

Colin Leys. Profesor emérito de Estudios Políticos en la Universidad Queen's de Kingston, Canadá. Profesor honorario en el Centro de Políticas Internacionales de Salud Pública en la Universidad de Edimburgo (Escocia)

Cómo se privatiza el Servicio Nacional de Salud Británico*

Es bien sabido que el Servicio Nacional de Salud (NHS) británico, establecido en 1948, fue el primer servicio en el mundo con carácter global, universal y, por tanto, igualitario. En su segundo año de funcionamiento se prescribieron y se dispensaron 8,3 millones de pares de gafas a ocho millones de ciudadanos que no habían podido costearse algo tan básico para poder llevar una vida saludable y que había estado a disposición de la humanidad durante siglos. La asistencia sanitaria había sido un bien de consumo que sólo se podían permitir los ricos.

Durante sus primeros treinta años de existencia, el NHS se enfrentó de forma gradual a los problemas que inevitablemente había heredado de los días en que la asistencia sanitaria era un mero mercado, especialmente a la inadecuada distribución de los médicos y de otros recursos sanitarios entre las regiones más ricas y las más pobres del país. A la vez, se dedicó a modernizar las pautas de tratamiento y formar a los trabajadores conforme a los avances de la ciencia médica. Los problemas de posguerra de la economía británica entorpecieron en gran manera su evolución, en particular en lo que se refiere a un importante programa de edificación de hospitales que se inició en los años sesenta pero, en la práctica, se abandonó a comienzos de los setenta, cuando sólo se habían construido 40 de los 224 nuevos hospitales generales de distrito que se habían planeado. También se racionaron los recursos clínicos, en concreto para la cirugía electiva, haciendo que los enfermos tuviesen que esperar, a veces durante meses, para ser intervenidos.

Sin embargo, a finales de los setenta, el NHS había superado con éxito sus problemas principales y había conseguido

de verdad «la liberación del miedo» a la falta de salud que su fundador, Aneurin Bevan, había contemplado. La buena salud, en tanto en cuanto los conocimientos médicos pueden proporcionarla, acabó por aceptarse como un derecho político logrado. El NHS se convirtió enseguida en la institución más popular del Reino Unido y sigue siéndolo hasta la fecha.

La regresión al mercado de la sanidad

Ahora se está rompiendo el NHS y se está volviendo a establecer el mercado de la enfermedad. Se trata de un proceso mundial, sin diferencias esenciales con lo que está sucediendo a lo largo y a lo ancho de la Unión Europea y, sin duda, en todas partes. Este artículo esboza los pasos que se están dando en Inglaterra (a diferencia de Escocia y Gales, que no han ido tan lejos por el camino del mercado), las razones que subyacen a los mismos, los efectos consiguientes que están apareciendo y las probables consecuencias a largo plazo.

Los principales impulsores fueron y son la industria sanitaria mundial, sobre todo la de Estados Unidos, que es donde se ha desarrollado más, y sus aliados neoliberales en la política, de los que fue abanderada la Sra. Thatcher cuando accedió al poder en 1979. La industria sanitaria estadounidense, que se enfrentaba a una reducción de sus ganancias en su país, atisbó la posibilidad de obtener grandes beneficios, con poco riesgo, en países en los que los servicios sanitarios se financian con los impuestos generales. A su vez, los políticos y economistas neoliberales de todas partes adujeron que, gracias al estímulo de la competencia y a la motivación que supone la obtención de beneficios, los proveedores

privados prestarían los servicios públicos a un precio más barato y de forma más eficiente. Determinadas escuelas universitarias de gestión de negocios y administración pública santificaron estas ideas, bautizándolas con el nombre de «Nueva Gestión Pública» y transmitiéndolas a los gobiernos mediante consultores, asesores especiales y ejecutivos de negocios y un número creciente de políticos electos, entre ellos los del Partido Laborista, las hicieron suyas.

Dos aspectos determinantes del caso británico

En el caso británico ha habido dos factores de especial importancia. Por un lado, el principal arquitecto de la restauración del mercado no ha sido el Partido Conservador, sino el Partido Laborista que fue el que creó el NHS. Este hecho desarma seriamente a quienes están comprometidos en la defensa del NHS, en particular a los sindicatos, que fundaron el Partido Laborista y siguen aportándole la mayor parte de la financiación, que no han estado dispuestos, salvo algunas excepciones, a enfrentarse con fuerza a la privatización del NHS por parte del gobierno del «Nuevo Laborismo» del Sr. Blair.

