Entrevista a Luis Carretero, experto en gestión sanitaria y consultor en Telomera Healthcare

“Enfrentar público y privado en Sanidad es un gran error y un gran engaño, el verdadero debate, el necesario, es el de buena o mala calidad”

Luis Carretero.

Luis Carretero trabaja en gestión sanitaria desde el año 1987. Primero lo hizo desde la Escuela Andaluza de Salud pública y posteriormente en el ámbito hospitalario (en el Hospital Costa del Sol de Marbella, en el Hospital Universitario Virgen de las Nieves en Granada, en la Fundación Hospital de Alcorcón, en el Hospital Universitario Son Dureta y en el Hospital Universitario Son Espases). Además, ha ocupado cargos directivos en los servicios de salud de Baleares y Castilla-La Mancha, en DKV Servicios y en Marina Salud. Actualmente es consultor.

Con su amplia experiencia y conocimientos en la colaboración público-privada (CPP) ha analizado en profundidad en esta entrevista para *New Medical Economics* la viabilidad del SNS, los distintos modelos de gestión, las repercusiones de la llamada ‘ley Darias’ e incluso se ha atrevido a hacer un decálogo de requisitos para que una fórmula de colaboración público-privada funcione.

Con la pandemia y crisis sanitaria parece que está volviendo a resurgir con fuerza el debate sobre la viabilidad y sostenibilidad del esquema público de financiación y provisión de los servicios de salud. ¿Es un tema sobre el que gestores/ profesionales de la Sanidad y población tienen la suficiente información?

Hay demasiado ruido y poca información en este tema, que es esencial en la configuración de un sistema sanitario. Desde mi punto de vista, hay un consenso amplio respecto a la financiación, se considera de forma general que esta debe ser pública, garantizando el acceso igual para todos los ciudadanos. A menudo planteamos la elección de modelos de gestión en términos de quién va a hacer lo mismo con un coste menor y este razonamiento es erróneo y lleva consigo problemas. El debate está en si podemos aspirar a conseguir mejor atención sanitaria con los recursos que ya dedicamos a la Sanidad y mi opinión es sin duda que sí, pero para eso hace falta mucha más gestión y menos política con minúsculas.

De ese debate surge otro, que es el de si se puede mejorar radicalmente la manera en la que se gestionan los centros sanitarios. Si preguntamos a los profesionales de la gestión, y garantizamos la confidencialidad de la respuesta, el consenso es bastante amplio en que sí que se puede, modificando el marco de gestión funcionarial actual. Por su parte para los profesionales de la salud, este es un tema más lejano a su ámbito de conocimiento y lo importante en este caso es garantizar un entorno de trabajo más deseable y eficaz lo que repercutirá en conseguir mejores resultados con los pacientes.

De cara a la población, lo que llega normalmente es mucho, mucho ruido y casi nunca bien intencionado. Se trata de confundir el cambio de modelos de gestión con la privatización de la Sanidad, y la privatización con alguien que le va a atender peor y a cobrar dinero por algo que hasta ahora no tenía un precio para el ciudadano. Muchos contraponen una sanidad 'buena y publica' frente a otra 'perversa privatizada'.

Además, cualquier intento de mejora en la gestión también va acompañado de mucho ruido, normalmente procedente de sectores que piensan que las fórmulas para hacerlo deben seguir inamovibles en el tiempo, a pesar de que el mundo ha cambiado radicalmente en los últimos años o de aquellos que se oponen a cualquier sistema que premie la excelencia frente a la mediocridad.

¿Qué conceptos básicos clave sería necesario aclarar en cada uno de esos colectivos?

Es muy importante normalizar el hecho de que los centros sanitarios pueden tener una pluralidad de modelos de gestión y extender una cultura y necesidad de transparencia en los indicadores de gestión y resultados. Se deben evaluar de forma sistemática los resultados y la eficiencia de los distintos centros, y favorecer la libre elección del ciudadano. De cara a los gestores, se trata de tener referentes creíbles para poder comparar desempeños excelentes en calidad, accesibilidad, servicio o eficiencia.

