



Entrevista con John Lister,
Director de London Health Emergency
Realizada por Astor Díaz.
Otoño 2009

Me llamo John Lister, soy doctor en Filosofía y Políticas Sanitarias. Durante 25 años he sido el director de London Health Emergency, que es un movimiento para defender el sistema nacional de salud pública en Inglaterra contra la privatización, los recortes presupuestarios y otras reformas mercantiles que los conservadores y ahora el partido laborista ha venido implementando. Dedico media jornada a esto y la otra media la dedico a impartir Políticas Sanitarias y Periodismo Sanitario en la Universidad de Coventry, así que me mantengo ocupado. Mi tesis doctoral se centró en políticas sanitarias globales, así que versa sobre el impacto de estas políticas mercantiles en todo el mundo, no sólo en Europa, sino también en países más pobres en vías de desarrollo, y en general allá donde se hallen dirigidas por el Banco Mundial. Desde entonces he estado más implicado en organizaciones internacionales y estoy gestionando una conferencia para el mes que viene en Coventry, a través de la asociación internacional de Políticas de Salud en Europa, que es una organización informal de académicos, divulgadores, militantes... y parece que nos juntaremos alrededor de 60-70 personas de alrededor del mundo, incluyendo una representación asiática, norteamericana y europea.

Usted ha estudiado el proceso de los PFIs que se han ido introduciendo en el sistema sanitario público en Inglaterra, ¿cuándo comenzó este proceso y quién lo apoyó?

Bueno, la idea partió del gobierno conservador de principio de los 90, y uno de los secretarios de salud, el responsable de los servicios de salud del gobierno, Kenneth Clarke, lo describió como un proceso de privatización del capital provisional del NHS, y los conservadores estaban entusiasmados (esto fue justo después de Thatcher, durante el ejercicio de John Major), pensando "vamos a desarrollar estos proyectos y vamos a proporcionar hospitales dentro de plazos y de presupuesto, con una garantía sobre cuánto tendrá que devolver el hospital, con lo que se financiarán completamente al margen del sector público. Este fue el argumento que dieron los conservadores. Para 1997, cuando perdieron las elecciones, aún no habían conseguido firmar ninguno de estos acuerdos para construir hospitales, los PFIs habían salido adelante pero no los hospitales. Hasta 1996, Blair y el partido laborista se habían opuesto a esta iniciativa de financiación privada, decían que era la punta de lanza de la privatización. A falta de unos seis meses para las elecciones, cuando Blair ya era el candidato laborista, el discurso cambió y en el Manifiesto Laborista de 1997 declararon que conseguirían hacer funcionar la iniciativa de financiación privada. Una vez ganadas las elecciones del 97 con una gran mayoría, que les habría permitido aprobar cualquier ley, la única iniciativa legislativa sobre salud que se aprobó fue una pequeña cláusula en la que se estipulaba que su gobierno pagaría cualquier cantidad adeudada por cualquiera de las fundaciones hospitalarias del NHS que se declarase en quiebra después de haber firmado un PFI. Así que esto suponía una garantía para el sector privado de que no habría ningún riesgo financiero, y a partir de aquí los acuerdos se comenzaron a firmar.

Los primeros de los hospitales PFI resultaron relativamente baratos en comparación con los que vinieron más tarde. El coste medio por hospital en esta primera oleada se sitúa en torno a 70 - 80 millones de libras. Ahora sería difícil construir un cobertizo en tu jardín por esa cantidad. Así que el coste se multiplicó, y ahora el precio medio por hospital se sitúa en torno a 300 millones de libras. Bien, nosotros no somos gente que nos movilizemos contra la construcción de nuevos hospitales. La cuestión es cómo financiarlos del modo menos oneroso, cómo conseguir una buena relación entre precio y calidad, así como asegurar que no se está produciendo simplemente una corriente de beneficios para el sector privado, sujetos a las variaciones de la inflación durante 30 o 40 años. Una de las cuestiones que nos preocupa es, incluso si no nos ocupamos del proceso general, es cuánto dinero hay que devolver. Y de media, hasta ahora, hablamos de unas cinco veces el coste inicial del proyecto. De hecho, en las cifras más recientes en la web de la NHS, se listan proyectos de principios de este año por valor de 11 billones de libras, que acabarán costando según sus mismas estimaciones 62 billones (5,5 veces más). El gobierno dice que esto es porque también incluyen otros servicios, así que se incluyen servicios no-clínicos en los contratos de estos hospitales, que pasan a formar parte de la corriente de beneficios destinados al sector privado, a través de consultorías creadas por ellos mismos para prestar estos