Por otra parte, el éxito histórico del NHS ha dado lugar a que la industria sanitaria privada en Gran Bretaña haya tenido muy poco desarrollo, si se la compara con la de otros países de la Unión Europea (por no decir con la de Estados Unidos). El 86% del gasto sanitario en Gran Bretaña proviene de los impuestos, lo que es la proporción más alta de todos los países de la OCDE. La demanda principal de tratamientos en el ámbito privado fue consecuencia de los largos plazos de espera para recibir asistencia electiva

* Texto de la conferencia que pronunció en Madrid el 7 de febrero de 2007, en la jornada sobre «Gestión privada de los hospitales públicos», organizada por la Fundación de Estudios Sindicales de Comisiones Obreras y la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública. Traducción: Diego Reverte Cejudo.

en el NHS, como consecuencia de las restricciones económicas. Esta demanda limitada de atención privada, unida a los costes crecientes, hizo que, cuanto más, sólo alrededor de un 12% de la población tuviese un seguro privado, principalmente gracias a que los pagos en especie a los altos ejecutivos incluían seguros médicos privados para ellos y sus familias. En consecuencia, los hospitales privados no podían ofrecer a los clínicos empleos interesantes a tiempo completo y, en lugar de ello, la asistencia sanitaria privada la proporcionaban, principalmente, consultores del NHS que trabajaban con jornada parcial, fuera de sus horas de dedicación al NHS, en hospitales privados (o en unidades privadas dentro de algunos hospitales del NHS).

Estos dos hechos, que sea el Partido Laborista y no el Conservador el que está privatizando el NHS y que, para hacerlo, tenga primero que fomentar la creación de una industria sanitaria privada local viable, son claves para comprender las características diferenciales del camino británico de regreso al mercado sanitario.

El problema de la debilidad de la industria sanitaria privada

Un problema un tanto paradójico se derivó del hecho de que el gobierno de Blair hubiese prometido un aumento del gasto en el NHS hasta llegar al porcentaje medio de la Unión Europea sobre el PIB, lo que sigue siendo la principal baza electoral del partido. A partir del año 2000 empezó a cumplir esta promesa, lo que conllevaba un masivo incremento en los ingresos anuales del NHS, de un 30% en términos reales en 2008. La nueva financiación se acompañaba también de una serie de iniciativas políticas para mejorar las tasas de supervivencia de cáncer y de otras enfermedades determinadas y para reducir las listas de espera para los tratamientos. Estas dos iniciativas, unidas a la nueva financiación, han producido un impacto en concreto en los plazos de espera; pero el descenso en los mismos ha reducido lo que era el principal incentivo para contratar seguros médicos privados, es decir, para «poder saltarse las colas» para las intervenciones electivas. A consecuencia de esto, la industria sanitaria privada se vio amenazada con ir a me-

nos en lugar de crecer. Tan sólo para que sobreviviera, sin que ni siquiera se expandiera, hubo que darle trabajo financiado por el NHS.

Pero había un problema adicional. Como no había un mercado masivo al que abastecer, sino que el sector privado se había orientado hacia la prestación de un servicio de una calidad del más alto nivel, con tratamientos aplicados por consultores del NHS, a una minoría privilegiada, los proveedores privados de atención sanitaria del Reino Unido tenían unos costes muy elevados. Los precios por tarifa que cobraban al NHS por tratar a sus enfermos, cuando las reducciones locales de su capacidad obligaban a los gerentes del mismo a remitir enfermos a los hospitales privados de los alrededores, eran alrededor de un 40% más altos que los del NHS. No estaban equipados para llevar a cabo el trabajo del NHS a precios que se aproximaran a los más habituales dentro del mismo. Para superar este escollo, el Gobierno necesitó encontrar mecanismos para que el sector privado propiamente británico se reestructurase para hacerse cargo de una demanda a gran escala.

Pero lo anterior no estuvo claro hasta el año 2000, cuando el gobierno de Blair acabó comprometiéndose a invitar a los proveedores privados a que trataran enfermos «dentro del NHS», es decir, pagados con fondos del NHS, algo que siempre había dicho que no haría jamás, salvo para resolver excesos temporales de demanda.

La transición para volver a un mercado sanitario

Antes de que llegara el actual momento, se han dedicado veinte años a poner a punto la infraestructura básica de un mercado reactivado (**Cuadro 1**). Primero,

con el gobierno de la Sra. Thatcher, en los años ochenta, los servicios no clínicos de los hospitales (limpieza, cocina, celadores, etc.) se externalizaron al sector privado y la gestión de los hospitales pasó de estar en manos de médicos hospitalarios veteranos a las manos de gerentes no médicos. A continuación, al comienzo de los años noventa, se fragmentó el NHS en más de 300 «pseudoempresas»*. Cada uno de los hospitales, las ambulancias, los centros de salud mental, etc., pasaron a ser entidades semiindependientes, organizadas por líneas de negocio que «vendían» sus servicios a los «compradores» del NHS, lo que venía a ser el llamado «mercado interno». Las «ventas» no eran contratos de carácter legal, pero eran similares a contratos, en el sentido de que se cuantificaban sus contenidos, por ejemplo, hacer un número determinado de intervenciones en un periodo de tiempo preestablecido, y había que supervisar su cumplimiento y rendir cuentas del mismo. Al mismo tiempo, todos los activos de capital de cada una de estas entidades tenían que pagar a Hacienda un «impuesto sobre el capital» anual equivalente a un 6% (más tarde reducido a un 3,5%) de sus respectivos valores, que debía pagarse de sus presupuestos para funcionar. Ahora, los gestores de estas entidades tienen en realidad que pensar como hombres de negocios y, cada vez más, provienen del mundo de la empresa privada.

