



Hospitales privados en Europa: **El Apoyo de los sistemas de salud sostenibles**

Un informe de Hans Martens

Edición 2017

Índice

Prólogo	3
Resumen ejecutivo	5
Introducción	6
1. La lucha por la sostenibilidad	10
2. La perspectiva del paciente	24
3. La perspectiva del Sistema de Salud	30
4. La sociedad y la macroeconomía	36
5. La dimensión de la política pública	44
6. Conclusiones	50
7. Posición UEHP	54
Anexo: Información estadística	58
Bibliografía	68

Prólogo

Por Paul Garassus, Presidente de la UEHP



La UEHP ha dado carta blanca a Hans Martens, experto europeo en salud, para reflexionar sobre el papel de los hospitales privados en plena evolución de la Europa de los 28.

Nuestro reto es llevar a cabo la modernización de la prestación de servicios de salud, incluyendo la innovación y las inversiones necesarias, al mismo tiempo que se respetan las estrictas restricciones presupuestarias de los sistemas de salud de cada Estado miembro. La crisis económica de 2007 afectó profundamente la regulación económica en salud, llegando a cuestionar la sostenibilidad de la misma en algunos países.

Nuestras acciones se centran en la calidad de los servicios sanitarios pertinentes y oportunos para todos los ciudadanos europeos. El sector privado reivindica su lugar en un entorno de mayor competencia, promoviendo la profesionalización de la gestión y estrategias adaptadas a una asistencia sanitaria innovadora, que serán la clave para el éxito de la calidad de los servicios de salud de mañana.

A menudo, es difícil identificar el lugar del sector privado y sus resultados en los datos internacionales. El papel de los hospitales privados merece un estudio específico, cubriendo todos los puntos de vista de todos los agentes relevantes. Los miembros de la UEHP comparten la gran y admirable ambición de proporcionar atención inmediata, de calidad y accesible, adecuada a pacientes informados, y respetando al mismo tiempo su responsabilidad social con la eficiencia.

El asunto son, sin duda, los resultados en salud. Gracias a Hans Martens por haber aceptado compartir sus reflexiones, basadas en los datos internacionales publicados, y arrojar luz sobre nuestro sector. Esperamos que este documento proporcione una documentación y reflexión útil para todos.

A handwritten signature in blue ink, likely belonging to Paul Garassus, the President of the UEHP. The signature is stylized and appears to be 'P. Garassus'.

Resumen ejecutivo

Por Hans Martens, experto europeo en salud



Aunque los sistemas de salud europeos tienen características comunes, como la aspiración a la cobertura universal y la igualdad de acceso, se organizan de formas muy diferentes. También comparten un problema común de sostenibilidad, como consecuencia de la presión demográfica, de un bajo crecimiento económico y de un gran crecimiento de los gastos. Desafortunadamente, las diferentes tradiciones de los países europeos han dificultado, hasta ahora, la comparación entre los diferentes sistemas y el aprendizaje de las mejores prácticas. Recientemente se ha comenzado a trabajar en este sentido, aunque se está evolucionando muy lentamente.

Las mejores prácticas pueden variar dependiendo de la tradición nacional, pero dado que la sostenibilidad de los sistemas de salud está en juego, esto no debería obstaculizar las reformas. La oferta insuficiente de servicios, que acarrea largas listas de espera incluso en caso de enfermedades graves, y la falta de financiación pública para mantener una inversión suficiente en los sistemas de salud suelen ser problemas clave. La colaboración público-privada en sanidad, sobre todo en el ámbito hospitalario, es una excelente forma de mejorar la sostenibilidad.

Existen muchas maneras diferentes de desarrollar colaboraciones público-privadas y hay diversas fuentes de capital privado que se pueden emplear. Pero los hospitales de propiedad privada son vistos con recelo en muchos ámbitos, no tanto por las dudas acerca de su calidad o productividad, sino por proporcionar condiciones de empleo más pobres y crear desigualdad en el acceso. Sin embargo, este estudio no ha encontrado evidencias de que el empleo sea sistemáticamente peor en la sanidad privada. Sí hay evidencias de que los hospitales privados en Europa no crean desigualdad, ya que el paciente privado generalmente está usando el mismo sistema público que le proporciona acceso a Hospitales públicos. Por lo tanto, la desigualdad no viene por la propiedad de los hospitales, sino por el sis-

tema de financiación, por quién paga. Los hospitales privados, que conviven y compiten junto a los hospitales públicos, aumentan las opciones de los pacientes y reducen los tiempos de espera para las enfermedades, incluyendo por ejemplo el cáncer. Además, en muchos casos proporcionan igual o mejor nivel de calidad y resultados que los hospitales públicos, y por menos dinero. Por tanto, existen buenas razones para dar cabida a los hospitales privados en sistemas donde no existen hasta el momento y desarrollar los hospitales privados en los sistemas donde ya prestan sus servicios. Pero, para crear una colaboración exitosa con todos sus beneficios, es esencial que el sistema trate a los hospitales privados y a los públicos en condiciones de igualdad, cosa que no suele ocurrir hoy en día.

El reciente debate sobre los sistemas de salud en todo el mundo, incluido en Europa, se ha centrado en la importancia de los resultados de los sistemas de salud en relación con los costes (Value Based Health Care - VBHC). Desarrollar VBHC para aprovechar todo su potencial también significa centrarse más en la satisfacción del paciente, aceptar mayores grados de especialización para crear un mayor valor y evolucionar los sistemas de reembolso desde el volumen a la calidad. No cabe duda de que los hospitales privados aportarán un alto valor a estos cambios, de los que se podrá beneficiar todo el sistema de salud -incluidos los pacientes- ya que, en definitiva, significará mejorar la atención del paciente y centrarse en los elementos que crean valor para los pacientes, en vez de en las medidas cuantitativas tradicionales.

Hans Martens

Introducción



El número de camas hospitalarias está disminuyendo en toda Europa, y esa ha sido la tendencia desde hace algún tiempo. Por el contrario, la proporción relativa de los hospitales privados con ánimo de lucro está aumentando en la mayoría de los países europeos.¹

País		1995	2000	2005	2010	2013
Austria 	Camas de hospital	67.853	63.674	63.248	64.008	56.347
	% con ánimo de lucro	6,9	7,1	9,0	11,1	15,1
R. Checa 	Camas de hospital	87.784	79.985	77.309	73.746	67.888
	% con ánimo de lucro				13,7	17,7
Dinamarca 	Camas de hospital		22.927	20.902	19.405	17.241
	% con ánimo de lucro		0,1	1,4	2,1	2,1
Finlandia 	Camas de hospital	41.483	39.026	37.000	31.395	26.429
	% con ánimo de lucro	3,3	3,3	3,7	4,4	4,2
Francia 	Camas de hospital		484.279	455.175	416.710	413.206
	% con ánimo de lucro		19,8	20,4	23,4	23,7
Alemania 	Camas de hospital			698.303	674.473	667.560
	% con ánimo de lucro			26,2	29,7	29,8
Italia 	Camas de hospital			234.375	215.980	203.723
	% con ánimo de lucro			28,1	28,0	27,6
Polonia 	Camas de hospital			248.860	251.456	252.281
	% con ánimo de lucro			17,0	24,3	26,8
España 	Camas de hospital	154.644	148.081	145.863	145.199	138.153
	% con ánimo de lucro	19,4	17,9	19,6	17,7	18,8

¹ OECD health data, January 8th 2016, from Patrick Jeurissen, Antonio Duran, and Richard B. Saltman : Uncomfortable realities: the challenge of creating real change in Europe's consolidating hospital sector. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4896237/>

Es decir, que en un período en el los hospitales están perdiendo importancia en el conjunto de los sistemas de salud, debido a la presión para lograr una mayor eficiencia, la reorganización de los sistemas de salud y el rápido desarrollo de las tecnologías, los hospitales con ánimo de lucro están ganando terreno. Además, los hospitales privados se están convirtiendo en una fuente de empleo cada vez más significativa y en un importante contribuyente económico a las economías nacionales y a la hacienda pública.

En 2015, los hospitales privados con ánimo de lucro emplearon a más de 116.000 médicos, 177.000 enfermeros y otros 285.000 profesionales tan sólo en Francia, Alemania, Italia, Polonia y España.²

¿Por qué está creciendo la importancia de los hospitales privados en un momento en que el papel de los hospitales en general se reduce?

¿Es porque los hospitales privados con fines lucrativos ofrecen una mejor calidad para los pacientes y son más eficientes? Esto sería una suposición natural, pero no hay evidencias científicas que puedan confirmarlo. Por el contrario, la calidad y el rendimiento parecen variar considerablemente, incluso dentro de los países o regiones, y depender más de muchas otras características que de la distinción entre público y privado.

Un factor importante podría ser que en los sistemas donde existen hospitales privados, se tiende a aumentar la oferta de servicios hospitalarios y, por tanto, a reducir los tiempos de espera, que se han convertido en una lacra para muchos sistemas hospitalarios públicos. Además, cada vez somos más conscientes de que la fuente de desigualdad en salud no depende de la propiedad de los hospitales, sino la estructura de los sistemas de pago y reembolso que determina quién paga por la salud y cuánto debe financiar de su bolsillo el paciente.³

Pero la explicación más importante radica en el uso de capital privado para construir, adquirir, modernizar y administrar hospitales. El clima económico de bajo crecimiento, los cambios demográficos y los desequilibrios del sector público han hecho casi imposible que los sectores públicos respondan a la demanda de inversiones y servicios de salud. Y con mucho capital privado disponible a la

espera de ser usado, es natural que el sector de la salud dependa cada vez más del capital privado, no sólo para crear nuevos hospitales, sino también para hacerse cargo de los hospitales públicos poco eficientes, dándoles una nueva vida y mejorando la sostenibilidad. Si esto se considera un desarrollo deseable, entonces hay que tener en cuenta que puede no continuar para siempre porque el crecimiento del sector hospitalario con fines de lucro depende de una rentabilidad positiva a largo plazo del capital. A falta de este crecimiento, el sector no podrá acceder al capital social, por lo que el retorno de la inversión es una condición previa fundamental para el desarrollo de la asistencia hospitalaria con fines de lucro.⁴

Si queremos dar a los hospitales privados «espacio» para prestar los servicios a través de la colaboración público y privada, que contribuye a la sostenibilidad y el acceso a los servicios hospitalarios en tiempos de espera razonables, las dos partes deben ser tratadas por igual. Siempre habrá algunas diferencias, pues los hospitales privados con ánimo de lucro necesitan generar beneficio para atraer capital y los hospitales públicos no. Por otro lado, los hospitales privados son grandes contribuyentes (impuesto de sociedades cuando son rentables, pero también IVA, impuesto a la propiedad, impuestos a algunos servicios públicos, etc.), mientras que los hospitales públicos no lo son. La discriminación suele ser sutil en lugar de obvia. Sería natural esperar que si los hospitales privados aceptan las mismas obligaciones que los públicos, deberían tener los mismos derechos. Esto debería garantizarse mediante una legislación sobre salud que no discrimine entre sectores y mediante comparaciones independientes entre hospitales basadas en la eficiencia, la calidad y, cada vez más, en las opiniones de los pacientes, y los reembolsos deberían determinarse en función de estos factores de calidad más que por los sistemas actuales basados en aportaciones y cantidades. La competencia en igualdad entre diferentes proveedores con respecto al coste, la calidad y la satisfacción de los pacientes debería ser lo que determinase los criterios de reembolso, lo que a su vez estimularía un proceso de reducción del despilfarro de los recursos, que como veremos más adelante, se ha convertido en una pesada carga para los sistemas de salud europeos.

2 Cifras de las asociaciones nacionales de hospitales privados. Ver anexo

3 Ver también la discusión en Patrick Jeurissen: *Hospitales con fines de lucro*, tesis doctoral, Erasmus University Rotterdam, 2010. pp 1-3

4 *Ibid* p.14

1 | La lucha por la sostenibilidad





Mientras que las reflexiones sobre los sistemas de salud de Europa se han hecho y en gran medida seguirán centrándose a partir de los costes operativos, cada vez se van incorporando más elementos al debate para comprender mejor cuáles son los aspectos más importantes para asegurar la sostenibilidad de los sistemas de salud. Sostenibilidad entendida en el sentido de poder mantener los sistemas de salud con las características europeas: atención médica para todos y con igualdad de acceso. Estos principios generales que unen a los sistemas europeos, por lo demás bastante diversos, están sometidos a una tremenda presión por factores demográficos, financieros y tecnológicos que se describirán más adelante, y las amenazas son mayores de lo que se refleja en los debates políticos y públicos.

En muchos países europeos, la política se ha centrado desde hace tiempo en la lucha por la contención del gasto y el aumento de la eficiencia. En algunos casos, esto ha tenido éxito y en otros no. Estos intentos de aumentar la eficiencia se han focalizado sobre todo en los elementos de coste y en muchos casos se han introducido procedimientos de control que requieren de mucho tiempo para supervisar y registrar los costes y el consumo de los recursos.

