

# **LAS PRESTACIONES PRIVADAS EN LAS ORGANIZACIONES SANITARIAS PÚBLICAS**

**Victòria Camps Cervera  
Guillem López Casasnovas  
Àngel Puyol González**

## **Sumario**

### Presentación

- I. Consideraciones económicas
- II. Consideraciones jurídicas y políticas
- III. Consideraciones éticas:
  1. El principio de equidad
  2. Insuficiencia de recursos
  3. La doble vía público-privado
  4. La equidad como igualdad de acceso
  5. La equidad como igualdad de trato
  6. Consecuencias sociales derivadas del nuevo sistema

### Conclusiones

## 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 del Consorci de l'Hospital Clínic de Barcelona. Asimismo, la iniciativa parece contemplarse en el Hospital del Parc Taulí, el Hospital de Sant Joan de Déu y la 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 (ICS), y ha sido objeto también de debate ~~en el seno del Consejo Asesor del Ministerio de Sanidad y Consumo en diferentes documentos internos.~~

Eliminado: y aprobación

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.

## 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).

Con formato

Con formato

Eliminado: fiscal

Eliminado: económicos

Con formato

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. Ésta 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.

Eliminado: en

Eliminado: los

Eliminado: hace

Eliminado: con

Eliminado: un déficit evitable

Eliminado: de los

Eliminado: os

Eliminado: o por ambas cosas a la vez

Eliminado: este

Eliminado: como pérdida, a

Eliminado: e

Eliminado: la pérdida de bienestar, que deriva de

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.

Eliminado: haber comprendido

Con formato

Eliminado: sobre

Con formato

Eliminado: hace

Eliminado: distinguir

Eliminado: Su primera responsabilidad está en la provisión de la

Eliminado: que

Eliminado: a pesar de

Eliminado: n

Eliminado: S

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 al poderse realizar 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

Con formato

Con formato

"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.

Eliminado: ¶  
¶

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, y qué prestaciones complementarias adicionales se ofrecen a éstas. Y óbviamnete, "cómo" se suministran todas ellas. Aquí nos interesa específicamente el 'cómo' al referir el papel de los centros públicos para dicho objetivo.

Eliminado: "

Con formato

Eliminado: "

Con formato

Eliminado: y

Eliminado: que

Eliminado: y

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

Eliminado: habría que

a) 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

Eliminado: escoger

Eliminado: acceder

b) 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

Eliminado: de

Eliminado: las

- **¿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 algunos propuestas examinadas para el Consorci Sanitari 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.

Eliminado: referirnos

Eliminado: en

Eliminado: punto

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:

Con formato

**a) Argumentos en 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.

Eliminado: a ser

Eliminado: la oferta

(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.

Eliminado: s

(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.

Eliminado: actualmente

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

Eliminado: se evita

(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.

Eliminado: vínculo

(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.

Eliminado: da

(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.

Eliminado: no

(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.

Eliminado: ante

Eliminado: ¶  
¶  
¶

## 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.

Eliminado: haga

(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.

Eliminado: segmentado

Eliminado: exclusivamente

Eliminado: diferenciado

Eliminado: de difícil evitación

(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).

Eliminado: privada

Eliminado: demanda

Eliminado: son

(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).

Eliminado:

Eliminado: (

Eliminado: ,

(v) Puede alimentar la demagogia política a partir de anécdotas elevadas a categorías, 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.

Eliminado: uso

Eliminado: a

Eliminado: de tener que

## 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 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

---

<sup>1</sup> 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.

posibilidad de ofrecer prestaciones privadas dentro de centros asistenciales públicos. Sin embargo, las condiciones de prestación y el sistema de acceso 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 SA (la propia Corporació Sanitària Clínic CSC), 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 LIOSC - Ley 15 de 1990). 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 auditorias periódicas. Concretamente, sería preciso realizar el seguimiento de las iniciativas propuestas con objeto de ver como 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 el CSC a la SA), 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 SA.

Eliminado: H

Fuera del caso concreto de la Corporació Sanitaria 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.

Eliminado: que fuera

---

<sup>2</sup> J. Lluís Lafarga Traver, *Informe Unió Catalana d'Hospitals*, Septiembre de 2001.

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.

**Eliminado:** Este clamor esgrime ciertas

**Eliminado:** demanda

**Eliminado:** pueden ser orientados pacientes hacia la oferta privada o, en su caso, como consecuencia de una subsidiación horizontal desde

**Eliminado:** a la demanda pública en favor de la privada, cuando a ambas se les

**Eliminado:** que promuevan

**Eliminado:** el

**Eliminado:** e trata, en cualquier caso de una problemática diferente a la

**Eliminado:** que

**Eliminado:** y

### 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 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.) provoca 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 la 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 consigue 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 una 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 acortado 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 en este sentido 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 desigualdad 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 subministradas 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

Eliminado: gravemente



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.