A continuación, ya con el gobierno del «Nuevo Laborismo», elegido en 1997, vinieron las Iniciativas de Financiación Privada (PFI), que encontraron su campo de aplicación más importante en los hospitales del NHS. Desde ese momento, prácticamente todos los hospitales nuevos se han construido, o los ya existentes se han reconstruido, por consorcios privados que obtienen fondos en los

Cuadro 1. Seis pasos clave para volver al mercado sanitario

- 1) Se fragmenta el NHS en 300 «casi compañías» («Trusts del NHS») que «venden» sus servicios a los «compradores» del NHS.
- 2) Los edificios del NHS pasan a ser propiedad privada.
- 3) Los «Trusts del NHS» pasan a ser «Trusts de fundaciones», independientes, con posibilidad de hacer «operaciones conjuntas» con empresas privadas.
- 4) Sustitución de la financiación por el pago por cada tratamiento («pago por resultados»), con «elección de hospital» por parte del enfermo.

Todo ello conduce a:

- 5) Prestación de la atención especializada por empresas privadas.
- 6) Transferencia de la atención primaria a empresas privadas.

* He decidido usar este neologismo en español, al no encontrar ninguna palabra exacta para traducir la polisemántica inglesa «trust» (N. del T.).

El NHS se convirtió enseguida en la institución más popular del Reino Unido y sigue siéndolo hasta la fecha

mercados financieros privados y alquilan los nuevos edificios a las «seudoempresas» del NHS, incluyendo en el precio del alquiler todos los servicios no clínicos necesarios («servicios de apoyo»). Los contratos son, por lo general, de treinta años (que pronto se van a alargar a otros treinta). En lugar de pagar un impuesto anual sobre el capital a Hacienda, un hospital de una de estas entidades con PFI paga al consorcio privado una suma anual, de la cual alrededor de un 40% representa el pago del mantenimiento del edificio y de otros servicios y alrededor de un 60% cubre el pago de intereses y la amortización del capital.

Posteriormente, y de una forma un poco diferente, las PFI se ampliaron para proporcionar edificios para servicios de atención primaria y comunitaria, con un sistema que se llama «Entidades financieras de mejora local» (LIFT). Tanto las PFI como las LIFT han permitido que la industria local de seguros médicos y los bancos se coloquen en posiciones estratégicas para plantar cara al Ministerio de Sanidad, a las «seudoempresas» hospitalarias y a las de atención primaria y comunitaria que les alquilan los edificios que poseen.

Esta es la situación a la que se llegó en el año 2000, momento en el que, aunque nunca se anunció como tal, se tomó la decisión de ir totalmente hacia un mercado de atención sanitaria completo, ya no sólo «interno», aunque todavía financiado predominantemente de los ingresos por impuestos. En 2003, imitando el modelo de España, se indicó a las «seudoempresas» hospitalarias que tenían que planear convertirse en «seudoempresas de fundaciones», con mucha más libertad para funcionar como meros negocios, de forma independiente del gobierno. Estas nuevas entidades carecen de ánimo de lucro, pero ya no tienen que rendir cuentas ante el Parlamento y sólo responden ante un regulador independiente que se llama «Monitor». El monitor regula y autoriza a las mismas usando meros criterios económicos. Con este modelo, las necesidades de los pacientes tienen que satisfacerse mediante la ley de la oferta y la demanda, no mediante

la planificación sanitaria pública. En 2005 se anunció que todas las entidades que ya funcionaban como «seudoempresas» tienen que ser fundaciones en 2008. El sentir general dentro del NHS es ahora que a las entidades que no sean capaces de satisfacer al monitor, en el sentido de que sean económicamente susceptibles de esta conversión en fundaciones, se les exigirá que se integren en otras que sí reúnan los criterios del monitor.

Se necesitaban, sin embargo, otros dos pasos para hacer que este sistema funcionase como un mercado real: a los hospitales debe de pagárseles según el número de tratamientos completos que proporcionan (es lo que se conoce como «pago por resultados») y a los pacientes que requieran un tratamiento electivo se les tiene que ofertar la posibilidad de optar entre diversos hospitales (lo que se conoce como «opción de los pacientes»). De ahora en adelante, los hospitales que logren atraer enfermos prosperarán, mientras que otros vendrán a menos o incluso tendrán que cerrarse; también se ha establecido en la norma que la oferta que se haga a los enfermos debe incluir, al menos, un hospital privado.

Parece que la apuesta actual es hacia la absoluta competencia de mercado entre el NHS y los proveedores privados. Sin embargo, la competencia sólo va a tener lugar en términos de calidad. El precio que se podrá cobrar por cualquier intervención o tratamiento se fijará de forma centralizada, conforme a una «tarifa nacional», basada, en teoría, en el coste promedio de cada intervención en los hospitales del NHS de todo el país. Pero la pregunta que surgió fue: ¿Dónde estaban los

proveedores privados dispuestos a competir con los hospitales del NHS a su mismo precio?

