



Les prestacions privades en les  
organitzacions sanitàries públiques

Las prestaciones privadas en las  
organizaciones sanitarias públicas

4  
INFORMES

Informes de la Fundació Víctor Grífols i Lucas

LES PRESTACIONS PRIVADES EN LES ORGANITZACIONS SANITÀRIES PÚBLIQUES - N° 4 - (2006)

LAS PRESTACIONES PRIVADAS EN LAS ORGANIZACIONES SANITARIAS PÚBLICAS - N° 4 - (2006)

Edita: Fundació Víctor Grífols i Lucas

c/ Jesús i Maria, 6 - 08022 Barcelona

Imprime: Gráficas Gispert, S.A. - La Bisbal

Depósito Legal: GI-904-199

# Les prestacions privades en les organitzacions sanitàries públiques

VICTÒRIA CAMPS CERVERA   GUILLEM LÓPEZ I CASASNOVAS   ÀNGEL PUYOL GONZÁLEZ



## SUMARI

Presentació .....	7
I. Consideracions econòmiques .....	9
II. Consideracions jurídiques i polítiques.....	17
III. Consideracions ètiques .....	21
1. El principi d'equitat .....	21
2. Insuficiència de recursos.....	21
3. La doble via públic-privat.....	23
4. L'equitat com a igualtat d'accés .....	23
5. L'equitat com a igualtat de tracte .....	27
6. Conseqüències socials derivades del nou sistema .....	28
Conclusions.....	31
Autors .....	33
Títols publicats.....	35



## PRESENTACIÓ

L'objectiu d'aquest document és aportar una sèrie d'arguments de caràcter econòmic, polític i ètic relatius a la utilització dels equipaments públics amb finalitat privada en el camp de l'assistència sanitària. Aquest és un àmbit de l'actuació pública en el qual existeix ja un referent clar a casa nostra: el cas de Barnaclínic, al sí de la Corporació Sanitària Clínic de Barcelona. Així mateix, la iniciativa sembla que és contemplada a la Corporació Sanitària Parc Taulí, a l'Hospital Sant Joan de Déu, al Grup Mútua de Terrassa (en una variant de l'àmbit mutual), i existeix com a tal a la Fundació Puigvert (en l'àmbit fundacional privat). Més encara, la qüestió relativa a la capacitat de generar recursos privats en centres públics ha estat objecte de debat en les diferents revisions efectuades del nou avantprojecte d'estatut de l'Institut Català de la Salut, i ha estat també objecte de debat al sí del Consejo Asesor del Ministerio de Sanidad y Consumo en diferents documents interns.

S'expliciten a continuació els arguments econòmics, jurídics, polítics i ètics que ens han de permetre avaluar la manera d'integrar adequadament les prestacions privades en el sistema sanitari públic.





## I. CONSIDERACIONS ECONÒMIQUES

Es presenten a continuació els continguts principals que il·lustren les qüestions relatives a l'ús d'equipaments públics per a l'oferta de prestacions privades. Els arguments es desenvolupen de manera breu i amb fonaments tècnics, tot allunyant-los sempre que és possible de la confrontació política.

1. Una institució, per ser eficient, necessita utilitzar plenament els equipaments que els òrgans de govern posen a la seva disposició. Això millorarà el rendiment dels béns disponibles (costos d'utilització), amb una major protecció dels recursos dels contribuents (costos fiscals).

En relació amb això cal remarcar que les deficiències d'una insuficient utilització del capital públicament finançat, un cop realitzada la seva inversió inicial, així com per la seva incorrecta amortització, privaria altrament d'un benefici econòmic, és a dir, d'uns ingressos assolibles, sense detriment de les finances de la institució. En aquest sentit, és prou conegut que qualsevol ingrés superior al cost marginal o variable d'explotació d'un servei s'ha d'entendre com a un benefici potencial, si més no pel que fa a l'horitzó temporal contemplat. El fet que aquest no s'assoleixi, per determinades raons, imposa una càrrega innecessària al contribuent, ja sigui sota la forma de menys serveis (menors ingressos), ja amb el pagament de més impostos (pèrdues evitables), més enllà de l'estrictament necessària per al funcionament de l'activitat. El fet que aquest benefici "latent" o no materialitzat es remeti a una variació del finançament tributari general, no hauria de deixar de banda, a més, l'excés de gravamen de la càrrega tributària en què s'incorre per aquest motiu. Aquesta càrrega es relaciona amb les distorsions provocades pels efectes de la imposició sobre el millor funcionament del sistema econòmic (més enllà del fet que a ningú li agrada pagar impostos), i que s'estima en pèrdues de benestar, en un valor mitjà d'entre un 25% i un 30% de la pròpia recaptació tributària.

2. Es podria interpretar, però, que resulta incoherent que en el sistema públic es disposi de capacitat ociosa (i així es contempla l'oferta privada potencial) quan s'observa "excés de demanda" (cues) i diferents nivells d'espera per accedir a determinats serveis. Aquesta confusió ve de no adonar-se que la lògica de la llista d'espera en un sistema de provisió pública té a veure amb el finançament públic efectiu de l'oferta assistencial disponible, i no amb l'oferta existent i la seva capacitat productiva potencial. El que, en principi, centra l'atenció de la compra (el finançament) de l'activitat pública, a efectes de subministrar un servei públic és la demanda necessària d'entre tota la demanda potencial o desitjada (gairebé il·limitada). Això implica diferenciar quina demanda es financia, siguin quines siguin les capacitats d'oferta instal·lada, de manera que no s'han de "comprar" necessàriament totes les possibilitats de producció de l'oferta disponible. Val a dir, per tant, que la llista d'espera és una qüestió de limitació de la demanda "finançada" i no de manca de capacitat de resposta de l'oferta existent. Per tant, si a la sanitat pública hi ha llistes d'espera, és perquè no hi ha prou finançament per tal de satisfer totes les demandes de serveis i no perquè no es disposi de prou capacitat de producció d'aquests serveis.

3. En general, que el sector públic no oferti un servei no vol dir que el servei no es pugui donar, o que els ciutadans no hi puguin accedir per alguna altra via, i això pot fer que sigui convenient la regulació de l'oferta privada i el seu seguiment o control des dels centres públics, ja que així es pot fer de manera més efectiva. Dit d'una manera diferent, en una societat democràtica, allò que no s'oferta públicament no s'hauria de prohibir. En aquest sentit, el país que més obstacles ha posat històricament a la potencial coexistència del marc assistencial públic i el privat és Canadà (no Anglaterra, on neix el Servei Nacional de Salut; ni Suècia, on es cobren

privadament serveis públics d'una manera bastant regular). Però és que fins i tot en el cas canadenc, una recent sentència de la Cort Suprema d'aquell país, de Juny del 2005, ha establert amb claredat que l'accés a l'oferta privada no es pot prohibir, si el sector públic no garanteix un accés "adequat" als serveis públics. Cal tenir en compte, a més a més, la tendència universal a una major presència de prestació complementària en els serveis públics, i el fet que els serveis públics diferencien entre prestacions necessàries o bàsiques i les que no ho són, de manera que es tendeix a no finançar serveis sense una efectivitat terapèutica provada i/o una relació cost-eficiència superior a la d'altres alternatives ja disponibles. Les comoditats hoteleres, la capacitat d'elecció, els medicaments d'estil de vida, els tractaments a la carta bio-tech, serien alguns dels exemples més comuns.

4. Cal, en tot cas, ser selectiu en els arguments anteriors. El punt clau a decidir és quines són les prestacions bàsiques de l'assistència pública i els drets dels usuaris a accedir-hi, i quins són els serveis coadjuvants a aquestes prestacions bàsiques que no es reconeixen com a bàsics, així com quines prestacions complementàries addicionals s'ofereixen. I òbviament "com" es subministren totes elles. Aquí ens interessa específicament el "com" a l'hora de veure el paper dels centres públics en l'assoliment d'aquest objectiu.

a) **Quins serveis subministrar?** Podem distingir dues categories de serveis:

(i) Les comoditats hoteleres als hospitals, una major capacitat d'elecció de metge o d'accés a una segona opinió clínica, i la flexibilitat d'horaris de prestació de serveis (programació de la demanda). Aquest factor seria el de complementarietat.

(ii) L'accés a serveis privats, fins i tot d'aquelles prestacions públicament

cobertes i sota idèntic contingut assistencial, però fora d'horari d'atenció pública dins el mateix centre públic i per part de l'equip mèdic prevalent. Aquí el motiu no pot ser altre que evitar un temps d'espera, ja que es considera que la qualitat clínica i assistencial del servei es idèntica. Aquest factor seria principalment substitutiu o alternatiu.

**b) Com es subministren els serveis?**

Podem considerar aquí tant al pagament directe en el moment d'accés com al pagament mitjançant alguna prima d'assegurança complementària (privada o pública –tal com es reflecteix en algunes propostes vistes per a la Corporació Sanitària Parc Taulí-) abonada anticipadament. Això implica, en ambdós casos, l'acceptació informada per part del beneficiari de les condicions de l'oferta, dels requeriments d'accés, del nou marc de responsabilitats generat al voltant d'una provisió no pública –tot i la seva producció-, i un control des de la gerència pública (incloent el pagament a professionals) i amb responsabilitat política d'aquesta davant els patronats o òrgans de govern de qui depèn.