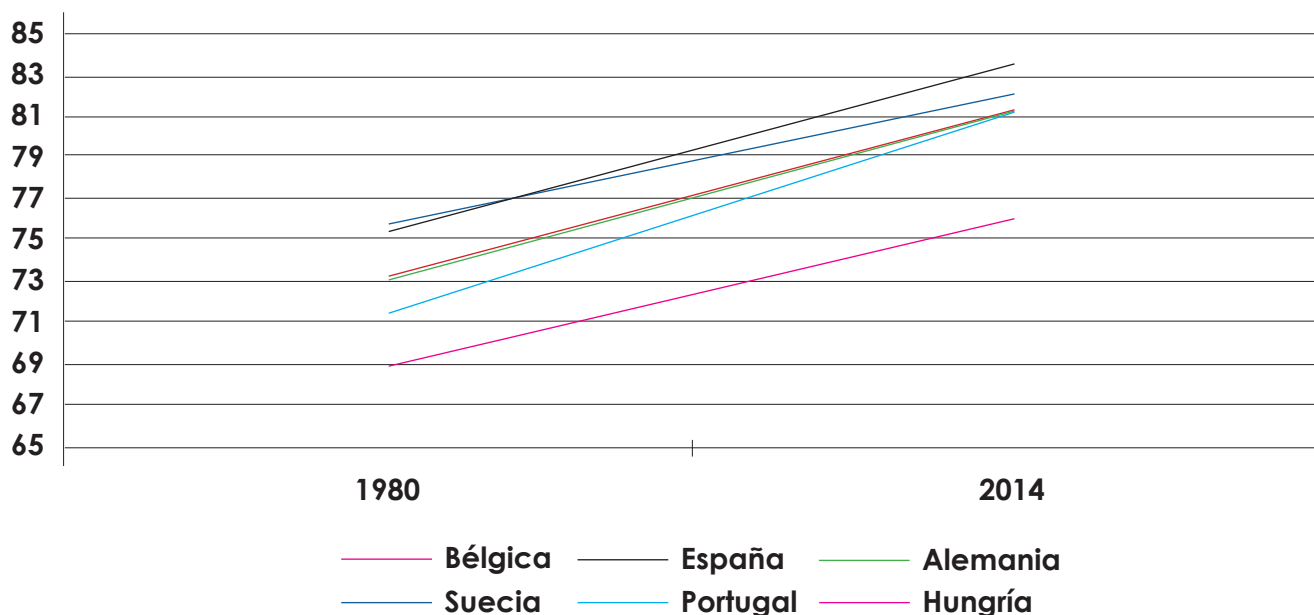
Sólo en los últimos años, la otra parte de la ecuación, es decir, los resultados, han pasado a ser parte del análisis y de las discusiones sobre política sanitaria y cuando los resultados están vinculados a las inversiones es posible tener una mejor idea del valor de la sanidad, es decir, evaluar el servicio y sus resultados en relación con su coste. Al mismo tiempo, la evaluación del coste se está sofisticando, sobre todo en

lo que se refiere a la distinción entre «coste», considerado como derroche e ineficiencia y «gasto» considerado como una inversión en el futuro.

El alejamiento de esta visión tradicional centrada en los costes, donde la política y la gestión de la sanidad se reducen a una cuestión de «recortar costes» o «gastar más» está motivado por la preocupación sobre nuestra capacidad para mantener los sistemas sanitarios europeos tal y como se ha ido desarrollando en los últimos 50 años o más. El hecho es que los sistemas sanitarios europeos se han desarrollado en un período con condiciones extremadamente favorables. Europa no solo ha experimentado un crecimiento económico constante desde la II Guerra Mundial, con algunos obstáculos en el camino, sino que, además, la generación del baby boom en Europa después del 1945 ha significado que una gran cantidad de europeos bien educados y bien empleados han estado contribuyendo con sus impuestos a las arcas públicas más que nunca, lo que ha permitido un crecimiento sostenido de los gastos públicos, sobre todo en materia de sanidad.

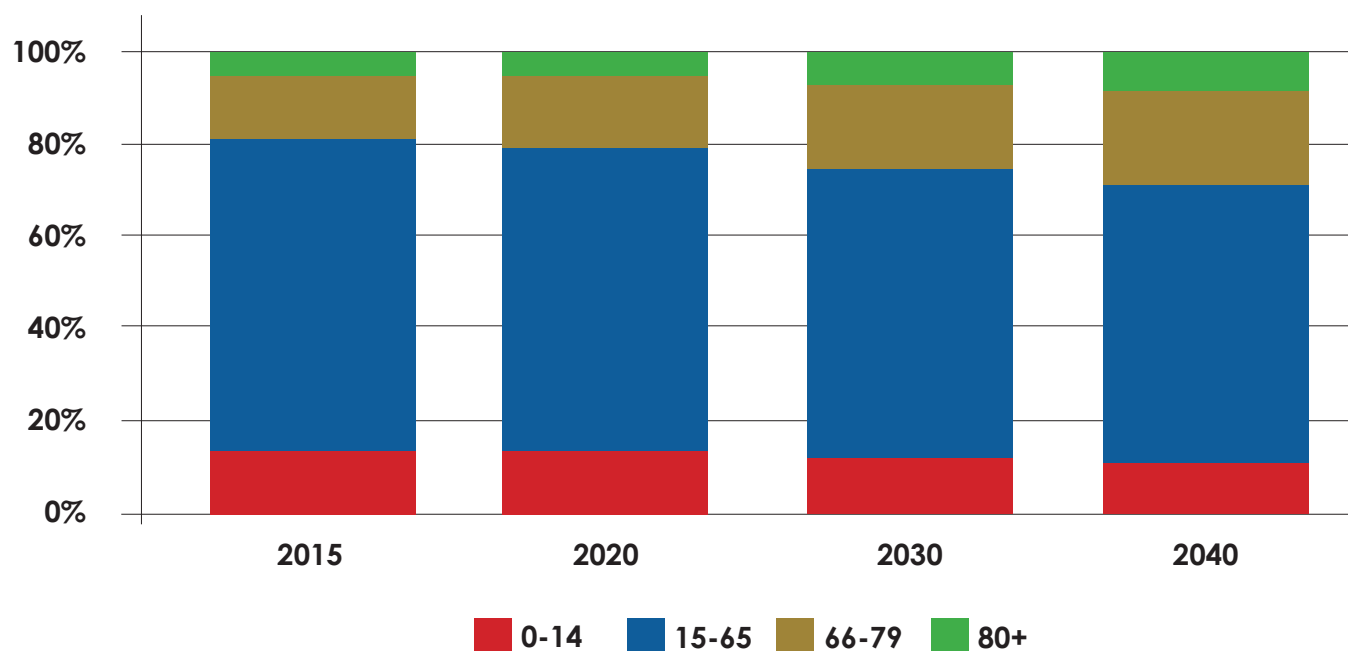
Esto está cambiando. La generación del baby boom está envejeciendo a la vez que la esperanza de vida crece, por lo que vivirán más y pasarán más tiempo como jubilados, mientras que la baja fertilidad desde mediados de los años sesenta ha dejado atrás a un grupo mucho más pequeño de nuevos contribuyentes. Por otra parte, la evolución científica y técnica está introduciendo nuevas e innovadoras prácticas médicas, productos farmacéuticos y dispositivos médicos que también son muy costosos, y aumentan la presión sobre un sector que está acostumbrado a disponer cada vez

■ Esperanza de vida al nacer en países europeos



Source: [http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/File:Life_expectancy_at_birth,_1980%E2%80%932014_\(years\)_YB16.png](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/File:Life_expectancy_at_birth,_1980%E2%80%932014_(years)_YB16.png)

■ Previsiones de población por grupos de edad en la UE



Source : [http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/File:Population_structure_by_major_age_groups,_EU-28,_2015%E2%80%93380_\(%C2%B9\)_\(%25_of_total_population\)_YB16.png](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/File:Population_structure_by_major_age_groups,_EU-28,_2015%E2%80%93380_(%C2%B9)_(%25_of_total_population)_YB16.png)

Si Europa quiere evitar tener que dismantlar los sistemas universales de salud y los principios de igualdad en el acceso, será necesario alejarse del enfoque puro de los costes y empezar a centrarse más en los aspectos que aportan valor para guiar las inversiones y los gastos de

manera sostenible. Hasta ahora el foco se ha puesto en los costes, que son fáciles de medir y analizar, pero debemos valorar también lo que recibimos por el dinero, los resultados cualitativos.

VALOR = RESULTADOS / COSTES⁵

Si el valor se define como los resultados divididos entre el coste, significa que no estamos descuidando el lado del coste, sino enfocándonos en la eficiencia. La eficiencia es un concepto que se descarta fácilmente cuando se habla de salud. Algunos incluso lo consideran poco ético. Pero también es un concepto necesario por la sencilla razón de que si se olvida la rentabilidad y deja de ser el foco de

atención, los sistemas incurrirán en gastos incontrolables con un efecto devastador sobre la sostenibilidad. Esto crearía problemas éticamente muy difíciles de resolver, pues supondrían excluir a parte de la población de los servicios de salud y, obviamente, los más débiles serían los más perjudicados.

⁵ See for example Michael E. Porter and Thomas H. Lee: *The Strategy That Will Fix Health Care in Harvard Business Review*, October 2013. <https://hbr.org/2013/10/the-strategy-that-will-fix-health-car>.

Mientras que la medición de los costes es sencilla, para medir los resultados aun no hay parámetros claros. Para la sanidad, como para otros servicios públicos, el enfoque se centraba, y aun se centra en gran parte, en los costes y en menor medida en lo que el sector produce y en el valor que crea. Aquí es donde el concepto de resultados cambia el enfoque dramáticamente, aunque todavía no hay una definición precisa sobre cómo debemos medir los resultados. Sin embargo, parece haber un consenso creciente acerca de los resultados que deben ser analizados siendo éstos aquellos que importan a los pacientes (además de los estrictamente clínicos). Este enfoque centrado en el paciente y sus vínculos con el desarrollo de la atención sanitaria basada en el valor se tratan más adelante en esta publicación.

Europa no tiene un sistema de salud, tiene muchos. Los sistemas de salud se han desarrollado durante mucho tiempo dentro de las fronteras de cada país, y a veces incluso a niveles inferiores. Obviamente todos tienen el objetivo general de tratar y curar a los ciudadanos, pero persiguen este objetivo de maneras diferentes. Algunos sistemas se financian con impuestos y otros se basan en sistemas de seguros. Algunos tienen copagos y otros no. Algunos dependen casi en su totalidad de los hospitales del sector público y otros hacen un uso generalizado de los hospitales privados. Además, algunos componentes de los sistemas de salud están organizados de manera diferente y trabajan juntos en función de varios planes, por ejemplo la prevención a través de la atención primaria hasta los hospitales, la atención comunitaria y el cuidado en el hogar.

Reformar los sistemas sanitarios es muy complejo, debido a las tradiciones establecidas en su desarrollo, a que la atención sanitaria está regulada por los Estados miembros y no por la UE y a que la sanidad no sólo se basa en las tradiciones nacionales, sino que también tiene mucha importancia política. Aún peor, se ha demostrado que es extremadamente difícil establecer una forma de compartir las «mejores prácticas» en Europa, y así aprender de los mejores resultados. El impulso para estas comparaciones entre sistemas, conocido como HSPA (Evaluación de De-

sempño de Sistemas de Salud), originalmente provenía de investigadores de salud y organizaciones internacionales, pero ahora está siendo respaldado por naciones y gobiernos, principalmente los de países que han estado haciendo evaluaciones de sus propios sistemas de salud. Aun así, algunos de los países de Europa todavía se oponen firmemente a las comparaciones transfronterizas. Sin embargo, con el aumento de la presión sobre los sistemas de salud en toda Europa, la identificación y adopción de «mejores prácticas» es un camino constructivo, tal vez incluso la mejor manera, teniendo en cuenta la necesidad de mejorar la eficiencia en los próximos años.

En muchos países donde casi todos los hospitales son de titularidad y gestión pública ni siquiera se está considerando la participación de hospitales privados, incluso si en los países vecinos dependen casi totalmente de hospitales privados y lo están haciendo bien o incluso mejor. En los países donde no hay copago por parte de los pacientes, los copagos apenas se discuten, aunque los países vecinos apliquen ese principio con buenos resultados.

Las largas tradiciones han creado un fuerte dogmatismo y sentimiento de “lo sabemos todo” que desalienta a la gente a explorar diferentes maneras de hacer las cosas, incluso si el sistema está en problemas. Sí, los sistemas serán cambiados y modernizados, pero normalmente dentro del marco de los propios sistemas en lugar de cambiar el sistema en sí. Hay, o al menos ha habido, poco interés en aprender cómo funcionan otros sistemas en Europa, lo que resulta sorprendente teniendo en cuenta el gran interés en el benchmarking dentro de los países. Ese dogmatismo tiene que ser superado y reemplazado por la curiosidad sobre cómo podemos trabajar de manera más eficiente y con los mejores resultados para los pacientes, pensando en el momento actual y también en el futuro, cuando aumentarán las presiones financieras sobre los sistemas de salud. Es el momento de buscar mejores soluciones con respecto a la organización y el funcionamiento de los sistemas de atención sanitaria en Europa.

