

“El sistema sanitari públic és el més racional i eficient”

Per què us vàreu interessar per la qüestió dels models sanitaris?

—Durant quinze anys he estat estudiant allò que nosaltres anomenem la PFI (Iniciativa Privada de Finançament, en les sigles en anglès), que és una política molt important en el sistema sanitari anglès. Inicialment va ser una política del govern conservador, però el govern laborista ho va mantenir. És una política molt complexa i amb efectes immediats i a llarg termini que s'han de tenir en compte.

—Parlem d'aquests efectes.

—El PFI provoca dos problemes: l'un és el del cost i l'altre, el de la inflexibilitat. El cost dels productes és entre un 2% i un 5% més car si es paguen al sistema privat que al públic. Això és degut a alguns defectes del mercat que són difícils d'evitar. Hi ha, per exemple, poca competència en el procés. En molts projectes només hi ha dues o tres empreses interessades. Són contractes llargs i molt complexos i calen molts assessors. Per tant, el procés d'obtenció és més costós que un projecte convencional. Aquest funciona amb l'agència pública, que paga un cànon al consorci per a l'ús del moble i els serveis associats. Aquests pagaments són fixos i més alts que els pagaments als hospitals que no es regeixen pel sistema PFI. Els gerents han de cercar els diners per al pagament i aquests pagaments són sostrets dels fons operatius i hi ha una competència entre la satisfacció de necessitats sanitàries. Llavors potser els gerents han de fer retallades de personal o en el nombre de llits per tal de pagar al consorci.

A Anglaterra, el sistema ha estat reestructurat com un mercat amb un sistema de pagaments per resultats en què s'abona un preu per cada procediment. Però els preus del mercat, que són fixos, no cobreixen el cost dels pagaments al consorci, perquè aquests arriben a multiplicar per dos el preu real. Per tant, hi ha una tensió entre la políti-

Sally Rouane és professora de la Universitat de Montfort, a Leicester (Gran Bretanya), i experta en sistemes de gestió sanitària. Fa poc, visità València convidada per l'Associació Ciutadana per a la Promoció i Defensa de la Salut Pública del País Valencià, on criticà la introducció de la iniciativa privada en la gestió dels hospitals.

ca de mercat, que abona només un preu per al cost de capital, i els pagaments al consorci, que poden ser el doble. Aquí és on veiem la inflexibilitat. Perquè els pagaments duren trenta anys o quaranta i en aquest temps poden succeir moltes coses.

Una altra política en vigor ara mateix a Anglaterra consisteix a transferir els serveis des de l'hospital cap a la comunitat, però el mercat requereix que l'hospital guanye el seu ingrés per fer els serveis dins de l'hospital. Aquesta política de transferir els serveis contraduïu les polítiques del PFI, que requereix aquests pagaments al consorci.

—Això no obstant, els partidaris d'aquest sistema, que és molt semblant al que es va implantant en alguns centres de salut del País Valencià

o de la comunitat de Madrid, diuen que ofereix beneficis per a l'administració. És allò que ells anomenen un *win-to-win*, tothom hi guanya.

—És un benefici per a les empreses, però no ho és per als hospitals, els pacients, els contribuents o els infermers. Aquest sistema desvirtua les prioritats de planificació dels hospitals, perquè els contractes tenen una duració de trenta o quaranta anys. Si hi ha un problema financer dins de la comunitat sanitària local, han de fer els pagaments al consorci i han de fer les retallades per altres parts del sistema. A Anglaterra, hi ha hospitals que han hagut de tancar, s'han hagut de llevar llits o eliminar serveis de la comunitat per tal de protegir el contracte i fer possible el flux de pagaments. Tots hi perdem, perquè és un sistema molt més costós.

A Anglaterra, el govern ha deixat aquests hospitals fora del balanç comptable per donar l'aparença que el deute públic és menor d'allò que realment és. És un deute addicional que no es comptabilitza i que un dia caldrà pagar.