5. Finalment, cal valorar els avantatges i desavantatges que podem preveure de la implantació de les prestacions privades a les organitzacions sanitàries públiques:

**a) Arguments a favor del nou sistema:**

(i) Permet estalviar recursos en el funcionament corrent de l'activitat pública, bo i evitant els inconvenients derivats de la doble oferta actual, com ara el desviament potencial de pacients fora del sistema públic.

(ii) Ordena la tendència de l'activitat privada i evita que es converteixi en parasitària de l'activitat pública, sobretot en el consum de productes intermedis.

(iii) Elimina la diferenciació de prestigi entre l'oferta assistencial pública i la privada quant a la qualitat percebuda, les cues, la manca de personalització assistencial, la segmentació entre centres, etc.

(iv) Evita la fragmentació de responsabilitats en l'atenció del malalt, que actualment pot acabar "transitant" entre el sistema públic i el privat sense un únic responsable.

(v) Evita "l'erosió" de la reputació de la institució pública, ja que desincentiva que la demanda privada potencial surti del sistema públic.

(vi) Afavoreix el reforçament d'actes professionals específics a la institució pública amb els millors clínics, que es vinculen a la institució a temps complet i lliguen millor el seu prestigi al de la institució en la qual treballen.

(vii) Augmenta l'exigència efectiva d'incompatibilitat, ja que el professional de la institució pública veu reforçat i reconegut el seu vincle voluntari a la institució i no percep aquest lligam com una restricció legal imposada i de compliment difús, que genera greuges comparatius de dedicació i retribucions entre professionals.

(viii) Permet garantir als professionals una retribució més completa que la que resulta del finançament públic exloent, i reforça per tant l'exigència del compliment contractual posterior.

(ix) Fa possible un major control integral de fluxos de malalts des d'una única porta d'entrada, registre d'admissió, assignació clínica centralitzada als professionals, i dificulta, en el seu cas, una relació opaca entre metge i malalt, que pot permetre tanta discrecionalitat com arbitrietat en el tractament dels pacients des del circuit públic cap al privat.

(x) Internalitza, dins la institució pública, tant, els costos com els beneficis de tota l'activitat assistencial, proves complementàries, etc.

(xi) Pel fet de sortir de la llista d'espera pública, sota un control rigorós per part del gestor públic, i en la hipòtesi de que "tota la resta romanguí igual",

fa que ningú empitjori objectivament i, en canvi, algú millori: aquell que voluntàriament accedeix al servei ofertat privadament des de l'esfera pública i/o qui com a resultat del fet anterior accedeix més ràpidament al servei públic sense cap cost afegit.

(xii) Finalment, l'aflorament d'aquest fenomen pot actuar de reclam permanent per a una política pública que no negligeixi la demanda assistencial finançada públicament. A la vista dels costos d'oportunitat més explícits que es deriven per als ciutadans, podrà exercir-se així una pressió per a una millor gestió de la demanda de cobertura pública que millori la qualitat, l'eficiència i l'equitat de l'assistència sanitària prestada als ciutadans.

#### **b) Arguments en contra del nou sistema:**

(i) Visualitza i permet una lectura política negativa de la doble via d'accés, encara que s'eliminin les dues portes d'entrada i l'assistència es realitzi fora d'horari d'atenció pública.

(ii) Si es fa amb accés a un tipus d'equipament específic (algunes guàrdies, sales o quiròfans determinats exclusivament per a aquesta finalitat) i/o en horari públic diferent, les tendències a la diferenciació qualitativa són difícilment evitables i de lectura contrària a la igualtat d'accés.

(iii) La possibilitat consegüent de diferenciació de preus (que no de costos) entre prestació pública i privada, típica d'una bona gestió de la demanda (a la vista de la distinta elasticitat de renda dels diferents segments d'usuaris), es pot percebre, en aquest cas, negativament per discriminatòria -discrecional- (tot i que pugui ser efectivament equitativa, ja que els preus i l'accés acostumen a ser menors si la renda és més baixa).

(iv) La competència es pot veure com a deslleial per part de l'oferta privada pura, ja que la utilització privada de l'equipament públic permet una tarificació a cost marginal (l'equipament públic és un cost fix o "enfonsat" per al gestor

públic), mentre que l'oferta privada des d'equipaments privats requereix una facturació a cost mig. En aquest context és probable que el segon sigui superior al primer, tot i que el cost professional del personal en esquemes de compatibilitat "laxa" entre sector públic i privat, o degut a la utilització d'alguns productes intermedis, es pot considerar també de cost marginal (ja que el gruix del cost pot estar essent suportat en gran part per la tresoreria pública).

(v) Pot alimentar la demagògia política trobant sempre anècdotes que s'elevan a categoria, malgrat que l'objectiu de totes les parts implicades hauria de ser impedir una utilització política partidista de la gestió sanitària.

(vi) Es pot donar la possibilitat que per aquesta via "acomodatícia" a la nova situació creada, es pugui abandonar l'esforç genèric per tal de millorar tant el finançament com la gestió transparent i democràtica que se n'hagi de fer dels recursos públics i d'altres aspectes més substantius de l'equitat d'accés al sistema sanitari.

(vii) Es produeix una relativa incertesa en les decisions que de la seva aplicació se'n poden derivar, la qual cosa pot repercutir en reclamacions judicials de ciutadans sota el pretext de renunciar a un dret (universal, a un servei gratuït en el punt d'accés), per mitjà de la signatura d'un document de consentiment (a pagar per l'accés sota determinades condicions). *Ex ante* s'accepta, *ex post* es lamenta i es recorre.





## II. CONSIDERACIONS JURÍDIQUES I POLÍTIQUES

Les actuacions esmentades en aquest estudi necessiten un encaix jurídic en dos supòsits: per la via de la interpretació de la normativa vigent, dintre del que permet la regulació sanitària actual relativa als centres de la Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública (XHUP), i sobretot, a la vista del que preveu la Llei General de Sanitat de 1986 (arts. 16 i 90.6). En concret, caldrà considerar dos aspectes: a) com s'ha d'entendre la definició de pacients que no compten amb cobertura pública; i b) com s'ha d'interpretar el requeriment de “condicions idèntiques” per a ambdós tipus de pacients.

Les consideracions esmentades hauran de ser referides posteriorment al context concret de la prestació en els dos casos següents: a) els centres que fins el moment només havien prestat assistència sanitària de cobertura pública i que, d'acord amb la seva naturalesa jurídica passin a estendre simultàniament els mateixos serveis per a pacients privats (és el cas dels consorcis sanitaris amb participació pública majoritària, els centres públics, però no del propi Servei Català de la Salut, que presten serveis per aquest, o les empreses públiques sanitàries dependents directament del CatSalut); b) els casos en què aquests mateixos centres, tot i no produint directament per sí mateixos i amb les seves plantilles aquells serveis privats, puguin arrendar les seves dependències, instal·lacions i/o equipaments a tercers per a la prestació sanitària en règim privat<sup>1</sup>.

Pel que fa al primer supòsit i, a la vista del que disposa la mateixa Llei General de Sanitat, no semblen existir problemes relatius a la possibilitat d'oferir prestacions privades dintre de centres assistencials públics, tot i que les condicions de prestació i el sistema d'accés vénen limitats a pacients que

1 - Una bona dissecció general d'aquesta problemàtica es pot trobar a J. Ll. Lafarga. 'Sobre la possibilitat en Dret que els centres proveïdors del Servei Català de la Salut obtinguin ingressos procedents de la prestació directa de serveis sanitaris en règim privat, o de l'arrendament de béns, instal·lacions i/o equipaments amb aquesta finalitat', dictamen realitzat per a la Unió Catalana d'Hospitals, Setembre del 2001. Mimeo.

no disposen de cobertura pública, i sota condicions que han de ser idèntiques amb independència de la condició amb la qual accedeixen als serveis. Per tant, aquest primer requeriment es compliria pel que fa als serveis que queden fora de cobertura pública, bé perquè estan fora del catàleg públic de prestacions, o perquè van destinats a ciutadans que no tenen o que renuncien al dret de cobertura sanitària pública. No es podria considerar com a inequitatiu allò que el propi sistema públic ha valorat que no genera inequitat, deixant-ho fora de la cobertura pública, o allò que el ciutadà ha renunciat a fer efectiu, valorant, per exemple, altres aspectes per sobre de la mateixa universalitat d'accés. Per extensió, tant el fet que el sector públic no prioritzi de manera suficient unes prestacions determinades, deixant-les fora de la compra pública, malgrat l'excés de demanda i la capacitat disponible, com el fet que no es marqui una prioritziació explícita en el racionament existent de la demanda, podrien ser entesos en el sentit de què les manques d'equitat que se'n puguin derivar, tant de l'oferta del servei (número d'actes programats) com de les condicions d'accés (llista d'espera existent), no "valen" el cost de sacrificar més recursos públics (ampliació de prestacions, compra de serveis addicionals, prioritziació diferent del seu accés).