"Hasta 1996, Blair y el partido laborista se habían opuesto a esta iniciativa de financiación privada, decían que era la punta de lanza de la privatización. A falta de unos seis meses para las elecciones, cuando Blair ya era el candidato laborista, el discurso cambió y en el Manifiesto Laborista de 1997 declararon que conseguirían hacer funcionar la iniciativa de financiación privada".

servicios. Así que si dejamos de lado alrededor de un tercio (es probablemente menos), que sería lo que invierten en servicios asistenciales o de apoyo (no clínicos), nos quedaríamos con alrededor de 43-44 billones de libras de beneficio, esto es, 4 veces el coste de partida.

Bien, si cogemos una hipoteca convencional al 6% y la pagas durante 25 años como hacemos en Inglaterra, tras este tiempo la casa te pertenece y te ha costado el doble, lo que significa un beneficio extra duplicado para el sector privado. Así que siempre hemos planteado que este es un sistema muy pobre para obtener buenos ratios calidad-precio cuando se trata de construir hospitales. Pero además, la cuestión con estos hospitales mucho más caros es ¿pueden estas fundaciones hacer frente a los pagos que han asumido legalmente? Así pues, si no tratas a ningún paciente, si no haces nada de nada pero te dedicas a mantener el hospital durante el período contractual, tienes que pagar de tu presupuesto la primera cantidad que te llegue, tienes que pagar el PFI. Así que si construyes un PFI que constituya sobre un 15% de tu facturación actual, esto puede causarte un problema muy grande. Ahora mismo tenemos ejemplos de fundaciones en Inglaterra que deben decenas de millones de libras, dos de ellos en el sur de Londres, que se han fusionado es otra fundación con una deuda combinada de 165 millones de libras desde 2002. Así pues, si se cometen errores con las cifras, la deuda aumenta rápidamente. Pero además los contratos PFI están sujetos a una tasa de inflación anual del 2,5%, o más si la inflación es mayor. Esto significa que en 30 o 40 años el coste será infinitamente mayor del inicial, sin guardar relación alguna con el dinero que se calcula que habrá disponible para gasto sanitario en los próximos años. Ahora por ejemplo estamos frente a un parón virtual en el crecimiento de fondos sanitarios a partir de 2011. Y aunque esto ocurra, las fundaciones estarán obligadas a pagar un 2,5% extra sobre el arrendamiento principal de sus instalaciones, aunque en realidad no dispondrán de esta cantidad, así que tendrán que ceder o eliminar algún otro servicio.

