



GRIS. Grupo interdisciplinario de investigación en sanidad

Sector sanidad pública. Facultad de medicina

Los PPP y la privatización de los servicios de salud: ¿panacea o ilusión?

François Champagne

N07-02 Octubre 2007

Universidad de Montreal

Una versión abreviada de este artículo ha sido publicada bajo el título "L'illusion du privé" (La ilusión de lo privado) en la revista Relations (número 717), junio 2007, p17-17

Traducido para CAS por Juan Carlos García Almagro

Los PPP y la privatización de los servicios de salud: ¿panacea o ilusión?

François Champagne, Profesor titular

Facultad de medicina, Departamento de administración de la sanidad
Universidad de Montreal

La privatización de los servicios públicos es un tema extremadamente popular en los discursos políticos occidentales desde hace muchos años. El entusiasmo por la privatización bajo todas sus formas, incluida la del "Partenariado Público-Privado" (PPP), alcanza ahora al sector de la sanidad en Quebec donde la incapacidad de las autoridades gubernamentales para arreglar los problemas que vive el sistema sanitario, en particular la penuria de mano de obra en medicina y enfermería, la saturación en urgencias y las listas de espera para ciertos procedimientos diagnósticos y terapéuticos han llevado a la población a asumir la afirmación neoliberal de que la solución se encuentra en acabar con el "monopolio público" y en la apertura a lo privado. Pero ¿qué nos dice la experiencia de otros países respecto a esta enfoque del tema?

El contexto

Por privatización, se entiende la transferencia o delegación de actividades públicas a organizaciones privadas. La venta de activos, de los que es propietario el gobierno, a organizaciones del sector privado es desde luego un ejemplo impactante pero está lejos de ser la forma más extendida de "privatización". La contratación externa de ciertas actividades o responsabilidades gubernamentales es de hecho una herramienta muy utilizada por los diversos gobiernos y los PPP son una de las formas más populares de contratación externa de los servicios públicos.

La tendencia a la privatización remonta en los países desarrollados a principios de los años 80. Ronald Reagan y Margaret Thatcher han sido realmente muy influyentes llevando a cabo reformas de la gestión pública basadas en el liberalismo económico. Esta ideología valora la libertad de acción individual como la más completa en materia económica, el papel del estado debe ser lo más limitado posible. Todos los servicios son reformados: el agua, la electricidad, las telecomunicaciones, la producción de gas natural y de petróleo, la educación.

Esta tendencia a la privatización es ahora dominante también en los países en transición y los países en desarrollo en los que, entre otras, la explotación de los recursos naturales está cada vez más privatizada. Las grandes instituciones financieras internacionales como el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional están muy a favor habiendo incitado e incluso forzado a los gobiernos de países en desarrollo a adoptar políticas de ajuste estructural macroeconómico que implican el desmantelamiento del sector público y la promoción de los mecanismos de mercado. Entre las medidas concretas a menudo exigidas se encuentra la liberalización del mercado de trabajo y la reducción del peso del Estado, es decir la privatización de numerosas empresas.

El sector de la sanidad había escapado hasta hace bastante poco en su mayor parte a esta corriente a causa de un casi consenso sobre la existencia de una carencia del mercado en esta industria. Sin embargo, con el crecimiento inexorable de los costes y la persistencia de una percepción ampliamente compartida por la población de la ineficiencia de los sistemas públicos, la privatización es invocada cada vez más frecuentemente.

La teoría de la privatización

Dos argumentos son generalmente invocados para justificar el recurso a la privatización. En primer lugar, existe una opinión extendida de que el sector público es intrínsecamente menos eficiente y menos capaz de adaptarse que el sector privado. Según los seguidores de este enfoque, esta característica de la gestión pública puede deberse a varios factores: al hecho de que los políticos y los tecnócratas busquen maximizar su utilidad personal más que el interés colectivo (teoría de las elecciones públicas), a que pueden sustraerse fácilmente a las consecuencias de sus decisiones equivocadas, a que el público no supervisa tan de cerca su empresa como lo hace el accionariado de empresas privadas y a que, globalmente, la ausencia de competencia provoca la escasez de iniciativas apropiadas.