De cara a los profesionales habría que normalizar el paso de estos por los distintos centros sin que el origen laboral o funcionarial suponga un obstáculo o una cortapisa, y favorecer a los equipos que consiguen mejores resultados.

Para el ciudadano sería necesario sacar el debate de la gestión y sustituirlo por la transparencia en los resultados, dejando que estos elijan el centro donde se sientan mejor atendidos.

Si hablamos de conceptos, los de transparencia, rendición de cuentas, calidad, valor aportado, eficiencia, tiempos de respuesta, humanización de la atención, o capacidad para atraer y desarrollar talento, deberían estar encima de la mesa.

Hay quien afirma que a un paciente no le importa si se le asiste en un centro público o en uno privado que financia el SNS, lo que le preocupa es recibir la mejor asistencia posible y en tiempo oportuno. ¿Es así y se utiliza el concepto 'privatización' para asustar, englobar cuestiones que no tienen nada que ver y como arma política?

En España mantenemos cierta cultura inquisitorial. Todavía hay quien arroja palabras mal utilizadas,

como la de privatizador, de forma parecida a la que hace siglos se utilizaba el de brujo o endemoniado. No hay modelos perfectos, pero sin duda la diversidad de formas de gestión aporta riqueza y la evaluación de resultados genera mejores prácticas que pueden aprovecharse en todo el sistema.

Si a medio plazo los hospitales que mejor funcionan son los que tienen unas prácticas de gestión determinadas tendremos que potenciar que estas tiendan a extenderse, siempre garantizando la integridad y la solidez del modelo de financiación y control público de la asistencia. Tenemos una necesidad creciente de generar más salud y mejor asistencia. Es nuestra obligación buscar la mejor forma de proporcionársela al ciudadano con un mismo volumen de recursos disponibles.

El Congreso ha dado luz verde a tramitar la llamada 'ley Darias' o proyecto de Ley por el que se modifican diversas normas para consolidar la equidad, universalidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud. La norma establece la gestión directa pública de los servicios sanitarios y sociosanitarios como fórmula preferente en el SNS. Asimismo, se argumenta que "el recurso excepcional a otras fórmulas de gestión habrá de contar obligatoriamente con una memoria que justifique desde el punto de vista sanitario social y económico la necesidad de acudir a ellas". ¿Cómo puede repercutir su implantación en el SNS?

Es un triste ejemplo de cómo la demagogia se impone sobre la necesidad de un debate serio y consensuado en el sistema sanitario. No necesitamos leyes que promulguen conceptos tan grandilocuentes como vacíos, sino un esfuerzo sincero de todas las partes por encontrar mejores caminos para proporcionar la mejor atención a nuestros ciudadanos.

Hemos avanzado y retrocedido mucho desde que en 1992 se promulgó por el Congreso el Informe Abril, pero la necesidad de una mejor gestión sanitaria es cada vez mayor.

Hay fuentes del sector privado que consideran que, si la ley sale adelante y se elimina la colaboración público-privada, la sanidad española colapsará porque tendrá que asumir 6 millones de estancias hospitalarias, 11 millones de consultas, y 800.000 pruebas diagnósticas. ¿Son reales esos cálculos?

Lo triste es que con seguridad ninguno de los que están votando esta ley piensa que vaya a tener un efecto real sobre el sistema sanitario. La ley se hace por otras cosas, muy lejanas a las necesidades o los retos de nuestros centros sanitarios.

La sanidad privada hoy en día aporta un tercio de la asistencia sanitaria que se presta en nuestro país, que difícilmente podría aportarse desde la provisión pública. Es más, la sanidad privada que se presta mediante seguros sanitarios o mediante pagos directos de los pacientes, son recursos pagados por los ciudadanos porque el sistema público no les aporta el servicio que esperan de él.