Y en la experiencia acumulada con los PFIs (ahora tenemos unos 56), es que al resultar tan onerosos y al tratarse de activos restringidos, para poder pagarlos hay que cerrar otros servicios: servicios comunitarios, pequeños ambulatorios, otras instalaciones que permiten dar de alta a pacientes del hospital. Los servicios de salud mental sufren recortes para poder pagar las deudas de los hospitales. Así que el gobierno parece tener la prioridad de desviar fondos de unidades de cuidados intensivos hacia estas otras áreas... Cuando construyes un hospital PFI, se convierte en una especie de agujero negro que chupa recursos, sin que exista una alternativa legal, hay que pagar. En otras palabras, la mayoría de los que nos oponemos a este sistema tenemos objeciones ideológicas contra este modelo, pero no planteamos estas objeciones ideológicas, planteamos que no es una buena política para generar hospitales y servicios sostenibles. E incluso asumiendo el punto de vista de un gobierno que tiene administrar una estructura hospitalaria dentro de un marco capitalista, no acabamos de verle el sentido a este modelo. Este es el argumento fundamental que manejamos. Esta argumentación era muy difícil de mantener antes de que se construyeran hospitales PFI, y fue el contexto en el que nos movimos durante años durante los '90, tratando de prever qué pasaría con este modelo. Ahora tenemos un montón de ellos, y básicamente todos encajan en el mismo modelo.

Hoy en día existe otro problema para el gobierno a raíz de los PFIs, y es que se ha detenido el proceso a consecuencia de la crisis de crédito. Así que los banqueros no quieren prestar el dinero, y las aseguradoras que cubrieron la primera oleada de hospitales también tienen problemas derivados de sus implicación en la crisis subprime de los EE UU, así que su capacidad de conseguir crédito ha disminuido y no pueden permitirse asegurar estas iniciativas, con lo que el sector privado percibe un riesgo mucho mayor. Además, muchas fundaciones se están dando cuenta de lo caras que resultan estas operaciones.

Hay un caso en Liverpool, donde un proyecto llegó a la suma de 750 millones de libras, para más de un hospital, pero dentro de un mismo PFI, y se han dado cuenta de que no son capaces de pagarlo. Esta cantidad ha sido reducida a 477 millones, y aun va a costar al hospital sobre un 15% de sus ingresos, unos 60 millones al año. Y nuestro argumento es que debe haber un modo mejor de financiar un hospital, sobre todo que por primera vez en la historia en UK hay unas tasas de interés del 0%. ¿Por qué hay que pagar estas enormes sumas de dinero por utilizar un PFI, cuando constantemente

“Una de las cuestiones que nos preocupa es, incluso si no nos ocupamos del proceso general, es cuánto dinero hay que devolver. Y de media, hasta ahora, hablamos de unas cinco veces el coste inicial del proyecto”

“para poder pagarlos –los hospitales modelo PFI- hay que cerrar otros servicios: servicios comunitarios, pequeños ambulatorios, otras instalaciones que permiten dar de alta a pacientes del hospital. Los servicios de salud mental sufren recortes para poder pagar las deudas de los hospitales”

“¿Por qué hay que pagar estas enormes sumas de dinero por utilizar un PFI, cuando constantemente el gobierno tiene que estar prestando este dinero a los bancos para que estos presten al sector público, para que estos a su vez paguen al sector privado ingentes cantidades de dinero durante 40 años?”

el gobierno tiene que estar prestando este dinero a los bancos para que estos presten al sector público, para que estos a su vez paguen al sector privado ingentes cantidades de dinero durante 40 años? Esto resulta un sinsentido económico.

¿Quién recibe los beneficios de este sistema, teniendo en cuenta que no es económicamente viable para el sector público?

Un aspecto interesante de esta cuestión es que algunos de los bancos que han estado más interesados en Inglaterra sobre estas cuestiones son el Royal Bank of Scotland y Halifax, que ahora mismo pertenecen en tres cuartas partes al gobierno. Así que asistimos al extraño espectáculo de ver estos dos bancos en propiedad del gobierno, que se ha gastado cientos de millones de libras para rescatarlos, y ahora, a través del NHS inyectando dinero en estas contratas. Así que una de las exigencias que hemos planteado junto con algunos sindicatos del sector es por qué no nacionalizar los hospitales si se han nacionalizado los bancos.