La posición y el papel de los hospitales privados en los países europeos

La proporción del PIB gastado en salud varía en Europa, aunque no está vinculado de manera significativa a la riqueza (PIB per cápita), al igual que el gasto sanitario en relación al PIB tampoco es determinante a la hora de valorar la calidad de los servicios sanitarios. No existe

una relación absoluta entre el gasto y el resultado, por lo que invertir más dinero en el sistema de salud no significa necesariamente servicios de salud de mayor calidad y viceversa, aunque el debate público parece asumir una relación directa y fácilmente comprensible.

■ Gasto en salud (excluyendo la inversión)

País	% de gasto en salud sobre el PIB - 2015	PIB per cápita - 2015 Índice. Promedio UE = 100	Esperanza de vida al nacer 2014
Bélgica	10.4	119	81.4
Bulgaria	8.3	47	74.5
R. Checa	7.5	87	78.9
Dinamarca	10.6	127	80.7
Alemania	11.1	124	81.2
Estonia	6.3	75	77.4
Irlanda	9.4	177	81.4
Grecia	8.2	68	81.5
España	9.0	90	83.3
Francia	11.0	106	82.8
Croacia	6.6	58	77.9
Italia	9.1	96	83.2
Chipre	6.8	82	82.1
Letonia	5.6	64	74.5
Lituania	6.5	75	74.7
Luxemburgo	7.2	264	81.9
Hungría	7.0	68	76.0
Malta	9.6	88	81.5
Países Bajos	10.8	128	81.8
Austria	10.4	128	81.7
Polonia	6.3	69	77.8
Portugal	8.9	77	81.3
Rumania	5.0	57	75.0
Eslovenia	8.4	83	81.2
Eslovaquia	7.0	77	77.0
Finlandia	9.6	109	81.3
Suecia	11.1	124	82.3
Serbia	10.3	36	75.4
Reino Unido	9.8	108	81.4

Sources: Health spending: OECD Health at a Glance: Europe 2016; GDP Pr Capita: Eurostat: <http://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&init=1&language=en&pcode=tec00114&plugin=1>. Life expectancy: OECD Health at a Glance: Europe 2016

Y, ¿quién paga la atención médica en Europa? Como en la mayoría de cuestiones relacionadas con la atención sanitaria, la respuesta varía mucho en toda Europa.

■ Gastos de salud por financiador – 2014

País	Sistema público	Seguro obligatorio	Gasto privado	Seguros voluntarios de salud	Otros
Bélgica 	11	66	18	4	1
Bulgaria 	9	44	46	1	0
R. Checa 	12	72	13	0	3
Dinamarca 	84	0	14	2	0
Alemania 	7	78	13	1	1
Estonia 	10	66	23	0	1
Irlanda 	69	15	13	0	3
Grecia 	28	31	35	4	2
España 	65	5	25	5	0
Francia 	4	75	7	14	0
Croacia 	3	73	17	8	0
Italia 	76	0	22	1	1
Chipre 	44	1	50	4	1
Letonia 	60	0	39	1	0
Lituania 	10	57	31	1	1
Luxemburgo 	8	74	11	5	2
Hungría 	9	58	28	3	2
Malta 	67	2	29	2	0
Países Bajos 	5	76	12	6	1
Austria 	31	45	18	5	1
Polonia 	9	62	22	4	3
Portugal 	65	1	28	5	1
Rumania 	15	64	20	0	1
Eslovenia 	3	68	13	15	1
Eslovaquia 	4	76	18	0	2
Finlandia 	62	13	19	3	3
Suecia 	83	0	16	1	0
Serbia 	4	58	37	1	0
R. Unido 	79	0	15	4	2

Source: OECD Health at a Glance: Europe 2016

Aunque los sistemas nacionales de salud europeos pueden agruparse en los financiados mayoritariamente con impuestos (Sistemas Beveridge) y los financiados ampliamente por seguros (Sistemas Bismarck), hay diferencias significativas. Dinamarca y Suecia, por ejemplo, están al mismo nivel en lo que se refiere a la financiación pública, pero Dinamarca tiene una mayor proporción de financiación de seguros privados, mientras que los hogares suecos pagan más de sus propios bolsillos. Los defensores del sistema de financiación público tal vez afirmarían que este sistema garantiza un acceso más equitativo y asequible, pero en los Países Bajos (financiados en gran parte por seguros) los hogares pagan menos de su bolsillo o por medio de seguros privados que los daneses y los suecos, que tienen sistemas financiados en gran medida por impuestos.

Esto indica, como hemos afirmado, una enorme variación en el papel de los sectores público y privado en toda Europa y, además, las comparaciones se dificultan porque las definiciones de público y privado no son consistentes.

Sin embargo, cuando hablamos de hospitales, sí es posible distinguir dos tipos:

- **Hospitales públicos:** son propiedad del Estado, de las autoridades regionales o locales o de una organización de seguridad social.
- **Hospitales privados:** pueden ser sin ánimo de lucro, pertenecientes a personas jurídicas como asociaciones o fundaciones, o con fines de lucro, propiedad de personas físicas o jurídicas.



Policlínico S^t Roch - Montpellier, Francia

La distribución entre los países europeos también es muy diferente. En la tabla siguiente se presenta la distribución de camas hospitalarias en 2014.

País	Total camas	% público	% privado no lucrativo	% privado lucrativo
Bélgica 	-	-	-	-
Bulgaria 	51,505	80.0	0.0	20.0
R. Checa 	67,937	84.7	0.4	14.9
Dinamarca 	15,174	93.8	4.0	2.2
Alemania 	666,337	40.7	29.3	30.0
Estonia 	6,584	92.8	2.5	4.7
Irlanda 	-	-	-	-
Grecia 	46,160	65.3	1.9	32.8
España 	137,938	68.6	12,5	18,9
Francia 	410,921	62.4	13.9	23,7
Croacia 	25,036	98.4	0.6	1.0
Italia 	223,015	68,3	3,5	28.2
Chipre 	2,912	50,8	0,0	49,2
Letonia 	11,279	90.2	0,0	9.8
Lituania 	21,176	99,4	0,0	0,6
Luxemburgo 	-	-	-	-
Hungría 	71,669	96,9	2,9	0,3
Malta 	1,934	97.7	0,0	5.3
Países Bajos 	77,270	0.0	100.0	0.0
Austria 	64,815	69.2	17.3	13.5
Polonia 	252,375	80.9	0.0	19.1
Portugal 	34,522	70.1	19.7	10.2
Rumania 	133,619	95.3	0.3	4.4
Eslovenia 	9,356	98.9	0.0	1.1
Eslovaquia 	-	-	-	-
Finlandia 	24,741	96.2	0.0	3.8
Suecia 	-	-	-	-
Reino Unido 	176,324	100.0	0.0	0.0

⁶ Eurostat: Hospital beds by type of ownership 2014.

6 http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/File:Hospital_beds_by_type_of_ownership_2008_and_2014.png

Los hospitales son uno de los elementos más importantes de los sistemas de salud europeos por lo que será práctico utilizar una definición clara de los hospitales y su lugar en todo el sistema de salud.

Según la OMS, los hospitales son instituciones para el cuidado de la salud, con instalaciones y personal sanitario y no sanitario, con servicios de hospitalización y que prestan servicios médicos, de enfermería y otros servicios relacionados 24 horas al día, 7 días a la semana.⁷

Por lo tanto, por muchos servicios que los hospitales puedan ofrecer, el foco está en su papel tradicional, que incluye camas para pernoctar. Esto también significa que las clínicas privadas que están realizando servicios ambulatorios, como medicina estética, se consideran clínicas y no hospitales en este contexto. Esto es importante porque para muchos el término «hospitales privados» significa hospitales para los ricos, pero la mayoría de los hospitales privados europeos (con ánimo de lucro o sin él) son instituciones que tratan al mismo tipo de pacientes que en los hospitales públicos, en la mayoría de los casos con la misma financiación y casi siempre sin que el paciente conozca el estado organizativo del hospital, porque no les afecta ni económicamente, ni en términos de acceso.

Por lo tanto, la desigualdad en salud no proviene de la propiedad de los hospitales (privados o públicos), sino de quién paga y cómo - a través de impuestos o de seguridad social, por pagos propios o por seguros privados.

Sin embargo, la evolución en los últimos años ha difuminado la distinción sobre la propiedad de los hospitales.

Los hospitales públicos han adoptado algunas de las características del sector privado, avanzando hacia una «nueva gestión pública» con el objetivo de mejorar su funcionamiento, aunque su financiación aun permanece sujeto a (las restricciones de) los presupuestos públicos. Por otra parte, el creciente sector hospitalario privado se está convirtiendo cada vez más en un «servidor» del sistema público, en el sentido de que los pacientes tienen más opciones de elegir entre hospitales públicos y privados y los hospitales

privados cubren una gama cada vez mayor de servicios. Además, la mayoría de la financiación proviene de las mismas fuentes - incluyendo los impuestos - ya que los hospitales públicos y los estándares, incluyendo los de calidad, son establecidos por las autoridades públicas.

Un caso que demuestra que las fronteras entre público y privado son cada vez más difusas es, por ejemplo, el sistema de concesiones español, que permite a una empresa privada gestionar un hospital público en base a un contrato. Se pueden encontrar modelos similares en otros países, por ejemplo en Portugal.

El gobierno puede firmar un contrato con una empresa privada para que sustituya al servicio público. En España, por ejemplo, una comunidad autónoma puede firmar un contrato con un centro de salud privado para prestar servicio a pacientes de la sanidad pública. En este caso, el hospital privado recibe un presupuesto. Este acuerdo, conocido como «concierto», ayuda a acortar las listas de espera al permitir que el sector privado trate casos de la sanidad pública. Estos acuerdos son comunes por ejemplo en Cataluña.

En otros casos, los hospitales operan con una mezcla de capital público y privado. En este caso, los hospitales son propiedad conjunta de las autoridades públicas y de empresas privadas. Este modelo se desarrolló especialmente en Alemania (aunque en los últimos años la mayoría de los acuerdos de privatización han sido adquisiciones directas) y en algunos países de Europa Central y Oriental que tenían dificultades para financiar las inversiones necesarias en el sector de la salud. Un ejemplo de este modelo es Letonia, donde cada vez es más popular. Sin embargo, en este caso los hospitales permanecen bajo la supervisión de las cajas regionales de seguro de enfermedad con las que tienen contrato. Un modelo diferente utilizado, por ejemplo, en Alemania es el modelo de contrato de gestión en el que la autoridad local contrata a una empresa privada para que se encargue de la gestión, pero sigue siendo la misma autoridad la propietaria del hospital y asume así la plena responsabilidad económica (SANA-Modell).

7 <http://www.who.int/topics/hospitals/en/>

Las relaciones entre el sector público y el privado están, por tanto, en constante evolución, y ambos sectores están cada vez más llamados a cooperar para la producción de servicios. Los hospitales públicos pueden delegar en empresas privadas algunos de sus derechos, como ocurre en el modelo de concesión española, que permite a una empresa privada gestionar un hospital público sobre una base contractual. Un hospital público también puede externalizar algunos servicios no médicos, como lavandería, servicios médicos, como hacen algunos hospitales austriacos.⁸

Pero hay al menos una cosa que aún distingue a los hospitales públicos y privados (con ánimo de lucro), y es el origen del capital para las inversiones, que pueden ser para nuevos hospitales o para mejorar las estructuras existentes. La necesidad de inversión en sanidad siempre existirá, pero ¿habrá capital? Se supone que el capital proviene del sector público pero sabemos que, debido al bajo crecimiento y a la evolución demográfica, será difícil conseguir dinero para nuevas inversiones. Por otra parte, la inversión privada puede disminuir la presión de los gobiernos nacionales en tiempos de escasez de recursos, pero el capital privado tiene un precio y nunca es gratuito. Debe garantizarse un rendimiento competitivo de la inversión, lo que (probablemente) llevará a un mayor enfoque en la eficiencia.

¿Pero también conducirá a estándares de calidad más bajos? Probablemente no, porque aunque bajar la calidad puede conducir a la rentabilidad en el corto plazo, el efecto no duraría por mucho tiempo. La única manera en que un hospital privado puede sobrevivir y tener éxito financiero

es mediante la prestación de servicios al menos al nivel de los estándares de calidad establecidos públicamente, suponiendo que realmente no hace falta superarlos para ser más atractivo para los pacientes y para conservar los contratos con el sistema público. En Alemania, por ejemplo, los hospitales privados tienen que cumplir con las mismas normas de calidad que los públicos, son medidos de la misma manera y sufren las mismas consecuencias en caso de mala calidad.

