

LES PRESTACIONS PRIVADAS EN LES ORGANITZACIONS SANITÀRIES
PÚBLIQUES. CONSIDERACIONS ECONÒMIQUES, POLÍTIQUES I
ÈTIQUES

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 que existeix un referent clar ja a casa nostra, el Barna Clínic, al si del Consorci del Clínic, de Barcelona, que es contempla com iniciativa a Parc Taulí, a l'Hospital de Sant Joan de Déu, i, en una variant de l'àmbit mutual, a la Mútua de Terrassa, i al fundacional privat, a la Fundació Puigvert. Més encara, aquesta qüestió relativa a la capacitat de generar recursos privats en centres públics ha sigut objecte de debat en les diferents revisions efectuades del nou avantprojecte d'estatut de l'Institut Català de la Salut, l'ICS, que s'està elaborant, i ha sigut també objecte de debat, i aprovació en aquest cas, en un document intern del Consejo Asesor del Ministerio de Sanidad y Consumo, a maig del 2005, a la reflexió efectuada sobre el que ha de ser El hospital del Siglo XXI, en document liderat pel Dr. Valentín Cuervas, degà de Medicina de la UAB de Madrid, y que se inspira precisament en el cas del Barna Clínic que abans esmentàvem.

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

I

CONSIDERACIONS ECONÒMIQUES

1. D'acord amb una **lògica empresarial que inclogui la responsabilitat del gestor públic** envers dels equipaments que els òrgans de govern posen a disposició de la seva institució, la utilització plena d'aquests, ja amb finalitat pública o privada es necessària. Això millorarà el rendiment dels actius amb una major protecció fiscal dels recursos econòmics.

Cal remarcar que els dèficits d'una insuficient utilització del capital públicament finançat en la seva inversió inicial, així com la seva incorrecta amortització, privaria altrament d'un benefici econòmic: d'uns ingressos diferencials assolibles, sense detriment de les finances de la institució. En aquest sentit, és prou conegut que qualsevol ingrés superior al cost marginal variable d'explotació d'un servei s'ha d'entendre com a un benefici potencial, almenys d'acord amb l'horitzó temporal contemplat. El fet que aquest no s'assoleixi, per determinades raons, imposa una càrrega innecessària al contribuent, en forma de dèficit evitable i/o pagament de més impostos dels necessaris per al funcionament de l'activitat. El fet que aquest benefici latent no materialitzat es remeti, com a pèrdua, a una variació del finançament tributari general, no hauria de ignorar l'excés de gravàmen de la càrrega tributària en que se incurreix. Aquest es relaciona amb la pèrdua de benestar que es deriva 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 un valor mitjà d'entre un 25 i un 30% de la pròpia recaptació tributària.

2. Hom podria tendir a interpretar, però, que resulta incoherent que en un sistema públic es disposi de capacitat ociosa quan s'observa 'excés de demanda' i diferents nivells d'espera per accedir a determinats serveis. Aquesta confusió ve de no comprendre que la **lògica de la llista d'espera en un sistema de provisió pública te a veure amb el finançament disponible des dels recursos públics** sobre l'oferta assistencial disponible, i no amb l'oferta existent realment i la seva capacitat productiva potencial. El que fa, en principi, la compra (el finançament) de l'activitat públicaa efectes de subministrar un servei públic, és distingir la demanda necessària de tota la

potencial o dessitjada (gairebé il·limitada); per a responsabilitzar-se'n de la seva provisió; és a dir, suposa la canalització de la demanda que es decideix finançar, tot i les capacitats d'oferta instal·lada, de manera que no es 'compren' totes les possibilitats de producció de l'oferta disponible. Val a dir, per tant, que la llista d'espera es una qüestió de demanda 'finançada' i no de manca de capacitat de resposta de l'oferta existent.