Por ejemplo, a las afueras de Edimburgo se construyó un nuevo hospital para la ciudad por unos 180 millones de libras, y cuando llegó el momento de deshacerse de los terrenos del antiguo hospital, en el centro de la ciudad, la empresa gestora (que por una cláusula no podía beneficiarse de la venta de estos terrenos), los cedió a una empresa títere que posteriormente los colocó por 200 millones, demostrando que de hecho no hubiera hecho falta la iniciativa privada, como mucho un crédito temporal para poner en marcha la operación. En otras palabras, PFI es una manera de inyectar capital en el sector privado. Un ejemplo parecido se dio en Norwich, donde la empresa gestora consiguió refinanciar los términos de préstamo una vez que le habían adjudicado el proyecto y el presupuesto (al margen de las autoridades), consiguiendo unos beneficios de 112 millones, de los cuales una pequeña fracción fue al NHS, mientras que el resto fue a los bolsillos de los accionistas de la compañía. Todo esto sucede sin ninguna transparencia, no se publican los detalles de estos acuerdos hasta que ya se han firmado. En un proyecto PFI en Yorkshire que costó unos 200 millones, los sindicatos consiguieron hacerse con los detalles del proceso una vez firmado, pero se encontraron con más de 20 páginas con cifras e información tachada o suprimida, todo lo concerniente a beneficios de los agentes privados o de las condiciones sindicales planteadas para el centro. Se trata de procesos completamente opacos, fuera del dominio público.

Desde que ha habido disponibilidad de datos sobre estas prácticas, ¿cómo ha sido la reacción de las fuerzas políticas en el Parlamento? ¿Qué tipo de oposición se ha generado?

Es interesante porque la oposición a los PFIs, por ejemplo en el ámbito de los sindicatos y del partido laborista ha habido bastantes gestos oponiéndose a estas políticas. Todas las centrales sindicales mayoritarias se han opuesto a esto, de vez en cuando publican algún informe o alguna declaración poniendo este modelo en cuestión, pero el hecho es que los sindicatos han sido bastante reacios a oponerse al gobierno laborista, ya que se hallan bastante cerca de ellos políticamente. Y sus líderes en particular, son bastante afines, y han tratado de que las críticas queden en un nivel abstracto en vez de concretarse en alguna gran campaña.

Pero hay una complicación adicional, que es que resulta muy difícil de difundir una reflexión sobre el valor de este sistema cuando los responsables políticos aducen que las poblaciones locales necesitan nuevos hospitales, ¿es que no queremos esto? Y nosotros decimos que no, que hay muchos modos para que el gobierno facilite este dinero necesario para financiar un nuevo hospital. Así que a nivel local, es una lucha complicada, casi nadie sabe de qué se habla cuando se trata de PFIs, más si tenemos en cuenta que se presiona a los agentes implicados para no hablar de los detalles. Así que si dejamos de lado la base local, donde hay una base muy limitada para incidir, nos quedamos con cantidades muy pequeñas de gente interesada en estas cuestiones.

Por ejemplo, en breve doy una serie de entrevistas en la radio de Liverpool sobre estas cuestiones, aprovechando que hay una campaña local bastante fuerte, para difundir estos datos y conseguir que la prensa local se interese. Esto nos da una oportunidad para llegar a un público más amplio, pero desgraciadamente no nos encontramos con demasiadas iniciativas como esta.

“por qué no nacionalizar los hospitales si se han nacionalizado los bancos”.

“los sindicatos han sido bastante reacios a oponerse al gobierno laborista, ya que se hallan bastante cerca de ellos políticamente”

¿Qué tipo de estrategias ponéis en práctica para llegar a un número mayor de personas con estas iniciativas?