Enfrentar público y privado en Sanidad es un gran error y un gran engaño. La atención sanitaria que reciben los ciudadanos de forma gratuita en un centro de gestión tradicional, también se presta fruto de la participación de numerosas empresas privadas, desde los proveedores de equipamiento, de servicios, de medios diagnósticos, de servicios complementarios, de fármacos. La lista sería muy larga, y de esta cooperación entre profesionales es de donde nace la excelencia en un servicio. El verdadero debate, el necesario, es el de buen servicio y mal servicio, buena calidad o mala calidad, ese es el que de verdad interesa.

Un informe elaborado por la patronal estima que las listas de espera para cirugías podrían aumentar un 102% -alargando la espera media en 75 días- y la lista de espera de primera consulta en un 153%, dilatando la espera en 58 días más. ¿Podrían ser las repercusiones tan alarmantes?

Si alguien pensara de verdad en suprimir la colaboración actual entre los sectores público y privado los efectos podrían ser realmente alarmantes. Lo triste

es que ni lo piensan, interesa más el gesto hacia la galería que el debate serio sobre los retos que se presentan.

Mientras tanto, tenemos un sistema sanitario con profesionales agotados después del esfuerzo realizado en la pandemia, un envejecimiento progresivo de la población con el consiguiente aumento de necesidades, y con un relevo generacional importante a afrontar en los próximos años, pésimamente planificado hasta ahora.

En su opinión, ¿es más una cuestión política que basada en resultados?

Por desgracia es así. El debate está mucho más en las palabras gruesas que en el análisis riguroso. Y necesitamos un poco más de responsabilidad y rigurosidad para sacar adelante un sistema sanitario público del que queremos seguir estando orgullosos en los próximos años. Quizá más Política con mayúsculas y menos con minúsculas.

En 1997 se crea el primer hospital público, Hospital de la Ribera, en régimen de concesión administrativa y genera el nacimiento del "Modelo Alzira". ¿Qué nos ha enseñado ese modelo?

Nos ha enseñado que cuando la gestión sale de las rigideces del modelo funcionarial, se pueden conseguir grandes resultados. Los hospitales con modelos de gestión concesional han acaparado premios a la excelencia en gestión sanitaria en los últimos años, han conseguido formar y potenciar equipos de profesionales excelentes, y aportar soluciones innovadoras a problemas muy antiguos.

También hemos aprendido que hay que solucionar la integración en igualdad de condiciones del personal de los centros con régimen laboral al conjunto del sistema sanitario. La discriminación a la que han sido sometidos los profesionales no solo del modelo concesional, sino de empresas públicas y fundaciones, ha sido profundamente negativa para la extensión y consolidación de estos modelos.

A nivel económico, ¿qué beneficios tiene la CPP? ¿Cuál es el modelo que mejores resultados ha tenido (consorcios, fundaciones, concesiones, EBAs…)?

Hay diversos estudios sobre el nivel de eficiencia de los centros sanitarios públicos con personalidad jurídica propia respecto a los de gestión funcionarial. Pero yo diría que, aunque los resultados son estos y están contrastados, lo importante no es sólo el modelo, sino lo que entre todos podemos obtener con él en beneficio del ciudadano. Por muy bueno que sea el coche, es importante que lo sepamos conducir adecuadamente.

Hay elementos como la transferencia del riesgo de gestión al proveedor, la existencia de sistemas retributivos orientados a premiar la excelencia, la apuesta por la tecnología punta para dar soluciones a los retos asistenciales, la apuesta por la formación de los profesionales, la creación de equipos de trabajo asistenciales fuertemente cohesionados, la apuesta efectiva y rigurosa por la gestión clínica, o la innovación en procesos para conseguir los mejores resultados, que podrían suponer una gran aportación para el conjunto del sistema sanitario.

Pero no hay modelos buenos y modelos malos, eso sería caer de nuevo en ese gusanillo inquisitorial que nos acecha. La diversidad de modelos dentro de un sistema sanitario, desde mi punto de vista, es profundamente positiva, sobre todo en un entorno de transparencia y evaluación donde todos aprenden de todos.

¿Cuáles son los principales pros y contras de cada uno?