La privatización se justifica también a veces en el hecho de que los políticos y gestores deben encontrar compromisos entre objetivos que pueden ser contradictorios. Como consecuencia, la eficiencia (o el resultado) puede ser sacrificada en provecho de la disminución del desempleo o en la mejora del clima de relaciones laborales.

Sea cual sea el argumento invocado, la teoría de la privatización es simple: debería aportar más competencia y una liberación de las ataduras tecnocráticas, lo que debería conducir a la aparición de iniciativas y de las condiciones de producción más apropiadas para unos resultados definidos en función de un número limitado de criterios, por ejemplo el coste, el acceso o desde luego el beneficio. La consecución de estos objetivos se hará aumentando la productividad por una reducción de la mano de obra, una reducción global del porcentaje de remuneración media de esta mano de obra, un aumento de la motivación a la consecución de resultados y un aumento de la flexibilidad de la utilización de la mano de obra. ¿Tiene fundamento esta teoría?

Los datos probatorios en la escena internacional

Es, sin lugar a dudas, muy difícil comparar con rigor los costes y los servicios en los sectores público y privado dado que en cada uno de los dos sectores existe una gran heterogeneidad de organizaciones, las organizaciones con fines lucrativos tienden generalmente a ofrecer servicios diferentes de sus equivalentes públicos o sin fines lucrativos, las clientelas son a menudo diferentes, las estructuras de coste lo son también y los reglamentos y el mercado en los que funcionan varían también considerablemente (Deber 2002). Sin embargo numerosos estudios pasan por alto esta cuestión. Respecto a la privatización de las actividades de los gobiernos locales (asfaltado, recogida de basuras, limpieza de la nieve), los estudios tienden a mostrar una disminución de costes a causa de una disminución de salarios y de economías de escala y un aumento de retornos a causa de mejores sistemas de contabilidad y de cobro. Las ventajas parecen mucho menos claras cuando los extractos y los resultados no son fácilmente medibles (en la gestión de prisiones o en la educación por ejemplo).

En el dominio de la sanidad, se puede distinguir entre tres tipos posibles de "privatización": la privatización de la financiación, la aceptación de un sistema privado paralelo de servicios que coexiste con el sistema público, y el patrocinio público - privado en la construcción o la gestión de establecimientos públicos.

El establecimiento de una financiación privada ¿reduciría los costes de la sanidad?

Aquí la respuesta es la más clara. La aceptación de un sistema privado de financiación, sea directamente del bolsillo del usuario o a partir de seguros complementarios, no solo no reduciría los costes sino que al contrario aumentarían. Los costes públicos disminuirían tal vez pero los costes totales aumentarían inevitablemente. Los resultados del conjunto de estudios son inequívocos: los regímenes de seguro con pagador único son más susceptibles de controlar los costes que los sistemas de pagadores múltiples. (Evans 2002), son menos regresivos en el sentido de que reducen las divergencias entre las rentas y permiten una oferta más global de servicios; además los análisis muestran también que cuanto los asegurados son más numerosos, aumentan los costes de funcionamiento.

Contrariamente a lo que cree una buena parte de la población, los gastos privados de sanidad en Canadá (más del 30% y aumentando sin cesar) son ya más elevados que la media de la OCDE, claramente más elevados que en Alemania, que en Francia, que en Suecia y que en el Reino Unido, aunque todos estos países tengan múltiples sistemas privados de protección sanitaria. Así, de hecho se elogia a menudo el sistema francés y se le presenta como modelo para introducirlo en Quebec y en Canadá de pago directo por los particulares sin renunciar al acceso universal. De hecho, la financiación pública cubre el 76% de los gastos de la sanidad en Francia, sustancialmente más que en Canadá. Al mismo tiempo, se ha demostrado sobradamente que la existencia de un copago produce el efecto de que la gente, particularmente los menos afortunados, evitan algunos servicios sanitarios necesarios. (Lancry et Sandier 1999, FCRSS 2005b).

