



Los conciertos con centros privados en el Sistema Nacional de Salud: menos tópicos y más rigor

Javier Carnicero Jiménez de Azcárate

Cuando el Instituto Nacional de Previsión (INP) creó la red de hospitales de la Seguridad Social optó por una estrategia coherente con los principios falangistas de los sucesivos ministros de trabajo de la dictadura. Los hospitales en aquella época eran los provinciales, para gente pobre, los tuberculosos y los manicomios. Los hospitales de las facultades de Medicina, poco dotados entonces, se denominaban “clínicas”. Los centros privados siempre eran clínicas y nunca hospitales, porque eran de pago. Para huir de las connotaciones negativas del término, los hospitales de la Seguridad Social se denominaron residencias o ciudades sanitarias, según su tamaño y equipamiento, porque la Seguridad Social no era para pobres ni para ricos, sino para “productores”, que era como se denominaba entonces a la clase trabajadora. La estrategia que siguió el INP fue la de la autarquía, tan grata a aquellos dirigentes, que se tradujo en la construcción y gestión directa de las residencias y ciudades sanitarias, sin contemplar la integración en su red de los hospitales provinciales y tuberculosos, las clínicas universitarias o los centros privados. Sin embargo, no les quedó más remedio desde el primer momento que establecer conciertos con centros sanitarios públicos y privados, porque los recursos propios no eran suficientes. Poco se ha avanzado desde entonces en la política de conciertos, siempre objeto de controversia, que cuando abandona el terreno técnico siempre emplea

pobres argumentos cuando no claramente erróneos o contradictorios.

Para su relación con otros centros el INP fijó dos criterios. El primero relacionado con su titularidad, porque concedía prioridad para los conciertos, por este orden, a los centros públicos, a los privados sin ánimo de lucro y a los privados con ánimo de lucro. El segundo criterio estaba relacionado con sus necesidades, que distinguían entre complementariedad (recursos propios insuficientes) y subsidiariedad, cuando no se disponía de recursos. Todo ello nos lleva a la conclusión de que los principios falangistas relacionados con los conciertos son los que siguen empleando los dirigentes del siglo XXI cuando tratan de mostrarse restrictivos con la contratación de centros privados, porque todos repiten sin cesar que se basan en la complementariedad y subsidiariedad, y además en la autarquía, aunque no la denominen así. Ver para creer.

Cuando nuestros dirigentes repiten sin vacilar que su política se basa en los principios de subsidiariedad y complementariedad, piensan que con ello limitan o ponen cortapisas a los conciertos. Subsidiariedad tiene dos acepciones. La primera es la cualidad de subsidiario. La segunda es: “Tendencia favorable a la participación subsidiaria del Estado en apoyo de las actividades privadas o comunitarias”. Nada menos. Subsidiario, en la acepción que aquí interesa es: “Dicho de una acción o de una res-

ponsabilidad: Que suple a otra principal". Es decir, estos dos conceptos lo que dicen es que se concierta cuando no hay recursos o estos no son suficientes. Ni más, ni menos.

El debate sobre la colaboración público-privada en el Sistema Nacional de Salud se contamina siempre por las habituales incoherencias de la clase política. Valga como ejemplo el caso de los miembros del Parlamento de Navarra, que en poco tiempo han aprobado políticas contradictorias sobre los conciertos del Servicio Navarro de Salud. Cuando la consejera de salud presentó sus planes relacionados con los conciertos pendientes de resolver, propuso que con un hospital privado de Pamplona se estableciese "un convenio singular de vinculación", sin que especificase qué entendía por esa fórmula, ni tampoco cuál era la base jurídica para ese concierto, ni qué es lo que quería contratar. Como ese hospital no genera retenciones en los parlamentarios, pertenece a la Orden de San Juan de Dios, todos mostraron su entusiasmo con la idea. Aproximadamente un mes más tarde hemos conocido que el mismo gobierno del que forma parte la consejera ha acordado los presupuestos para el año 2020 con Bildu. En ese acuerdo se contempla "no privatizar servicios sanitarios y, desde (sic) el principio de subsidiariedad y apuesta (sic) por lo público, procederá a revisar todos los conciertos vigentes". No merece comentarios la pobreza de lenguaje que indica las expresiones "desde el principio de" y "apuesta". Sí que merecen comentarios las dos contradicciones en que incurre el Gobierno de Navarra, que son frecuentes en otros gobiernos.