En primer lugar, yo resaltaría que los modelos no son cerrados, sino que deberían evolucionar en el tiempo. Ahora mismo el modelo funcionarial ofrece un marco de seguridad a los profesionales que al cabo de los años acceden a una plaza, y un tránsito garantizado y reglado a lo largo del sistema. Por el contrario, es un modelo muy poco eficaz para premiar el talento y la brillantez de los mejores profesionales, y genera un marco de rigideces burocráticas que puede volverse desmotivador.

Los modelos de empresas públicas y fundaciones han dado excelentes resultados en el pasado, pero la escasa transferencia de riesgos entre financiador y

proveedor hace que con el paso del tiempo las ventajas se diluyan y los centros se mimeticen con los de gestión funcionarial.

Los modelos concesionales han dado excelentes resultados en la mayoría de los casos, tanto en calidad asistencial como en eficiencia y en accesibilidad y listas de espera, pero necesitan avanzar más en la integración de estos centros en el conjunto del sistema público, tanto a nivel de movilidad del personal como de cartera de servicios integrada con el resto de hospitales de la red pública. Es necesario generar marcos de financiación y gobernanza que atraigan y mantengan a los mejores proveedores, y mejorar el control público sobre las concesiones para que la autoridad pública siempre tenga el máximo control sobre la calidad y la idoneidad de los servicios prestados al ciudadano.

¿Cuál es el que ha demostrado que repercute en unos mejores indicadores de salud para los pacientes?

No hay un modelo bueno ni malo por naturaleza. Tampoco la financiación es equitativa en el sector público, se basa casi siempre en costes históricos, y esto supone desigualdades importantes en el acceso a los recursos públicos.

Desde la desaparición del INSALUD perdimos una parte importante de la capacidad y la cultura de comparación de resultados entre centros sanitarios, y deberíamos ser capaces de recuperarla como fuerza transformadora, en un entorno de diversidad de modelos permanentemente evaluados y monitorizados.

¿Realmente estas modalidades de gestión han funcionado correctamente en España?

La innovación de gestión en España en los años 90, del pasado siglo, hasta los primeros años de este, ha sido un referente internacional. No obstante, se ha basado en experiencias concretas sin un marco de regulación global. Esta falta de marco global, a la manera en la que el estatuto marco y las leyes presupuestarias regulan las condiciones del personal estatutario, ha contribuido a que las experiencias en marcha, con excelentes resultados iniciales, se hayan deteriorado en el tiempo, siendo absorbidas por la cultura que querían reformar.

Una vez integrada una empresa pública, una fundación o una concesión en un marcho funcionarial, la vuelta atrás es extremadamente compleja. Da igual que un modelo funcione bien, solo hay que esperar a un responsable político dispuesto a cambiar innovación por paz social, y el modelo innovador desaparece. Esto debería suponer un aprendizaje de cara al futuro. También es necesario conseguir un consenso básico sobre los marcos de gestión y una estabilidad en los modelos, no sujeta a los pactos políticos de turno.

¿Es el estado de las autonomías un hándicap para la extensión de estos modelos que comparte riesgos y responsabilidades?

No debería de serlo, al menos en autonomías con cierta masa crítica. Podría suponer una dificultad añadida en comunidades con un tamaño poblacional menor y por tanto con servicios de salud más pequeños, con más dificultades para asumir y controlar modelos diversos. En cualquier caso, no creo que suponga una dificultad mayor.

¿Cómo influyen cuestiones como la cultura de los centros sanitarios, las condiciones de los contratos y la adecuada supervisión por parte del financiador?

La cultura de los centros sanitarios es diversa, y por tanto las soluciones de gestión deben ser igualmente diversas. No es lo mismo gestionar el Hospital de Torrevieja que el 12 de Octubre, y los modelos de gestión deben adaptarse a las realidades y necesidades de cada institución. Las condiciones de los contratos y la supervisión por el financiador es un tema clave. Es necesario que los contratos transfieran riesgos, pero también responsabilidades mutuas, que estos contratos tiendan a premiar económicamente a los centros con mejores resultados, y a no hacerlo con los que no lo consiguen.

