

El modelo público-privado, imparable en el SNS

Las reformas que necesite el SNS están condicionadas por el Pacto por la Sanidad. Ésta es la prioridad que se ha establecido el ministerio. Mientras tanto, en las comunidades autónomas se acude a nuevas fórmulas de gestión que en la mayoría de los casos pasan por concesión o concierto con las empresas privadas.

Mónica Raspal/ Lucía Barrera

Madrid

La falta de equidad es una de las carencias que coinciden en destacar todos los agentes a la hora de evaluar el sector sanitario actual. Para acabar con ella el acceso a la evidencia es el elemento principal, según el secretario general de Sanidad, José Martínez Olmos, quien destaca como reto más importante el de incorporar la innovación a las prestaciones y al quehacer diario de los profesionales, de forma que no haya variabilidad que no sea explicable a través el conocimiento científico.

En el marco de una jornada organizada por la Fundación Alternativas para analizar los desafíos de futuro del Sistema Nacional de Salud, Martínez Olmos explicó que, una vez finalicen los debates del Pacto por la Sanidad, se planteará la necesidad de emprender, o no, reformas derivadas de los acuerdos que se alcancen, aunque éstas no tendrán por qué suponer cambios estructurales. A su juicio, lo importante es que el sistema "esté vivo", que rectifique en sus disfunciones, contemple alternativas y potencie lo positivo, sacando la sanidad del "debate partidista".

El secretario general de Sanidad insistió en la importancia de replantear la gobernanza del Sistema Nacional de Salud (SNS) en función de su arquitectura, idea que también defendió Ana Pastor, secretaria ejecutiva de Política Social del PP, que se mostró partidaria de cualquier alternativa consensuada por todos los agentes y siempre que sea para construir un mejor SNS público, de acceso universal y gratuito. Sin embargo, Pastor destacó cómo a las limitaciones del discurso político (tecnicismos, falta de transparencia y autocomplacencia) se han sumado otros fallos, de los cuales el más grave es que no se ha pensado en términos de paciente.

Que los profesionales adquieran mayor protagonismo fue otra de las tesis defendidas por ambos ponentes. Así, Martínez Olmos hizo hincapié en que los comités del pacto consultarán a todos los agentes durante el desarrollo de los trabajos y apuntó que en el ámbito de los recursos humanos no sólo será necesario saber cuántos profesionales se van a necesitar en el futuro, sino revisar sus funciones y competencias, como en el caso de la enfermería.

Por su parte, Ana Pastor, quiso destacar cómo de la crisis económica se pueden extraer varias lecciones, ya que ha dejado en evidencia la fragilidad de los sistemas sociales —que siempre han visto la sanidad como un gasto en lugar de una inversión— y la importancia de los intangibles, es decir, de la confianza médico-paciente, de la adhesión de los profesionales a la organización y de la implicación de los ciudadanos en la marcha del sistema.

La ex ministra de Sanidad destacó que para avanzar se debe generar valor añadido a todos los niveles asistenciales y por patologías, así como fomentar la calidad y seguridad, incorporar la innovación en la organización y la gestión clínica, alinear toda la organización con los objetivos del sistema y crear una verdadera estructura de coordinación estatal. Martínez Olmos también marcó como reto el refuerzo de la atención primaria como puerta de entrada del sistema y donde se puede hacer el planteamiento integral. Así, explicó que en base a la AP-XXI y a la nueva Ley de Salud Pública se redefinirá la participación de los profesionales y se elaborarán esquemas para obtener la confianza de las asociaciones de pacientes, así como para mejorar la confianza entre profesionales y usuarios.

La introducción de la colaboración público-privada en el SNS es una realidad que tiende a incrementarse. Así se puso de manifiesto durante la jornada donde, aunque no se excluyó

ninguno de los modelos planteados, sino su convivencia con el tradicional, sí se condicionó su avance al hecho de que mejore la eficacia y la eficiencia, y en definitiva, la calidad del SNS.

Es el caso de la Comunidad de Madrid, donde Ana Sánchez, su viceconsejera de Asistencia Sanitaria, afirmó desconocer si las formas de gestión implementadas en los nuevos hospitales —tanto por concesión como por concierto— son mejores o peores, si bien en estos modelos se sabe lo que cuestan las cosas y hay más control de lo que se hace, al detallarse por contrato obligaciones y tipificarse los incumplimientos, lo que implica un "mayor nivel de calidad y equidad" y posibilita más flexibilidad y deslocalización del trabajo con movimientos de los profesionales. "Se trata de un avance en la microgestión que ha fallado en los últimos años en los hospitales tradicionales", subrayó, aunque apuntó que el modelo PFI podría dar problemas de flexibilidad a largo plazo, mientras que el de concierto de servicios sanitarios no, "aunque no siempre se puede utilizar".

Asimismo, Sánchez se refirió a la imposibilidad de haber construido estos ocho nuevos hospitales sin las fórmulas utilizadas y denunció el acoso mediático al que está sometida la autonomía por ser "un territorio del PP".

Con duda y cautela afronta, sin embargo, la construcción del Hospital Son Espases la Consejería de Sanidad de Baleares. Durante su intervención, Vicentç Thomas no mostró mucha convicción por la fórmula PFI adoptada y aclaró que era una iniciativa del anterior gobierno —del PP— que el actual ha decidido no modificar, aunque admitió que permite acometer grandes infraestructuras sin que compute la deuda para la Administración, por lo que se cumplen los límites de endeudamiento europeos.

La "gran pregunta" para el consejero es si con ello se va a conseguir una mejora en la gestión de los servicios y en su coste con respecto a la vía tradicional. Por ello, la autonomía está en un proceso de reflexión permanente siempre con garantías de control público y eliminando "perversiones" como que las empresas concesionarias tengan interés en la construcción, pero no en la explotación del centro. "Someter a la sanidad a un mercado de aseguradoras con libre competencia e intereses económicos es ineficiente y falta a la equidad", matizó.

Para Manuel Marín, gerente del hospital Alcira de Valencia, el centro que dirige desde hace un año es una prueba fehaciente de que el concierto privado de la asistencia sanitaria funciona y que las retenciones generadas parten del desconocimiento. Así, para Marín no hay diferencia entre los profesionales funcionarios, estatutarios o contratados laborales que conviven en Alcira; a los que se les ofrecen incentivos, una carrera profesional y una estabilidad laboral mayor que en la pública —del 85 por ciento—. La extensión del modelo a la primaria ha permitido, según su gestor, que baje la variabilidad en la práctica clínica y aumente la resolución de consultas. Otra de las ventajas es que la financiación capitativa reduce en un 21-22 por ciento la inversión por departamento, posibilita una mayor innovación en tecnologías y elimina las listas de espera quirúrgicas.

Las llamadas empresas públicas implantadas en Andalucía también estuvieron representadas con José Antonio García. El director gerente del Hospital Costa del Sol explicó cómo después de 15 años estos centros garantizan seguridad y control al ser aprobados por ley en el Parlamento, siendo su presupuesto público y las negociaciones con los profesionales mediante convenio colectivo. No obstante, García advirtió de que, aunque por el momento los balances son equilibrados, la crisis podría hacer mella en las cuentas, máxime si la ley de contratos del Estado les sigue quitando competencias a favor de Hacienda. "En la colaboración entre público y privado se le debe pedir a la empresa lealtad", concluyó.

Gaceta Médica