La idea de nuestro trabajo es más tener un registro de estos proyectos con cifras y datos exhaustivos para poder demostrar en cualquier punto la invalidez de esta práctica, y ofrecer alternativas. La alternativa principal es, por supuesto, volver a nacionalizar los hospitales. De hecho, la estructura del NHS surgió en primer lugar de la nacionalización de una red de hospitales, y tal y como está ahora la situación con nacionalizaciones de entidades financieras, estamos reformulando esta postura. También es complicado demostrar la invalidez del modelo ya que, cuando ves uno de estos edificios, en principio no parecen exactamente una ruina, tienen buen aspecto. Tenemos que empezar por ilustrar qué se está perdiendo a costa de construir estos centros. La mayor parte de las veces tienen menos camas que los edificios que vienen a sustituir, y esto tiene un impacto en los servicios.

En fin es una tarea complicada, porque al fin y al cabo el gobierno tiene la capacidad de hacer lo que quiera, y en los últimos 10 años ha demostrado que no necesita escuchar a nadie, así que hay que enfrentarse al trabajo de crear un cuerpo de opinión que pueda motivar el cambio, y esto es un trabajo a muy largo plazo.

¿Cuál es la situación en Escocia?

Bueno, Gales y Escocia están en otra situación porque sus gobiernos son autónomos, directamente elegidos por sus ciudadanos, y controlan directamente la sanidad, lo que supone una gran diferencia. Especialmente desde las últimas elecciones en Gales, donde los nacionalistas han conseguido más escaños, llevando al gobierno laborista que tenían a la izquierda, se ha establecido una política tajante, que pasa por no construir más PFIs (sólo tenían uno), rescindir los contratos privados de servicios subcontratados, abolir el coste de las recetas médicas. Hay bastantes reformas positivas implementadas, y mayores posibilidades de influir en estos parlamentos que en Westminster.

En Escocia, donde gobiernan los nacionalistas, se hizo una gran campaña durante las elecciones contra los PFIs, por lo que se han visto obligados a presentar alternativas a este modelo, pero aún es difícil saber hasta qué punto han roto con el antiguo sistema, aunque comparado con Inglaterra han llegado mucho más lejos.

“En Gales se ha establecido una política tajante, que pasa por no construir más PFIs”

¿Qué diferencias en la calidad de la atención médica hay entre el antiguo modelo y el actual?

Hay menos camas, menos espacio. Lo que sucedió con la primera oleada es que aparentemente estos hospitales eran más grandes, con espacios públicos más amplios, un aspecto exterior llamativo, pero las zonas de atención a los pacientes estaban muy limitadas en términos de espacio. Por ejemplo, en un hospital en Worcester los pasillos eran demasiado pequeños para que pasaran dos camillas a la vez y tenían que maniobrar para entrar en las habitaciones, las camas estaban demasiado juntas provocando un riesgo sanitario, no se podían realizar tareas de limpieza correctamente, no había espacio para meter máquinas o equipo sanitario. Hasta la tercera oleada, casi todos los centros tenían un 30% menos de camas que los viejos hospitales que venían a sustituir. Y en todos ellos se asumió la idea de que se podía tratar a los pacientes más rápido por tratarse de centros nuevos, a pesar de que la ciencia médica nos dice que realmente no existe la posibilidad de marcar una diferencia ahora mismo, estaría en unos 57 pacientes por cama por año. Aun conociendo estos datos, en Worcester se asumen 104 por cama y año, cifra que no han conseguido gestionar, porque es imposible no existe la magia. Así, han tenido que habilitar más camas en edificios viejos, o añadir nuevas construcciones al modelo actual, y así en todos los centros de esta oleada.

Para la segunda oleada, se aprobó una directiva gubernamental que exigía que se ampliase el espacio dedicado a tratamiento de pacientes, para asegurar que hubiera tantas camas como en los hospitales a los que reemplazaban, y aquí es donde el precio se disparó. Antes no encontrabas centros de más 80 millones y ahora estábamos hablando de alrededor de 250 millones. El más caro de todos está en Londres, y andaba por los 2 billones de presupuesto cuando se encontraba en fase de planificación,

antes de que decidieran reducirlo hasta 1.1 billones, con lo que se va a tener que pagar alrededor de 91 millones anuales en concepto de alquiler desde el primer día. Esta expansión de los espacios útiles ha significado un aumento de costes asombroso.

