

LA COL-LABORACIÓ PÚBLICO-PRIVADA EN EL SECTOR SANITARI.

Intervenció d'en Francesc José María en la 1ª Jornada de Col·laboració Público-privada. Experiències i Projecció de Futur, organitzada pel Col·legi d'Economistes de Catalunya amb col·laboració del Cercle de Salut,

L' associació **Cercle de Salut** considera que la **CPP** és un tret essencial del model sanitari català que ha caracteritzat el seu desenvolupament que cal mantenir.

Les modalitats de CPP són múltiples i, deixant de banda les associacions que es donen en la recerca biomèdica, en el camp de l'atenció sanitària van des de la contractació de serveis accessoris als assistencials, les concessions administratives amb diverses variants (model valencià i model madrileny), el mutualisme administratiu (MUFACE, MUGEJU i ISFAS) fins als **concerts sanitaris** i els **consorcis**. Aquestes dues últimes modalitats de CPP, contractual la primera i institucional la segona, són les que han caracteritzat el nostre model.

La següent taula dóna una idea de l'abast de la participació privada en la construcció del sistema sanitari públic català.

	ÀMBIT	Nombre centres	GESTIÓ
S I S C A T	Atenció Primària (Estructura = CAP)	423	335 ICS 27 EPiC Generalitat Resta iniciativa municipal o privada (13 EBA's)
	Hospitals d'aguts	68	8 ICS 24 EPiC Generalitat Resta iniciativa municipal o privada
	Centres Salut Mental (Internament)	40	0 ICS 10 EPiC Generalitat Resta iniciativa municipal o privada
	Centres Sociosanitaris (Internament)	98	0 ICS 14 EPiC Generalitat Resta iniciativa municipal o privada
	Transport sanitari	Urgent	SEMSA + Iniciativa privada
		No urgent	Tot iniciativa privada
	Centres de diàlisi	20	Tot iniciativa privada
	Centres de rehabilitació	34	Tot iniciativa privada
Oficines de farmàcia	3.202	Tot iniciativa privada	

Determinats models de CPP com les concessions han estat objecte de dures crítiques des del terreny polític i ideològic i no ha contribuït al debat seré sobre les mateixes el fet de que hagin estat impulsats des de comunitats autònomes governades pel Partit Popular que han destacat per l'existència de casos de corrupció. Un exemple del plantejament crític contra aquest model concessional de finançament i gestió és l' "Informe Hospitales Modelo Hipoteca" que el grup parlamentari Podemos de la Comunitat de Madrid va enviar a la Fiscalia Anticorrupció el passat mes de juliol de 2018, en el que es demanava la nul·litat dels contractes i la depuració de responsabilitats comptables i penals pels indicis de prevaricació i malversació de fons públics.

Que **la sanitat és un servei d'interès general** ningú ho posa en dubte, ni els defensors ni els detractors de la CPP. El que ocorre és que el debat en l'àmbit del règim jurídic dels serveis sanitaris s'ha centrat en la seva organització i gestió més que en la seva qualitat o finançament.

Els poders públics han d'organitzar el sistema de salut i tutelar el dret a l'atenció sanitària amb les prestacions i els serveis necessaris però no han de ser necessàriament serveis de titularitat pública. L'aparador del dret administratiu des de sempre ha ofert diferents fórmules de gestió : directa, indirecta i compartida, i ha donat absoluta discrecionalitat a les administracions per escollir la millor en funció del servei. **No cal un sistema de gestió pública directa perquè no és només un servei públic el que es presta per funcionaris des de estructures administratives.**

Permanentment es confon la naturalesa del servei amb la forma de gestió amb la que es presta : **externalitzar no significa privatitzar**. Segons el Tribunal Constitucional el que defineix un servei públic és : **1)** en mans de qui queda la potestat de definir les prestacions de la cartera de serveis, **2)** qui és el garant de la qualitat dels serveis i dels drets dels ciutadans i **3)** el seu finançament. Conclou el TC que **L'externalització de la gestió dels serveis sanitaris per sí mateixa no desnatura la seva essència pública.**

