas en este estudio requieren un encaje jurídico en dos supuestos. El primero se refiere a los centros que sólo han prestado asistencia sanitaria de cobertura pública y que, de acuerdo con su naturaleza jurídica, pasen a extender simultáneamente los mismos servicios para pacientes privados. No parecen existir problemas a nivel jurídico, si bien las condiciones de prestación y el sistema de acceso se limitan a pacientes que no dis-

ponen de cobertura pública y en unas condiciones que deben ser idénticas, con independencia de la condición con la que acceden a los servicios.

El segundo supuesto se refiere a los centros que, aun no produciendo directamente por sí mismos y con sus propias plantillas esos servicios privados, puedan arrendar sus dependencias, instalaciones y/o equipamientos a terceros para la prestación sanitaria en régimen privado. Tampoco en este caso parecen surgir problemas, salvo si ese destino no va en detrimento del servicio público sanitario.

En cualquier caso, mejoraría la percepción pública de una iniciativa privada como la propuesta en este estudio si se delimitara claramente la oferta privada de la pública, ya sea en espacios o en régimen horario. Si fuera así, la regulación jurídica de la situación podría reconducirse más fácilmente a una modalidad de alquiler de espacios que, por lo demás, son de uso público, pero que marginalmente, en su capacidad ociosa (espacio o tiempo), se arrendarían a la iniciativa privada a cambio de un canon que precisamente sufragaría parte del déficit de recursos que no cubre el propio demandante público.

Fuera del caso concreto de la Corporació Sanitària Clínic, la extensión de las posibilidades de ofertar servicios privados al resto de centros públicos desde equipamientos afectados al uso público requeriría, a juicio de algunos autores, una modificación del Convenio tipo del CatSalut por acuerdo de Gobierno, que permitiera el acto de disposición (la cesión, el alquiler, etc.) necesario para hacer viable la nueva entidad privada que se pudiera crear.

Un tercer supuesto, distinto a los anteriores, se refiere a la generación implícita o explícita de competencia desleal con otros centros sanitarios de naturaleza, régimen de prestación y financiación estrictamente privados. Dicha queja se basaría en supuestas condiciones de privilegio cuando, desde la oferta pública, y la financiación pública de los costes (sobre todo fijos) asociados, se da respuesta a demanda privada. La valoración de este supuesto económico desde un punto de vista legal, sin embargo, debería discernirse en el caso concreto por parte de los órganos administrativos y jurisdiccionales de defensa de la competencia.

Consideraciones éticas

El principal problema ético que plantean las prestaciones privadas de servicios sanitarios dentro de organizaciones públicas es la posible falta de equidad de la propuesta. Para

justificar moralmente las prestaciones privadas dentro de organizaciones sanitarias públicas es preciso demostrar que introducen mejoras en la atención sanitaria para toda la ciudadanía respecto al sistema vigente. Dichas mejoras deben contribuir a aumentar la equidad existente o, cuando menos, no deben reducirla. Ante todo, la equidad aumentará si el cambio mejora la atención de las personas socialmente menos favorecidas. Por el contrario, si se perjudica la atención sanitaria pública, la equidad se resentiría y se debería concluir que el procedimiento es éticamente rechazable.

La situación actual se caracteriza por el hecho de que los recursos sanitarios públicos son limitados y, previsiblemente, lo serán aún más en el futuro. Tres razones explican esta insuficiencia. En primer lugar, aunque la protección de la salud es un bien básico, no es el único que es preciso garantizar. Además, el desarrollo del conocimiento científico y tecnológico limita aún más la distribución de los recursos. Por último, si bien es cierto que una inversión mayor en sanidad pública disminuiría la necesidad de ofrecer prestaciones privadas dentro de organizaciones públicas, es irresponsable mantener que sólo el incremento constante del gasto sanitario resuelve el problema de la insuficiencia de recursos.

Ante esta situación, uno de los resultados que genera la doble vía público-privada en nuestro país es la aparición de ciertas inequidades en la protección de la salud, ya que, a igual necesidad sentida por el usuario, algunos usuarios de la sanidad privada reciben atención sanitaria 'antes' que muchos usuarios de la sanidad pública.

Cualquier cambio en el sistema público de salud que mejore la situación existente de todos y no perjudique a nadie contribuirá a aumentar la equidad existente. Por tanto, para saber si el uso de equipamientos públicos con fines privados mejora la equidad, es preciso evaluarla en función del criterio de equidad elegido.