Como ya lo hemos señalado, la respuesta es que todavía no los hay. Realmente no había nada en el sector sanitario privado que pudiera competir con los hospitales generales de distrito del NHS, distribuidos por todo el país y que prestan todo tipo de asistencia, desde la de los accidentes y las urgencias hasta la de numerosas especialidades y desde los servicios técnicos hasta los cuidados intensivos y están vinculados a otros centros que ofrecen una atención de nivel terciario muy especializada y una amplia variedad de servicios fundamentales del NHS. Mientras tanto, los hospitales privados que existen, en su mayoría ofrecen un limitado abanico de especialidades, dependen de los facultativos de los hospitales del NHS, que trabajan en sus horas libres, y no son capaces de proporcionar ni siquiera los servicios de rutina con un nivel de eficiencia que les permitiera no tener pérdidas ni ganancias, por no hablar de obtener beneficios, a los precios de la «tarifa nacional» del NHS.

La privatización de la atención clínica del NHS

Por lo tanto, el gobierno empezó a tratar de encontrar mecanismos por los que se pudiera dar entrada a nuevos proveedores de servicios para el NHS si parecían capaces de prestar un tipo de asistencia que pudiese presentarse como una «capacidad adicional», al ofertar algo que el propio NHS no pudiera ofertar, o como una oferta de «métodos innovadores» y

Cuadro 2. La privatización de la asistencia especializada desde 2003 en adelante

- Se obliga a los «compradores» del NHS a que «compre» cada vez más cirugía de rutina -hasta un 15% en 2010- a los hospitales privados que dependen, casi por completo, de los cirujanos del NHS que trabajan fuera de sus horas de jornada.
- Se invita a nuevos proveedores privados a que pongan en marcha 40 Centros de Tratamiento del Sector Independiente (ISTC), para prótesis de cadera y rodilla, operaciones de cataratas y pruebas diagnósticas.

Cuadro 3. La entrada de empresas privadas en la atención primaria

- Las empresas sanitarias se están haciendo cargo de un número cada vez mayor de centros de atención primaria.
- La asistencia nocturna y de los fines de semana ya no la prestan en su mayoría los médicos generales independientes sino, en parte, cooperativas de médicos generales y, cada vez más, empresas proveedoras.
- Los servicios de salud comunitaria (visitas prenatales y neonatales, servicios de salud mental, etc.) se están convirtiendo en «empresas sociales», susceptibles de ser reemplazadas por compañías privadas.

con «la eficiencia» que se supone que produce la competencia destinada a la obtención de beneficios. El resultado de esto fueron las medidas que se describen en los Cuadros 2 y 3.

A nivel de atención especializada u hospitalaria, se indicó a los compradores de servicios del NHS que tenían que reservar hasta un 15% de sus presupuestos para gastarlo en pagar a los proveedores privados de intervenciones quirúrgicas rutinarias, no solamente en los momentos en que hubiese exceso de demanda, como en el pasado, sino como una práctica habitual normal. Aún más, este dinero tenía que considerarse como blindado, es decir, que no podía emplearse en ninguna otra cosa. Al mismo tiempo, se ofrecieron a los proveedores privados unas condiciones muy especiales para que pusieran en marcha centros de tratamiento especializados (los llamados Centros de Tratamiento del Sector Independiente o, con su sigla en inglés, ISTC) para intervenciones ortopédicas (principalmente prótesis de cadera y de rodilla) o de cataratas de rutina y para algunas pruebas diagnósticas, que comentaré más adelante.

En el campo de la atención primaria, el gobierno ha encontrado (y, en algunos casos, ha hecho hincapié en ello) «compradores» locales del NHS para que hicieran contratos con empresas privadas para que asumieran un número cada vez mayor de consultas de Medicina General. Por otra parte, los servicios de Medicina General de fuera del horario habitual (noches y fines de semana) ya no los prestan los médicos generales sino una multitud de organizaciones, en las que se

incluyen cooperativas formadas por grupos de médicos generales y también un número cada vez mayor de empresas privadas que emplean a médicos asalariados (algunos procedentes de otros países de la Unión Europea).

Se está apremiando a los trabajadores de los servicios de salud comunitaria, que se ocupan de las consultas prenatales y neonatales, visitan a domicilio a las nuevas madres y a los ancianos delicados, proporcionan logoterapia, etc., y que representan un total de unos 350.000 en todo el Reino Unido, a que pongan en marcha «empresas sociales», sin ánimo de lucro, que más adelante harán contratos con los «compradores» para llevar a cabo el mismo trabajo que ahora hacen de manera directa como empleados del NHS. En su momento, estas pequeñas «empresas sociales» de nueva formación claramente tendrán que competir con empresas sanitarias privadas para obtener estos contratos y no hay que hacer mucho esfuerzo para darse cuenta de que van a ser fáciles objetivos para su sustitución por esas empresas. En lugar de trabajar para el NHS, con su ética de servicio público, muchos o quizá la mayoría de estos mismos trabajadores de salud comunitaria van a acabar trabajando para compañías privadas cuya meta es la obtención de beneficios.

