

# EVIDENCIAS EN PEDIATRÍA

Toma de decisiones clínicas basadas en las mejores pruebas científicas

[www.evidenciasenpediatria.es](http://www.evidenciasenpediatria.es)

## Editorial

### La concesión de servicios médicos o el principio del fin de la equidad

de la Oliva P

*UCIP, Hospital Universitario Materno-Infantil La Paz. Madrid (España).*

Correspondencia: Pedro de la Oliva, [pedro.oliva@salud.madrid.org](mailto:pedro.oliva@salud.madrid.org)

---

Fecha de recepción: 26 de febrero de 2013 • Fecha de aceptación: 27 de febrero de 2013

Fecha de publicación del artículo: 6 de marzo de 2013

---

Evid Pediatr.2013;9:2.

#### CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

de la Oliva P. La concesión de servicios médicos o el principio del fin de la equidad. Evid Pediatr. 2013;9:2.

Para recibir Evidencias en Pediatría en su correo electrónico debe darse de alta en nuestro boletín de novedades en <http://www.evidenciasenpediatria.es>

---

Este artículo está disponible en: <http://www.evidenciasenpediatria.es/EnlaceArticulo?ref=2013;9:2>

©2005-13 • ISSN: 1885-7388

# La concesión de servicios médicos o el principio del fin de la equidad

de la Oliva P

UCIP, Hospital Universitario Materno-Infantil La Paz. Madrid (España).

Correspondencia: Pedro de la Oliva, [pedro.oliva@salud.madrid.org](mailto:pedro.oliva@salud.madrid.org)

La reciente publicación del Plan de Medidas de Garantía de la Sostenibilidad del Sistema Sanitario Público de la Comunidad de Madrid<sup>1</sup> ha generado una alarma sociosanitaria junto con un creciente interés por la gestión clínica y por modelos sanitarios sin precedentes en España. La publicación en *Evidencias en Pediatría*<sup>2</sup> de la valoración crítica, por medio de una revisión sistemática de la literatura, del artículo de Basu *et al.*<sup>3</sup> sobre la calidad y la eficacia de la medicina pública y privada en los países con nivel de ingresos bajo y medio trata de dar una respuesta científica al debate generado en torno a las supuestas ventajas de los modelos de gestión privada frente a los de gestión pública.

Desde los años 80 del siglo XX, la mayoría de las Administraciones públicas de los países desarrollados ha iniciado la búsqueda de nuevas formas de gestión sanitaria que mejoren su eficiencia y la de los servicios que prestan. Dicha búsqueda parte de la premisa no demostrada de que la eficiencia de los sistemas públicos de salud es menor que la de las organizaciones privadas. La realidad es que estas posiciones se han producido en un contexto macroeconómico en el que la reducción del gasto, la limitación del endeudamiento y del déficit público y las posibilidades de inversión con fondos públicos son un objetivo prioritario de la política económica europea.

Este panorama condujo a la búsqueda de fórmulas de financiación adicional con medios privados y al surgimiento de las colaboraciones público-privadas como la participación público-privada (PPP), también denominada genéricamente colaboración público-privada (CPP), y la financiación privada de iniciativas públicas (PFI). Estas fórmulas permiten a los Gobiernos atender las necesidades de inversión del sector público sin aumentar el déficit, y a la iniciativa privada mantener e incluso elevar su volumen de contrataciones<sup>4</sup>.

En España la CPP ha ido un paso más lejos para crear concesiones de los servicios médicos entre 10 y 30 años basadas en el modelo caputivo a empresas con ánimo de lucro. Este tipo de concesiones comenzó en 2007 en Madrid siguiendo el fracasado modelo de gestión privada iniciado en el Hospital de Alzira<sup>5</sup>. Se trata de la concesión administrativa a una sociedad o a una unión temporal de empresas (UTE) de la prestación sanitaria o, más concretamente, del aseguramiento sanitario de la población de un área territorial determinada. El principal motivo de controversia de este tipo de concesiones es si las supues-

tas y no demostradas mejoras de la eficiencia son suficientes para compensar los costes que deben incluir los beneficios de las empresas (o la compensación por el lucro cesante), los costes operativos y los costes de supervisión derivados del seguimiento, así como cuestiones relacionadas con la calidad y la equidad<sup>6</sup>. De hecho, este tipo de concesiones puede tener consecuencias desastrosas para la calidad y la equidad asistencial, especialmente si no se acompañan de un exhaustivo control de las empresas concesionarias por parte de las Administraciones públicas.