El segon supòsit, per al cas concret que ens ocupa i a la vista de la naturalesa jurídica de la propietària de la Societat Anònima participada (la pròpia Corporació Sanitària Clínic), dintre de la tipologia jurídica comentada anteriorment, no sembla que existeixin problemes per a l'afectació de tots o part dels béns i instal·lacions a la prestació de serveis sanitaris en règim privat, en especial si aquesta destinació no és en detriment del servei públic sanitari (requeriment que es podria derivar de la Llei 11 de 1981 de Patrimoni de la Generalitat, i decrets de desenvolupament, i de la mateixa Llei 15/1990, d'Ordenació Sanitària de Catalunya (LLOSC). Aquest no sembla ser el cas

que ens ocupa, ja que l'argumentació inicial per dur a terme la iniciativa comentada és precisament l'excés d'oferta i la capacitat disponible per part del centre sanitari (Corporació Sanitària Clínic). Caldria considerar, en conseqüència, la necessitat o no d'una autorització explícita prèvia basada en l'argument esmentat i, en tot cas, d'un control rigorós del seu compliment, que hauria de ser garantit amb auditories periòdiques. En particular, s'hauria de fer el seguiment de les iniciatives proposades per tal de veure com milloren la viabilitat econòmica i l'equilibri financer del centre, repercutint, al mateix temps, en la millora dels propis serveis públics ofertats. No es detecta doncs impediment legal, però sí la necessitat de mesures d'intervenció que mostrin la tutela dels interessos generals per sobre dels mercantils.

En tot cas, milloraria la percepció pública d'una iniciativa privada com la proposada si es delimités clarament l'oferta privada de la pública, ja sigui en espais o en règim horari. Si aquest fos el cas, la regulació jurídica de la situació es podria reconduir més fàcilment a una modalitat de lloguer d'espais altrament d'ús públic però que, marginalment en la seva capacitat ociosa (espai o temps), s'arrendarien a la iniciativa privada (per exemple, des de la Corporació Sanitària Clínic a la Societat Anònima), a canvi d'un cànon que precisament sufragaria part del dèficit de recursos que no cobreix el propi demandant públic. Fer explícit aquest acord, des dels principis de transparència i concurrència, podria, sens dubte, proporcionar un millor encaix legal i d'acceptació social, de manera similar a la delimitació dels contractes de personal sanitari de la Societat Anònima.

Fora del cas concret de la Corporació Sanitària Clínic i a la vista de la naturalesa jurídica d'aquesta, l'extensió de les possibilitats d'ofertar serveis privats a la resta de centres públics des d'equipaments afectats a l'ús públic

requeriria, a criteri d'alguns autors<sup>2</sup>, una modificació del Conveni tipus del CatSalut per acord de Govern, que permeti l'acte de disposició (la cessió, el lloguer...) necessari per fer viable aquella nova entitat privada que es pogués crear.

Un tercer supòsit, diferent als anteriors, és el que fa referència a la generació implícita o explícita de competència deslleial amb altres centres sanitaris de naturalesa, règim de prestació i finançament estrictament privats. Aquesta queixa es basaria en suposades condicions de privilegi quan, des de l'oferta pública, i el finançament públic dels costos (fixes sobretot) associats, es dóna resposta a demanda privada. Això es deuria a que des d'uns mateixos equipaments compartits, i amb una imputació de costos d'utilització d'espais o equipaments per sota dels costos mitjans (considerant per exemple tan sols els marginals), es podria estar fomentant una espècie de *dumping* empresarial. Tanmateix, pensem que la valoració d'aquest supòsit econòmic, des d'un punt de vista legal, s'ha de discernir en el cas concret, a la vista de les pràctiques específiques observades, per part dels òrgans administratius i jurisdiccionals de defensa de la competència, i no com una hipòtesi genèrica de desqualificació.

2 - J. Lluís Lafarga Traver, *Informe Unió Catalana d'Hospitals*, setembre 2001.

### III. CONSIDERACIONS ÈTIQUES

#### 1. El principi d'equitat.

El principal problema ètic que plantegen les prestacions privades de serveis sanitaris dins d'organitzacions públiques és la possible falta d'equitat de la proposta. Atès que l'equitat és el valor fonamental que un sistema públic de salut ha de preservar i garantir, qualsevol qüestió que es pugui plantejar ha de ser vista en funció de què afavoreixi o disminueixi el dret a l'equitat. I això, tant des de l'òptica de l'assignació de la despesa com pel que fa al seu finançament.

Per tal de justificar moralment les prestacions privades dins d'organitzacions sanitàries públiques, cal demostrar que introdueixen millores en l'atenció sanitària per a tota la ciutadania respecte al sistema vigent. La introducció d'una millora s'ha de fer compatible amb l'augment de l'equitat existent o, si més no, no ha de disminuir-la. Sobretot, l'equitat augmentarà si el canvi millora l'atenció a les persones socialment menys afavorides. Per contra, si la utilització dels equipaments públics amb finalitat privada perjudica l'atenció sanitària pública, tant en la qualitat mèdica de les prestacions com en l'accés de les persones a elles, l'equitat se'n ressentiria i hauríem de concloure que el procediment és èticament rebutjable. En la proposta que estem analitzant, tots els malalts hi han de guanyar i ningú no hi ha de perdre des del punt de vista de la protecció de la salut.

#### 2. Insuficiència de recursos.

La situació actual ve marcada pel fet que els recursos sanitaris públics son limitats i, previsiblement, encara ho seran més en el futur donada la dissociació entre expectatives ciutadanes i capacitats públiques de finançament. El

sistema sanitari actual no pot proporcionar tots els recursos necessaris per tal d'atendre tota la demanda real, la qual cosa provoca oneroses llistes d'espera, massificació, espais i horaris reduïts i altres inconvenients. Hi ha especialment tres raons que expliquen aquesta insuficiència de recursos.

a) Tot i que la protecció de la salut és un bé fonamental, no és l'únic bé que cal garantir o, si més no, no és l'únic bé que la societat ha de tenir en compte a l'hora de decidir la distribució dels seus recursos, donat un determinat nivell de finançament. Altres tipus de béns (o de drets fonamentals), com ara l'educació, la seguretat, la mobilitat, la cultura o l'oci, també es disputen una part del pressupost públic. Qualsevol estat de dret es veu obligat a fer aquest tipus d'elecció, ja que tots els béns son escassos per definició. L'elecció que cal fer és similar a la que també fa cada individu en la seva vida privada i quan transmet a la voluntat col·lectiva la seva voluntat individual.

b) El desenvolupament extraordinari del coneixement científic i tecnològic limita encara més la distribució dels recursos. És una paradoxa del nostre temps que sigui possible tractar eficaçment nombroses malalties que fins fa poc no tenien solució, de manera que ara o bé les podem vèncer o bé podem augmentar considerablement la qualitat de vida dels nous malalts, i que l'elevat preu que això comporta faci gairebé impossible que els beneficis d'aquest coneixement arribin a tothom que pot tenir capacitat de beneficiar-se'n (pensem, per exemple, en les noves tecnologies, en l'aparició de nous medicaments, en l'envelliment de la població o en l'increment de les malalties cròniques). Una paradoxa que, lamentablement, cada vegada adquireix dimensions més considerables.

c) Si bé és cert que una inversió més gran en sanitat pública disminuiria la necessitat d'oferir prestacions privades dins organitzacions públiques, és irresponsable sostenir que únicament l'increment constant de la despesa sanitària resol el problema de la insuficiència de recursos. En sanitat, la despesa no té sostre, mentre que el seu finançament té un cost econòmic i social considerable. Això es deu al fet que la protecció de la salut no és només un fet mèdic, sinó també un fet social i, per tant, les necessitats de salut dels individus creixen fàcilment a mesura que augmenta l'oferta.

### **3. La doble via públic-privat.**

La limitació de recursos és, en gran part, responsable d'una sèrie de situacions insatisfactòries que, a la vista de com es resolen políticament, fan inequitatiu el sistema actual. Tot i que la sanitat pública del nostre país és universal, és a dir, inclou a tothom, la cronicitat de les llistes d'espera, juntament amb altres factors (com per exemple, l'absència de les anomenades comoditats hoteleres, poca flexibilitat d'horaris, dificultat per escollir metge, etc.) provoquen que molts malalts facin ús de la sanitat privada. Un dels resultats d'aquesta doble via públic-privat és l'aparició de certes inequitats en la protecció de la salut, ja que, a igual necessitat sentida per l'usuari, alguns usuaris de la sanitat privada reben atenció sanitària "abans" que molts usuaris de la pública. Malgrat això, el sistema sanitari del nostre país és comparable, en termes d'eficiència i equitat, amb el d'altres països desenvolupats.

### **4. L'equitat com a igualtat d'accés.**

Qualsevol canvi en el sistema públic de salut que millori la situació de tothom i no perjudiqui ningú contribuirà a augmentar l'equitat existent. El

problema és que l'equitat no és un concepte unívoc. Formalment, l'equitat significa tractar de forma igual als iguals i de forma desigual als desiguals, tant des de l'òptica de l'assignació de recursos com des del seu finançament. Ara bé, el que cal saber és quina és la desigualtat moralment rellevant que legitima el tracte desigual per poder aplicar correctament l'equitat. Si acceptem el supòsit que l'equitat ha de significar bàsicament igualtat d'accés, la desigualtat rellevant pot tenir diferents interpretacions; per exemple, les tres següents: a) equitat com a accés prioritari per malaltia més greu; b) equitat com a accés prioritari per capacitat de benefici esperat de l'atenció sanitària; i c) equitat com a disminució de les desigualtats de salut entre la població. Per tant, per saber si la utilització dels equipaments públics amb finalitat privada millora l'equitat, cal avaluar-la en funció del criteri d'equitat elegit. Hauríem d'analitzar si aquest sistema, a igual finançament: a) acaba atenent millor i abans (reduint llistes d'espera) els malalts més greus, independentment dels seus recursos econòmics; b) augmenta la salut global de la població; c) disminueix les desigualtats de salut de la població.