La coexistencia de un sistema público y de un sistema privado ¿es beneficiosa?

Dos conjuntos de estudios pueden ayudarnos a responder esta pregunta y los dos convergen en indicar que la privatización en este sentido no sería tampoco ventajosa.

Un número impresionante de estudios han comparado los resultados de hospitales privados con fines lucrativos, sin fines lucrativos y hospitales públicos. Una revisión sistemática reciente de 149 estudios realizados durante 20 años indica que 88 estudios concluyen que los

centros sin fines lucrativos tienen mejores resultados en términos de acceso, de calidad y de rentabilidad, mientras que 43 han concluido que tienen unos resultados similares. Solo 18 estudios han mostrado mejores resultados de hospitales con fines lucrativos (Vaillancourt Rosenau et Linder 2003, FCRSS 2004). Otro estudio sistemático que ha analizado los resultados de la atención a 500.000 pacientes tratados en centros de diálisis a mostrado que los pacientes tratados en centros privados con fines lucrativos tenía más posibilidades de morir que los tratados en centros sin fines lucrativos (Devereaux et al 2002).

Otro conjunto de estudios se vuelcan en el impacto de la introducción de un sistema privado paralelo. Esta cuestión es altamente pertinente puesto que se oye cada vez más que Canadá y Quebec están entre los últimos en rechazar seguir la evolución lógica y moderna hacia un sistema de sanidad mixto, es decir un sistema que permite, paralelamente al sistema público, la explotación de establecimientos privados que ofrecen servicios a los pacientes que tengan los medios para pagarlos. Según los defensores de este sistema de "*doble velocidad*", será el que desatascará el sistema público y todo el mundo recibirá la atención más rápidamente. En realidad, los estudios demuestran que no solamente la coexistencia de un sistema privado paralelo no disminuye los tiempos de espera en el sistema público sino que parece aumentar (FCRSS 2005b). Así, estudios en Australia y en Inglaterra concluyen que los tiempos de espera de los pacientes de los hospitales públicos son más largos en las regiones que disponen de más servicios de sanidad privados (Duckett 2005, Besley 1998). En efecto la explicación es simple: en situación de penuria de recursos médicos y de enfermería, la coexistencia de un sistema privado paralelo anima a los expertos a dejar el sistema público (Sanmartín et al 2000). Además, puesto que los servicios prestados en el sistema privado están mejor remunerados, los médicos tienen interés en mantener largas listas de espera en los establecimientos públicos.

No solamente la aceptación de la coexistencia de un sistema privado paralelo no parece ser una solución mágica para mejorar el acceso, sino que podría además conducir a una disminución de la calidad de los servicios ofrecidos en el sistema público. En efecto, además del problema del éxodo invocado más arriba, el sistema público perdería su principal mecanismo de mejora "las reclamaciones". Como ha sugerido Hirschman (1970), en situación de fallo del sistema, el

usuario puede actuar de dos formas: causando baja o reclamando, es decir expresando su insatisfacción, metiendo presión al sistema. En el sistema público, el mecanismo privilegiado es la reclamación. En situación de coexistencia público – privado, el hecho de que los usuarios tengan la posibilidad de procurarse servicios equivalentes a los que ofrece la empresa pública priva a ésta de un precioso mecanismo de comunicación y de mejora.

Los patrocinios público – privado ¿son la solución?