El que tiene más partidarios en nuestro país es el criterio de equidad en respuesta a la gravedad de las enfermedades. Según esta concepción, un sistema sanitario equitativo es aquél que atiende prioritariamente a los enfermos más graves. Aparentemente, el uso de equipamientos públicos con fines privados introduce, de entrada, una desigualdad de acceso, pues solamente algunos enfermos podrán comprar el derecho a formar parte de las listas de esperas más cortas. Sin embargo, son diferencias que se dan ya con la existencia de la medicina privada.

En realidad, la nueva propuesta parece más equitativa. La razón es que los enfermos que abandonan la lista de espera de la sanidad pública para ser atendidos de forma privada, salen de esa lista, y ello beneficia a los continúan en ella, ya que serán atendidos antes. Si

ése es el resultado y la calidad asistencial no se ve afectada, se gana en equidad.

Es cierto que el acortamiento de las listas de espera es un efecto que también se produce con la doble vía público-privada. Sin embargo, el hecho diferencial que aporta el uso de

los equipamientos públicos con fines privados es que una parte significativa de los ingresos procedentes de la atención privada pueden revertir positivamente en la atención pública. La consecuencia de todo ello es que la utilización de los equipamientos públicos con fines

Tabla 1. IMPLANTACIÓN DE PRESTACIONES PRIVADAS EN LAS ORGANIZACIONES SANITARIAS PÚBLICAS

Argumentos a favor

- Ahorra recursos en el funcionamiento corriente de la actividad pública, al tiempo que evita los inconvenientes derivados de la doble oferta actual, como son el desvío potencial de pacientes fuera del sistema público.
- Ordena la tendencia de la actividad privada y evita que se convierta en parasitaria de la actividad pública, sobre todo en el consumo de productos intermedios.
- Elimina la diferenciación de prestigio entre la oferta asistencial pública y la privada en cuanto a la calidad percibida, las colas, la falta de personalización asistencial, la segmentación entre centros, etc.
- Evita la fragmentación de responsabilidades en la atención al enfermo que actualmente puede acabar "transitando" entre el sistema público y el privado sin un único responsable.
- Evita la "erosión" de la reputación de la institución pública, ya que desincentiva a que la demanda privada potencial salga del sistema público.
- Favorece el refuerzo de actos profesionales específicos en la institución pública con los mejores clínicos, los cuales se vinculan a la institución a tiempo completo y vinculan mejor su prestigio al de la institución en la que trabajan.
- Aumenta la exigencia efectiva de incompatibilidad, ya que el profesional de la institución pública ve reforzado y reconocido su vínculo voluntario con la institución y no percibe ese ligamen como una restricción legal impuesta y de cumplimiento difuso, que genera agravios comparativos de dedicación y retribuciones entre profesionales.
- Garantiza a los profesionales una retribución más completa que la que resulta de la financiación pública excluyente, reforzando con ello la exigencia del cumplimiento contractual posterior.
- Permite un mayor control integral de los flujos de enfermos desde una única puerta de entrada y dificulta una relación opaca entre médico y enfermo, que puede permitir tanta discrecionalidad como arbitrariedad en el tratamiento de los pacientes desde el circuito público hacia el privado.
- Internaliza, en la institución pública, los costes y los beneficios de toda la actividad asistencial.
- El hecho de salir de la lista de espera pública, bajo un control riguroso por parte del gestor público, y en la hipótesis de que "todo lo demás permanezca igual", hace que nadie empeore objetivamente y, en cambio, alguien mejora: el que accede voluntariamente al servicio ofertado privadamente desde la esfera pública y/o el que como resultado del hecho anterior accede más rápidamente al servicio público sin ningún coste añadido.
- El afloramiento de este fenómeno puede actuar de reclamo permanente para una política pública no negligente de la demanda asistencial financiada públicamente. A la vista de los costes de oportunidad más explícitos que se derivan para los ciudadanos, podrá ejercerse así una presión a favor de una mejor gestión de la demanda de cobertura pública, que mejore la calidad, la eficiencia y la equidad de la asistencia sanitaria prestada a los ciudadanos.