La desestabilización del NHS

A la vista del enorme tamaño del NHS, con sus 1,4 millones de trabajadores, de los cuales quizá un millón siguen estando todavía directamente empleados por

En el año 2000, el gobierno de Blair acabó comprometiéndose a invitar a los proveedores privados a que trataran enfermos «dentro del NHS»

el mismo, y de su gran infraestructura, podría pensarse que estas mermas en sus funciones, aunque amenazadoras en principio, no representarían un impacto importante en la práctica. Esto sería un serio error. La puesta en marcha de forma dinámica de estas «reformas», en su conjunto, es desestabilizadora para el NHS, tanto desde el punto de vista financiero como del psicológico. Con cada recorte en sus servicios y cada reorganización de orientación económica, el NHS se debilita más, los ciudadanos se convencerán más fácilmente de que no va a poder hacerse cargo de sus funciones y se brindan al sector privado más oportunidades de invadirlo cada vez más.

En 2005 y 2006, el cuento que venían contando los grandes medios de comunicación en sus portadas, semana tras semana, era que el NHS tenía «déficit» insolubles. A pesar de todas las nuevas cantidades de dinero público que se venían gastando en él, el NHS no se podía administrar y era «imposible de costearse». En realidad, los déficit totales acumulados por las «seudoempresas» del NHS no superaban el 1 por ciento de sus presupuestos anuales, cantidad que para una empresa importante sólo representaría un problema a corto plazo de tipo rutinario. Pero a todas estas entidades se les dijo de repente que tenían que saldar sus déficit en marzo de 2007 (fecha final del año financiero en el Reino Unido). Se suprimieron de golpe la seguridad y la flexibilidad que eran posibles en el seno de un NHS integrado. Se está despidiendo a miles de trabajadores del NHS y se están cerrando servicios en todo el país. Los médicos recién formados tienen dificultades para encontrar empleos. La desmoralización aparece por todas partes.

La historia de cómo el mercado dio lugar a los déficit es compleja. En ella jugaron un papel decisivo las políticas gubernamentales, a veces inconscientemente, otras no. Aquí sólo hay espacio para describir dos de los factores más significativos y llamativos.

Tabla 1. Cambios en el número de camas en las «seudoempresas» (trusts) del NHS con la puesta en marcha de las PFI. Los valores son las medias de los números de camas disponibles cada día (todas las especialidades)

SEUDOEMPRESA (TRUST)	1995-96	1996-97	PROYECTADAS
Bromley Hospitals	610	625	507
Calderdale Healthcare	797	772	553
Dartford & Gravesham	524	506	400
North Durham Acute Hospitals	665	597	454
Norfolk & Norwich	1.120	1.008	809
South Manchester	1.342	1.238	736
Worcester Royal Infirmary	697	699	390
South Buckinghamshire	745	732	535
Hereford Hospitals	397	384	250
Carlisle	506	507	465
Greenwich	660	566	484
Total	8,063	7.634	5.583
Porcentaje de cambio de 1995 a 1996		(-5,2)	(-30,8)

Con las privatizaciones, las necesidades de los pacientes tienen que satisfacerse mediante la ley de la oferta y la demanda, no mediante la planificación sanitaria pública

Las Iniciativas de Financiación Privada o PFI

El primer factor lo constituyen las PFI. Como los consorcios privados que construyeron los nuevos hospitales no podían endeudarse a unos intereses tan bajos como el gobierno y sus accionistas exigían beneficios, los hospitales construidos mediante PFI resultan más caros que los que se pagan de forma tradicional; sin embargo, las «seudoempresas» gestoras de estos hospitales no reciben financiación adicional para cubrir este concepto. Por el contrario, la suma anual que hay que abonar al consorcio al que se está alquilando el nuevo hospital tiene que detraerse del presupuesto destinado a la asistencia clínica del hospital. Teniendo esto en cuenta, las «seudoempresas» proyectaron que los nuevos centros tuvieran un tamaño considerablemente menor que los viejos edificios a los que reemplazaban; en el caso de los hospitales que se enumeran en la **Tabla 1**, se redujo el número de camas en un 30%. En concreto en la Royal Infirmery de Edimburgo, la construcción de un nuevo hospital mediante una PFI supuso una reducción de la plantilla del 18%, a lo que se sumó una reducción del nivel profesional y de formación de los que quedaron (**Tablas 2 y 3**)

Aun así, la proporción de los ingresos anuales de los nuevos hospitales de PFI que hay que destinar a pagar los costes del capital ha aumentado de forma brusca. En otra serie de hospitales de PFI de la «primera etapa», esta proporción aumentó desde un 5,3%, por término medio, a un 15,8% (**Tabla 4**). A pesar de la programada reducción de tamaño, alrededor de la mitad de las «seudoempresas» con hospitales edificados con este sistema han tenido problemas para costear los gastos cuando el nuevo hospital empezó a funcionar, lo que condujo a aplicar aún mayores recortes. Por ejemplo, en 2005 se comprobó que el Queen Elisa-