Las fuentes de capital privado son variadas, pero hay una que podría volverse importante en el futuro, los fondos de pensiones. La generación de baby boomers en Europa ha creado los mayores fondos de pensiones de la historia e invertirlos en hacer frente a la carga cada vez mayor del sistema de salud parece una manera muy buena y lógica de hacerlo. Existen ejemplos de fondos de pensiones que participan o incluso administran la construcción de hospitales y se aseguran un retorno de la inversión cuando el hospital comienza a trabajar. Otro ejemplo es AMEOS, un gran grupo de hospitales suizos financiado en parte por un fondo de pensiones suizo.

Los hospitales son parte muy importantes de los sistemas de salud, pero no la única y, aunque esta publicación se ocupa principalmente de los hospitales, siempre debe tenerse en cuenta que un sistema de salud sólo será eficiente si el conjunto del sistema funciona de manera fluida y eficiente. La asignación de recursos a las diferentes partes de los sistemas de salud tiende a variar con el tiempo, en función de las prioridades del momento, pero además ha habido un debate en los últimos años acerca de cómo se puede

8 *Según la Alianza de la Sanidad Privada Española, España tiene una larga tradición utilizando diferentes fórmulas de colaboración público-privada, entre las que destacan tres:*

- *Acuerdos entre gobiernos regionales y hospitales privados: Este tipo de acuerdos contribuyen a la equidad y la accesibilidad del sistema de salud y reducen las listas de espera y los tiempos de respuesta. El 11,6% del gasto sanitario público corresponde a conciertos, lo que refleja la importancia y el impacto de los mismos. Cataluña es la región que más dinero gasta en conciertos: 2.400 millones de euros, lo que representa el 25,6% de su gasto sanitario.*

Hay diferentes tipos:

- . Acuerdos en diferentes áreas (diagnóstico por imágenes, hemodiálisis, etc.) cuando los hospitales públicos no pueden atender a la demanda.*
- . Acuerdos en diferentes áreas (diagnóstico por imágenes, hemodiálisis, etc.) cuando los hospitales públicos no pueden atender a la demanda.*
- Concesiones administrativas: Permiten a una empresa privada administrar un hospital público, es decir, contratos relacionados con la construcción de hospitales y la administración de servicios de salud y no de salud. Es un hospital público pero administrado por una empresa privada. Actualmente hay 9 hospitales en España (5 en la Comunidad Valenciana y 4 en Madrid).*
- Modelo de mutualismo administrativo: El Estado garantiza el acceso a la salud, pero los ciudadanos pueden decidir si quieren ser atendidos por el Servicio Nacional de Salud o por una compañía de seguros con el mismo nivel de servicio. En 2015, alrededor de 1,9 millones de personas estaban cubiertas por este sistema y cerca del 85% de ellas eligieron atención médica privada.*

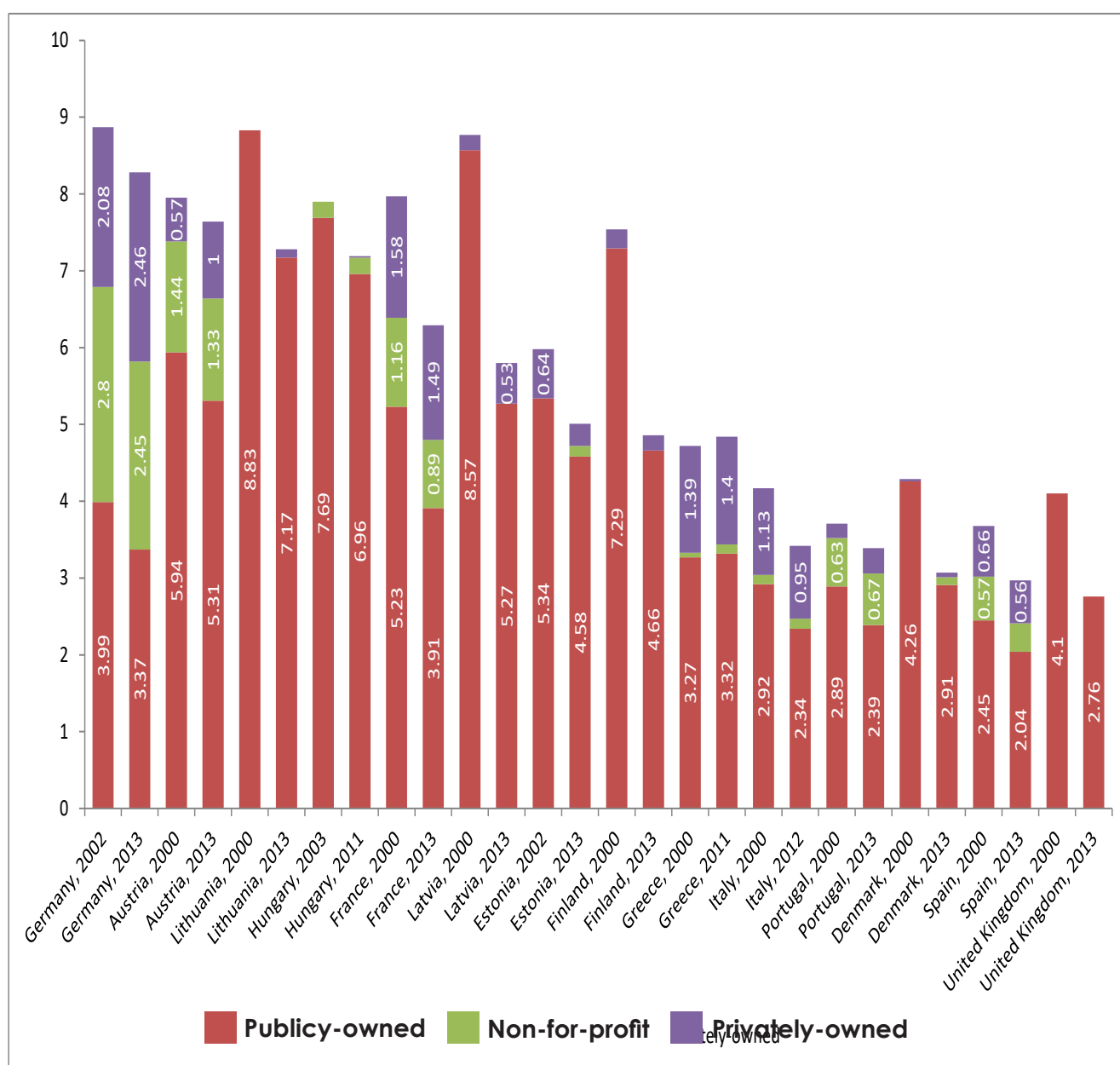
construir de mejor forma un sistema de salud compacto y coherente. Una de las ideas que se está discutiendo son los sistemas de salud integrados en los que un organismo público es responsable de la sanidad, en lugar de varios. La digitalización también puede desempeñar un papel positivo en la integración de las diferentes partes, mejorando la disponibilidad de datos de los pacientes en todo el sistema. Y por último los elementos de introducción del sistema de

salud en relación con los costes (VBHC) con sistemas de pago y reembolso asociados tienden a avanzar en la misma dirección, o al menos en áreas donde sistemas integrados crean más valor.

Es esencial que los hospitales privados no funcionen como «islas», sino que estén tan bien integrados en el sistema de salud como cualquier otro componente.

¿Por qué una participación del sector privado?

Aunque hay una ligera disminución en el número de camas de hospital en Europa durante los últimos años, también existe una tendencia al incremento de inversión en hospitales privados:



OECD: Health at a glance, 2015

La participación privada en los servicios de salud puede adoptar diferentes formas. Eurofound identifica dos impulsores principales del papel creciente del sector privado, la expectativa de beneficios de calidad y las restricciones presupuestarias públicas. Además, según Eurofound, cuando se toman decisiones públicas encaminadas a aumentar la participación del sector sanitario privado, el objetivo nunca es el beneficio económico, sino la mejora de la sostenibilidad del sistema de salud.

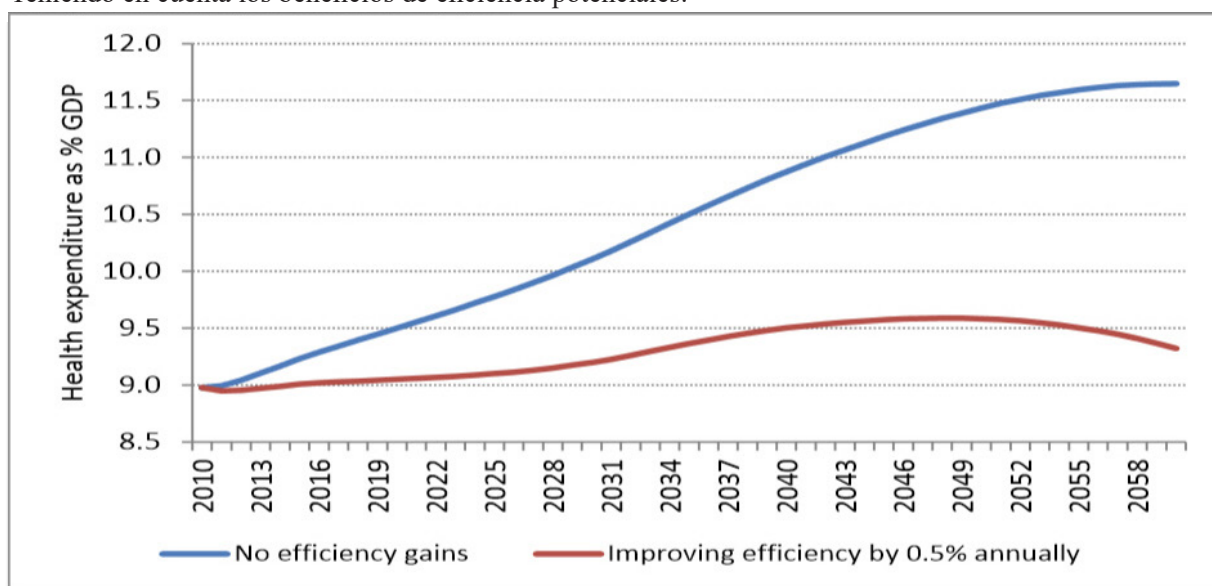
El papel del sector privado en el contexto de este libro es de inversor y administrador de hospitales, con el sector público como el principal «cliente» o pagador. Pero como se mencionó anteriormente, hay otras formas de participación privada en la sanidad, incluyendo el papel del inverso (no de director) de los distintos modelos de colaboración público-privada (Public-Private-Partnerships), en los que se contratan algunos servicios a empresas privadas (catering, limpieza...), etc.

La búsqueda de un mayor valor - o eficiencia - en los sistemas de salud es necesaria, teniendo en cuenta la presión

económica que existe sobre ellos, y porque hoy en día los sistemas de salud no son tan eficientes como podrían ser. Un documento de la Dirección General de Asuntos Económicos y Financieros de la Comisión Europea concluye que al incrementar la eficiencia (incluida la eliminación de las ineficiencias y la corrupción) en un 0,5%, los sistemas de salud de Europa podrían compensar más o menos la presión derivada de la evolución demográfica en los años venideros. La ineficiencia -incluida la corrupción- es un problema muy grave al que los sistemas de salud deben hacer frente, por lo que aquellos que lo consigan deberían ser promocionados.

La OCDE también analiza los derroches y las ineficiencias en los sistemas de salud. En una publicación de principios de 2017, «La lucha contra el derroche en salud», la OCDE concluye que a pesar de los ajustados presupuestos y de los intentos por mejorar la eficiencia de los sistemas de salud, casi una quinta parte de los gastos no tuvieron repercusión sobre los resultados de salud. En otras palabras: ¡Casi el 20% del gasto sanitario de la OCDE se desperdicia!

Gráfico 10. Incremento del gasto en salud pública en estados unidos hasta 2060 (Ageing Report, 2012)
Teniendo en cuenta los beneficios de eficiencia potenciales.



Sources: Own calculations.

Notes: "No efficiency gains" – Projected increase in health expenditure according to Ageing Report (2012). "Improving efficiency by 0.5%" – Assumed projected increase in health expenditure according to Ageing Report, minus annual savings of 0.5% of 2010 expenditure levels due to efficiency gains. The 2012 Ageing Report uses only public health expenditure for expenditure projections. Therefore, in this calculation example we assume that annual savings of 0.5% apply to public health expenditure only.

9 European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions – an EU Agency based in Dublin, Ireland.

10 Efficiency estimates of health care systems in the EU, European Commission, Economic Papers 549 | June 2015

11 OECD: Tackling Wasteful Spending on Health, January 2017.

No hay solución fácil a la ineficiencia y el derroche. La ineficiencia tiene muchas causas, como la mala ejecución de las adquisiciones, el uso excesivo de intervenciones y equipos, la mala gestión y, también, la corrupción, etc. pero obviamente, un giro hacia sistemas basados en la generación de valor facilita el aumento de la eficiencia. Si se utilizan, por ejemplo, los pagos agrupados, se generan incentivos para analizar la organización y la gestión de procesos. Evaluar la necesidad e importancia de los servicios y procedimientos, controlar la calidad y recoger la infor-

mación reportada por los pacientes nos hará mejorar no en el control de costes, sino en el control de las ineficiencias. En este contexto, parece un poco extraño que los reembolsos sean diferentes para los hospitales públicos y privados en los mismos procedimientos (casi siempre a favor de los hospitales públicos). Esto distorsiona la competencia pero también elimina muchos incentivos a la hora de combatir el derroche de recursos en los hospitales públicos donde más se necesita, es decir en los menos eficientes.