Argumentos en contra

- Visualiza y permite una lectura política negativa de la doble vía de acceso, aunque se eliminen las dos puertas de entrada y la asistencia se realice fuera del horario de atención pública.
- Si se hace con acceso a un tipo de equipamiento específico (algunas guardias, salas o quirófanos determinados exclusivamente para dicho menester) y/o en horario público distinto, las tendencias a la diferenciación cualitativa son difícilmente evitables y de lectura contraria a la igualdad de acceso.
- La consiguiente posibilidad de diferenciación de precios (que no de costes) entre prestación pública y privada, típica de una buena gestión de la demanda (a la vista de la distinta elasticidad de renta de los diferentes segmentos de usuarios), puede percibirse en este caso negativamente por discriminatoria —discrecional— (aunque pueda ser efectivamente equitativa, ya que los precios y el acceso suelen ser menores si la renta es inferior).
- La competencia puede ser interpretada como desleal por parte de la oferta privada pura, ya que la utilización privada del equipamiento público permite una tarificación a coste marginal (el equipamiento público es a coste fijo o "hundido" para el gestor público), mientras que la oferta privada desde equipamientos privados requiere una facturación a coste medio. En este contexto es probable que el segundo sea superior al primero, a pesar de que el coste profesional del personal en esquemas de compatibilidad "laxa" entre sector público y privado, o en razón a la utilización de algunos productos intermedios, pueda considerarse también a coste marginal (ya que el grueso del coste puede estar siendo soportado en gran parte por la tesorería pública).
- Puede alimentar la demagogia política a partir de anécdotas elevadas a categoría, a pesar de que el objetivo de todas las partes implicadas debiera ser impedir una utilización política partidista de la gestión sanitaria.
- Puede ocurrir que, por esta vía "acomodatícia" a la nueva situación creada, se abandone el esfuerzo genérico para mejorar tanto la financiación como la gestión transparente y democrática que debe hacerse de los recursos públicos y de otros aspectos más sustantivos de la equidad de acceso al sistema sanitario.
- Se produce una relativa incertidumbre en las decisiones que de su implementación pueden derivarse, lo que puede repercutir en reclamaciones judiciales de ciudadanos bajo el pretexto de renunciar a un derecho (universal, a un servicio gratuito en el punto de acceso), a través de la firma de un documento de consentimiento (a pagar el acceso bajo determinadas condiciones). Ex ante se acepta, ex post se lamenta y se recurre.

privados será más equitativa siempre que no afecte a las enfermedades más graves o que limite gravemente las capacidades funcionales más básicas.

Aun así, y teniendo en cuenta que las listas de espera existentes afectan a patologías que impiden a las personas realizar una vida normal (por ejemplo, prótesis de rodilla o cadera), hay que añadir que la desigualdad de acceso en estos casos hace difícil afirmar que, en todas las circunstancias, se preserve el principio de equidad.

Pese a ello, la propuesta, siempre que se cumplan las condiciones de buena gestión, es más equitativa y por tanto más justa que la no utilización de esos equipamientos o la doble vía actual que separa claramente la sanidad privada de la pública. El nuevo sistema aparece, pues, como un mal menor pero justificable y legítimo desde un punto de vista ético.

Otro sentido de la equidad es el relacionado con la igualdad de trato. Puede parecer que la propuesta trata de forma injustamente desigual a los enfermos, pero se trata de una objeción más teórica que práctica. De hecho, el nuevo sistema, al proporcionar una atención más diversificada, acaba mejorando el trato que todos deben recibir.

Socialmente, la utilización de equipamientos públicos para fines privados puede tener determinadas consecuencias que es necesario señalar. Un primer problema es una posible legitimación 'de facto' de la inequidad percibida y reflejada en la propia existencia de las listas de espera, ya que las pequeñas mejoras que se pueden derivar podrían tener el efecto perverso de bloquear o retardar políticas que apuesten por mejoras más sustanciales. A pesar de ello, éste es un problema más político que ético.

En segundo lugar, la propuesta podría ser considerada causa de una mayor segmentación social. Si las clases medias se ven atendidas por un sistema de prestación privada, dejará de haber una presión política dirigida a introducir mejoras en la sanidad pública. Pero esto ocurrirá tanto si esta prestación se realiza desde organizaciones públicas como si se hace desde las privadas. Por consiguiente, la propuesta citada no empeora nada la situación.

A modo de conclusión, es preciso advertir de que la introducción de prestaciones privadas en los centros públicos es una opción política que debe tener muy claro que debe continuar garantizando la equidad en la atención sanitaria y debe procurar que la diversificación en las prestaciones no produzca disfunciones graves en un estado que considera fundamentales los derechos sociales.