En esta tercera oleada se ha vuelto al modelo de menos espacio y menos camas, con lo que volvemos al problema original: dar de alta a los pacientes demasiado pronto o bien superpoblar ("saturar") los centros. El gobierno no parece aceptar el hecho de que, aun cuando desde los 80 se ha reducido el número de camas necesarias para tratamientos intensivos y cirugía gracias a los avances, esta mejora aún no se ha producido en las áreas de cuidados paliativos, así que la mayoría de plazas necesarias corresponden a estas áreas y los pacientes siguen necesitando estancias hospitalarias largas. Aquí está el problema, se mantiene o aumenta el número de pacientes que ingresan de urgencia con necesidades médicas a medio y largo plazo (ancianos, etc...), pero se sigue apostando por acortar los tiempos de tratamiento y dar altas rápidas, en vez de crear la infraestructura para afrontar el problema. Desde los 90 todos los ministros han prometido que se iba a paliar este problema dando preeminencia a los servicios de atención primaria, pero desde entonces las admisiones en urgencias no han hecho más que crecer.

Así que si a la vez que se reduce el número de camas, aumentan los costes de financiación de los hospitales, estamos construyendo un problema muy grande que en algún momento estallará.

¿Se podría decir que se está tendiendo a crear un sistema dual donde el que se lo pueda permitir pagará sanidad privada y quien no, a la pública?

Lo que se está creando es un sistema de mercado donde el sector público sigue cargando con los costes de las Urgencias, de las enfermedades crónicas o complicadas, todos aquellos que el sistema privado no quiere, para que estos puedan elegir las áreas que les parezcan más rentables, que seguirá financiando el NHS.

Creo que es muy difícil, si no imposible hacer que los servicios médicos sean costeados por el paciente, durante 60 años la atención sanitaria ha sido subvencionada, así que el primer gobierno que intente hacer esto no va a durar demasiado. Así, el gobierno laborista ha asumido una estrategia muy sagaz que se está extendiendo por Europa, que consiste en privatizar no como se hace con el gas o las telecomunicaciones, sino que se separan trozos del pastel que sean rentables y se crea un supuesto mercado en el que el sector privado pueda meter la mano en fondos públicos para su uso y beneficio. Así se fortalece el sector privado de un modo artificial, con la esponsorización del gobierno. No existe una competencia real entre sectores, porque al sector público no se le permite pujar por la mayoría de los contratos que se dan al privado. Simplemente se crea una capa de empresas que toman fondos directamente del erario público, pero es poco probable que eso genere un servicio funcional.

El tamaño medio de un hospital privado en UK es de unas 50 camas, así que aquí no encontrarás servicio de Urgencias, ni otra variedad de servicios; van a ofrecer 3 o 4 servicios escogidos: tipos menores de cirugía electiva. Y otra cosa que sucede es que ni siquiera tienen personal médico permanente, lo subcontratan por temporadas, por lo que hay intervalos en los que no tienen doctores. Esto no son hospitales en el sentido de grandes edificios bullendo de actividad, sino hospitales en el sentido estricto de edificio que aloja pacientes de un día para otro bajo la supervisión de enfermeras, en los que son atendidos durante el día por doctores eventuales y dados de alta lo antes posible.