Hospital Nisa Sevilla Aljarafe - Sevilla, España

2 | La perspectiva del paciente





La salud es importante para todos. Tener buena salud y acceso rápido a tratamientos efectivos es una cuestión de vital importancia para todos los ciudadanos y, por eso, la política sanitaria tiene una posición tan destacada en el debate político. Tener buena salud no sólo es importante para el ciudadano de manera individual, sino también para toda la economía. En primer lugar, los sistemas de salud europeos son (en principio) universales y están financiados colectivamente (con impuestos y / o seguros), por lo que la salud es un asunto colectivo, no individual como ocurre en sistemas donde la financiación individual es más importante que la colectiva.

En segundo lugar, tener buena salud significa que un ciudadano será económicamente y socialmente activo, y pagará impuestos sin requerir atención formal o informal. De ahí viene la típica frase hecha ¡La salud es riqueza!¹²

Lo más importante para el ciudadano no es a quién pertenece el servicio de salud que utiliza, sino cuestiones como quién lo paga, los tiempos de espera, la calidad del tratamiento (incluyendo cuestiones como la prevención, reingresos e infecciones), y tener a su disposición un sistema que funciona sin problemas, desde la atención primaria en los hospitales, hasta la medicina comunitaria y la atención a domicilio.

Probablemente, las políticas sanitarias llevadas a cabo en los últimos años no han ayudado a los pacientes, ya que

se han centrado más en la gestión de los gastos que en los resultados. Hemos visto cómo los ministerios de economía han sido más influyentes que los de sanidad en la definición de las políticas sanitarias, sobre todo durante los recientes años de crisis económica. Esto también ha enfadado a muchos profesionales sanitarios que consideran que emplean cada vez más tiempo en registrar los recursos que emplean que en ofrecer resultados de calidad para sus pacientes.

Como se ha señalado anteriormente, por la forma en que se organizan los sistemas sanitarios europeos, los ciudadanos también tienen interés en que la población en general esté sana, ya que financiamos colectivamente los sistemas de salud, mediante impuestos, seguros o modelos mixtos. Por lo tanto, se podría argumentar que las políticas de los últimos años se han centrado en los ciudadanos como contribuyentes pero no como pacientes.

Las restricciones económicas de los últimos años han tenido efectos en la atención sanitaria «real», con listas de espera más largas y aumento de los copagos¹³, lo que también encarece la atención sanitaria a medio y largo plazo, ya que aleja a los ciudadanos de la prevención y el diagnóstico temprano y pospone las intervenciones, por lo que el tratamiento resulta más complejo y costoso para el sistema de salud.

Los pacientes son diferentes

Es obvio que los ciudadanos sanos son más baratos para la sociedad que los que están enfermos y se convierten en pacientes. No sólo por los gastos sanitarios, sino porque son productivos y no requieren prácticamente atención. Algunas enfermedades, incluyendo muchas de las enfermedades crónicas cada vez más frecuentes, pueden prevenirse, pero otras no.

En cualquier caso, es mejor que los ciudadanos tengan un acceso fácil (y equitativo) al diagnóstico precoz de enfermedades, seguido por una actuación rápida del sistema de salud porque, al final, también será mejor desde un punto de vista socioeconómico. Desde el punto de vista del valor

del producto, es importante señalar que el diagnóstico precoz y las intervenciones se llevan a cabo de manera más eficiente en centros con gran experiencia, equipamiento moderno de diagnóstico y organización no burocrática.

Los efectos de las reformas financieras de los sistemas de salud mencionados anteriormente han sido a menudo el resultado de la reducción de costes que, en general, conducen a tiempos de espera prolongados y retrasan el diagnóstico y tratamiento tempranos. Además, existen diferencias socioeconómicas entre los ciudadanos en lo que respecta a su disposición a colaborar con el sistema de salud (en una etapa temprana), pero también con respecto

¹² Hans Martens et al: *Economic Value as a Guide for Investing in Health and Care*, 2016. http://www.medtecheurope.org/sites/default/files/resource_items/files/ECONOMIC%20VALUE%20AS%20A%20GUIDE%20FOR%20INVESTING%20IN%20HEALTH%20AND%20CARE%20Policy%20Framework_3.pdf

¹³ *Heath and Hospitals in Italy. Annual Report 2015 by the Italian Association of Private Hospitals*, page 20

a la igualdad de acceso. Incluso si los sistemas son de financiación pública y garantizan teóricamente la igualdad de acceso, no hay garantía de que esta igualdad de acceso sea real en la práctica. «En varios países de la OCDE, las personas con un nivel socioeconómico más alto (medido en función de sus ingresos o su nivel educativo) tienden a esperar menos por la atención hospitalaria pública que aquellos con menor nivel socioeconómico».¹⁴

Las cifras de Eurostat subrayan la misma cuestión, ya que el porcentaje de personas con necesidades médicas no satisfechas era de 4,8% para las personas con el nivel educativo más alto, de 6,0% para las de nivel medio y de 7,5% para las de menor nivel educativo (todas las cifras son promedios para la UE-27).¹⁵

El problema tiene muchas causas pero, más que la riqueza personal, influyen las diferencias en los recursos intelectuales, la conexión social y, posiblemente, la motivación. Otro factor, relacionado con el dinero, es que las restric-

ciones aplicadas sobre el sistema de salud llevaron a muchas personas a contratar seguros médicos adicionales, lo que significa que pueden salir del sistema para conseguir un tratamiento más rápido.

La causa real de la desigualdad en el acceso a la salud no es, como se mencionó anteriormente, quién es el dueño o el gestor de los servicios, sino quién los paga. Por otro lado, los pagos puramente privados y los seguros privados también juegan un papel importante. El cuadro de la página 16 (Gasto sanitario por agente de financiación - 2014) muestra que, de alguna manera, el acceso libre e igualitario a los servicios de salud en Europa es un poco ilusorio. En un solo país (Francia), la proporción de los gastos privados es inferior al 10%, pero también cabe señalar que hay diferencias en cuanto a la cobertura, total o parcial, de estos gastos para personas en situaciones de necesidad. En cualquier caso, el libre acceso a todos los servicios de salud no existe en ninguna parte de Europa.

Manejando las listas de espera

Se han probado muchas políticas para combatir las listas de espera, ya que es un problema importante, tanto desde la perspectiva del paciente como desde el punto de vista socioeconómico, pero la conclusión del sólido trabajo realizado por la OCDE es que garantizar los tiempos de espera solo funciona si se cumple. Una forma eficiente de hacerlo es combinar la garantía de tiempo de espera con la posibilidad de que el paciente elija ser atendido por proveedores de salud alternativos, incluido el sector privado, si tiene que esperar más tiempo de lo que está estipulado como tiempo de espera máximo garantizado.¹⁶ Para ello, debe desarrollarse una oferta alternativa que facilite la elección, lo que en la mayoría de los casos significa que los hospitales privados conviven con los hospitales públicos.

También es probable que si un país tiene una mezcla de

hospitales públicos y privados las listas de espera no existan o sean mucho menores porque tienen oferta y capacidad de elección. La siguiente cita es una indicación de por qué los hospitales privados ayudan a reducir las listas de espera a través de un enfoque más orientado al paciente:

*Los hospitales compiten por los pacientes, que son libres de elegir ser tratados en cualquiera de los hospitales que operan en el sistema de salud pública. Este sistema conduce a una atención mucho más orientada al paciente y evita la aparición de limitaciones, priorización de los tratamientos o listas de espera. Por lo tanto, la amplitud de los tiempos de espera para los procedimientos médicos es mucho menor que en Canadá. Los largos tiempos de espera en las salas de urgencias, muy frecuentes en los hospitales canadienses, también son desconocidos en Alemania.*¹⁷

14 *Waiting time policies in the health sector: What works?*, OECD 2013, page 29.

15 *OECD: Health at a Glance*, OECD 2012

16 *Waiting Time Policies in the Health Sector: What Works?*, OECD 2013.

17 *Montreal Economic Institute: The Private Sector within a Public Health Care System. The German Example by Frederik Cyrus Roeder.* http://www.iedm.org/files/note0212_en.pdf

Movilidad y elección del paciente

En la mayoría de los países europeos los pacientes tienen la opción de elegir entre varios proveedores de servicios de salud, lo que significa que la competencia ha llegado al mercado de la salud - al menos en cierta medida. Cómo se anuncia esto y que los pacientes se sientan suficientemente informados y capacitados para tomar estas decisiones es otra cuestión. Pero la posibilidad de elección ha introducido cierta competencia que puede utilizarse como una vía para promover la calidad y reducir los tiempos de espera.

Por otra parte, la Directiva de Asistencia Sanitaria Transfronteriza da a los ciudadanos europeos la opción de ir a otro país de la UE a recibir tratamiento, cumpliendo ciertas condiciones allí. Este derecho es aún menos conocido que las opciones a nivel nacional y, por supuesto, el traslado a otro país con un idioma diferente para someterse a un tratamiento implica más barreras que las puramente formales. Por otro lado, los pacientes informados pueden -y posiblemente lo harán- reclamar sus derechos para elegir

un proveedor de atención médica en otro país de Europa.

Existe un punto de contacto nacional que proporciona información sobre la asistencia sanitaria transfronteriza en cada país europeo, pero aparentemente los ciudadanos saben poco o nada sobre estos centros de información. Sólo un 10% de los ciudadanos europeos conocen los centros, según una encuesta del Eurobarómetro 2015.¹⁸

El libro «Salud y Hospitales en Italia - Informe anual 2015 de AIOP, Asociación Italiana de Hospitales Privados» recoge la cuestión de la movilidad de pacientes a nivel europeo con bastante detalle, y concluye que «los gobiernos en Europa tienden a tomar «medidas conservadoras» por miedo a generar cargas adicionales para sus servicios nacionales de salud, que ya están bajo estrés financiero y se enfrentan a una demanda cada vez mayor de servicios por el envejecimiento de la población y el consiguiente aumento de las exigencias de atención sanitaria».¹⁹

Atención sanitaria centrada en el paciente

En términos generales, la provisión de servicios de salud tiende a orientarse cada vez más al paciente en lugar de al proveedor. Al menos en teoría. Los profesionales de la sanidad aun están valorando lo que es posible y lo que no. Mientras, los sistemas de salud públicos son irónicamente cada vez más «mecánicos» en sus operaciones, debido a la introducción de nuevos sistemas diseñados para aumentar la eficiencia, pero que suelen terminar siendo una carga más por la elaboración de informes sobre el uso de recursos, generalmente relacionados con los costes y no con los resultados. En consecuencia, el paciente deja de ser el centro de atención y el tiempo para dedicarle es menor.

Actualmente, las discusiones acerca de las políticas sanitarias y la salud están muy relacionadas con la capacitación del paciente y los enfoques centrados en el paciente. Esto enlaza con los debates sobre Cuidado de la Salud Basado en el Valor, ya que los resultados reportados por el paciente son una parte importante de las mediciones del valor. Al mismo tiempo, existe una tendencia hacia una mayor competencia entre los proveedores de salud, que es cada vez más transparente a medida que se publican los rankings de calidad. Si el enfoque relacionado con el paciente resulta ser exitoso y

si se mide (al menos en parte) por los resultados aportados por el paciente, esto dará a los hospitales parámetros claros para competir en el mercado.

El enfoque centrado en el paciente ha introducido resultados reportados por el paciente. Estamos pasando de la evaluación de la sanidad en base a mediciones puramente clínicas a indicadores de resultados: PROMs (Patient Reported Outcome Measures) y PREMs (Patient Reported Experience Measures), parámetros que se centran en las experiencias y opiniones de los pacientes. El valor de estos parámetros se puede discutir pero es evidente que su introducción está moviendo el enfoque hacia los pacientes y su percepción de las experiencias en el sistema de salud, que también se comunican externamente e influyen en la elección de uno u otro proveedor en los futuros pacientes.

Por supuesto, el poder de elección del paciente depende en gran medida de si el propio sistema lo permite, cosa que no está disponible en todo el mundo, y también de la información proporcionada sobre la calidad del tratamiento y la creación de valor en las diferentes áreas del sistema.

¹⁸ *Health and Hospitals in Italy. Annual Report 2105. Aiop 2016. page 73.*

¹⁹ *Health and Hospitals in Italy. Aiop Annual Report 2015, page 71.*

Aquí, es importante señalar que lo que para los profesionales de la salud puede parecer una comunicación transparente y clara, puede ser insuficiente desde el punto de vista de los pacientes. También hay que señalar que hay grandes diferencias en el nivel de conocimientos sobre salud entre los ciudadanos, lo que significa que debe ponerse especial atención en el proceso de comunicación si queremos evitar el aumento de la desigualdad en el acceso a la salud y la información sobre salud.