Tabla 2. Proyecciones de las plantillas de la Edinburgh Royal Infirmery en febrero de 1997 E.J.C.
= Empleos a jornada completa (p. ej., dos de media jornada se computan como 1)

	1996 E.J.C.	1996 PRESUPUESTO PARA PLANTILLAS (£M)	E.J.C. PROYECTADO	PRESUPUESTO PARA PLANTILLAS PROYECTADO (£M)
Médicos	544	28,0	499	25,0
Enfermeras	2.144	40,0	1.844	29,0
Apoyo clínico	899	16,5	886	15,0
Administrativos	802	12,0	556	8,0
Auxiliar	502	N/A	312	N/A
Total	4.892	96,5	4.000	77,0

Tabla 3. Edinburgh Royal Infirmery. Proporciones de enfermeras y auxiliares de enfermería en 1996-97 y con la puesta en marcha del PFI

	% DE ENFERMERAS SOBRE PLANTILLA DE ENFERMERÍA 1996-97	% DE ENFERMERAS SOBRE PLANTILLA DE ENFERMERÍA CON PFI
Edinburgh Royal Infirmery	79%	70%

Tabla 4. Implicaciones en los ingresos anuales de los costes del capital en 19 hospitales de PFI antes y después de que funcionara ese sistema

TRUST DEL NHS	ANTES DEL PFI, CARGAS POR EL CAPITAL, COMO % DE LOS INGRESOS, 1998-99	DESPUÉS DEL PFI, CARGAS POR EL CAPITAL + CUOTA DE DISPONIBILIDAD, COMO % DE INGRESOS PROYECTADOS EN EL PRIMER AÑO
Dartford & Gravesham	6,7	32,7
Swindon & Marlborough	3,8	16,4
Greenwich Healthcare	2,1	16,2
West Middlesex University Hospital	9,3	15,5
Carlisle Hospitals	4,0	14,7
Hereford Hospitals	3,8	14,6
South Tees Acute	5,6	13,2
Calderdale Healthcare	3,4	13,1
The Dudley Group of Hospitals	8,3	12,8
University College London Hospitals	6,2	12,5
Worcester Royal Infirmery	5,3	12,4

beth Hospital de Woolwich, al este de Londres, tenía un déficit de 27 millones de libras (38 millones de euros) al año y la mitad del mismo era consecuencia del coste adicional derivado de tener un hospital proporcionado por un sistema de PFI. Por otra parte, con el pago por resultados, los hospitales del NHS no pueden ya estar seguros de los ingresos que van a tener el año siguiente, lo que los desestabiliza aún más. Los servicios menos rentables se reducen para restringir los costes, sin tener en cuenta las necesidades de los pacientes. Los trabajadores están desmoralizados y los servicios respectivos están desorganizados.

Centros de Tratamiento del Sector Independiente

Los Centros de Tratamiento del Sector Independiente (ISTC) ya mencionados, nos proporcionan un segundo ejemplo de hasta qué punto las incursiones, aunque sean limitadas, por parte del sector privado en el, ya de antemano fragmentado, NHS conducen a una desestabilización todavía mayor. La idea que subyace para la creación de estos centros, de los que ya se habían puesto en marcha 21 a finales de 2006 y había otros 17 proyectados, está clara: invitar a nuevos aspirantes extranjeros a que accedan al mercado británico para picotear, con

Cuadro 4. Centros de Tratamiento del Sector Independiente (ISTC)

- Contratos de cinco años.
- Ingresos totales garantizados, independientemente del número total de tratamientos aplicados (es decir, no hay riesgo de «falta de demanda»).
- Tarifas por tratamiento un 11% superiores a los precios «equivalentes» del NHS.
- Las complicaciones se tratan en los hospitales del NHS.
- Los riesgos por demandas judiciales los asume el NHS.

Cuadro 5. Porcentaje estimado del presupuesto del NHS que se gasta en administración

- Mediados de los años 70 5-6%
- Mediados de los años 90 (Con mercado interno) 11-12%
(Estimaciones de Charles Webster, historiador oficial del NHS)
- 2007 (Con PFI, trusts de Fundaciones, elección por el paciente y «Pago por resultados»). ¿20%?

unas condiciones muy favorables, operaciones rutinarias, bien normalizadas, de poco riesgo del NHS, obligaría a los caros proveedores británicos de atención sanitaria a poner en práctica un modelo «industrial» de tratamiento, más eficiente, capaz de competir con ellos para quedarse con este lucrativo negocio. Las compañías originarias que consiguieron la mayor parte de los contratos de ISTC fueron extranjeras (principalmente estadounidenses, suecas y sudfricanas).

Las condiciones de los contratos a cinco años son extraordinariamente generosas (**Cuadro 4**). Se paga a las compañías por un número fijo de potenciales enfermos, sin tener en cuenta cuántos de ellos va a ser preciso tratar o, dicho en otros términos, las empresas no se enfrentan al «riesgo de demanda» (mejor de «ausencia de demanda»), también son libres de negarse a tratar a pacientes a quienes consideran que presentan un riesgo más alto, tales como los diabéticos o los cardiopatas. Aún más, todas las complicaciones postoperatorias se atienden en los hospitales del NHS y cualquier demanda judicial por parte de enfermos que hayan padecido efectos adversos la cubre el Departamento de Reclamaciones del NHS. Aun así, la suma por tratamiento que se paga a los ISTC es significativamente mayor que la que se paga a los centros similares propios del NHS.