Des de l'aprovació de la Llei General de Sanitat l'any 1986 el *leit motiv* de la incorporació de diferents tècniques d'organització, gestió i finançament ha estat cercar la **sostenibilitat dels sistema de salut**, amb dos objectius bàsics : **1)** efectuar inversions diferint el seu pagament sense recórrer a l'endeutament (les carències financeres s'han accentuat per l'exigència de compliment de la normativa europea d'estabilitat pressupostària) i **2)** donar cobertura a la insuficiència prestacional de l'administració.

La CPP no ha estat mai exempta de crítica social i política però d'ençà la crisi aquesta crítica s'ha reforçat, la proliferació de les anomenades "marees" i els plantejaments polítics d'alguns partits que busquen i troben justificació en determinades concepcions "tècniques" defensades des d'instàncies d'assessorament, fiscalització i control de l'administració pública, són expressió viva d'aquest posicionament polític i social contrari.

Un exemple de despropòsit en el debat públic-privat va ser el cas del nonat Consorci Sanitari de Lleida en el que es va vendre a la població que la integració de dos hospitals públics gestionats per dues empreses públiques, mitjançant un fórmula jurídico-pública (el consorci) per prestar un servei públic suposava la privatització de la sanitat pública a Lleida (!).

El nucli del debat ideològic sobre la CPP gira entorn de si és lícit guanyar diners amb l'atenció sanitària tenint en compte que l'objectiu de les empreses privades, incloses les *non profit*, és guanyar diners o al menys no perdre'ls. La resposta és afirmativa si el guany deriva de millores en la gestió i innovació i negativa si el guany va en detriment de les condicions dels professionals o de la qualitat dels serveis prestats a pacients i usuaris.

La valoració de les diverses fórmules de CPP s'hauria de plantejar en termes de cost per a l'administració, qualitat assistencial, satisfacció dels pacients i professionals, llistes d'espera i resultats en salut de la població atesa i **no rebutjar d'entrada la col·laboració per apriorismes ideològics.**

Avui en dia la CPP en el sector sanitari no gaudeix de bona salut, estem patint una acusada tendència a fomentar la gestió directa reforçant el sector públic, conjugada amb una tendència a potenciar l'anomenada col·laboració público-social amb entitats de l'economia social i sense afany de lucre, que no deixa de ser una vessant de la CPP.

La col·laboració amb entitats sense afany de lucre sense cap gènere de dubte suposa un enriquiment pel sistema de salut atesos els valors que aporten com són la solidaritat i la promoció de l'interès general. Però foragitar alhora del sistema a les entitats d'iniciativa mercantil pot suposar-ne un empobriment.

Manifestacions d'aquestes tendències han estat : **1)** les desprivatitzacions/publicacions impulsades pel Departament de Salut la passada legislatura, **2)** l'abús de la tècnica del mitjà propi, una conseqüència ha estat l'expulsió de les entitats privades dels consorcis, **3)** la voluntat política expressada de blindar la preferència de la concertació sanitària amb les empreses de l'anomenada economia social i les entitats sense afany de lucre i **4)** l'intent fallit de classificar en el sector institucional administracions públiques a efectes de la normativa europea comptable SEC 2010, a entitats privades com l'Orde de Sant Joan de Déu o la Fundació Althaia.

Conclusions :

1ª) Corren mals temps per a la CPP pel rebuig social i polític, emmascarat amb plantejaments tècnics i jurídics formulats des de determinades instàncies del *sottogoverno* que sempre s'ha malfiat d'aquestes fórmules de gestió i finançament que escapen del seu control i fiscalització directes.

2ª) La realitat és tossuda i no es pot concebre el futur del sistema sanitari públic català sense el que ha estat un dels pilars de la seva arquitectura : la Col·laboració Público-privada.

Barcelona, 19 de setembre de 2018.

Francesc José María Sánchez
Secretari del Cercle de Salut.