El uso sistemático de PROMs y PREMs mantendrá automáticamente el foco en la visión de los pacientes y, por lo tanto, ayudará a definir vías óptimas para cada circunstancia y ayudará a mantener un fuerte enfoque en la creación de valor en los sistemas de salud. En muchos casos probablemente conducirá a una reorganización, ya que la reorganización de la atención sanitaria en torno a enfermedades o condiciones

tiende a conducir a los mejores resultados desde una perspectiva de valor (y recuerde que el concepto de valor incorpora tanto los costos como la calidad de los resultados).

Reorganizar la atención sanitaria en esta dirección puede ser una «revolución cultural» para los profesionales de la salud, de igual manera que las organizaciones han sufrido cambios en muchos de los aspectos de su vida económica. La experiencia en muchos lugares del mundo ha demostrado que las clínicas que se centran en enfermedades o condiciones específicas reúnen la experiencia y las economías de escala necesarias para aumentar la calidad y el valor de sus servicios hasta niveles muy altos.

Un ejemplo es la Clínica Martini en Alemania, donde se comenzaron a medir los resultados de la atención del cáncer de próstata en 1994. Es un ejemplo de especialización cuyos resultados reflejan sin duda sus ventajas.²⁰

Síntoma	Clinica Martini	Media Alemania
Cualquier incontinencia	6.5%	43.3%
Incontinencia urinaria grave	0.4%	4.5%
Disfunción eréctil grave	34.7%	75.5%

Este ejemplo por sí solo no puede utilizarse para justificar conclusiones generales, pero en los últimos años se han desarrollado iniciativas similares que apoyan la idea de que centrarse en enfermedades o condiciones particulares (desde cefaleas hasta intervenciones de cadera y rodilla o problemas cardíacos) aumenta la calidad, reduce el coste y, por tanto, aumenta el valor. Además, es muy beneficioso de cara al paciente, ya que puede dirigirse a una organización centrada en su condición en lugar de ser enviados a diferentes servicios que a menudo están mal integrados.

Además, los sistemas de pago y reembolso están cada vez más relacionados con el mismo principio, es decir, los pagos por tratar una situación determinada en lugar de pagar por los servicios prestados. Esto crea un incentivo para que el paciente sea tratado de la manera más efectiva posible, sin ser sometido a pruebas y tratamientos a menudo innecesarios.

Esta tendencia, sin embargo, también da lugar a críticas hacia los hospitales privados, que son acusados de seleccionar “la flor y nata” de los pacientes y especializarse demasiado, y que esta especialización es la razón por la que son más eficientes. Pero la creciente especialización que observamos a menudo en los operadores privados (aunque no exclusivamente) es en realidad la forma en que están evolucionando los sistemas sanitarios, de acuerdo con los principios del Cuidado de la Salud Basado en el Valor que,

una vez más, se considera esencial para lograr la sostenibilidad de los sistemas europeos de salud. Por supuesto, los encargados de diseñar los servicios de salud tienen la responsabilidad de mantener instituciones que puedan ocuparse de todas las enfermedades, incluidas las raras, y atender también las necesidades educativas y de formación a las que puede que no lleguen las organizaciones. No hay motivo por el que esto deban hacerlo exclusivamente los hospitales públicos. En sistemas de provisión equilibrados incluso los tratamientos de enfermedades raras, los tratamientos de cuidados intensivos y la formación están siendo prestados por los hospitales privados.

¿Podrán los hospitales privados crear un sistema de salud mejor y más eficiente para los pacientes? Probablemente, pero la pregunta sería más bien: ¿Podrán los sistemas de salud europeos mantenerse en el futuro a menos que se proporcione más atención médica privada? ¿Podrá seguir gastándose e invirtiéndose el dinero público a la velocidad necesaria para hacer frente a las presiones demográficas y financieras? **Si la respuesta es no, que es lo más probable, frenar una participación mayor de la sanidad privada nos llevará a mayores listas de espera y sistemas de salud más desiguales, con más pagos directos por parte de los pacientes. Sin duda, esta evolución tendrá un impacto social negativo que afectará primero y más duramente a las partes más débiles de la población.**

20 M. Porter, J. Deerberg-Wittram, C. Marks. “Martini Klinik: Prostate Cancer Care”, Harvard Business School Case (2014); M. Porter, J. Deerberg, and R. Kaplan, ‘Outcomes Measurement’.

3 | La perspectiva del Sistema de Salud





Básicamente, los hospitales de propiedad privada se distinguen de las instalaciones públicas y de los centros sin ánimo de lucro por el hecho de que el capital privado se emplea en la empresa. Esto tiene ventajas y desventajas en comparación con los otros tipos de hospitales. Por una parte, el uso de fondos privados no es gratuito, ya que está sujeto al pago de intereses y, además, el uso de capital privado tiene otros costes como el pago anual de dividendos a quienes aportan capital. Esto, por un lado, reduce la capacidad del hospital para invertir, pero por otra le permite aprovechar los mercados de capitales para obtener fondos. Esto, a su vez, aumenta la capacidad de inversión porque el reparto de parte de sus ganancias hace que los hospitales se vuelvan atractivos para los inversores. Para el capital privado es ventajoso invertir en el sistema sanitario. Los hospitales sin fines de lucro no tienen esta opción, ya que solo pueden recurrir a subvenciones gubernamentales y capital de deuda. Sin una inversión suficiente, es difícil para un hospital optimizar sus procesos clínicos.

Esta afirmación, incluida en el informe sobre hospitales privados en Alemania en 2015,²¹ describe muy bien la situación de los hospitales privados. Trabajan dentro del sistema general de salud, generalmente son financiados por trabajar para el sistema público bajo un estricto control de las autoridades públicas - incluyendo los niveles de calidad, pero utilizan capital privado y, por lo tanto, tienen que ser rentables para recompensar a los inversores y seguir atrayéndolos. Sin embargo, dado que las finanzas públicas son cada vez más escasas, los hospitales privados no suponen una carga para su inversión y por tanto pueden invertir de forma plurianual, lo que será cada vez más necesario para mantenerse al día de los últimos avances tecnológicos.²² Los fondos privados procedentes de fondos de pensiones están aumentando, ya que la generación del baby boom ha creado planes de pensiones a gran escala.

Si estos fondos pueden invertirse en el sistema de salud y evitar que haya que invertir dinero público, al mismo tiempo que proporcionan un ingreso estable y razonable para la creciente multitud de jubilados, se crearía un círculo económico ejemplar.

Comparando el sistema de salud canadiense, que depende

mayoritariamente de hospitales públicos, y el alemán, con su combinación de hospitales públicos y privados, el autor presenta una serie de ventajas de los proveedores privados de salud:²³

La orientación de la dirección hacia la obtención de beneficios parece ser una de las principales ventajas de los hospitales privados con ánimo de lucro en Alemania. Dado que los inversores esperan un rendimiento de mercado para su inversión, la presión para optimizar la gestión del hospital es mucho mayor. Por lo tanto, los cambios en los procesos y los planes de reestructuración necesarios dentro del hospital son llevados a cabo más rápidamente.

El acceso a capital adicional da a los hospitales privados con ánimo de lucro la ventaja de poder realizar las inversiones necesarias, especialmente aquellas que disminuyen los costes operativos, como las destinadas a aumentar la eficiencia energética. Los hospitales privados con ánimo de lucro tienen el nivel de inversión por caso más alto (aproximadamente un 64% más que los hospitales públicos), lo que permite ofrecer tratamientos más avanzados y equipos médicos más modernos. Esto contrasta claramente con los hospitales públicos de Canadá, que no están autorizados a pedir préstamos de forma independiente en los mercados financieros.

Los hospitales privados con ánimo de lucro están más centrados en su actividad principal: curar a los pacientes. En consecuencia, muchos servicios secundarios son prestados por proveedores subcontratados (restauración, adquisiciones o gestión de instalaciones).

Los hospitales públicos tienden a mantener muchos servicios que no son parte de su tarea principal, lo que conduce a costes adicionales. Los hospitales alemanes están sujetos a mecanismos de transparencia y garantía de calidad muy estrictos. Cualquier ciudadano puede acceder online a los informes anuales de calidad de cada hospital (que deben incluir los casos de mala praxis y las tasas de infección). Los medios de comunicación locales tienden a servir de vigilante adicional, escudriñando el nivel de calidad en los hospitales. Por lo tanto, los hospitales privados con ánimo de lucro están sometidos a presión para no bajar la calidad de sus servicios al tiempo que hacen un esfuerzo por maximizar los beneficios a corto plazo.

21 Boris Augurzky, Adam Pilny, Ansgar Wübker: *Privately Owned Hospitals – 2015*, Essen 2015, p. 12

22 *Corporatization (the change of legal status of public hospitals to become companies under private law) has for example been used in Poland. See Delivering hospital services: A greater role for the private sector?, Eurofound, <https://www.eurofound.europa.eu/publications/report/2017/delivering-hospital-services-a-greater-role-for-the-private-sector>*

23 *Montreal Economic Institute: The Private Sector within a Public Health Care System. The German Example by Frederik Cyrus Roeder. Op cit.*

De lo contrario la reputación del hospital quedaría dañada y también su competitividad en términos de atraer pacientes. De acuerdo con las auditorías de calidad, por cada 100 hospitales, el número de problemas de calidad en los hospitales públicos fue un 9% superior al de los hospitales privados con ánimo de lucro.

Al margen de su orientación a los beneficios, hay otras cuestiones por las que se critica a los hospitales privados, en particular, el ya mencionado efecto «*cream-skimming*», es decir, escoger a los pacientes mejores o más fáciles, pero también se les acusa de evitar la prestación de servicios esenciales, y por dar empleo en malas condiciones.

Hay muchos tipos de hospitales, desde pequeñas clínicas con un número limitado de servicios a grandes hospitales universitarios que son capaces de tratar casi todas las enfermedades y son activos en investigación y formación de futuros profesionales. Las mismas distinciones son válidas tanto para los hospitales públicos como para los privados. El efecto “*cream-skimming*” ocurre cuando los hospitales evitan algunas de las cargas que tienen otros hospitales, por ejemplo atender los casos difíciles, tener una amplia variedad de especializaciones y proporcionar formación. Pero esto tampoco se da en todos los hospitales públicos necesariamente y si los hospitales privados eligen, por ejemplo, concentrarse en algunas especialidades, lo más probable es que sean muy eficaces y esto no es perjudicial. En realidad es positivo en términos económicos y de generación de valor porque libera recursos en otros

hospitales para llevar a cabo intervenciones específicas y otras tareas. Como se describe en el tema anterior, esta actuación de los hospitales privados es una de las tendencias que está más presente en la evolución de los sistemas sanitarios, que ponen cada vez más énfasis en la calidad, la creación de valor y el paciente.

Cuando se trata de la calidad, los hospitales privados que trabajan para sistemas nacionales de salud, lo hacen bajo una estricta supervisión de las autoridades públicas y también son remunerados como los hospitales públicos - a menudo en base a los GRDs (grupos relacionados de diagnóstico), que es el sistema de reembolso dominante en Europa. Este sistema conecta el pago con un diagnóstico o la enfermedad en lugar de pagar por los servicios de manera separada, en un intento de motivar a los proveedores de salud a ser más eficientes en la cura de la enfermedad en lugar de pensar en términos de número de ocupación de camas o incluso en términos de cambio de pagos recibidos. Aunque se podría pensar que los hospitales con fines de lucro pueden preocuparse más «por los accionistas que por las partes interesadas», la realidad es que no ocurre por el estricto control de las autoridades y la necesidad de mantener unos niveles óptimos de calidad para no perder los contratos públicos y seguir siendo atractivos para los pacientes. En resumen, un hospital con fines de lucro y uno sin fines de lucro pueden actuar de forma similar en muchos casos.²⁴

Administración

Los hospitales privados normalmente estarán administrados por un Comité compuesto por profesionales que persiguen el objetivo de una prestación eficiente de servicios. Para algunos consistirá en maximizar los beneficios, pero el día a día de un hospital privado nos demuestra que este no puede ser su objetivo principal. Un servicio de mala calidad desembocará en la pérdida de pacientes y en el fin de la colaboración con el sistema público.

El Comité de Dirección no suele interferir demasiado en el día a día de la gestión del hospital, sino que se encarga de definir la estrategia de la empresa a largo plazo. La es-

trategia buscará un superávit para reinvertir y repartir a los inversores, lo que hace necesario alcanzar los objetivos eficazmente, pero también con un alto nivel de calidad y satisfacción del paciente. Por otra parte, las Juntas de Gobierno de los hospitales públicos pueden estar influidos por intereses políticos alejados de lo puramente sanitario.

