

## EDITORIAL

### Salud (mental) de la Economía, y economía de la salud (mental): Pongamos que hablo de Madrid.

*Alberto Fernández Liria\**

Lo peor no es que cuando se habla hoy de argumentar algo en materia de salud (como en cualquier otra cosa) se hable necesariamente de argumentos económicos. Lo peor es que se está llamando argumentos económicos a lo que no son sino argumentos contables.

Hay tres tipos o tres niveles de argumentos económicos que podrían aplicarse a la atención a la salud. Y hay posibilidad – en realidad hay necesidad - de discutir los que se están dando a cualquiera de los tres niveles. Pero es importante saber en qué nivel nos situamos y no olvidar que los otros existen.

Un primer nivel concerniría al modelo económico en el que la atención a la salud de la que se discute tiene sentido. A ese nivel se plantean las preguntas sobre si podemos dar por bueno que el objetivo de la atención a la salud sea fundamentalmente reparar la fuerza de trabajo dañada por la enfermedad. O si es viable y legítimo un sistema que para satisfacer las demandas de una exigua minoría de la población necesita empobrecer a la inmensa mayoría que, para subsistir, sólo dispone de su fuerza de trabajo. O si tiene sentido sostener un sistema que, para no colapsarse, necesita mantener un crecimiento que sabemos que, de persistir, acabará en un plazo más corto que largo con las posibilidades de vida de la especie humana en el planeta Tierra. En este escrito no nos vamos a referir a este nivel. Desde luego, no porque no nos parezca importante, sino porque el objetivo de este escrito no es hablar de lo que sabemos que es importante, sino sobre lo importante que es saber de lo que hablamos.

Un segundo nivel es el que permite analizar las consecuencias de los problemas y las acciones de atención a la salud en el marco del sistema y planificarlas de acuerdo con esas previsiones. Un ejemplo paradigmático de este tipo de análisis es el que ha conducido en el Reino Unido al desarrollo del programa *Improving Access to Psychological Therapies* (IAPT). En 2006 un trabajo de la *London School of Economics* (1, 2) señalaba que el coste de formar y contratar los 10.000 psicoterapeutas necesarios para que recibieran alguna de las intervenciones psicológicas recomendadas por las guías NICE el millón de ciudadanos que cobran prestaciones por incapacidad laboral debida a trastornos depresivos o de ansiedad, podría pagarse sin ningún gasto adicional con el dinero ahorrado si la aplicación de estos

\* Psiquiatra. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares (Madrid).

tratamientos consiguiera reducir en un mes la duración de esa incapacidad laboral (nótese que hablamos sólo del coste de las prestaciones, mucho menor que el coste global del trastorno y mucho menor aún de la cantidad resultante si a esto le sumamos la actividad productiva perdida). En Octubre de 2007 el gobierno británico anunció que hacía suya la propuesta de desarrollar este plan (el IAPT) formando y desplegando los recursos en siete años. Los análisis realizados en el punto medio del desarrollo del plan (3) confirman que los cálculos eran correctos tanto en lo que se refiere a los resultados clínicos como al equilibrio entre costes y ahorro (en los que han superado las expectativas).

En nuestro país en general y en Madrid en particular no se han realizado análisis ni propuestas semejantes. Quizás sea mucho pedirles a nuestros gobernantes que sean capaces, como los ingleses, de desarrollar iniciativas capaces de mejorar la situación clínica y la calidad de vida de los pacientes, crear 10.000 puestos de trabajo y ahorrar dinero. Sin embargo sí se están tomando medidas cuya evaluación requeriría análisis a este nivel. Por ejemplo se están amortizando las plazas de los profesionales que se jubilan sin atender a cuál es la función que desempeñan o en qué dispositivo lo hacen. En Madrid estas medidas se toman desde la Dirección General de Recursos Humanos y son inapelables desde las direcciones asistenciales. Nadie se ha preocupado de calcular qué costo en términos de aumento de las urgencias, ingresos, intervenciones de agentes no sanitarios o consecuencias sobre la actividad del resto de la familia (por no hablar del sufrimiento de las personas con trastornos y sus allegados, o los suicidios) podría tener por ejemplo la no sustitución de un enfermero que actúa como coordinador de cuidados de unas decenas (a veces muchas) de pacientes con trastorno mental grave. Pensar en esos términos sería pensar en términos económicos. Aunque fuera pensar en términos económicos, de modo conservador, sin cuestionar el marco general de la economía.