3. En general, el 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. Dit d'una manera diferent, el que no s'oferta públicament no es pot prohibir en una societat democràtica. En aquest sentit, el país que més obstacles ha posat històricament a la potencial coexistència del marc assistencial públic i privat és Canadà (no Anglaterra, on neix el Servei nacional de Salut; no 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 juny del 2005 de la suprema cort canadenca 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, la tendència universal a una major presència de prestació complementària en els serveis públics, i a la diferenciació en els components assistencials fora del paquet bàsic de determinades prestacions. Això s'explica tant per qüestions reactives a la sostenibilitat financera dels sistemes sanitaris amb pretensió universal, com pel fet que no té lògica finançar coactivament, dintre de la compra pública de serveis, quelcom que no sempre mostra una efectivitat terapèutica, o que no prova una relació cost- eficiència superior al de les seves alternatives ja disponibles. L'hostaleria, 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 'quins' i com es subministren aquells serveis coadjuvants i prestacions complementaries addicionals abans esmentades.

- **Quins serveis es subministren. Podem distingir dues categories de serveis:**
 - a) La inclusió, dintre de la prestació pública, de la diferenciació entre serveis hotelers i altres 'ammenities', amb una major capacitat d'escollir metge o

d'accedir a una segona opinió clínica, o de horaris de prestació de serveis (programació de la demanda)

b) L'accés a serveis privats de totes les prestacions públicament cobertes i sota idèntic contingut assistencial, fora d'horari d'atenció pública a la si del centre, per 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.

- **Com es subministren els serveis.**

Podem referir-nos tant al pagament directe en el punt d'accés o a través d'alguna prima d'assegurança complementària (privada o pública –així a una de les propostes vistes per al Consorci Parc Taulí). Això implica en un cas o altre, l'acceptació informada de les condicions de l'oferta, requeriments d'accés, consentiment del nou marc de responsabilitats generat al voltant d'una provisió no pública –tot i la seva producció-, amb control des de la gerència pública i amb responsabilitat política d'aquest davant dels patronats o òrgans de govern de qui depèn.

5. Finalment, caldrà valorar **els 'pros' i 'cons' que dels arguments anteriors se'n deriven:**

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

(i) permet estalviar en el funcionament corrent de l'activitat pública, dels inconvenients derivats altrament de la segmentació de l'oferta (el desviament potencial de pacients),

(ii) ordena el potencial parasitament de l'activitat privada compatible, sobre l'activitat pública en productes intermedis per part de la privada

(iii) elimina la diferenciació de prestigis de les respectives ofertes assistencials (la qualitat percebuda, les cues, la manca de personalització assistencial...),

(iv) evita la fragmentació de responsabilitats en l'atenció del malalt, que 'transita' entre sistemes,

(v) evita l'erosió de la reputació de la institució (que es pot veure potencialment 'sabotejada' per a induir una demanda privada cap a fora del sistema públic).

(vi) afavoreix el reforçament d'actius professionals específics a la institució pública amb els millors clínics que es vinculen a la institució a temps complert i lliguen millor el seu prestigi al de la institució en la que treballen,

(vii) augmenta l'exigència efectiva de incompatibilitat, vista com a reconeixement (vinculació escollida per la institució i el professional, sempre de manera voluntària) i no com una restricció legal imposada i de compliment difús que genera greuges comparatius de dedicació i retribucions entre professionals)

(viii) permet garantir una retribució més complerta que la que dona el finançament públic excoent, reforçant 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 dificultat en el seu cas una relació opaca entre metge i malalt que pot permetre tanta discrecionalitat com arbitrarietat en el tractament dels pacients des del circuit públic cap al privat,

(x) internalitza en tot cas dintre de la institució pública tant els costos com els beneficis de totes l'activitat assistencial, proves complementàries, etc.

(xi) el fet de sortir de la llista d'espera pública, sota un control rigorós per part del gestor públic, i en la hipòtesi de 'tota la resta de coses constants', no empitjora objectivament a ningú i a algú millora: el que voluntàriament accedeix al servei ofertat privadament des de l'esfera pública i/o qui com a resultat de lo anterior accedeix més ràpidament al servei públic sense costejar el cost privat.

(xii) finalment, per altra banda, l'aflorament d'aquest fenomen pot actuar de reclam permanent per a una política pública que no negligeixi la demanda finançada públicament, a la vista dels costos d'oportunitat més explícits que es deriven sobre els ciutadans, pressionant la gestió pública que es faci de la demanda de cobertura pública

- **Arguments en contra del nou sistema:**

(i): visualitza i permet lectura política negativa de la doble via d'accés, tot i que se evitin les dues portes d'entrada, i encara que es faci fora d'horari d'atenció pública

(ii) si es fa amb accés a un tipus d'equipament segmentat (algunes guàrdies, sales o quiròfans determinats exclusivament) i/o en horari públic diferenciat, les tendències a la diferenciació qualitativa són de difícil impediment i de lectura contrària a l'igualtat d'accés.