El sector privado no tiene ningún interés en ocuparse en servicios de urgencias. Si miras a los EE UU, están cerrando salas de urgencia allá donde tienen la oportunidad. Con la excepción de India, donde parece que han sido capaces de generar hospitales con iniciativa privada en los que se ofrece un tratamiento integral, en el resto del mundo las clínicas privadas se están especializando en medicina electiva, y dejando de lado todos los demás servicios a merced del sector público. Y este parece que es el modelo en Escandinavia, en Suecia se ha implementado este modelo de hospitales de gestión privada financiados con dinero público. En Dinamarca tenemos un sistema en el que se han acertado de tal modo los tiempos de espera que el sector público no tiene capacidad de atender la demanda de servicios, con lo que el gobierno tiene

"si a la vez que se reduce el número de camas, aumentan los costes de financiación de los hospitales, estamos construyendo un problema muy grande que en algún momento estallará"

"el gobierno laborista ha asumido una estrategia muy sagaz que se está extendiendo por Europa, que consiste en privatizar no como se hace con el gas o las telecomunicaciones, sino que se separan trozos del pastel que sean rentables y se crea un supuesto mercado en el que el sector privado pueda meter la mano en fondos públicos para su uso y beneficio"

que gastar más de lo que se puede permitir para desviar parte del flujo de pacientes al sector privado.

Y esto parece un modelo que se está extendiendo, cosa que me preocupa porque lo estamos exportando desde Inglaterra, como en su día exportamos el modelo de sanidad pública.

¿Empeoran las condiciones laborales de los empleados en este sistema?

Las condiciones laborales comenzaron a deteriorarse en cierto punto, y los sindicatos protestaron un poco. Así que el gobierno introdujo una solución por la que los trabajadores seguirían siendo funcionarios, pero bajo gestión privada, con lo que consiguieron desactivar las protestas sindicales. El problema es que ahora tu trabajo lo gestionan unas personas que administran un hospital para conseguir beneficios...

En algunos casos las condiciones en las que se desempeña el trabajo ha empeorado por el pobre diseño de los edificios. Muchos hospitales tienen problemas de higiene, no se pueden limpiar como es debido, la disposición de las salas hace que el personal médico tenga que desplazarse continuamente, mermando la cantidad y calidad del servicio prestado. Algunos hospitales como el de Norwich fueron construidos sin espacio para oficinas.

Todas las reparaciones se hacen a través de intermediarios que aumentan los costes de cada pequeña operación, como cambiar un tornillo. Y en general el mal diseño genera miles de problemas, desde la falta de aire acondicionado en la mayoría de los centros (lo que genera condiciones extremas y peligrosas para los enfermos), hasta salas de espera al lado de la morgue, donde los pacientes que esperan pueden ver cadáveres pasar.

El principio de "el dinero sigue al paciente"

Esto vale para todo el país, y es que la "elección del paciente" es sagrada. El término que se utiliza para este sistema es el de "pago por resultados", aunque no es así porque no tiene nada que ver con resultados: es un sistema de coste por caso, se trata de tarifas fijas, así que se paga una cantidad fija por paciente por tratamiento. La gente piensa que está bien, pero el sistema que viene a sustituir un sistema de contratos en bloque, así que el organismo local correspondiente negociaría un contrato de dos o tres años, por el que se prestarían todos los servicios necesarios. Pasado este tiempo se renegociaría, con la posibilidad de ir evaluando sus posibilidades.

Ahora no tienes ninguna seguridad, tienes unas fundaciones que manejan alrededor de medio billón al año. Pero por el sistema de pago por resultados, sólo cobras por los pacientes que ingresan para ser tratados, así que por los pacientes que hay que desviar a otros centros no cobras. Así que no puedes saber de un año para otro con qué fondos vas a contar, no puedes planificar con antelación, no puedes mejorar. Por otro lado, si un paciente es transferido del NHS a otro proveedor del sector privado, entonces el dinero pasa del NHS al agente privado con el paciente. Pero estos agentes privados tienen un tipo de contrato con una cláusula preferencial por la que reciben pacientes del NHS para operaciones y tratamientos específicos por los que cobran de media un 11.2% más que en el NHS. Si tratas 8 pacientes en una clínica privada, podrías haber tratado a 9 en el NHS. Pero también tienen garantizado por contrato durante 5 años un pago fijo por volumen de tratamiento independiente de a cuántos pacientes traten. Si cobras por 60.000 pacientes en 5 años y sólo tratas a 30.000, sigues cobrando lo mismo. Esto es lo contrario de pago por tratamiento, esto es trato privilegiado, es desequilibrar deliberadamente el mercado en favor del sector privado.