Pero nuestros gobernantes cuando dicen que hablan de economía no hablan de economía. No a este nivel. Nuestros gobernantes se limitan a hacer contabilidad: a hablar de las entradas y las salidas de la caja registradora de cada dispositivo. Sin preocuparse de si generar esas entradas o el modo en el que se gestionan las salidas, genera un agujero muchísimo mayor enfrente del dispositivo del que estamos hablando.

Es más: lo que en este momento propician nuestros gobernantes (de un modo salvaje en Madrid, pero de modos más o menos encubiertos en todo el territorio del Estado) es un sistema en que este pensamiento sistémico que hemos llamado de segundo nivel sea imposible<sup>1</sup>. Un sistema que se apoya en el dogma neoliberal según el cual el celo puesto por el administrador (y, en breve propietario) de cada hospital o centro de salud por maximizar las entradas y disminuir las salidas de su

<sup>1</sup> Y, por decirlo todo, el correspondiente al primer nivel sea directamente delito, por "antisistema".

caja registradora garantiza la excelencia en el funcionamiento del sistema. No hay ningún apoyo empírico a ese dogma.

Pero, aún sin entrar a discutir el dogma – lo que nos situaría en el segundo de los tres niveles –, podríamos discutir los argumentos contables. Nuestros gobernantes (los madrileños más que ninguno, pero, en realidad, todos sin excepción) nos están repitiendo hasta la saciedad que la gestión privada es más eficiente y los recursos con este tipo de gestión son más baratos. Los defensores de esta tesis se han cuidado de hacer públicos los datos que nos hubieran permitido comprobar su veracidad en los centros privados que ya han promovido en nuestro país. Sobre lo sucedido con los que supuestamente les sirvieron de modelo en otros contextos sí hay algunos datos.

La excelente revisión publicada este mismo año en PlosMedicine (4) concluye que, a la vista de la información disponible no hay ninguna prueba de las pretendidas ventajas en términos de eficiencia o eficacia de los sistemas de gestión privados en los países de ingresos medios o bajos. El análisis de los datos de la ya larga experiencia británica ha puesto de manifiesto que el sistema que ha servido de modelo a la nueva ola privatizadora en nuestro país, no sólo ha dado lugar a dispositivos más caros, sino que ha generado otros inconvenientes adicionales (5). Las comparaciones entre los sistemas de base pública y privada en Canadá y los Estados Unidos han llevado a los analistas de los datos a desaconsejar radicalmente a las autoridades canadienses la privatización de los servicios (6). Ya en 2006 el Boletín de la Organización Mundial de la Salud, a partir de un análisis de las experiencias en Australia, España (Alzira) y el Reino Unido, publicaba un magnífico trabajo en el que se sostenía que la colaboración público privado en los términos ensayados “más bien complica la ya difícil tarea de construir y hacer funcionar un hospital”(7). Desde luego, hay trabajos que plantean que las experiencias llevadas a cabo en nuestro país carecen de algunas de las garantías que hubieran sido exigibles en el Reino Unido (8). Las sociedades científicas de nuestro país se han pronunciado con claridad en este mismo sentido (9).

Como decíamos los datos que nos hubieran permitido poner a prueba la hipótesis que sirve de base a la privatización (aun los que hubieran servido para evaluarla en términos contables y no sistémicos) no sólo no han sido publicados sino que parecen haber sido cuidadosamente ocultados. Sin embargo, el anteproyecto de presupuestos de la Comunidad de Madrid necesariamente ha de hacerse eco de alguno.