Un informe reciente sobre «las incómodas realidades» en la salud europea²⁵ señala la necesidad de privatizaciones en el sector sanitario europeo para que siga siendo sostenible, y afirma lo siguiente sobre los hospitales privados y su gestión:

24 Partrick Jeurissen, *For-profit hospitals*, op.cit. p.3

25 Patrick Jeurissen, Antonio Duran and Richard B. Saltman: *Uncomfortable realities: the challenge of creating real change in Europe's consolidating hospital sector*, Op.cit.

La gestión de los hospitales en gran parte de Europa suele operar sobre las estructuras profesionales internas, la contratación y el despido, los incentivos relacionados con el desempeño, la supervisión diaria de la actividad, la recopilación de datos para los gobiernos nacionales y regionales y otros contribuyentes y entes relacionados, los criterios para evaluar si se han alcanzado los objetivos y los indicadores de rendimiento (independientemente de si se publican o no posteriormente), etc. Sin embargo, especialmente en los hospitales públicos, los políticos (bien sentándose a la mesa con la junta directiva o a través del nombramiento de miembros de la junta) continúan desempeñando un papel estratégico importante: estable-

cen objetivos, establecen límites operacionales a través de la planificación de personal, negocian y regulan los contratos de personal y los niveles de pago y toman decisiones sobre cuestiones financieras. Los hospitales son los principales empleadores locales y, por eso, los políticos suelen tener mucho interés en mantener la actividad actual y los niveles de empleo en estas instituciones. No es de extrañar que tiendan a dudar en iniciar un cambio organizativo importante, si prefiriendo normalmente añadir nuevos tipos de instituciones sanitarias con formas y funciones muy diferentes en tiempos de expansión presupuestaria. Por otra parte, los hospitales públicos endeudados forman grandes deudas en los balances públicos.

Eficiencia

En un hospital propiedad de capital privado y no de entidades públicas es esencial que a largo plazo exista un superávit para satisfacer a los inversores, lo que a su vez requiere alcanzar la eficiencia en términos de control de costes y productividad para crear economías de escala y

optimizar los procesos clínicos. Hay muchos incentivos directos para los hospitales privados y también, aunque en menor grado, para otros hospitales, pero ¿quién lo hace mejor? No hay cifras paneuropeas, pero podemos observar las cifras en Alemania.²⁶

Todas las cifras son € por case-mix*	Privado	Sin ánimo de lucro	Municipal
2005	2.961	3.081	3.238
2009	2.948	3.259	3.388
2012	2.874	3.428	3.554

*case-mix (perfil de casos, espectro de casos o tipos de casos)

Los hospitales privados no sólo tienen costes más bajos, sino que sus costes van disminuyendo a lo largo del periodo. La principal razón, según los autores, es que para generar un retorno sobre el capital invertido, los hospitales deben minimizar los costes, y un método para hacerlo es «generar economías de escala mediante alta ocupación, lograr la especialización de los servicios y optimizar los procesos clínicos además de una administración razonable de los costes».²⁷

Esta es una buena explicación, pero otra podría ser el hecho de que, en algunos países, los hospitales privados se están librando de algunas tareas bastante costosas, ya

que las cifras muestran “el coste en euros por case-mix de la atención ambulatoria, la investigación y la enseñanza, incluyendo los gastos para el fondo de formación”.

Sin embargo, no tenemos suficientes datos como para saber si ofrecen una mejor relación calidad-precio o son más eficientes los hospitales públicos o los privados. En muchos países europeos existe una mezcla de hospitales públicos, hospitales sin ánimo de lucro y con fines de lucro, aunque la teoría económica siempre afirmará que el modelo corporativo es más eficiente y capaz de atraer inversiones, ya que garantizan un retorno de la inversión.

²⁶ Augurzsky, Pilny abd Wübker, *Privately Owned Hospitals – 2015*. RWI. ISBN 978-3-86788-681-9, page 23

²⁷ *Privately owned hospitals – 2015 op.cit. page 22-23*

Según un estudio de 2016 sobre los cambios en el sector sanitario europeo, los hospitales privados responderán mejor a la evolución y los cambios, serán eficientes y tendrán una estructura de costes de personal diferente a la de los hospitales públicos en el sentido de que los médicos y gestores están bien pagados, pero el personal de enfermería y otros empleados cobran menos que en el sector público. Cabe señalar que en los hospitales privados hay pocos empleados no sanitarios, ya que muchos servicios se externalizan.

Existen pruebas consistentes, tanto en Estados Unidos como en Europa de que un margen más alto de benefi-

cios recompensa a los «accionistas», pero generalmente se obtiene por el ahorro en los pagos a otras «partes interesadas» como los contribuyentes y aseguradores. Las organizaciones con fines de lucro parecen tener una estructura de costes diferente con una compensación más alta para el personal de administración y para el personal médico, pero más baja para las enfermeras y otras categorías de empleados... Sin embargo, las organizaciones con fines de lucro son más sensibles a los incentivos y otros cambios y con el tiempo pueden contribuir a estrategias que se alejan del hospital tradicional y llevan a modelos de negocios que apoyan la actividad basada en la búsqueda de valor y la colaboración.²⁸

Hospitales privados como fuentes de empleo²⁹

No hay datos sobre cuántas personas están trabajando en hospitales privados en toda Europa, pero está claro que los hospitales privados son una gran fuente de empleo. Según datos proporcionados por las asociaciones nacionales de algunos países europeos donde los hospitales privados

tienen un papel significativo en el sistema de salud, los hospitales privados con fines de lucro contaban con un personal de alrededor de 715.000 personas en 2015.³⁰ Esta cifra, que claramente está muy por debajo de la cifra real, se puede dividir en varios grupos de trabajadores:

Médicos	Enfermeras	Otros
117.641	235.582	360.525

Según un análisis del sector de los hospitales privados alemanes³¹, el coste del personal, que representa alrededor del 57% del total, es menor en los hospitales privados que en los hospitales públicos. Esto podría significar salarios más bajos para los trabajadores, ya que «los hospitales de propiedad privada generalmente prefieren los acuer-

dos salariales internos y no están sujetos a las reglas de negociación colectiva, lo que permite un mayor grado de remuneración vinculada al rendimiento. En segundo lugar, puede reflejar una mayor eficiencia en la provisión de servicios y el posible mayor nivel de subcontratación por parte de los hospitales privados”.

²⁸ Patrick Jeurissen, Antonio Duran and Richard B. Saltman: *Uncomfortable realities: the challenge of creating real change in Europe's consolidating hospital sector*, May 2016. *Op. cit.*

²⁹ Please also see the discussion in the following chapter on the private hospitals and the societal economy

³⁰ Please see statistics in the annex to this book and the discussion in the following chapter.

³¹ *Privately Owned Hospitals – 2015 op. cit. page 24*

4 | Sociedad y macroeconomía





La salud es una responsabilidad colectiva en Europa. Es importante para todos, para los pacientes, para los pacientes potenciales y para el contribuyente general, porque al final lo pagamos todos los ciudadanos, ya sea en calidad de contribuyentes o como tenedores de seguros. En las sociedades donde la salud se paga de forma más privada, la dimensión colectiva significa mucho menos y los ciudadanos se preocupan menos por la salud de otras personas. Este es, sin duda, uno de los temas importantes en el debate sobre la reforma del sistema sanitario en EEUU, la discusión sobre colectivización o individualización.

Pero en Europa aun somos colectivamente responsables, y por lo tanto la responsabilidad política es y debe ser siempre una parte de la ecuación. Esto no tiene que ver con que los servicios sean prestados por el sector público o privado, sino con cómo se gasta el dinero, que es una responsabilidad común y, por lo tanto, política. Incluso si hay un mercado para los servicios de salud en Europa, no es un mercado libre. Las instituciones privadas de salud trabajan bajo el estricto control y escrutinio de las instituciones públicas. Esto significa que existen mecanismos para evitar que el contribuyente pague demasiado, pero también debe significar que el gasto en salud se hace de la manera más ventajosa desde el punto de vista económico -y eso puede significar que el sector privado ofrece soluciones económicamente eficaces.

Volviendo a una visión holística de la sanidad, hay que tener en cuenta las diferentes partes del sistema, desde el sector primario en hospitales hasta la comunidad y la asistencia domiciliar. Esto significa centrarse en analizar dónde son necesarias las inversiones, en lugar de discutir cada parte del sistema de forma individual, por ejemplo, los médicos o los hospitales.

Se han producido cambios en el papel de los diferentes componentes a lo largo del tiempo, y habrá más cambios en el futuro:

Desde el punto de vista clínico, los hospitales siguen siendo la piedra angular de los sistemas sanitarios. Una gran parte de su crecimiento en el futuro vendrá de la mano de la evolución de la atención comunitaria, la cirugía ambulatoria y otros servicios ambulatorios. Además, mientras que las innovaciones tecnológicas fueron en su época un factor principal de atracción para llevar a los médicos a los hospitales, los desarrollos actuales les permiten realizar cada vez más cantidad de su trabajo fuera de los hospitales. La atención fuera de los hospitales se

está reforzando con el aumento de las enfermedades crónicas como la obesidad y la diabetes, que aumentan la necesidad de estrategias más conductuales que médicas. Se espera que todas estas fuerzas extra hospitalarias se intensifiquen como resultado de las medidas de austeridad adoptadas en toda Europa desde el inicio de la crisis financiera de 2008.

Aparte de su tamaño y su importante poder de negociación, los hospitales tienen pocas cartas fuertes. Cada vez más actividad se realiza de forma ambulatoria, tanto dentro como fuera de la institución. El valor de las actividades que se llevan a cabo en los hospitales dependerá en última instancia de (i) la calidad de la atención prestada y la aplicación de procedimientos, y (ii) el impacto de dicha atención en la salud de los pacientes en comparación con la atención primaria y ambulatoria u otras modalidades híbridas. El alcance potencial de estos cambios estructurales puede ser muy grande y las ventajas tradicionales de la red de los sistemas hospitalarios parecen disminuir. La preservación de las organizaciones (hospitalarias) no se considera una estrategia sostenible para ofrecer valor.³²

Las crisis económicas y financieras han marcado la discusión sobre los sistemas de salud y la forma en que se financian. La respuesta inicial fue la reducción de costes a medida que la influencia se trasladó gradualmente de los ministerios de sanidad a los ministerios de economía, pero su evolución ha demostrado que la reducción de costes a corto plazo en realidad conduce a aumentar el gasto, por ejemplo, por malos diagnósticos e intervenciones tempranas que resultan en una complicación de las enfermedades que hay que tratar a más largo plazo. Esto se hace más evidente cuando se consideran períodos más largos que los ciclos presupuestarios habituales de un año.

Desde el comienzo de la crisis económica, hemos visto intervenciones anuales en el gasto público que, con una lógica «financiera», han limitado la actividad, con efectos acumulativos que tienen consecuencias en la atención sanitaria «real» en términos de esperas más largas, aumento del copago, una participación progresiva en gastos y las cargas fiscales a cargo de los ciudadanos. Entre estos dos extremos, el «financiero», basado en las reducciones tradicionales del gasto directo, y el «real», que debe tener en cuenta el impacto de las medidas en los pacientes, no ha habido una reestructuración efectiva ni una reestructuración organizativa de los sistemas hospitalarios públicos».³³

32 Patrick Jeurissen, Antonio Duran and Richard B. Saltman: *Uncomfortable realities: the challenge of creating real change in Europe's consolidating hospital sector*, May 2016. *Op.cit.*

33 *Health and Hospitals in Italy. Annual Report 2015 by the Italian Association of Private Hospitals*, *op.cit.* page 20

Otro factor importante a tener en cuenta es que se debe enfocar la sanidad desde un punto de vista holístico, lo que incluye promover cambios en el comportamiento de la población para prevenir enfermedades crónicas, así como curar las enfermedades, realizar intervenciones de alta calidad y, por supuesto, garantizar una implementación eficaz y sin grandes costes («lean implementation»).

Por otra parte, la tecnología está avanzando y las nuevas tecnologías están llegando al mercado cada vez más rápido. La cuestión es si los hospitales públicos, con su capacidad de inversión limitada, pueden adaptarse a los cambios, como el aumento de la actividad extra hospitalaria y ofrecer procesos simplificados y eficaces.

En cualquier caso, la necesidad de una ejecución más eficaz y la creación de más valor en la asistencia sanitaria se hace aún más evidente a la luz del continuo escenario de bajo crecimiento económico en Europa, la mala situación

financiera de los sistemas públicos a la que nos enfrentamos todavía en la actualidad y la gran amenaza del sistema de bienestar europeo: el desarrollo demográfico. Esto no significa (necesariamente) presionar al personal, sino hacer las cosas de una manera más inteligente. Es esencial reducir el despilfarro y aumentar la eficiencia a través de la innovación en los procesos clínicos y en la gestión, la aplicación de las últimas tecnologías y las técnicas más eficaces. Para ello necesitamos flexibilidad, capacidad para invertir, incentivos a la productividad y, se quiera o no, tener como objetivo lograr un resultado positivo. Es una condición indispensable para que la institución sea sostenible y también un fuerte factor de motivación.