En el modelo caputivo, la empresa privada recibe de la Administración pública un canon anual por cada persona de su área de protección, la cápita, a cambio de atender las necesidades asistenciales de su población. La asistencia sanitaria a su propia población protegida se convierte entonces en una carga que amenaza los beneficios económicos de la empresa concesionaria, lo que impulsa a esta a la selección de riesgos. Estos hospitales de gestión privada tienden, por ejemplo, a rechazar a los pacientes crónicos con necesidades complejas, en vez de atenderlos de forma integrada y de hacerlos partícipes del cuidado de su propia enfermedad; una estrategia, esta última, que se ha probado eficaz para reducir costes y mejorar la sostenibilidad del sistema sanitario<sup>7</sup>.

Otro importante riesgo para la equidad y la calidad asistencial propio del modelo caputivo se debe a la facturación intercentros. En el modelo caputivo "el dinero sigue al paciente". El gasto asistencial que el paciente genere fuera de su área en un centro público debe serle reembolsado, lo que supone una importante pérdida de beneficios privados. Por el contrario, la Administración pública deberá pagar a la empresa concesionaria los gastos asistenciales generados por los pacientes no pertenecientes al área de cobertura del hospital de gestión privada. La facturación intercentros se convierte por tanto en una fuente adicional de ingresos para la empresa privada si sus hospitales consiguen atraer pacientes de otras áreas de gestión pública y en una pérdida de beneficios si los pacientes salen del área de protección hacia los hospitales públicos. Ante semejante incentivo económico, la empresa privada puede verse tentada a crear un "gueto" sanitario con sus propios hospitales y centros de salud, e incluso a ejercer cierto grado de coacción a sus médicos para que los pacientes de su área sean trasladados preferentemente a su red de hospitales, incluso a costa de la seguridad del paciente; vulnerando con ello el derecho del

paciente a la información y a recibir la mejor atención disponible en su Servicio de Salud.

Como se deduce de lo expuesto hasta aquí, el modelo caputivo está diseñado para detener la escalada inflacionista de la asistencia sanitaria, pero a riesgo de amenazar la seguridad del paciente, la calidad y la equidad asistencial, especialmente cuando se trata de concesiones públicas a empresas privadas con ánimo de lucro. En estos casos, la única forma de preservar la seguridad del paciente, la calidad y la ética asistencial es mediante la transparencia de información y gestión y el estricto control del cumplimiento del contrato y de los mecanismos de selección de riesgos por parte de las Administraciones públicas<sup>8</sup>; unas condiciones que desafortunadamente están ausentes en la Comunidad de Madrid.

Ante esta evidencia teórica de los riesgos que comporta la gestión privada capiativa, la pregunta que nos hacemos es si existe alguna evidencia científica que verifique el riesgo para la salud de la invasión gerencial de la asistencia sanitaria por empresas con ánimo de lucro en el contexto de mala calidad de gobierno y falta de transparencia.