Según el trabajo realizado utilizando como fuentes el Proyecto de Presupuesto de la Comunidad de Madrid 2013 (en <http://www.madrid.org/>) y las memorias de actividad sanitaria 2010-2011 de los hospitales de la Comunidad de Madrid,

por un grupo de facultativos del Hospital Universitario Príncipe de Asturias durante la huelga de noviembre-diciembre de 2012 contra las medidas privatizadoras anunciadas por el gobierno de Madrid, considerando el dinero asignado a través de diversos conceptos a los distintos hospitales de Madrid y dividiéndolo por el número de beneficiarios correspondientes a cada hospital, resulta lo siguiente: el gasto por beneficiario asignado a los hospitales que ya funcionan en régimen de gestión privada es respectivamente de 619 euros (Hospital Rey Juan Carlos de Móstoles, gestionado por Capiro), 587 euros (Hospital de Torrejón gestionado por Rivera Salud) y 505 euros (Hospital de Valdemoro, gestionado por Capiro). El asignado a los seis hospitales que se pretenden privatizar está en todos los casos por debajo de éste, es de 501 (Hospital del Tajo), 363 (Hospital del Henares), 319 (Hospital Infanta Sofía), 307 (Hospital Infanta Cristina), 297 (Hospital Infanta Leonor) y 286 euros (Hospital del Sureste). Seguramente hay algo que se nos escapa. O algo que el gobierno de la Comunidad de Madrid debería explicar y no ha explicado.

El informe elaborado por la Asociación de Facultativos Especialistas de Madrid (10) basa en un exhaustivo análisis de los datos existentes su afirmación de que “No hay evidencia empírica que demuestre que el coste total de la asistencia sanitaria especializada de la población de los hospitales de gestión mixta (los que se pretenden privatizar en 2013) sea superior los hospitales con modelo capitolativo más reciente, como asegura el Plan de Sostenibilidad

La evidencia empírica para 2012 y 2013 demuestra justo lo contrario, que la gestión pública de la asistencia sanitaria es más barata que la gestión privada.

Mientras que los 6 hospitales públicos de gestión mixta reducirán su cápita media un 30% de 2012 a 2013 (de 375 euros a 261 euros) los 3 hospitales de gestión privada según el modelo capitolativo reciente aumentarán en un 21% (de 464 euros a 565 euros)”

Reducir la economía a contabilidad, perder el enfoque sistémico, puede tener sus ventajas. Entre ellas se cuenta, desde luego, la de abrir la posibilidad de un especie de cuarto infranivel donde cabrían lo que – a falta de un término más académico – podríamos llamar triquiñuelas contables. La principal triquiñuela puesta en marcha por el gobierno de Esperanza Aguirre fue la que permitió la construcción y puesta en marcha de siete hospitales financiados por el sistema PFI, es decir por la inversión privada y que, por tanto, desde el punto de vista contable, no han generado déficit. No han generado déficit porque la Comunidad – que no es propietaria de los edificios construidos – no debe su importe. Pero, en cambio, ha firmado unos contratos de alquiler por treinta años cuyo importe total puede llegar a ser 10 veces el coste de la construcción (más de 100 millones de euros al año durante 30 años, lo que representa el 25% de su gasto y es equivalente al 50% de su gasto en personal (10).

Esta situación empeora notablemente a la vista de las condiciones de actualización firmados por los hospitales ya en régimen de gestión privada, según las cuales la cápita (coste por habitante) se actualizará para los hospitales en el nuevo régimen de acuerdo al incremento del IPC + 2 puntos durante los próximos 25 años (10, 11).