El criteri d'equitat en resposta a la gravetat de les malalties és el que té més partidaris al nostre país. Segons aquesta concepció, un sistema sanitari equitatiu és aquell que atén prioritàriament als malalts més greus. Actualment, existeixen llistes d'espera per a moltes intervencions mèdiques que tenen sobretot en compte, com a un dels seus criteris fonamentals explícits, la gravetat del malalt.

Aparentment, la utilització d'equipaments públics amb finalitat privada introdueix d'entrada, una clara desigualtat d'accés a la sanitat. No hi ha dubte que només alguns malalts podran comprar el dret a formar part de llistes d'espera més curtes, a més a més d'altres avantatges, com la d'una



major flexibilitat horària i d'espais, més llibertat d'elecció de metges i més comoditats hoteleres. Són diferències però, que ja es donen amb l'existència de la medicina privada. La pregunta que cal fer-se és la següent: atès que l'aparent desigualtat en l'accés té com a conseqüència una millora general per a tothom, és legítim deduir que representa també un augment de l'equitat? .

Si bé en termes absoluts -o deontològics- sembla que el nou sistema no és més equitatiu pel que fa a la igualtat d'accés, en termes relatius -o conseqüencialistes-, la nova proposta sembla més equitativa. La raó és que els malalts que abandonen la llista d'espera de la sanitat pública per ser atesos de forma privada, surten d'aquesta llista, la qual cosa beneficia als qui hi romanen, ja que seran atesos abans. Tant els qui deixen la llista com els qui s'hi queden, tots acaben essent atesos abans. Si aquest és el resultat i si la qualitat assistencial no es veu afectada per aquesta doble via, es guanya en equitat.

És cert que l'escurçament de les llistes d'espera és un efecte que també es produeix amb l'actual doble via d'accés públic-privat, ja que els usuaris de la sanitat privada contribueixen a finançar mitjançant els impostos, una sanitat pública que no fan servir en la seva totalitat. El fet diferencial, però, que aporta la utilització dels equipaments públics amb finalitat privada és que una part significativa dels ingressos provinents de l'atenció privada pot revertir positivament en l'atenció pública, ja que el servei es produeix dins les instal·lacions públiques i amb el mateix personal de la sanitat pública. Altres beneficis han estat detallats en l'apartat anterior dedicat als aspectes tècnics i econòmics.

La conseqüència de les raons anteriors és que la utilització dels equipaments públics amb finalitat privada serà més equitativa sempre que no afecti

a les malalties més greus o que limiten greument les capacitats funcionals més bàsiques. El més equitatiu és prioritzar millor les llistes d'espera per a tractaments i intervencions de malalties greus. Aquesta finalitat ha de ser prioritària dins el sistema públic, bo i reservant els equipaments públics amb finalitat privada per als tractaments i intervencions de malalties fora d'aquella prioritització.

Tot i amb això, tenint en compte que les llistes d'espera existents estan afectant patologies que impedeixen a les persones realitzar una vida normal (com les pròtesis de genoll o maluc i les cataractes), s'ha d'afegir que la desigualtat d'accés en aquests casos fa difícil afirmar que, en totes les circumstàncies, es preservi el principi d'equitat. Atès que la qualitat de vida dels pacients pot tenir un valor equivalent a la curació de la malaltia que pateixen, qualsevol diferència en el tractament que pugui afectar a la qualitat de vida és un greuge comparatiu indesitjable des de la perspectiva d'un sistema que pretén ser equitatiu. Com a conseqüència, les prestacions privades en centres públics estaran més justificades en la mesura que el sector públic adeqüi la seva compra de serveis a criteris de necessitat social.

És cert que la utilització dels equipaments públics amb finalitat privada no serà mai tan equitativa com ho seria aquesta utilització no fos necessària, sense haver així de recórrer a sistemes voluntaris de finançament privat. No obstant això, l'actual escenari d'inevitable limitació de recursos fa pensar que, si bé és possible reduir les llistes d'espera amb una gestió més eficient, no és possible eliminar-les del tot. També es podrien minorar amb un major finançament si aquest es gestiona amb eficiència i equitat. Si es manté aquest escenari realista i es tenen en compte les condicions expressades en els paràgrafs anteriors, la proposta d'utilitzar equipaments públics amb finalitat privada,

sempre que es compleixin les condicions de bona gestió que s'assenyalen a l'apartat anterior, és més equitativa i, per tant, més justa que la no utilització d'aquests equipaments o la doble via actual que separa clarament la sanitat pública de la sanitat privada. El nou sistema apareix, doncs, com un mal menor però justificable i legítim des d'un punt de vista ètic.

En conseqüència, la suposada desigualtat d'accés que el nou sistema introdueix queda compensada en augmentar la igualtat de consideració dels interessos de tots, si entenem que, en aquest cas, l'interès principal de tots els malalts és rebre quant abans millor l'atenció sanitària que necessiten. Tota millora de la igualtat en algun sentit pot produir, però, desigualtat en algun altre sentit. L'objectiu d'una ètica igualitarista és que el sentit de la igualtat que finalment surti beneficiat respongui millor a les nostres intuïcions sobre la justícia en cada cas.

### **5. L'equitat com a igualtat de tracte.**

Un altre sentit de l'equitat és el que està relacionat amb la igualtat de tracte. Pot semblar que la doble via d'accés que introdueix el sistema de prestacions privades dins les organitzacions sanitàries públiques tracta de forma injustament desigual als malalts. És una objecció més teòrica que pràctica. De fet, el nou sistema, en proporcionar una atenció més diversificada, acaba millorant el tracte que tothom ha de rebre. Si la desigualtat d'accés produeix una millora general de l'atenció al pacient, haurem de dir que la mesura és moralment bona fins i tot des del punt de vista de la igualtat d'accés. La desigualtat d'accés que introdueix la doble via dins la sanitat pública és merament instrumental, mentre que la igualtat com a fi es veu clarament reforçada.

És possible encara adduir que la doble via té un valor simbòlic contra la igualtat de tracte, degut a que sembla violar la promesa social implícita de les organitzacions sanitàries públiques que diu que aquestes (des del finançament públic de que disposen) no han de fer cap diferència en funció del nivell econòmic dels malalts. Si els més rics compren, privadament, uns certs privilegis (l·listes d'espera més curtes, elecció més àmplia de metge, flexibilitat horària, comoditats hoteleres, etc.), els usuaris tradicionals del sistema públic poden percebre que aquest no els tracta amb igualtat. Però el rellevant és el que passa a l'esfera de la responsabilitat pública (no discriminació), ja que, a l'àmbit privat, el suposat privilegi pot ser compensable, però difícilment evitable. Malgrat això, la sensació d'inequitat pot existir tot i que, en termes absoluts, els pacients públics també millorin des del punt de vista de les l·listes d'espera, l'elecció de metge, la flexibilitat horària i la comoditat d'espais i tracte personal. És una percepció social que té la seva lògica, però que hauria de ser superada per la raonabilitat moral. No és moralment raonable considerar que una política que permet que tots estiguin "igualment pitjor" és millor que una altra que possibilita que tots estiguin millor a canvi d'una desigualtat no substantiva. La igualtat com a símbol pot tenir el seu valor en determinades ocasions, però la millora de la salut encara té més valor -fins i tot simbòlic- per a una política sanitària.

## 6. Conseqüències socials derivades del nou sistema.

Un primer problema que pot acompanyar al sistema de prestacions privades dins organitzacions públiques en l'àmbit sanitari és una possible legitimació *de facto* de la inequitat percebuda i reflectida en la mateixa existència de les l·listes d'espera, ja que les petites millores que se'n poden derivar podrien tenir l'efecte pervers de bloquejar o retardar polítiques que apostin altrament

per millores més substancials, per exemple, en postergar un canvi radical de millora d'oferta pública, i en legitimar la desigualtat d'accés en funció del nivell econòmic dels malalts. No obstant això, aquest és un problema polític més que no pas ètic. Des del punt de vista ètic, l'existència d'una millora no hauria de ser obstacle per obtenir, si és possible, una millora més important.

En segon lloc, la proposta en qüestió podria ser considerada causa d'una major segmentació social. Si les classes mitjanes es veuen ateses per un sistema de prestació privada, tendiran a despreocupar-se del bon o mal funcionament del sistema d'atenció sanitària. Com a conseqüència, hi deixarà d'haver pressió política dirigida a introduir millores en la sanitat pública. Però aquest serà el cas tant si aquesta prestació es realitza des d'organitzacions públiques, com si es fa des de privades. Per tant, la proposta esmentada no empitjora res i, en tot cas, millora respecte a la situació actual. I això tant per la reversió d'aquests ingressos privats a favor d'organitzacions públiques, com pel fet que, des d'aquestes, l'efecte és més acotat i controlable, pel mateix servei públic, en les conseqüències que es puguin considerar indesitjables.

Cal advertir que la introducció de prestacions privades en els centres públics és una opció política que ha de tenir molt clar que ha de continuar garantint l'equitat en l'atenció sanitària i ha de procurar que la diversificació en les prestacions no produeixi disfuncions greus en un estat que considera com a fonamentals els drets socials. El control i la supervisió continuada del funcionament del nou sistema és un requisit imprescindible per evitar-ne perversions.