Otra solución es imbricar en el sistema público patrocinadores privados. Este tipo de patrocinios se han intentado en el dominio de la sanidad, sobre todo en los proyectos de renovación o de construcción de nuevos hospitales. Un estudio de las evaluaciones de estas experiencias en Australia, en España y en El Reino Unido ha concluido recientemente que tales acuerdos vuelven más compleja aun la tarea ya difícil de construir un hospital sin ventajas claras e incorporando varios elementos problemáticos (McKee et al 2006). Así, los PPP parecen aumentar los costes totales de construcción por tres razones. Los procesos de concesión son necesariamente tan complejos que la respuesta a las peticiones de oferta cuesta cara al potencial patrocinador y los que no obtienen el contrato deben recuperar esos costes incluso en los contratos subsiguientes. Los costes de los créditos son generalmente más elevados para los patrocinadores que para las instancias públicas. El tamaño a menudo enorme de los proyectos y su complejidad hace que el número potencial de patrocinadores sea muy restringido y la competencia es muy débil en la práctica. Finalmente, es notorio que el proceso de concesión carece a menudo de transparencia. En Inglaterra, donde se han llevado a cabo el mayor número de estas experiencias, la oficina de verificación lo ha descrito como un "seudocientífico mumbo-jumbo" ⁽¹⁾ (McKee et al 2006).

Los PPP ponen en cuestión también los temas de calidad. Como subrayan McKee y sus colaboradores, cuando surgen los problemas, como ocurre inevitablemente en los proyectos de construcción de envergadura, todas las soluciones representan un equilibrio dado entre el coste, el calendario y la calidad. Como el coste y el calendario están sujetos a exigencias y dificultades contractuales muy rígidas, parecen casi inevitables compromisos nefastos sobre la calidad.

Finalmente, la voluntad de minimizar los riesgos para los patrocinadores de un PPP hace que los contratos sean extremadamente detallados y tengan previstas penalizaciones importantes para toda modificación hasta el punto de que esta falta de flexibilidad impide la adaptación del proyecto a los cambios rápidos a los que hacen frente los establecimientos de sanidad incluyendo los cambios tecnológicos y la evolución de la demanda y de las esperas.

Los PPP pueden también ser utilizados en la gestión de establecimientos públicos en los que se les confía la gestión de todo el establecimiento o de una parte (habitualmente los servicios auxiliares, el mantenimiento, la gestión de los inmuebles) a patrocinadores privados. La cantidad de estudios sobre este tipo de acuerdo es más limitado y sus ventajas e inconvenientes menos claros. Sin embargo, un ejemplo en la Walter Reed Army Medical Center destapa varios hechos preocupantes. Siguiendo la política proclamada por el Presidente Bush de aumento de la competencia en la gestión gubernamental, el Departamento de Defensa ha reemplazado gradualmente a funcionarios federales que trabajaban en este hospital por trabajadores de compañías privadas. Después de varias anomalías en el proceso de adjudicación, se firmó un contrato en enero de 2006 con una compañía privada para la gestión o provisión del conjunto de servicios de soporte. A la firma del contrato, 300 empleados federales prestaban estos servicios. En febrero de 2007, menos de 50 trabajadores debían cumplir las mismas tareas. Además, varios de estos trabajadores tenían una formación y una experiencia muy limitadas. Según informaba el Washington Post en una serie de reportajes sobre esta situación considerada escandalosa, la situación material en este hospital se había degradado hasta tal punto que en el momento del primer reportaje (18 de febrero de 2007), se podía constatar una infestación de ratas y de cucarachas, techos y paredes desconchados, cubiertos de suciedad, colchones y alfombras manchadas, un olor insoportable, algunas zonas del edificio sin agua ni calefacción. Se hablaba también de una mano de obra no cualificada, desmotivada y sobrecargada. Como consecuencia de las investigaciones y revelaciones que siguieron, el Secretario de la Defensa ha tenido que dimitir y se ha constituido una comisión de investigación. Un comité de la cámara de representantes ha estudiado también la situación y en una carta ordenando al antiguo comandante en jefe de este hospital (ya dimitido de sus funciones) a declarar ante ella, ha escrito: "Las condiciones de vida y los servicios que se han observado

son deplorables... Parece que uno de los factores que ha causado o contribuido a estas condiciones espantosas sea la contratación de los servicios de soporte con una empresa privada" (Waxman y Tierney, 2 marzo 2007).