Poner la gestión del sistema sanitario en manos privadas, aún si se pusiera en términos muy ventajosos desde el punto de vista contable, tiene un efecto sistémico adicional. ¿Qué sucede si el presupuesto asignado está por debajo del coste real o de las expectativas de beneficios de las empresas que lo contratan? El Estado no puede aceptar que estas empresas cierren el negocio dejando en la desprotección la salud de los ciudadanos a los que deben atender. Por tanto tendría que negociar con ellos nuevas condiciones (eso ya sucedió en Alzira). La situación es mucho más grave cuando todo apunta a que las empresas que se van a hacer con la gestión de los servicios “externalizados” lo van a hacer en régimen de oligopolio.

Podemos denunciar las artimañas contables, discutir la contabilidad, analizar los efectos de problemas o de medidas para paliarlos sobre el sistema o cuestionar el sistema mismo. Pero es fundamental que, en el fervor de la discusión, no nos olvidemos de qué es lo que estamos hablando. Y de que todas esas perspectivas, todos esos niveles de análisis pueden tener que ser tenidos en cuenta si no queremos llamarnos a engaño.

Si no somos capaces de verlo así y de hacérselo ver así a una mayoría de la población, la atención salud quedará en manos de una colección de tenderos que, fascinados por el tintineo de las cajas registradoras de sus establecimientos, serán incapaces ver los efectos que el mantenimiento de sus negocios están teniendo a corto plazo sobre el bienestar de la población y mucho menos del efecto a medio y largo plazo sobre la posibilidad de su propia existencia.

#### BIBLIOGRAFÍA:

- (1) Layard R. The case for psychological treatment centres. *BMJ*. 2006;332(7548):1030-2.
- (2) Mental Health Policy Group. The depression report; a new deal for depression and anxiety disorders. London: London School of Economics 2006.
- (3) Clark DM. Implementing NICE guidelines for the psychological treatment of depression and anxiety disorders: The IAPT experience. *International Review of Psychiatry*. 2011;23:375-84.
- (4) Basu S, Andrews J, Kishore S, Panjabi R, Stuckler D. Comparative Performance of Private and Public Healthcare Systems in Low- and MiddleIncome Countries: A Systematic Review. (). e1001244. doi:/journal.pmed.1001244. *PLoS Med* [serial on the Internet]. 2012; 9(6).

- (5) Shaoul J, Stafford A, Stapleton P. The Cost of Using Private Finance to Build, Finance and Operate Hospitals. *Public Money & Management*. 2008;28(2):101-8.
- (6) Angell M. Privatizing health care is not the answer: lessons from the United States. *Canadian Medical Association Journal*. 2008;179(9):916-9.
- (7) McKee M, Edwards N, Atun R. Public-private partnerships for hospitals. *Bulletin of the World Health Organization*. 2006;84 (11):890-6.
- (8) NHS\_GLOBAL. The search for low-cost integrated healthcare The Alzira model from the region of Valencia. . (Disponibile en: [http://www.nhsconfed.org/Publications/Documents/Integrated\\_healthcare\\_141211.pdf](http://www.nhsconfed.org/Publications/Documents/Integrated_healthcare_141211.pdf) ). Brussels2011.
- (9) SESPAS. Posicionamiento de SESPAS sobre las políticas de privatización de la gestión de los servicios sanitarios. En: *Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria*, (editor). Madrid, 2012.
- (10) Asociación\_de\_Facultativos\_Especialistas\_de\_Madrid\_(AFEM). ¿Garantiza realmente la Sostenibilidad del Sistema Sanitario el Plan de Medidas proyectado por la Comunidad de Madrid? Un análisis de AFEM. <http://www.asociacionfacultativos.com/images/comunicados/informeafem.pdf>: AFEM; 2012.
- (11) Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Acuerdo del Consejo de Gobierno por el que se aprueba el gasto plurianual para cubrir los gastos derivados de la actualización correspondiente al ejercicio 2012de la retribución fijada en el momento de la firma del contrato con la sociedad concesionaria Capiro Valdemoro S.A. en virtud del contrato de gestión de servicio público, modalidad de concesión de la asistencia sanitaria especializada del Hospital Infanta Elena de Valdemoro. <http://www.asociacionfacultativos.com/images/comunicados/memoria.pdf> 2012.