## CONCLUSIONS

1. Les prestacions privades en les organitzacions sanitàries públiques son èticament acceptables sempre que es mantingui la garantia del principi d'equitat entès com a igualtat en l'accés i en el tracte dels pacients. Un accés finançat privadament no ha de trencar necessàriament l'equitat d'accés associada al finançament públic.

2. En el cas que, com és d'esperar, la introducció de prestacions privades en les organitzacions sanitàries públiques no faci augmentar les llistes d'espera, objectivament tothom en sortirà beneficiat i ningú no es veurà perjudicat.

3. Per tal que la diferència d'accés a les prestacions sanitàries en el seu conjunt no contradigui la preservació de l'equitat en les prestacions públiques, cal que el sistema de prestacions privades subministrades en centres públics no afecti en cap sentit –ja sigui directament, per una pitjor prioritització, ja indirectament, per una despreocupació pública pel seu finançament i gestió– l'accés dels malalts greus ni limiti severament les capacitats funcionals de la persona.

4. Atès que el nou sistema pot introduir la percepció d'una desigualtat de tracte als pacients, convé extremar el control i les mesures que permetin avaluar periòdicament el funcionament de les prestacions privades en els centres públics, i la incidència d'aquestes sobre les prestacions públiques, cara a evitar qualsevol pèrdua de qualitat o tractament discriminatori en les esmentades prestacions públiques.

5. El sistema de prestacions privades en els centres públics es pot pervertir fàcilment i tenir com a conseqüència l'empitjorament de tot el sistema públic si no es prenen les mesures de control adequades, i si no s'estableixen unes

condicions de funcionament que previnguin possibles disfuncions. Tot i que el compliment de les condicions depèn, en cada cas, de la gerència del centre, convé que aquestes atenguin a una regulació pública que, com a mínim, inclogui els supòsits següents:

- Els professionals no han de cobrar directament del malalt. La seva remuneració per la prestació privada no ha d'ultrapassar excessivament la que es rep per la prestació pública.

- La gerència ha de controlar tots els ingressos i evitar que s'estimuli la dedicació als pacients privats en detriment dels públics.

- Cal mantenir la major transparència en la prioritització de les llistes d'espera.

- L'opció del pacient per l'atenció privada ha d'estar ben informada per part del centre. El pacient ha de saber que si es registra com a pacient privat no pot canviar al finançament públic durant el mateix procés.

- Tant les instal·lacions com els accessos i horaris de la prestació privada han d'estar clarament diferenciats i separats de la prestació pública.



## AUTORS

**Victòria Camps Cervera**, Presidenta de la Fundació Víctor Grífols i Lucas i Catedràtica de Filosofia moral de la Universitat Autònoma de Barcelona.

**Guillem López i Casanovas**, Catedràtic d'Economia de la Universitat Pompeu Fabra de Barcelona.

**Àngel Puyol González**, Professor titular de Filosofia Moral de la Universitat Autònoma de Barcelona.



## TÍTOLS PUBLICATS

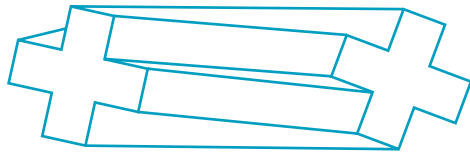
### Quaderns de Bioètica:

12. *La gestión del cuidado en enfermería*
11. *Los fines de la medicina*
10. *Corresponsabilidad empresarial en el desarrollo sostenible*
9. *Ética y sedación al final de la vida*
8. *Uso racional de los medicamentos. Aspectos éticos*
7. *La gestión de los errores médicos*
6. *Ética de la comunicación médica*
5. *Problemas prácticos del consentimiento informado*
4. *Medicina predictiva y discriminación*
3. *Industria farmacéutica y progreso médico*
2. *Estándares éticos y científicos en la investigación*
1. *Libertad y salud*

### Informes de la Fundació:

4. *Les prestacions privades en les organitzacions sanitàries públiques*
3. *Clonatge terapèutic: perspectives científiques, legals i ètiques*
2. *Un marc de referència ètic entre empresa i centre de recerca*
1. *Percepció social de la biotecnologia*

Per a més informació [www.fundaciogrifols.org](http://www.fundaciogrifols.org)



# Las prestaciones privadas en las organizaciones sanitarias públicas

VICTÒRIA CAMPS CERVERA   GUILLEM LÓPEZ I CASASNOVAS   ÀNGEL PUYOL GONZÁLEZ



## SUMARIO

Presentación .....	41
I. Consideraciones económicas .....	43
II. Consideraciones jurídicas y políticas .....	51
III. Consideraciones éticas.....	55
1. El principio de equidad.....	55
2. Insuficiencia de recursos.....	55
3. La doble vía público-privado.....	57
4. La equidad como igualdad de acceso .....	58
5. La equidad como igualdad de trato.....	61
6. Consecuencias sociales derivadas del nuevo sistema .....	63
Conclusiones .....	65
Autores.....	67
Títulos publicados.....	69





## PRESENTACIÓN

El objetivo de este documento es aportar una serie de argumentos de carácter económico, político y ético relativos a la utilización de los equipamientos públicos con finalidad privada en el campo de la asistencia sanitaria. Es éste un ámbito de la actuación política en el que existe ya un referente claro en nuestro medio: el caso Barnaclínic, en el seno de la Corporació Sanitària Clínic de Barcelona. Asimismo, la iniciativa parece contemplarse en la Corporació Sanitària Parc Taulí, el Hospital Sant Joan de Déu y el Grup Mútua de Terrassa (en una variante del ámbito mutual), y existe como tal en la Fundació Puigvert (en el ámbito fundacional privado). Más aún, la cuestión relativa a la capacidad de generar recursos privados en centros públicos ha sido objeto de debate en las diferentes revisiones efectuadas del nuevo anteproyecto de estatuto del Institut Català de la Salut, y ha sido objeto también de debate en el seno del Consejo Asesor del Ministerio de Sanidad y Consumo en diferentes documentos internos.

Se explicitan a continuación los argumentos económicos, jurídicos, políticos y éticos que pueden permitirnos evaluar la manera de integrar adecuadamente las prestaciones privadas en el sistema sanitario público.



## I. CONSIDERACIONES ECONÓMICAS

Se presentan a continuación los contenidos principales que ilustran las cuestiones relativas a la utilización de equipamientos públicos para la oferta de prestaciones privadas. Los argumentos se desarrollan con brevedad, sobre bases técnicas, alejándolos lo máximo posible de la confrontación política.

1. Una institución, para ser eficiente, debe utilizar plenamente los equipamientos que los órganos de gobierno ponen a su disposición. Ello mejorará el rendimiento de los bienes disponibles (costes de utilización), con una mayor protección de los recursos de los contribuyentes (costes fiscales).

Es preciso resaltar para ello que las deficiencias de una utilización insuficiente del capital financiado públicamente, una vez realizada su inversión inicial, así como por la amortización incorrecta del mismo, privarían de un beneficio económico, esto es de unos ingresos que podrían obtenerse sin detrimento de las finanzas de la institución. En este sentido, es bien conocido que cualquier ingreso superior al coste marginal o variable de explotación de un servicio, debe entenderse como un beneficio potencial, por lo que atañe, al menos, al horizonte temporal contemplado. 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 (menores ingresos), ya por el pago de más impuestos (pérdidas evitables) más allá de la estrictamente necesaria para el funcionamiento de la actividad. El hecho de que dicho beneficio “latente” o no materializado se remita a una variación de la financiación tributaria general no debería dejar de tener en cuenta, además, el exceso de gravamen de la carga tributaria en el que por ello se incurre. Esta carga se relaciona con las distorsiones provocadas por los efectos de la imposición sobre el mejor funcionamiento del sistema económico (más allá del hecho de que a nadie le guste pagar impuestos), y que se estima en pérdidas de bienestar, en un valor

medio de entre un 25% y un 30% de la propia recaudación tributaria.

2. No obstante, se podría interpretar que resulta incoherente que en el sistema público se disponga de capacidad ociosa (y así se contemple la oferta privada potencial) cuando se observa un “exceso de demanda” (colas) 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 un sistema de provisión pública tiene que ver con la financiación pública efectiva de la oferta asistencial disponible, y no con la oferta existente y su capacidad productiva potencial. Lo que, en principio, centra la atención de la compra (la financiación) de la actividad pública, a efectos de suministrar un servicio público es la demanda necesaria de entre toda la demanda potencial o deseada (casi ilimitada). Ello implica discernir qué demanda se financia, sean cuales sean las capacidades de oferta instalada, de tal manera que no se han de “comprar” necesariamente todas las posibilidades de producción de la oferta disponible. Puede decirse, pues, que la lista de espera es una cuestión de limitación de la demanda “financiada” y no de falta de capacidad de respuesta de la oferta existente. Así, 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 de producción de estos servicios.

3. En general, que el sector público no oferte un servicio no quiere decir que ese servicio no se pueda prestar, o que los ciudadanos no puedan acceder a él por alguna otra vía, lo que puede hacer conveniente la regulación de la oferta privada, su seguimiento o control, particularmente desde los centros públicos ya que así puede realizarse de modo más efectivo. Dicho de otro modo, en una sociedad democrática, lo que no se oferta públicamente no debería prohibirse.