Hasta ahora sólo llevamos un año con este sistema, pero hemos observado que algunos hospitales tienen que apretarse el cinturón para ajustarse al presupuesto fijado, mientras que los que han conseguido ahorrar, no han podido conservar el dinero para gastos sanitarios porque ha sido considerado beneficio. Al no calcular el número de pacientes que se asigna a cada partida de financiación, el hospital tiene que ir ajustando, dando de alta pacientes prematuramente, independientemente del tiempo de internamiento requerido, para ajustarse al presupuesto. Se ha creado una dinámica perversa por la que se fomenta el dar de alta pacientes antes de lo necesario, así

"Por otro lado, si un paciente es transferido del NHS a otro proveedor del sector privado, entonces el dinero pasa del NHS al agente privado con el paciente. Pero estos agentes privados tienen un tipo de contrato con una cláusula preferencial por la que reciben pacientes del NHS para operaciones y tratamientos específicos por los que cobran de media un 11.2% más que en el NHS. Si tratas 8 pacientes en una clínica privada, podrías haber tratado a 9 en el NHS"

"Se ha creado una dinámica perversa por la que se fomenta el dar de alta pacientes antes de lo necesario, así como el admitir pacientes a Urgencias porque supone un mayor beneficio, aunque se les suelta al día siguiente"

como el admitir pacientes a Urgencias porque supone un mayor beneficio, aunque se les suelta al día siguiente. Lo que está creando esta dinámica en la que se está fomentando un mercado, cuando lo que indican encuestas y estudios es que lo que quiere el ciudadano medio es un hospital cercano con unos niveles mínimos de cobertura, no la posibilidad de elegir entre diferentes proveedores.

Otro de los grandes problemas que surgen es que debido al perfil inusual del paciente tipo que trata el sector privado, es imposible formar profesionales en este tipo de centros, con lo que la rama del sistema educativo que se basa en los hospitales públicos de carácter general se perdería inevitablemente. Además, la mayor parte de la investigación que se genera en estos centros en campos como la ortopedia se basa en casos corrientes que de otra manera ya no se realizarán en centros públicos, perdiendo esa base para la investigación. Estas son algunas de las razones por las que un sistema de mercado no es viable para gestionar la salud pública.

“lo que quiere el ciudadano medio es un hospital cercano con unos niveles mínimos de cobertura, no la posibilidad de elegir entre diferentes proveedores”

**¿Es optimista con el futuro, a dónde pueden apuntar futuras movilizaciones?
¿Qué sentido tienen estas nuevas políticas sanitarias en un contexto global?**

Este es un gobierno liberal, rodeado de consejeros aun más liberales que ellos, reclutados del sector privado a un gran coste, que están empujando hacia la movilización. Y no parecen escuchar a nadie más.

En un contexto global, la salud pública es un gran negocio que mueve 5 trillones anuales, con 65 millones de empleados. El sector privado estaba limitado desde la guerra a servicios colaterales y de segundo orden, y llevan un tiempo intentando volver a entrar en el mercado. Las grandes compañías están intentando extender sus actividades al sector.

Lo curioso es que un gobierno laborista esté implementando este sistema, sin ninguna presión externa, sin ningún tipo de lobby del sector en el gobierno, ya que en general está muy mal vista la sanidad privada. Sólo puedo concluir que este gobierno tiene algún tipo de obsesión con implementar esta política. Mientras que hoy en día se mira el mercado con recelo después de la crisis financiera y los rescates y nacionalizaciones, se está intentando implementar este sistema en una de las áreas menos adecuadas para ello.

Si ganamos una batalla estoy feliz, si no, no es por mi culpa, ¿no?

CAS Madrid, otoño de 2009