—Els partidaris d'aquest sistema diuen que implica un estalvi perquè l'administració no ha de pagar per la construcció dels hospitals i, a més, en un termini d'uns vint anys, pot recuperar-lo per a la propietat pública.

—Però si mires els comptes, aquest sistema no és racional. A Anglaterra tenim una inversió de 13.000 milions en vuitanta hospitals gestionats amb el sistema PFI. Però tenim pagaments durant trenta anys o quaranta de 70.000 milions, 40.000 per l'ús de l'immoble i 30.000 pels serveis de suport. Paguem tres voltes per cada hospital. La gent pensa que és una manera d'obtenir finançament privat per donar suport al serveis públics, però en realitat no fa sinó transferir fons públics cap al sector privat.

—Segons les enquestes de la Generalitat Valenciana, els usuaris estan igual de satisfets amb el model de



PRATS I CAMPS

gestió privada que amb el sistema netament públic. Quin és el nivell de satisfacció en el cas del Regne Unit?

—No hi ha estudis sobre aquesta qüestió, però en els anys passats, amb el govern laborista, hi va haver una gran pujada en els fons per al servei sanitari. Cada any l'increment ha estat del 7% respecte a l'any anterior. Ara tenim una crisi financera i es fan retallades. Per tant, estem en una situació complicada, perquè hem de fer front a compromisos a llarg termini, però amb molts menys fons. Això afectarà molt més la gent. En un districte de Londres hi ha quatre hospitals que serveixen la població, tres dels quals tenen un projecte gran de PFI i és el quart hospital, sense PFI, el que tancarà perquè no hi ha diners. Aquests són els efectes indirectes del PFI. La gent veurà que hi ha retallades en els serveis a causa dels costos més grans de totes aquestes polítiques.

—Però si és tan mal negoci, per què els governs no fan res per tornar al sistema anterior o, si més no, replantejar-se això que hi ha ara?

—En el cas d'Anglaterra, durant els anys 90 feia 20 anys o 25 que no hi havia hagut inversió en hospitals nous.

Quan va entrar el govern laborista va voler fer un pla d'infraestructures, però també volia donar aparença de prudència fiscal. La PFI ofereix aquesta aparença, perquè amb les normes generals de comptabilitat va ser possible de comptabilitzar-ho fora de balanç.

—Quines conseqüències ha tingut el model PFI per als treballadors?

—Quasi tots els treballs dels serveis de suport, com ara menjador o neteja, foren transferits a les empreses privades. Molts treballadors han notat l'empitjorament de les condicions laborals perquè hi ha menys personal i això fa que tinguin massa càrrega de treball per a fer les coses adequadament.

—Quinze anys després d'inaugurada aquesta política, diríeu que la societat britànica és conscient dels problemes que ha originat?

—Crec que la majoria de la gent no entén la situació íntegrament, a causa de la complexitat d'aquesta política. Cal que la gent siga conscient que les retallades en les polítiques públiques sanitàries van relacionats amb el model PFI. La nostra obligació és demostrar davant l'opinió pública la connexió entre les retallades i la gestió privada.

—El Regne Unit va ser el primer país europeu a introduir la iniciativa privada en el servei públic, però després més països han anat incorporant models semblants. Diríeu que la sanitat pública perilla a Europa? Hi ha molts experts que asseguren que aquest sistema no és sostenible només amb fons públics.

—Crec que és racional mantenir el sistema públic perquè és possible prestar més bona atenció mèdica a menor cost. El sistema públic és el més racional i eficient. Però hi ha interessos que volen promocionar la idea d'un servei privat.

—En llocs com Catalunya consideren la possibilitat del copagament sanitari. Quina opinió us mereix aquest mecanisme?

—És una càrrega regressiva amb la qual no estic d'acord. El copagament redueix la capacitat redistribuïdora de l'estat del benestar. El sistema d'impostos i els fons col·lectius per als serveis públics fa possible de redistribuir entre els qui tenen més i els qui tenen menys. Aquest és un dels grans beneficis del sistema de benestar.

Violeta Tena