(iii) la possibilitat consegüent de diferenciació de preus, típica d'una bona gestió de la demanda privada (a la vista de la distinta elasticitat renda dels diferents segments de demanda), troba una lectura, en aquest cas, negativa per discriminatòria – discrecional- (tot i que pugui ser efectivament equitativa, ja que els preus i l'accés són menors si la renda és més baixa))

(iv) la competència es pot veure com a deslleial per part de l'oferta privada pura: la utilització privada de l'equipament públic permet, una tarificació a cost marginal (l'equipament públic és cost fix o 'enfonsat' per al gestor públic), mentre que l'oferta privada des d'equipaments privats requereix una facturació a cost mig (tot i que el cost professional del personal en esquemes de compatibilitat 'laxa' entre sector públic i privat, o en l'utilització d'alguns productes intermitjos, es poden considerar també cost marginal, ja que el gruix del cost pot estar essent suportat majorment per la tresoreria pública).

(v) capacitat elevada d'alimentar la demagògia trobant sempre anècdotes que s'eleven a categoria, quan és objectiu soviet de totes les parts implicades, disminuir la utilització política partidista de la gestió sanitària.

(vi) possibilitat que per aquesta via 'acomodatícia' a la nova situació creada es pugui abandonar l'esforç genèric per a 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) relativa incertesa de les decisions que del seu ús se'n poden derivar, a efectes de reclamacions judicials de ciutadans sobre la possibilitat de renunciar a un dret (universal a un servei gratuït en el punt d'accés), a través de signar un document de consentiment (a pagar per l'accés sota determinades condicions.)

II

CONSIDERACIONS ÈTIQUES

1. El principi d'equitat

El principal problema ètic que plantegen les prestacions privades de serveis sanitaris dins 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 que afavoreixi o disminueixi el dret a l'equitat.

Per tal de justificar moralment les prestacions privades dins organitzacions sanitàries públiques cal demostrar que introdueixen millores en l'atenció sanitària a tota la ciutadania respecte al sistema vigent. Introduir una millora implica, en principi, augmentar l'equitat existent o, si més no, no disminuir-la. Sobre tot, l'equitat augmenta 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 les mateixes, aleshores l'equitat se'n

resentiria i hauríem de concloure que el procediment és èticament rebutjable. Amb la proposta que estem analitzant, tots els malalts han de guanyar i ningú no ha de perdre des del punt de vista 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. El sistema sanitari actual no pot proporcionar 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, almenys, no és l'únic bé que la societat ha de tenir en compte a l'hora de decidir la distribució dels seus recursos. 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 (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) faci gairebé impossible que els beneficis d'aquest coneixement arribin a tothom que ho necessita. 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. Això es deu al fet que la salut no és només un fet mèdic, sino 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 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...) provoca 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 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 dels més equitatius del món, degut principalment a la qualitat assistencial del sistema públic i a la seva universalitat.

4. L'equitat com igualtat d'accés

Qualsevol canvi en el sistema públic de salut que millori la situació de tothom i no perjudiqui a 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. 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: 1) equitat com accés prioritari per enfermetat més greu; 2) equitat com accés prioritari per capacitat de benefici esperat de l'atenció sanitària; i 3) 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, respectivament: 1) acaba atenent millor i abans (reduint llistes d'espera) als malalts més greus, independentment dels seus recursos econòmics; 2) si augmenta la salut global de la població; 3) si disminueix les desigualtats de salut de la població.

El criteri d'equitat com a gravetat és el que té més partidaris al nostre país. Segons aquesta concepció, un sistema sanitari equitatiu és aquell que atèn prioritàriament als malalts més greus. Actualment, existeixen llistes d'espera per a moltes intervencions mèdiques que tenen en compte, com a un dels seus criteris fonamentals, la gravetat del malalt. Existeixen altres criteris de prioritització en moltes llistes d'espera, com l'ordre d'arribada, el benefici esperat en salut o la situació social del malalt, però la gravetat continua essent el valor principal a tenir en compte.