Usando datos transversales de 120 países, Sören Holmberg & Bo Rothstein<sup>9</sup> encontraron conexiones causales directas e indirectas entre bajos niveles de Calidad del Gobierno y la Salud de la población. Una de estas conexiones es especialmente relevante en el tema que nos ocupa, al mostrar que el gasto público en Sanidad, pero no así el gasto privado, se asocia con un aumento en la esperanza de vida de la población<sup>10</sup> (Figura 1). En esta misma línea, la revisión sistemática comentada por Esparza Olcina y de González Rodríguez<sup>2</sup> concluye que los sis-

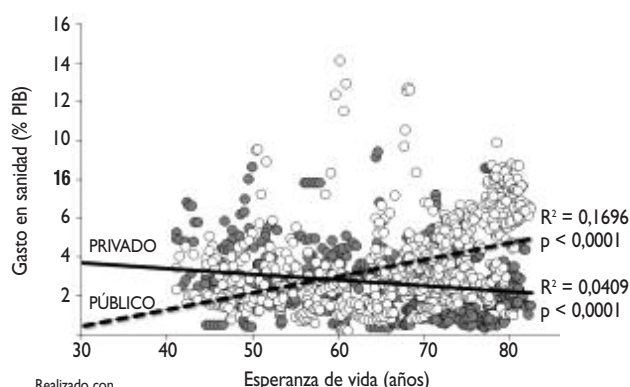
temas de salud privados tenían peores resultados en salud y menor eficiencia que los públicos en relación con incentivos perversos para realizar pruebas y tratamientos y con una mayor frecuencia de incumplimiento de las recomendaciones de buenas prácticas clínicas.

La concesión de la gestión de la salud de parte de la población a empresas privadas con ánimo de lucro no parece que sea la solución a los problemas que amenazan la sostenibilidad del Sistema Sanitario. El punto de partida obligado para dar respuesta a los problemas de gobierno, organización y gestión del Sistema Sanitario es partir del análisis riguroso de los problemas realmente existentes, con la voluntad de encontrar soluciones prácticas y viables. La realización de este ejercicio, llevado a cabo con método, transparencia, debate y legitimidad democrática, permitirá reformas y políticas sanitarias apoyadas en estudios de calidad<sup>2</sup> y basadas en la evidencia<sup>11</sup>, capaces de fortalecer los valores en los que se basa nuestro Sistema Nacional de Salud.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Plan de Medidas de Garantía de Sostenibilidad del Sistema Sanitario Público de la Comunidad de Madrid.
2. González Rodríguez MP, Esparza Olcina MJ. En países de renta media-baja no se ha demostrado que los sistemas de salud privados sean mejores. *Evid Pediatr.* 2013;9:7.
3. Basu S, Andrews J, Kishore S, Panjabi R, Stuckler D. Comparative performance of private and public healthcare systems in low- and middle-income countries: a systematic review. *PLoS Med.* 2012;9(6):e1001244.
4. McKee M, Edwards N, Atun R. Public-private partnerships for hospitals. *Bull World Health Organ.* 2006;84:890-6.
5. Acerete B, Stafford A, Stapleton P. Spanish healthcare public private partnerships: The 'Alzira model'. *Critical Perspectives on Accounting.* 2011;22:533-49.
6. García Armesto S, Abadía Taira MB, Durán A, Hernández Quevedo C, Bernal Delgado E. España: Análisis del sistema sanitario 2010. *Health Systems in Transition.* 2011;12:1-269.
7. Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century.* The National Academies Press; 2001. p. 23-38.
8. Barlow J, Roehrich J, Wright S. Europe Sees Mixed Results from Public-Private Partnerships for Building and Managing Health Care Facilities and Services. *Health Affairs.* 2013;32:146-54.
9. Holmberg S, Rothstein B. Dying of corruption. *Health Econ Policy Law.* 2011;6:529-47.
10. University of Gothenburg. *The Quality of Government Institute.*
11. Muir Gray JA. *Atención Sanitaria Basada en la Evidencia. Cómo tomar decisiones en gestión sanitaria y política sanitaria.* Churchill Livingstone. Madrid; 1997.

Figura 1.



El gasto público en sanidad tiene un efecto positivo en la esperanza de vida de la población, frente a un efecto nulo o incluso negativo del gasto privado. Obtenido de los datos transversales estándar 2011 de "The Quality of Government Institute"<sup>10</sup>.

**Gasto público:** círculos blancos y línea discontinua; **Gasto privado:** círculos grises y línea continua; **PIB:** producto interior bruto.