En este sentido, el país que más obstáculos ha puesto históricamente a la potencial coexistencia del marco asistencial público y el privado es Canadá (no Inglaterra, en donde nace el Servicio Nacional de Salud; ni Suecia, en donde se cobran privadamente servicios públicos de una forma bastante regular). Pero, incluso en el caso canadiense, una reciente sentencia de la Corte Suprema de ese país de Junio de 2005, 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 tal manera que se tiende a no financiar servicios sin una efectividad terapéutica probada y/o una relación coste-eficiencia superior a otras alternativas ya disponibles. Las comodidades hoteleras, la capacidad de elección, los medicamentos de estilo de vida, los tratamientos a la carta bio-tech, serían algunos de los ejemplos más frecuentes.

4. En cualquier caso, es preciso ser selectivo en los argumentos anteriores. El punto clave a decidir es cuáles son las prestaciones básicas de la asistencia pública y los derechos de los usuarios a su acceso, y cuáles los servicios coadyuvantes a dichas prestaciones básicas no reconocidos como básicos, así como qué prestaciones complementarias adicionales se ofrecen a éstas. Y obviamente “cómo” se suministran todas ellas. Aquí nos interesa específicamente el “cómo” al referir el papel de los centros públicos a tal fin.

a) **¿Qué servicios suministrar?** Podemos distinguir dos categorías de servicios:

(i) 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 (programación de la demanda). Este factor sería el de complementariedad.

(ii) El acceso a servicios privados, inclusive de todas aquellas prestaciones cubiertas públicamente y bajo idéntico contenido asistencial, pero fuera del horario de atención pública dentro del mismo centro público y por parte del equipo médico prevalente. Aquí el motivo no puede ser otro que evitar un tiempo de espera, ya que se considera que la calidad clínica y asistencial del servicio es idéntica. Dicho factor sería mayormente substitutivo o alternativo.

#### **b) ¿Cómo se suministran los servicios?**

Podemos considerar aquí tanto al pago directo en el momento de acceso como a través de alguna prima de seguro complementaria (privada o pública -tal como se refleja en algunas propuestas examinadas para la Corporació Sanitària Parc Taulí-) abonada anticipadamente. Esto implica, en ambos casos, 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 (a pesar de su producción), y un control desde la gerencia pública (incluyendo el pago de los profesionales) y con responsabilidad política de ésta ante los patronatos u órganos de gobierno de los que depende.

5. Por último, es preciso valorar las ventajas e inconvenientes que pueden preverse con la implantación de las prestaciones privadas en las organizaciones sanitarias públicas:

#### **a) Argumentos a favor del nuevo sistema:**

(i) Permite ahorrar 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.

(ii) 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.

(iii) 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.

(iv) 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.

(v) Evita la “erosión” de la reputación de la institución pública, ya que desincentiva a que la demanda privada potencial salga del sistema público.

(vi) 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.

(vii) 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.

(viii) Permite garantizar 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.

(ix) Hace posible un mayor control integral de los flujos de enfermos desde una única puerta de entrada, registro de admisión, asignación clínica centralizada a los profesionales, y dificulta en su caso 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.

(x) Internaliza, dentro de la institución pública, tanto los costes como los beneficios de toda la actividad asistencial, pruebas complementarias, etc.

(xi) 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.

(xii) Por último, 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.

#### **b) Argumentos en contra del nuevo sistema:**

(i) 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.

(ii) 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.



(iii) 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).

(iv) 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).

(v) 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.

(vi) Puede ocurrir que, por esta vía “acomodaticia” 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.

(vii) 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.

## II. CONSIDERACIONES JURÍDICAS Y POLÍTICAS

Las actuaciones citadas en este estudio requieren un encaje jurídico en dos supuestos: por la vía de la interpretación de la normativa vigente, dentro de lo que permite la regulación sanitaria actual relativa a los centros de la Red Hospitalaria de Utilización Pública (XHUP), y sobre todo, a la vista de lo que prevé la Ley General de Sanidad de 1986 (arts. 16 y 90.6). Concretamente, será preciso considerar los dos aspectos siguientes: a) cómo debe entenderse la definición de pacientes que no cuentan con cobertura pública; y b) cómo debe interpretarse la exigencia de “condiciones idénticas” para ambos tipos de pacientes.

Las consideraciones citadas deberán ser referidas posteriormente al contexto concreto de la prestación en los dos casos siguientes: a) los centros que hasta el momento sólo habían prestado asistencia sanitaria de cobertura pública y que, de acuerdo con su naturaleza jurídica pasen a extender simultáneamente los mismos servicios para pacientes privados (es el caso de los consorcios sanitarios con participación pública mayoritaria, los centros públicos, pero no del propio Servei Català de la Salut, que prestan servicios para éste, o las empresas públicas sanitarias dependientes directamente del CatSalut); b) los casos en los que estos mismos centros, 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<sup>1</sup>.

Por lo que respecta al primer supuesto, y a la vista de lo que dispone la propia Ley General de Sanidad, no parecen existir problemas relativos a la posibilidad de ofrecer prestaciones privadas dentro de centros asistenciales públicos. Sin embargo, las condiciones de prestación y el sistema de acceso

1 - Puede encontrarse una buena disección general de esta problemática en J. Ll. Lafarga. ‘Sobre la possibilitat en Dret que els centres proveïdors del Servei Català de la Salut obtinguin ingressos procedents de la prestació directa de serveis sanitaris en règim privat, o de l’arrendament de béns, instal·lacions i/o equipaments amb aquesta finalitat’, dictamen realizado para la Unió Catalana d’Hospitals, Septiembre de 2001. Mimeo.

se limitan a pacientes que no disponen de cobertura pública y en unas condiciones que deben ser idénticas, con independencia de la condición con la que acceden a los servicios. Por lo tanto, este primer requisito se cumpliría por lo que respecta a los servicios que quedan fuera de la cobertura pública, ya sea por estar fuera del catálogo público de prestaciones, ya por ir destinados a ciudadanos que no tienen el derecho de cobertura sanitaria pública o que renuncian a él. No se podría considerar inequitativo lo que el propio sistema público ha considerado que no genera inequidad, dejándolo fuera de la cobertura pública, o lo que el ciudadano ha renunciado a hacer efectivo, valorando, por ejemplo, otros aspectos por encima de la propia universalidad de acceso. Por extensión, tanto el hecho de que el sector público no priorice de manera suficiente unas prestaciones determinadas dejándolas fuera de la compra pública, a pesar del exceso de demanda y la capacidad disponible, como el hecho de que no se marque una priorización explícita en el racionamiento existente de la demanda, podría entenderse en el sentido de que las faltas de equidad que puedan derivarse de ello, tanto de la oferta del servicio (número de actos programados) como de las condiciones de acceso (lista de espera existente), no “valen” el coste de sacrificar más recursos públicos (ampliación de prestaciones, compra de servicios adicionales, priorización diferente de su acceso).

En cuanto al segundo supuesto, para el caso concreto que nos ocupa y a la vista de la naturaleza jurídica de la propietaria de la Sociedad Anónima participada (la propia Corporació Sanitària Clínic), dentro de la tipología jurídica comentada anteriormente, no parece que existan problemas para la afectación de todos o parte de los bienes e instalaciones a la prestación de servicios sanitarios en régimen privado, en especial si este destino no va en detrimento del servicio público sanitario (exigencia que podría derivarse de

la Ley 11 de 1981 de Patrimonio de la Generalitat, y decretos de desarrollo, y de la propia Ley 15 de 1990, de Ordenación Sanitaria de Catalunya (LLOSC). No parece ser éste el caso que nos ocupa, ya que la argumentación inicial para llevar a cabo la iniciativa comentada es precisamente el exceso de oferta y la capacidad disponible por parte del centro sanitario (Corporació Sanitària Clínic). Sería necesario considerar, en consecuencia, la necesidad o no de una autorización explícita previa basada en el argumento citado y, en cualquier caso, de un control riguroso de su cumplimiento, que debería ser garantizado con auditorías periódicas. Concretamente, sería preciso realizar el seguimiento de las iniciativas propuestas con objeto de ver cómo mejoran la viabilidad económica y el equilibrio financiero del centro, repercutiendo al mismo tiempo en la mejora de los propios servicios públicos ofertados. No se detecta, pues, impedimento legal, pero sí la necesidad de medidas de intervención que muestren la tutela de los intereses generales por encima de los mercantiles.

En cualquier caso, mejoraría la percepción pública de una iniciativa privada como la propuesta 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 (por ejemplo, desde la Corporació Sanitària Clínic a la Sociedad Anónima), a cambio de un canon que precisamente sufragaría parte del déficit de recursos que no cubre el propio demandante público. Explicitar este acuerdo, desde los principios de transparencia y concurrencia, podría proporcionar, sin duda, un mejor encaje legal y de aceptación social, de manera similar a la delimitación de los contratos del personal sanitario de la Sociedad Anónima.

Fuera del caso concreto de la Corporació Sanitària Clínic, y a la vista de la naturaleza jurídica de ésta, 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<sup>2</sup>, una modificación del Convenio tipo del CatSalut por acuerdo de Gobierno, que permitiera el acto de disposición (la cesión, el alquiler...) necesario para hacer viable la nueva entidad privada que se pudiera crear.