Estas condiciones contractuales tienen al menos el mérito de que descubren las intenciones reales del gobierno, es

decir, asegurarse que se establezcan nuevos proveedores privados en el Reino Unido, pues ninguna de las razones oficiales para poner en práctica el programa de los ISTC parecía convincente, como hizo saber el Comité de Sanidad de la Cámara de los Comunes en un informe sobre estos ISTC en julio de 2006. Al principio, el gobierno dijo que el objetivo era aportar «capacidad adicional» al NHS, pero pronto quedó claro que no había un grupo de clínicos adecuadamente formados en todas partes que estuviesen esperando a que les ofreciesen trabajo y, tras un cierto número de errores difundidos ampliamente, cometidos por cirujanos menos preparados, traídos tras cortas visitas al extranjero, el gobierno abandonó la norma de que los ISTC no podían emplear a trabajadores del NHS. Entonces, el gobierno adujo que los nuevos centros privados iban a ser más innovadores y más eficientes. Pero el Comité de Sanidad de la Cámara de los Comunes entrevistó a representantes de los ISTC y no encontró base científica alguna de que hubiesen introducido ninguna innovación que no hubiera sido adoptada ya por los hospitales y centros de tratamiento del NHS. En lo que respecta a la eficiencia, a pesar de todas sus ventajas en términos de selección de riesgos, ninguno de los ISTC ha llevado a cabo todavía el número de tratamientos que se habían contratado con él. Se dijo en ese momento que los nuevos centros permitían ofrecer a los pacientes la libre elección. Pero se habían abierto, en algunos casos, en franca

Persistirá un nivel residual «básico» de prestación gratuita por parte del NHS, una gran parte de la cual la llevarán a cabo compañías privadas

competencia con los centros de tratamientos propios del NHS, algunos de los cuales incluso tuvieron que cerrar porque no había suficientes enfermos para ambos y porque los contratos de los ISTC, una vez que se hacían, no había más remedio que pagarlos. Cuando se les daba a los enfermos la opción de ir a estos centros, la rechazaban. A algunos equipos de médicos generales se les ofrecieron premios en dinero por el número de enfermos a los que lograban persuadir para que aceptasen que les tratasen en un ISTC. Es imposible saber si esta reticencia de los enfermos está justificada, puesto que la agencia para la calidad y las normas del gobierno para la sanidad (the National Centre for Health Outcomes Development) observó que los informes relativos a los logros conseguidos que guardaban los nuevos centros eran de una calidad demasiado baja como para permitir que se llevase a cabo una evaluación.

Mientras tanto, sin embargo, un total de 6.300 millones de libras (8.850 millones de euros) se han «bloqueado», y sacado del presupuesto del NHS, para gastarlos en cinco años en los ISTC y en sus «primos» más jóvenes de la segunda etapa, los Centros de Evaluación Clínica, Tratamiento y Apoyo, o CATS. Este dinero no proviene de nuevas financiaciones, sino que ha de salir del presupuesto del que se dispone para pagar a las «seudoempresas» de los hospitales del NHS. Por otra parte, los hospitales del NHS tienen que tratar ahora no sólo a los enfermos que los ISTC se niegan a tratar por su complejidad, junto con los que se niegan a que los traten en estos centros, más los que tienen complicaciones tras sus tratamientos en los ISTC. El dinero para pagar todo eso hay que encontrarlo mediante más recortes de los servicios en otros centros.

El verdadero motivo del gobierno para poner en marcha el programa de Centros de Tratamiento del Sector Independiente (ISTC) se fue conociendo de forma gradual cuando se insistió en que ha-

A menos que la opinión pública se movilice de forma efectiva, la buena sanidad será, de nuevo, una prerrogativa de los más acomodados

bía habido una brusca caída de los precios que venían ofertando los hospitales privados previamente establecidos, al reestructurarse los mismos para enfrentarse a la nueva competencia de los ISTC.

Los costes del mercado

Las PFI y los ISTC son sólo dos de los muchos factores que impulsan la desintegración del NHS y aquí no tenemos suficiente espacio para describir todos ellos. Pero vale la pena mencionar un factor general: los costes que implica el hacer funcionar un mercado. El gobierno nunca alude a ellos, pero son muy significativos. Como se muestra en el **Cuadro 5**, los costes administrativos del NHS se han incrementado de forma dramática. Ahora no disponemos de datos para confirmar este aserto, pero parece razonable asumir que los «costes de transacción», es decir, los de elaborar y vigilar los contratos, de registrar, facturar y llevar una contabilidad de cada una de las exploraciones o intervenciones que están sujetas al sistema de «pago por resultados», los de discutir los contratos, de evitar (o no lograr evitar) el fraude, los de la comercialización y la propaganda, los de la regulación del mercado, etc., están haciendo que los gastos administrativos del NHS se hayan disparado hacia los niveles que se dan en los hospitales públicos de Estados Unidos, que son los más bajos registrados en el sistema de mercado de ese país, alrededor del 23%.