Pistas para la solución

Si la privatización y los PPP no son la solución mágica, ¿qué se puede hacer para abordar los problemas reales y casi universales de los sistemas públicos de sanidad y responder a las preocupaciones legítimas de la población?

Un sistema potente sería un sistema equitativo, que respete las libertades individuales de cada uno, que sea capaz de adaptarse a los cambios tecnológicos y a la demanda, que produzca servicios de atención accesibles, eficaces y de buena calidad (basados en los conocimientos científicos, sanitarios, humanos, continuos) y manteniendo un entorno de trabajo sano. Los sistemas sanitarios quebequeses y canadienses se encuentran bastante bien en varios de estos criterios. En otros aspectos un poco peor, pero fundamentalmente sufren una penuria de recursos humanos y una baja productividad. Si se compara Quebec con Francia por ejemplo, el estado de salud es similar: una mortandad infantil un poco más elevada en Quebec, esperanza de vida similar, y esperanza de vida a los 65 años ligeramente peor en Quebec. Invirtiendo aproximadamente el mismo porcentaje de su PIB en sanidad (en 2004, 10,4% vs 10,5%), Quebec tiene casi dos veces menos de camas hospitalarias por habitante y más de 2 veces menos de admisiones al hospital. Esto podría estar bien si se constatará una mejor atención ambulatoria, pero no es el caso. Quebec ofrece menos servicios hospitalarios, menos servicios a domicilio y cuenta entre otras cosas con un 40% menos de médicos (generalistas y especialistas). La solución a este problema de productividad necesita un vuelco en las iniciativas. Puesto que la experiencia de otros países parece demostrar que la privatización aportaría efectos sustanciales perversos, entre otros el aumento importante de los costes, ¿Qué otras soluciones son posibles para modificar las reglas de juego en el sistema público? La investigación parece indicar las siguientes pistas:

. Es necesario descentralizar el gobierno de los servicios para aproximar el sistema al ciudadano. Esta descentralización debe ser real, no una simple desconcentración del poder central como desgraciadamente se hace habitualmente. Las decisiones deben ser

tomadas a nivel local, lo más cerca posible del nivel de prestación de servicios.

. Es necesario integrar los servicios verticalmente, es decir crear redes de atención englobando la primera línea y la atención especializada. Esto es necesario para aumentar la coordinación de los servicios, lo que es un problema mayor en los sistemas públicos en Quebec. Un estudio reciente comparando los resultados de NHS en Inglaterra con la de Kaiser Permanente en los Estados Unidos ha concluido que los mejores resultados de Kaiser en términos globales de servicios y de accesibilidad a los servicios de primera línea y a los servicios especializados se debían principalmente a una mejor integración a través de todo el sistema (Feachem et al 2002).

. Es necesario invertir masivamente en la primera línea para aumentar la accesibilidad, humanizar la atención, situar a los pacientes en los mejores medios ofreciendo el nivel de atención apropiado a su condición y por consiguiente producir los servicios de mejor calidad de la forma más eficiente.

. Es necesario invertir masivamente en tecnología de la información. Que sencillamente no existe en la mayoría de los sistemas públicos. Se necesita para aumentar la coordinación, la humanización y la eficiencia.

. Es necesario aumentar la "competencia" en el sistema público. Por competencia, se entiende aquí una situación en la que el usuario puede elegir entre varias alternativas y donde estas elecciones tienen repercusiones en la evaluación de los resultados de las organizaciones.

. Es necesario volver a responsabilizar a los profesionales de la sanidad. Las reformas de los últimos años han tenido un efecto devastador sobre la moral de los profesionales y les han llevado a pesar de ellos mismos a inhibirse de sus responsabilidades y aceptar a menudo condiciones inaceptables. La calidad de los servicios de salud descansará necesariamente siempre, individual y colectivamente, sobre los hombros de expertos y profesionales de la sanidad y estos deben tener las condiciones de trabajo, la motivación y las iniciativas que les permitan asumir estas responsabilidades.