Un tercer supuesto distinto de los anteriores es el que 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. Ello se debería a que desde unos mismos equipamientos compartidos, y con una imputación de costes de uso de espacios o equipamientos por debajo de los costes medios (considerando por ejemplo sólo los marginales), se podría estar promoviendo una especie de *dumping* empresarial. Sin embargo, a nuestro entender, la valoración de este supuesto económico desde un punto de vista legal, debe discernirse en el caso concreto, a la vista de las prácticas específicas observadas, por parte de los órganos administrativos y jurisdiccionales de defensa de la competencia, y no a modo de hipótesis genérica de descalificación.

2 - J. Lluís Lafarga Traver, *Informe Unió Catalana d'Hospitals*, Septiembre de 2001.

### III. CONSIDERACIONES ÉTICAS

#### 1. El principio de equidad.

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. Dado que la equidad es el valor fundamental que un sistema público de salud debe preservar y garantizar, cualquier cuestión que pueda plantearse ha de ser vista en función de que favorezca o reduzca el derecho a la equidad. Y eso, tanto desde la óptica de la asignación del gasto como de su financiación.

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. La introducción de una mejora ha de contribuir a aumentar la equidad existente o, cuando menos, no debe reducirla. Ante todo, la equidad aumentará si el cambio mejora la atención a las personas socialmente menos favorecidas. Y, al contrario, si la utilización de los equipamientos públicos con finalidad privada perjudica la atención sanitaria pública, tanto en la calidad médica de las prestaciones como en el acceso de las personas a ellas, la equidad se resentiría y deberíamos llegar a la conclusión de que el procedimiento es éticamente rechazable. En la propuesta que estamos analizando, todos los enfermos deben ganar y nadie debe perder desde el punto de vista de la protección de la salud.

#### 2. Insuficiencia de recursos.

La situación actual está caracterizada por el hecho de que los recursos sanitarios públicos son limitados y, previsiblemente, lo serán aún más en el futuro, dada la disociación entre expectativas ciudadanas y capacidades

públicas de financiación. El sistema sanitario actual no puede proporcionar todos los recursos necesarios para atender toda la demanda real, y ello provoca onerosas listas de espera, masificación, espacios y horarios reducidos y otros inconvenientes. Hay, en especial, tres razones que explican esta insuficiencia de recursos.

a) Aunque la protección de la salud es un bien fundamental, no es el único que es preciso garantizar o, al menos, no es el único bien que la sociedad debería tener en cuenta a la hora de decidir la distribución de sus recursos, dado un determinado nivel de financiación. Otros tipos de bienes (o de derechos fundamentales), como la educación, la seguridad, la movilidad, la cultura o el ocio se disputan también una parte del presupuesto público. Cualquier estado de derecho se ve obligado a hacer este tipo de elección, ya que todos los bienes son escasos por definición. La elección que es preciso realizar es similar a la que hace también cada individuo en su vida privada y cuando transmite a la voluntad colectiva su voluntad individual.

b) El desarrollo extraordinario del conocimiento científico y tecnológico limita aún más la distribución de los recursos. Es una paradoja de nuestro tiempo que sea posible tratar eficazmente numerosas enfermedades que hasta hace poco no tenían solución, de manera que ahora o bien las podemos vencer o bien podemos aumentar considerablemente la calidad de vida de los nuevos enfermos, y que el elevado precio que esto comporta haga casi imposible que los beneficios de este conocimiento lleguen a todos aquéllos que tienen capacidad de beneficiarse de ellos (pensemos, por ejemplo, en las nuevas tecnologías, en la aparición de nuevos medicamentos, en el envejecimiento de la población o en el incremento de las enfermedades crónicas). Una paradoja que, lamentablemente, cada vez adquiere dimensiones más considerables.



c) Si bien es cierto que una inversión mayor en sanidad pública disminuiría la necesidad de ofrecer prestaciones privadas dentro de las organizaciones públicas, es irresponsable mantener que únicamente el incremento constante del gasto sanitario resuelve el problema de la insuficiencia de recursos. En sanidad, el gasto no tiene techo, mientras que su financiación tiene un coste económico y social considerable. Esto se debe al hecho de que la protección de la salud no es sólo un hecho médico, sino también un hecho social y, por tanto, las necesidades de salud de los individuos crecen fácilmente a medida que aumenta la oferta.

### **3. La doble vía público-privado.**

La limitación de recursos es, en gran parte, responsable de una serie de situaciones insatisfactorias que, a la vista de cómo se resuelven políticamente, hacen que el sistema actual no sea equitativo. Aunque la sanidad pública de nuestro país es universal, es decir, incluye a todos, la cronicidad de las listas de espera, junto con otros factores (como por ejemplo, la ausencia de las denominadas comodidades hoteleras, poca flexibilidad de horarios, dificultad para escoger médico, etc.) provocan que muchos enfermos utilicen la sanidad privada. Uno de los resultados de esta doble vía público-privado 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. A pesar de ello, el sistema sanitario de nuestro país es comparable, en cuanto a eficiencia y equidad, al de otros países desarrollados.

#### 4. La equidad como igualdad de acceso.

Cualquier cambio en el sistema público de salud que mejore la situación de todos y no perjudique a nadie contribuirá a aumentar la equidad existente. El problema es que la equidad no es un concepto unívoco. Formalmente, la equidad significa tratar de forma igual a los iguales y de forma desigual a los desiguales, tanto desde la óptica de la asignación de recursos como desde su financiación. Ahora bien, lo que es preciso saber es cuál es la desigualdad moralmente relevante que legitima el trato desigual para poder aplicar correctamente la equidad. Si aceptamos el supuesto de que la equidad ha de significar básicamente igualdad de acceso, la desigualdad relevante puede tener diferentes interpretaciones; por ejemplo, las tres siguientes: a) equidad como acceso prioritario por enfermedad más grave; b) equidad como acceso prioritario por capacidad de beneficio esperado de la atención sanitaria; y c) equidad como disminución de las desigualdades de salud entre la población. Por tanto, para saber si la utilización de los equipamientos públicos con finalidad privada mejora la equidad, es preciso evaluarla en función del criterio de equidad elegido. Deberíamos analizar si este sistema, a igual financiación: a) acaba atendiendo mejor y antes (reduciendo listas de espera) a los enfermos más graves, con independencia de sus recursos económicos; b) aumenta la salud global de la población; c) reduce las desigualdades de salud de la población.

El criterio de equidad en respuesta a la gravedad de las enfermedades es el que tiene más partidarios en nuestro país. Según esta concepción, un sistema sanitario equitativo es aquél que atiende prioritariamente a los enfermos más graves. En la actualidad existen listas de espera para muchas intervenciones médicas que tienen en cuenta, sobre todo, como uno de sus criterios

fundamentales explícitos, la gravedad del enfermo.

Aparentemente, la utilización de equipamientos públicos con finalidad privada introduce, de entrada, una clara desigualdad de acceso a la sanidad. No hay duda de que solamente algunos enfermos podrán comprar el derecho a formar parte de las listas de espera más cortas, además de otras ventajas, como la de una mayor flexibilidad horaria y de espacios, más libertad de elección de médicos y más comodidades hoteleras. Sin embargo, son diferencias que se dan ya con la existencia de la medicina privada. La pregunta que es preciso hacerse es la siguiente: dado que la aparente desigualdad en el acceso tiene como consecuencia una mejora general para todos, ¿es legítimo deducir que representa también un aumento de la equidad?.

Si bien en términos absolutos -o deontológicos- parece que el nuevo sistema no es más equitativo por lo que respecta a la igualdad de acceso, en términos relativos -o consecuencialistas-, 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 que continúan en ella, ya que serán atendidos antes. Tanto los que salen de la lista como los que permanecen en ella acaban siendo atendidos antes. Si éste es el resultado y si la calidad asistencial no se ve afectada por esta doble vía, se gana en equidad.

Es cierto que el acortamiento de las listas de espera es un efecto que también se produce con la actual doble vía de acceso público-privado, ya que los usuarios de la sanidad privada contribuyen a financiar, a través de los impuestos, una sanidad pública que no utilizan en su totalidad. Sin embargo, el hecho diferencial que aporta la utilización de los equipamientos públicos

con finalidad privada es que una parte significativa de los ingresos procedentes de la atención privada pueden revertir positivamente en la atención pública, ya que el servicio se produce dentro de las instalaciones públicas y con el mismo personal de la sanidad pública. Otros beneficios se han destacado en el apartado anterior dedicado a los aspectos técnicos y económicos.

La consecuencia de las razones anteriores es que la utilización de los equipamientos públicos con finalidad privada será más equitativa siempre que no afecte a las enfermedades más graves o que limiten gravemente las capacidades funcionales más básicas. Lo más equitativo es priorizar mejor las listas de espera para tratamientos e intervenciones de enfermedades graves. Esta finalidad debe ser prioritaria dentro del sistema público, al tiempo que se reservan los equipamientos públicos con finalidad privada para los tratamientos e intervenciones de enfermedades que quedan fuera de esa priorización.

Aun así, teniendo en cuenta que las listas de espera existentes están afectando a patologías que impiden a las personas realizar una vida normal (como las prótesis de rodilla o cadera y las cataratas), 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. Dado que la calidad de vida de los pacientes puede tener un valor equivalente a la curación de la enfermedad que sufren, cualquier diferencia en el tratamiento que pueda afectar a la calidad de vida constituye un agravio comparativo indeseable desde la perspectiva de un sistema que pretende ser equitativo. En consecuencia, las prestaciones privadas en centros públicos estarán más justificadas en la medida en que el sector público adecue su compra de servicios a criterios de necesidad social.