Es naturalmente posible, por supuesto, que los costes administrativos del NHS se hubieran elevado, en alguna cuantía, por otras razones, incluso si éste hubiera seguido siendo un servicio integrado sin mercado. Pero es difícil resistirse a llegar a la conclusión de que una parte importante del presupuesto del NHS (que llegará a ser de casi 100.000 ó 150.000 millones de libras [de 140.000 a 210.000 millones de euros aproximadamente] en 2008) se va a gastar en hacerlo funcionar en el contexto del mercado.

Todavía está por ver qué tipo de efi-

ciencia promete aportar exactamente el mercado a cambio de estos gastos; mientras tanto, las «seudoempresas» del NHS tienen que cargar con unos gastos extras de dinero del que, de otro modo, se habría dispuesto para emplearlo en los servicios clínicos. Todo ello está impulsando a que se lleven a cabo unos esfuerzos, de efectos cada vez más deletéreos, de «contención de costes», o sea, de recortar más los servicios. De hecho, está previsto cerrar cincuenta hospitales del NHS en unos pocos años. Otra respuesta por parte de las «seudoempresas» que se esfuerzan para amortizar sus deudas es sencillamente renunciar a prestar determinados tratamientos, suprimiéndolos realmente de la cobertura que debía ofrecer el NHS, e introducir copagos o tasas para otros. Por ejemplo, el Hospital Queen Charlotte en Chelsea, Londres, ofrece a las futuras madres la opción de que sean atendidas por la misma comadrona a lo largo de todo el parto (que es lo que recomienda la normativa del NHS) a un precio de 4.000 libras (unos 5.600 euros) y el gobierno lo ha autorizado hasta la fecha. La política gubernamental también incluye la transferencia de muchos servicios desde los hospitales a la atención primaria, en la que los prestarán, cada vez más, compañías privadas.

El futuro

Una sola cosa parece segura si miramos adelante: este proceso no tiene punto final. El poder político del sector privado ha aumentado de forma paralela a como lo ha hecho su creciente participación en el presupuesto del NHS. Se ha aupado a puestos importantes dentro del Ministerio de Sanidad a los ejecutivos de este sector y los altos funcionarios del Ministerio han pasado a ocupar los altos puestos de la industria de la sanidad privada. El principal partido de la oposición, los conservadores, sienten, si cabe, aún más simpatía por el sector privado que los laboristas. A cualquiera que lea la prestigiosa publicación anual de Laing y Buisson, el *Health Care Market Review* (*Revista del mercado sanitario*), no le quedará ninguna duda de que, hoy en día, la industria sanitaria tiene absoluta confianza en que el tamaño del trozo de la actividad del NHS del que puede adueñarse no tiene límite alguno.

Esto no quiere decir que el NHS vaya a desaparecer. Seguirá recibiendo financiación pública en una cuantía de un 8 a un 9% del PIB. Persistirá un nivel residual «básico» de prestación gratuita por parte del NHS, una gran parte de la cual la llevarán a cabo compañías privadas. Pero el interés primordial de todos los proveedores, incluidas las «seudoempresas» del NHS, será económico, no médico. La sanidad se considerará de nuevo un bien de consumo, la famosa ley de la «Atención Inversa» de Julian Tudor Hart, que dice que la cantidad de atención a la que se tiene acceso es inversamente proporcional a la que se necesita, se aplicará de nuevo. Conforme vayan reduciéndose las cuantías abonadas por los contratos de las «seudoempresas» del NHS y la calidad de los servicios, renacerá el interés por los tratamientos privados y se establecerán nuevas fórmulas para obtener tratamientos «mejorados», pagando por ellos tanto dentro como fuera del NHS. A menos que la opinión pública se movilice de forma efectiva contra esto, la buena sanidad será, de nuevo, una prerrogativa de los más acomodados.

La lucha en el Reino Unido está dificultada por el hecho de que es el antaño progresista Partido Laborista el que está restaurando ahora el mercado. No obstante, una cierta lucha está teniendo lugar y la opinión pública se está dando cuenta, poco a poco, del peligro. En todo el país se están llevando a cabo protestas locales y acciones contra los cierres de servicios. Todos estos esfuerzos están unidos entre sí por una campaña nacional, llamada «Keep our NHS Public» («Mantengamos nuestro NHS público»), que organiza conferencias, reuniones y marchas. También se dispone de un excelente resumen de las noticias en la página web: <keepournhspublic.com>.

Agradecimientos

Quiero expresar mi agradecimiento a la profesora Allyson Pollock, del Centro Internacional de Políticas de Salud Pública de la Universidad de Edimburgo, por los datos sobre los hospitales de las PFI y a Stewart Player, del mismo centro, por su información sobre los Centros de Tratamiento del Sector Independiente (ISTC). ■