. Es necesario profesionalizar la gestión de los servicios sanitarios. Demasiado frecuentemente, las decisiones de gestión y gobierno en el sistema de salud son tomadas sin tener en cuenta los

conocimientos científicos. Los gestores y los tecnócratas que contribuyen a la formulación de políticas de sanidad deben estar mejor formados en este aspecto y es necesario invertir en la investigación sobre los servicios y políticas sanitarias para producir más conocimientos sobre la mejores formas de optimizar los resultados de nuestros sistemas públicos de salud y evitar recurrir a modas no fundadas como la privatización y los PPP...

NOTAS DEL TRADUCTOR:

(1) Mumbo Jumbo es un personaje del videojuego de Rareware titulado Banjo-Kazooie para la consola Nintendo 64, que regresa en la secuela Banjo-Tooie. Este personaje es un chamán que ayuda a los protagonistas del juego, Banjo y Kazooie, a avanzar en sus diversas aventuras. (Wikipedia)

Referencias bibliográficas

Besley T et al (1998) Public and private health insurance in the UK. *European Economic Review* ; 42(3-5) : 491-497

Deber R (2002) La prestation des soins de santé: publique, sans but lucratif ou privée? Ottawa : Commission Romanow, étude no 17

Devereaux PJ et al (2002) Comparison of mortality between private for-profit and private not-for-profit hemodialysis centers : a systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Medical Association*; 288 (19) : 2449-2457

Duckett SJ (2005) Private care and public waiting. *Australian Health Review* ; 29(1) : 87-93

Evans RG (2002) Financing Health Care : Taxation and the alternatives. In Mossialos E et al (eds) *Funding Health Care : Options for Europe*. Buckingham : Open University Press, 39-58

FCRSS (2004) À bas les mythes : les établissements à but lucratif rendraient le système de santé plus efficace. Ottawa : Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé.

FCRSS (2005a) À bas les mythes : Un système privé parallèle réduirait les temps d'attente dans le système public. Ottawa : Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé.

FCRSS (2005b) À bas les mythes : Le Canada a un système de santé communiste. Ottawa : Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé.

Feachem RGA, et al (2002) Getting more for their dollar : a comparison of the NHS with California's Kaiser Permanente. *British Medical Journal*; 324, 19 janvier : 135-143

Lancry P-J, Sandier S (1999) Rationing health care in France. *Health Policy*; 50 (1-2) : 23-38

Hirschman AO (1970) *Exit, Voice, and Loyalty ; Responses to decline in Firms, Organizations, and States*. Cambridge : Harvard College

McKee M et al (2006) Public-private partnerships for hospitals. *Bulletin of the World Health Organization*; 84 : 890-896

Sanmartin C et al (2000) Waiting for medical services in Canada : lots of heat, but little light. *Canadian Medical Association Journal* ; 162 (9) : 1305-1310

Vaillancourt Rosenau P, Linder SH (2003) Two decades of research comparing for-profit and nonprofit health provider performance in the United States. *Social Science Quarterly*; 84(20):219-241

Waxman HA, Tierney J (2007) Letter to Major General George W Weightman. *Congress of the United States*, 2 mars

Woolhandler S et al (2003) Costs of health care administration in the United States and Canada. *New England Journal of Medicine* 349 (8) ; 768-775

Dirección de correo. *Se ruega dirigir toda la correspondencia relacionada con esta publicación u otros informes ya publicados a:*

Groupe de recherche interdisciplinaire en santé

Secteur santé publique. Faculté de médecine. Université de Montreal. C. P. 6128, Succursale Centre-Ville. Montreal (Québec) H3C 3J7, Canada. Téléphone: (514) 343-6185. Fax: (514) 343-2207

Web: <http://www.gris.umontreal.ca/>