Y la supervisión debería ser efectiva, y también centrada en los resultados de los centros, no en prioridades políticas. Una supervisión deficiente es mala para el desempeño siempre. Claro, estas condiciones deberían ser universales para cualquier tipo de modelo de gestión, no sólo para el concesional. Los hospitales con modelos de gestión diferentes han tendido a tener un nivel de

supervisión que hubiera sido deseable se extendiera a todos los centros de la red.

Hay quien apunta a que, en general, las evaluaciones son escasas y poco sistemáticas y que no hay datos públicos homogéneos para comparar la eficiencia relativa de la gestión pública y la no tradicional. ¿Es así? ¿Son necesarias evaluaciones más exhaustivas?

La transparencia es necesaria, obligatoria hoy en día. Si no se han hecho más evaluaciones es porque no ha habido datos disponibles para realizarlas, y eso ha sido una carencia importante, desde mi punto de vista. En cualquier caso, evaluaciones existen, a veces muy rigurosas como las realizadas por el Síndico de Cuentas en la Comunidad Valenciana. A veces, los resultados de las evaluaciones se silencian si no dicen lo que queremos.

Hay varios estudios que alertan de varios problemas en relación a los contratos de concesión como los problemas financieros que enfrentó el modelo Alzira con las renegociaciones de los contratos que fueron muy costosas para el gobierno o los obstáculos para lograr la competencia efectiva en los procesos de contratación en el sector sanitario. También se mencionan en algunos casos el sistema de control ineficaz por parte de la administración sobre la gestión realizada por el concesionario o los problemas de la reversión a manos públicas… ¿Estas cuestiones inclinan la balanza hacia el lado negativo?

En el caso de Alzira, hubo un cambio de modelo de concesión en el hospital de la Ribera. No conozco el caso en profundidad y no puedo opinar. En cualquier caso, eso no es un problema de modelo sino una decisión pública en un momento determinado. Y el área sanitaria resultante fue reconocida repetidamente en años posteriores por su eficiencia.

El control desde la administración seguro que puede ser mejorable, ya lo ponen de manifiesto las auditorías públicas antes mencionadas, y debe optimizarse, en varios aspectos, y desde diversos puntos de vista, también desde la óptica del proveedor, que puede sentirse discriminado en algunos momentos. Y los problemas que han surgido en algunas reversiones deberían generar cambios en la regulación de estos procesos. Los modelos de gestión no pueden ser estáticos, tienen que evolucionar con la experiencia y con los resultados, por eso es tan importante la evaluación. El lado de las aportaciones tiene un gran peso en la balanza, desde mi punto de vista.

¿Cuáles son las claves para que una fórmula de colaboración público- privada funcione? ¿Se atrevería a plantear un decálogo de requisitos que contribuirían a ello?

- Un proveedor o proveedores idóneos, con una ética importante en la gestión y vocación de servicio a largo plazo.
- Una administración profesionalizada, que trata y exige por igual a todos sus centros, aportando seguridad jurídica a los proveedores y un control eficaz hacia estos.
- Equidad en la financiación, ofreciendo los mismos recursos a los ciudadanos de las diferentes comarcas.
- Integración de todos los profesionales en un marco global, cada uno con sus derechos y obligaciones, pero con posibilidad de moverse en el futuro a lo largo del sistema sanitario público.
- Condiciones laborales con un atractivo similar al de las ofrecidas desde la gestión tradicional.
- Cartera de servicios integrada y estructurada a nivel de sistema sanitario, que no duplique servicios.
- Sistemas de financiación que premien la calidad y los resultados.
- Transparencia en los indicadores y en los resultados, que fomente la transferencia de conocimiento y experiencias entre centros al margen de su modelo.
- Un marco de lealtad mutua y trabajo en equipo desde el proveedor y desde la administración sanitaria.
- Y un pacto político que aleje la demagogia de la necesaria evaluación del funcionamiento de los distintos centros sanitarios.