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 en 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 que hi romanen, ja que seran atesos abans. Tant els que deixen la llista com els que 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, a través dels impostos, una sanitat pública que no fan servir. 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. El més equitatiu és suprimir (i com a mal menor escurçar) 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 poc greus.

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 i cadera i les catarctes), s'ha d'afegir que la desigualtat d'accés en aquests casos fa difícil afirmar que es preserva el principi d'equitat. Atès que la qualitat de vida dels pacients és considerada tan important com la curació de la malaltia que pateixen, qualsevol diferència en el tractament que pugui afectar a la qualitat de vida és un greuge comparatiu inacceptable desde la perspectiva d'un sistema que preten ser equitatiu. Com a conseqüència, les prestacions privades en centres públics no haurien de contemplar aquesta mena de prestacions.

És cert que la utilització dels equipaments públics amb finalitat privada no serà mai tan equitativa com ho seria la completa eliminació de les llistes d'espera de la sanitat pública sense haver de recórrer a sistemes 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 més inversió pública i amb una gestió més eficient, no és possible eliminar-les del tot. Si es manté aquest escenari realista **i es tenen en compte les condicions expresades en els paràgrafs anteriors,** la proposta d'utilitzar equipaments públics amb finalitat privada, sempre que es compleixen 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 i que 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 quan abans millor l'atenció sanitària que necessiten. Tota igualtat en algun sentit pot produir una desigualtat en un altre sentit. L'objectiu d'una ètica igualitarista es 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 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, al 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 no han de fer cap diferència en funció del nivell econòmic dels malalts. Si els més rics compren privilegis (l·listes d'espera més curtes, elecció més àmplia de metge, flexibilitat horària, comoditats hoteleres,...), els usuaris tradicionals del sistema públic poden percebre que aquest no els tracta amb igualtat, malgrat que en termes absoluts ells 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 racionalitat 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 polítiques 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 actual reflectida en la mateixa existència de les llistes d'espera, ja que s'introdueixen petites millores que podrien tenir l'efecte pervers de bloquejar o retardar polítiques que apostin per millores més substancials. Per exemple, tot postergant un canvi radical de millora d'oferta pública, i tot legitimant la desigualtat d'accés en funció del nivell econòmic dels malalts. No obstant això, aquest és un problema polític més que ètic. Des del punt de vista ètic, l'existència d'una millora no hauria d'impedir obtenir, si és possible, una millora més important.

Un segon problema de caire polític és la consideració de les prestacions privades en centres públics com competència deslleial de cara als centres exclusivament privats. És cert que els centres públics gaudeixen d'una subvenció econòmica pública que dona unes garanties de seguretat inexistents en les empreses privades. No obstant això, les prestacions privades que ofereix el sector públic no poden ser enteses com estrictament privades ja que estableixen una regulació específica dels honoraris professionals un percentatge dels quals ha de repercutir en benefici del sector públic.

Finalment, la proposta en qüestió podria ser considerada com 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.

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 les perversions del mateix.

Conclusions

- a) Tot i que el nou sistema introdueix una desigualtat de fet en l'accés dels pacients als centres públics, la desigualtat és èticament acceptable sempre que es mantingui la garantia del principi d'equitat entès com igualtat en l'accés i en el tracte dels pacients.
- b) La introducció de prestacions privades en les organitzacions sanitàries públiques no farà augmentar les llistes d'espera sinó, tot al contrari, les farà disminuir. En aquest sentit, tothom en sortirà beneficiat i ningú serà perjudicat.
- c) Per tal que la desigualtat d'accés a les prestacions sanitàries no contradigui la preservació de l'equitat, cal que el sistema de prestacions privades no afecti en cap sentit l'accés dels malalts greus ni suposi greuges comparatius pel que fa a les llistes d'espera en patologies que impideixen als pacients dur una vida normal.
- d) Atès que el nou sistema pot introduir una desigualtat de tracte als pacients, convé extreure el control i les mesures que permetin avaluar periòdicament el funcionament de les prestacions privades en els centres públics, i evitar qualsevol pèrdua de qualitat o tractament discriminatori.