La primera contradicción se refiere, como es natural a la propuesta de un concierto, "un convenio singular de vinculación", con un centro privado para después optar por una política que supuestamente se basa en principios

“

Los conciertos con el sector privado deben enfocarse siempre desde el punto de vista técnico

”

opuestos a la contratación con centros privados. La segunda se refiere a que el acuerdo presupuestario es una contradicción en sus propios términos. Es contradictorio porque se acuerda no privatizar y a continuación concertar cuando los recursos no sean suficientes o no se disponga de ellos. En resumen, se propone una cosa y su contraria.

Los conciertos con el sector privado deben enfocarse siempre desde el punto de vista técnico. Aunque los gobiernos tienen el legítimo derecho de tomar sus decisiones basadas en otros criterios, deben hacerlos explícitos para que los electores y los contribuyentes sepamos a qué atenernos. Los conciertos deben planificarse teniendo en cuenta siempre y en primer lugar el interés del paciente y también del contribuyente; el empleo exhaustivo y eficiente de los recursos propios disponibles; la eficacia y la eficiencia. El interés del paciente debe primar por encima de otros que se suelen manejar, como por ejemplo "el desarrollo profesional de nuestros servicios", criterio también muy interesante, pero que no debe condicionar que se prime el interés del paciente. Eficacia, porque en muchos casos no



son tolerables las listas de espera ni la falta de accesibilidad de los hospitales públicos. Eficiencia, porque ya es hora de emplear la contabilidad de costes y además comparar estos, con todos los matices que se quiera, con los del sector privado.

Otro criterio que no se suele considerar y que necesariamente se debe plantear es el de la aportación de los hospitales y centros sanitarios privados a la economía nacional, porque su contribución al PIB no es desdeñable, como ya se analizó en el Informe anual del Sistema Nacional de Salud de 2010. Los hospitales privados generan empleo y pueden formar parte de redes de investigación y docencia. En Navarra y en otros lugares de España se pueden crear auténticos ecosistemas de salud entre los hospitales públicos, los privados, la red de Atención Primaria, la de salud mental, las universidades y los centros de investigación y las empresas tecnológicas. Un ecosistema que aúne esfuerzos en materia de sistemas de información, siempre complejos y muy caros, tecnologías sanitarias, servicios generales comunes, compras de material sanitario, cooperación para la docencia universitaria, para la formación MIR y también para la formación continuada, para proyectos comunes de investigación y para tantas cosas que se hacen todos los días en el sistema de salud. La autarquía como sistema económico fue un fracaso absoluto. La autarquía en el Sistema Nacional de Salud es inviable, porque nadie puede pretender disponer de todas las especialidades y tecnologías, además sin lista de espera, además con calidad y además con eficiencia y sin contar con los demás. Todo ello conduce necesariamente a la cooperación entre todos. El objetivo y el punto central debe ser el paciente y los prejuicios hay que abandonarlos.

Las sospechas, justificadas o no, que se han extendido sobre los contratos de hospitales con motivo de las concesiones y diferentes

contrataciones que se han hecho durante los últimos años han hecho mucho daño al sector. Esta situación solo tiene remedio mediante la transparencia y el rigor en la contratación, y también por medio del control de la ejecución de esos contratos. Se debe revisar la planificación sanitaria, delimitar las redes de hospitales y centros sanitarios de utilización pública, asignar con criterios técnicos el papel que se espera de los centros públicos y privados, y legislar para consolidar esa planificación y los mecanismos y procedimientos de contratación. Los contratos deben fijar los objetivos, los criterios y los estándares de calidad, el sistema de información para su control y el precio. Para fijar los precios se deben considerar los de mercado y también los costes de los centros públicos. Todos, públicos y privados deben ser sometidos a los mismos criterios de evaluación de actividad, de calidad y de costes. La competencia y la cooperación no son incompatibles, sobre todo si se cumple la máxima de que el paciente es el centro de atención del Sistema Nacional de Salud y el contribuyente su accionista.

Con esta manera de actuar se estaría mucho más cerca de cumplir el objetivo de situar al paciente en el centro, de mejorar la eficacia y la eficiencia, de asegurar la transparencia, la competencia y la cooperación. Incluso se aumentaría la generación de riqueza a través de la innovación y de la investigación. Sin embargo, todo ello exige abandonar los anticuados criterios de los años 60 del siglo pasado que todavía se manejan en el Sistema Nacional de Salud e incorporar los propios del siglo XXI.

Consultor de Sistemas y Servicios de Salud
Médico inspector en excedencia

javiercarnicero@cognitiosalud.es