Es cierto que la utilización de los equipamientos públicos con finalidad privada no será nunca tan equitativa como lo sería que esa utilización no fuera necesaria, sin tener que recurrir por tanto a sistemas voluntarios de financiación privada. A pesar de ello, el actual escenario de limitación inevitable de los recursos hace pensar que, si bien es posible reducir las listas de espera con una gestión más eficiente, no es posible eliminarlas del todo. También se podrían reducir con una mayor financiación si ésta se gestiona con eficiencia y equidad. Si se mantiene este escenario realista y se tienen en cuenta las condiciones expresadas en los párrafos anteriores, la propuesta de utilizar equipamientos públicos con finalidad privada, siempre que se cumplan las condiciones de buena gestión que se señalan en el apartado anterior, es más equitativa y, por tanto, más justa que la no utilización de estos equipamientos o la doble vía actual que separa claramente la sanidad pública de la privada. El nuevo sistema aparece, pues, como un mal menor pero justificable y legítimo desde un punto de vista ético.

En consecuencia, la supuesta desigualdad de acceso que el nuevo sistema introduce, queda compensada al aumentar la igualdad de consideración de los intereses de todos, si entendemos que, en este caso, el interés principal de todos los enfermos es recibir cuanto antes la atención sanitaria que necesitan. Sin embargo, toda mejora de la igualdad en un sentido puede producir una desigualdad en algún otro sentido. El objetivo de una ética igualitarista es que el sentido de la igualdad que finalmente salga beneficiado responda mejor a nuestras intuiciones sobre la justicia en cada caso.

##### **5. La equidad como igualdad de trato.**

Otro sentido de la equidad es el que está relacionado con la igualdad de

trato. Puede parecer que la doble vía de acceso que introduce el sistema de prestaciones privadas dentro de las organizaciones sanitarias públicas trata de forma injustamente desigual a los enfermos. Es 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. Si la desigualdad de acceso produce una mejora general de la atención al paciente, deberemos convenir en que la medida es moralmente buena incluso desde el punto de vista de la igualdad de acceso. La desigualdad de acceso que introduce la doble vía en la sanidad pública es meramente instrumental, mientras que la igualdad como fin se ve claramente reforzada.

Cabe aducir aún que la doble vía tiene un valor simbólico contra la igualdad de trato, debido a que parece violar la promesa social implícita de las organizaciones sanitarias públicas que dice que éstas (desde la financiación pública de la que disponen) no deben establecer diferencia alguna en función del nivel económico de los enfermos. Si los más ricos compran, privadamente, unos ciertos privilegios (listas de espera más cortas, elección más amplia de médico, flexibilidad horaria, comodidades hoteleras, etc.), los usuarios tradicionales del sistema público pueden percibir que éste no les trata con igualdad. Pero lo relevante es lo que sucede en la esfera de la responsabilidad pública (no discriminación), ya que, en el ámbito privado, el supuesto privilegio puede ser compensable, pero difícilmente evitable. A pesar de ello, la sensación de inequidad puede existir a pesar de que, en términos absolutos, los pacientes públicos mejoren también desde el punto de vista de las listas de espera, la elección de médico, la flexibilidad horaria y la comodidad de espacios y trato personal. Es una percepción social que tiene su lógica, pero que debería ser superada por la razonabilidad moral. No es moralmente razonable considerar que una política que permite que todos

estén “igualmente peor” es mejor que otra que posibilita que todos estén mejor a cambio de una desigualdad no sustantiva. La igualdad como símbolo puede no tener su valor en determinadas ocasiones, pero la mejora de la salud tiene aún más valor -incluso simbólico- para una política sanitaria.

## 6. Consecuencias sociales derivadas del nuevo sistema.

Un primer problema que puede acompañar al sistema de prestaciones privadas dentro de organizaciones públicas en el ámbito sanitario 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, por ejemplo postergando un cambio radical de mejora de oferta pública y legitimando la desigualdad de acceso en función del nivel económico de los enfermos. A pesar de ello, éste es un problema más político que ético. Desde el punto de vista ético, la existencia de una mejora no debería ser obstáculo para obtener, si es posible, una mejora más importante.

En segundo lugar, la propuesta en cuestión podría ser considerada causa de una mayor segmentación social. Si las clases medias se ven atendidas por un sistema de prestación privada, tenderán a despreocuparse del buen o mal funcionamiento del sistema de atención sanitaria. En consecuencia, 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 y, de tener algún efecto, produce una mejora respecto a la situación actual. Y ello tanto por la reversión de estos ingresos privados a favor de organizaciones públicas, como por el hecho de que, desde éstas, el

efecto está más acotado y es más controlable, por el mismo servicio público, por lo que hace a las consecuencias que puedan considerarse indeseables.

Es preciso advertir 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. El control y la supervisión continuados del funcionamiento del nuevo sistema es un requisito imprescindible para evitar las perversiones de éste.



## CONCLUSIONES

1. Las prestaciones privadas en las organizaciones sanitarias públicas son éticamente aceptables siempre que se mantenga la garantía del principio de equidad entendido como igualdad en el acceso y en el trato de los pacientes. Un acceso financiado privadamente no rompería necesariamente la equidad de acceso asociado a la financiación pública.

2. En el caso de que, como es de esperar, la introducción de prestaciones privadas en las organizaciones sanitarias públicas no haga aumentar las listas de espera, objetivamente todos saldrán beneficiados y nadie se verá perjudicado.

3. Con objeto de que la diferencia de acceso a las prestaciones sanitarias en su conjunto no contradiga la preservación de la equidad en las prestaciones públicas, es preciso que el sistema de prestaciones privadas suministradas en centros públicos no afecte en ningún sentido (ya sea directamente, por una peor priorización, ya indirectamente, por una despreocupación pública por su financiación y gestión) al acceso de los enfermos graves ni limite severamente las capacidades funcionales de la persona.

4. Dado que el nuevo sistema puede introducir la percepción de una desigualdad de trato a los pacientes, conviene extremar el control y las medidas que permitan evaluar periódicamente el funcionamiento de las prestaciones privadas en los centros públicos, y la incidencia de éstos sobre las prestaciones públicas, con objeto de evitar toda pérdida de calidad o trato discriminatorio en dichas prestaciones públicas.

5. El sistema de prestaciones privadas en los centros públicos se puede pervertir fácilmente y tener como consecuencia el empeoramiento de todo

el sistema público, si no se toman las medidas de control adecuadas, y si no se establecen unas condiciones de funcionamiento que eviten posibles disfunciones. Aunque el cumplimiento de las condiciones depende, en cada caso, de la gerencia del centro, conviene que éstas atiendan a una regulación pública que, como mínimo, incluya los siguientes supuestos:

- Los profesionales no deben cobrar directamente del enfermo. Su remuneración por la prestación privada no debe sobrepasar excesivamente a la que se recibe por la prestación pública.

- La gerencia debe controlar todos los ingresos y evitar que se estimule la dedicación a los pacientes privados en detrimento de los públicos.

- Es preciso mantener la mayor transparencia en la priorización de las listas de espera.

- La opción del paciente por la atención privada debe estar bien informada por parte del centro. El paciente debe saber que si se registra como paciente privado no puede cambiar a la financiación pública durante el mismo proceso.

- Tanto las instalaciones como los accesos y horarios de la prestación privada deben estar claramente diferenciados y separados de la prestación pública.

## AUTORES

**Victòria Camps Cervera**, Presidenta de la Fundació Víctor Grífols i Lucas y Catedrática de Filosofía moral de la Universitat Autònoma de Barcelona.

**Guillem López i Casanovas**, Catedrático de Economía de la Universitat Pompeu Fabra de Barcelona.

**Àngel Puyol González**, Profesor titular de Filosofía Moral de la Universitat Autònoma de Barcelona.



## TÍTULOS PUBLICADOS

### Cuadernos de Bioética:

12. *La gestión del cuidado en enfermería*
11. *Los fines de la medicina*
10. *Corresponsabilidad empresarial en el desarrollo sostenible*
9. *Ética y sedación al final de la vida*
8. *Uso racional de los medicamentos. Aspectos éticos*
7. *La gestión de los errores médicos*
6. *Ética de la comunicación médica*
5. *Problemas prácticos del consentimiento informado*
4. *Medicina predictiva y discriminación*
3. *Industria farmacéutica y progreso médico*
2. *Estándares éticos y científicos en la investigación*
1. *Libertad y salud*

### Informes de la Fundación:

4. *Las prestaciones privadas en las organizaciones sanitarias públicas*
3. *Clonación terapéutica: perspectivas científicas, legales y éticas*
2. *Un marco de referencia ético entre empresa y centro de investigación*
1. *Percepción social de la biotecnología*

Para más información [www.fundaciongrifols.org](http://www.fundaciongrifols.org)







F U N D A C I O

VÍCTOR  
GRÍFOLS  
i LUCAS

Fundació Víctor Grífols i Lucas

c/ Jesús i Maria, 6 08022 BARCELONA SPAIN Tel. +34 935 710 410 Fax +34 935 710 535  
e-mail: [fundacio.grifols@grifols.com](mailto:fundacio.grifols@grifols.com) [www.fundaciogrifols.org](http://www.fundaciogrifols.org)