Pero la cuestión más grave desde una perspectiva social es que, debido a las presiones sobre el Estado de bienestar, y en gran medida sobre la sanidad, los sistemas europeos con sus ideales de acceso libre e igualitario no son sostenibles.

Los hospitales privados como contribuyente a la economía en general

La sanidad suele llamar la atención por ser una de las grandes áreas de gasto del sector público europeo, pero el sector de la salud también contribuye de forma importante al empleo, los impuestos, la innovación y el crecimiento económico en Europa.

Desde el punto de vista del empleo, los hospitales privados en Europa son grandes empleadores, como se puede ver en estas cifras³⁴ :

País	Médicos empleados	Enfermeros empleados	Otros profesionales	Total
Alemania 	22,602	49,831	54,552	126,985
Francia 	41,287	51,940	104,766	197,993
Italia 	13,440	20,956	40,766	75,162
España 	25,463	36,720	64,234	126,417
Portugal 	1,544 a jornada completa y 5,431 a media jornada	3,042	5,514	10,100
Polonia 	13,300	18,000	20,000	51,300

34 Information obtained from national association of private hospitals (see Annex). Figures are for 2015.

Esto significa que el sector hospitalario privado emplea a unas 600.000 personas solo en estos países, sin contar los empleos indirectos que genera, por ejemplo, en los servicios de limpieza y restauración de los centros, laboratorios farmacéuticos y empresas de tecnología médica.

¿Son buenos empleadores los hospitales privados? En cuanto a la estabilidad laboral, es probable que no haya mucha diferencia entre el sector privado y el sector público. La legislación y los convenios colectivos establecen las reglas básicas pero, evidentemente, hay diferencias en los niveles de salario, que pueden reflejar la demanda de ciertos profesionales, los incentivos y las diferencias regionales.

EUROFOUND, la fundación europea para la mejora de las condiciones laborales y sociales, da en su informe “El empleo y las relaciones laborales en el sector del cuidado de la salud”³⁵ una visión general del empleo y las relaciones entre sindicatos y los empleadores (y el sector público). Una de las conclusiones es que, en la mayoría de los países europeos, los sindicatos que representan a los profesionales sanitarios son los mismos para el sector privado y el público, mientras que muy pocos países tienen sindicatos separados. Sin embargo, el informe no da una idea clara de si es mejor empleador el sector público o el privado, probablemente porque la respuesta no depende de la distinción entre privado o público, sino de muchos otros factores.

Los hospitales privados son empresas y como tal pagan impuestos, a diferencia por supuesto de los hospitales públicos.

Los hospitales privados alemanes pagaron aproximadamente 137 millones de euros de impuesto sobre la renta de las empresas en 2013, a pesar de beneficiarse de menos subvenciones gubernamentales.³⁶

La inversión y el clima económico general en torno a las políticas sanitarias europeas de los próximos años se caracterizará por la escasez de capital público, la necesidad de mejorar la eficiencia y un enfoque basado en la generación de valor desde la perspectiva del paciente.

En el caso de invertir en nuevos hospitales, probablemente se utilizarán alternativas para que la inversión no recaiga en los presupuestos públicos porque es evidente la gran pre-

sión que ejerce la inversión necesaria sobre las arcas públicas. En algunos países no se cuestiona el uso de fórmulas alternativas, pero en otros, generalmente en los que el sector público suele asumir todo lo relacionado con la sanidad, es muy difícil de hacer, aunque haya capital privado disponible para invertir en hospitales.

Pero los hospitales no se convierten en privados sólo porque el capital privado pague su construcción. El sector público puede hacerse cargo del hospital recién construido y equipado y administrarlo como hospital público. La diferencia es que tendrá que pagar un «alquiler» a los inversores.

Sin embargo, dada la presión sobre las finanzas públicas, en los próximos años no veremos muchos nuevos proyectos hospitalarios iniciados por el sector público. En general, podemos esperar que disminuya el número de camas hospitalarias, no porque haya menos enfermos, sino porque se reducirán los periodos de hospitalización y porque los pacientes serán tratados cada vez más fuera de los hospitales tradicionales.

Mientras que el gasto en salud en Europa es alrededor de un 8-10% del PIB las inversiones son mucho más bajas. En 2013 fue inferior al 1%, rondando la media el 0,5% y las cifras no indican una fuerte evolución, al menos en el último período entre 2005 y 2013.³⁷

Si, como es de esperar, se continúa evolucionando hacia un sistema sanitario basado en la generación de valor, cabe esperar que se reorganicen muchas partes del sistema para crear centros altamente eficientes especializados en enfermedades por parte de la industria de dispositivos médicos, la industria farmacéutica, por terceros o por hospitales públicos o privados. A medida que los pagos y los reembolsos se basen en la creación de valor, éste podría convertirse en el modelo de negocio dominante para los accionistas en el sector de la salud.

¿Será el sector sanitario público lo suficientemente flexible como para dar este giro? Puede ser, pero no es lo más probable. Los ejemplos de soluciones organizativas innovadoras hasta ahora han venido de la industria o de la sanidad privada, cosa lógica porque el retorno de sus inversiones depende de la constante revisión y evolución de sus modelos de negocio más relevantes (y rentables).

35 ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=9423&langId=en

36 *Privately Owened Hopistals*, 2015, *op.cit.* p 35

37 *OECD: Health at a Glance 2015*, page 175. <http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/8115071e.pdf?expires=1479661829&id=id&accname=guest&checksum=3DE4505F7BA019DD28B2771E47A9844E>

Así pues, en algunos casos el sector público pedirá al sector privado que proporcione centros especializados u otras soluciones que se consideren necesarias o el sector privado lo hará por iniciativa propia porque verán un potencial de negocio que puede atraer capital.

Como se mencionó anteriormente, la inversión en el sector hospitalario de los inversores privados sólo continuará si el retorno de la inversión es satisfactorio. Esto puede lograrse con grandes ingresos (procedentes en gran medida de la sanidad pública), costes bajos o una combinación de ambos. Sin embargo, la demanda de reembolsos del sector público no es un mercado libre y está lejos de serlo. Por supuesto, deben cumplirse los estándares de calidad, pero hay todo tipo de límites y esquemas de reembolso establecidos como los GRDs.

Pensando en los gastos, es tentador pensar que simplemente haya que buscar la reducción de costes. Aunque el capital privado ofrece incentivos para la reducción de costes, al ser eficaz y utilizar proveedores y suministros que proporcionan un alto valor (altos resultados en relación con los costes), acciones como el pago insuficiente a

los profesionales o la disminución de la calidad serán rápidamente castigadas por los inversores, ya que reducen el retorno de la inversión a medio plazo.

En estos años de bajo crecimiento económico y tipos de interés muy bajos, el retorno de la inversión no ha sido muy alto, pero esto puede mejorar con el tiempo. Las fuentes de inversión son muchas y se sienten cada vez más atraídas por grupos consolidados de hospitales privados. No obstante, una nueva fuente de capital para invertir en la construcción de hospitales es la de los fondos de pensiones, que son más grandes y tienen mayor liquidez que nunca. En el caso de los fondos de pensiones, invertir en salud de alguna manera convierte la carga del envejecimiento en una ventaja para la sociedad y crea flujos económicos entre generaciones, aunque, por supuesto, no disminuye las demandas de retorno sobre las inversiones.

Para analizar la capacidad de inversión veremos la situación en Alemania, donde la capacidad de inversión es mucho mayor en los hospitales privados que en los hospitales públicos.³⁹

■ Capacidad de inversión de hospitales generales. 2013. Participación en %

	Privados	Sin ánimo de lucro	Públicos
Gran capacidad de inversión	91	45	32
Escasa capacidad de inversión	2	15	6
No hay capacidad de inversión	7	40	62

La capacidad de inversión de los hospitales privados encaja mejor con las necesidades de eficiencia y generación de valor del sistema en el futuro, además de con la presión que existirá en los presupuestos públicos. Un estudio de 1.522 hospitales europeos (privados y públicos), realizado

por Accenture en 2013, dio una visión bastante sombría de los hospitales europeos desde el punto de vista de los inversores: «Ante el rápido aumento de los costes, un tercio de los hospitales europeos están teniendo pérdidas operativas y pérdidas después de impuestos».⁴⁰

³⁸ *In 2013 the return on total capital for private hospitals in Germany was 5.2%. Privately Owned Hospitals, op.cit. 2015, p 37*

³⁹ *Ibid, page 33*

⁴⁰ *Accenture, News release, April 03, 2014. <https://newsroom.accenture.com/industries/health-public-service>*

Pero el informe también muestra que existen diferencias bastante grandes entre los países encuestados:

■ % de hospitales (públicos y privados) y probabilidad baja, media o elevada de incumplimiento

País	Riesgo bajo	Riesgo medio	Riesgo alto
Portugal 	27	14	59
Austria 	37	38	25
Francia 	46	29	25
Noruega 	49	10	41
Italia 	52	32	16
Promedio	54	24	22
Bélgica 	61	32	7
Suiza 	77	23	0
Alemania 	81	6	3

La buena noticia es que más de la mitad de los hospitales están en riesgo bajo de incumplimiento. La mala es que casi la mitad de los hospitales están en riesgo de incumplimiento.

Recordemos que esta encuesta no distingue entre hospitales públicos y privados, pero muestra que existe un riesgo de que hospitales de algunos países europeos no cumplan con los requisitos y dejen de operar o, si son hospitales públicos, pasen a ser gestionados por el sector privado, si éste cree que sería posible volver a hacerlo rentable.

El informe de Accenture señala que los hospitales con un margen de ganancias más altas (EBITDA) son capaces de financiar las inversiones a través de su flujo de caja operativo, pero esto solo se mantendrá mientras los beneficios continúen en niveles altos. Así, el informe concluye que «todavía tenemos tiempo para evitar que una situación preocupante se convierta en crisis, pero los hospitales deben establecer modelos de negocios que aseguren una base financiera sólida para el futuro».



Istituto Marco Pasquali - ICOT Policlinico universitario privato - Latina, Italia

5 | La dimensión de la política pública





Los sistemas sanitarios europeos y la política pública que rodea al sector tienen un fuerte elemento de resistencia al cambio. No necesariamente en el comportamiento clínico o metodológico sino, más bien, en el modo en que los sistemas están contruidos y organizados. Como se ha comentado en la introducción, muchos sistemas europeos y los responsables de la formulación de políticas nacionales tienen una fuerte resistencia frente a la HSPA - Health Systems Performance Assessments (evaluación del desempeño de los sistemas de salud). Hay muchos factores que influyen, pero las tradiciones, el sentimiento de «lo sabemos todo» y el miedo a la crítica sobre la base de la evaluación comparativa de los sistemas son las razones más pesasn en la mayoría de casos.

Esto es peligroso para la sostenibilidad de los sistemas de salud. Estar abiertos al cambio y aprender de las experiencias de otros es probablemente el mejor enfoque para beneficiarse de la estrecha colaboración en Europa. No hay que avergonzarse por identificar y emular las mejores prácticas de otros sistemas si hacerlo puede conducir a tener sistemas de salud más eficientes, que pueden aportar valor y ayudar a que los sistemas sean más sostenibles a largo plazo.

La labor de los responsables políticos es, por lo tanto, mantener la mente abierta al cambio, ya sea sacrificando elementos de un sistema Beveridge o un sistema Bismarck o aceptando una mezcla de operadores privados y públicos, incluso si el sistema ha estado dominado previamente por la sanidad pública.

Pero hay indicios de que se están haciendo progresos:

Algunos actores políticos ven la privatización de hospitales (relacionada con la autonomía, la segmentación del mercado y la especialización del producto) como una opción atractiva para manejar estos problemas. Tales discusiones, sin embargo, tienen fuertes motivaciones no técnicas sino políticas y no pueden ser mantenidas de manera independiente a desarrollos más amplios para reducir y reorientar el estado de bienestar europeo. Las tendencias recientes en algunos países europeos con sistemas basados en impuestos sugieren que algunos altos cargos políticos están dispuestos a experimentar con diferentes

formas de propiedad en un esfuerzo por producir mejores resultados clínicos y financieros. La evidencia existente sobre el crecimiento de los hospitales privados en algunos países basados en la seguridad social ha atraído una gran atención. El sector privado ahora opera más de uno de cada cuatro camas de hospital en Alemania y uno de cada cuatro en Francia.⁴¹

Entonces, ¿por qué dudar del uso de la provisión privada?

Hay una serie de razones internas y externas para explicar el marco político para la privatización.

Razones internas:

- . *Insatisfacción con servicios públicos mal administrados.*
- . *Privatización como parte de los procesos sociales generales.*
- . *Reintroducción de la práctica privada.*

Razones externas:

- . *Los derechos del paciente a la elección, a la diversidad y a la calidad del cuidado de la salud.*
- . *La privatización como opción para la competencia y la atención sanitaria «orientada al mercado».*
- . *Calidad, competencia y «mejor rendimiento global» de los proveedores.⁴²*

Puede haber otras razones, pero la enorme presión financiera sobre los sistemas de bienestar, y en particular sobre los sistemas de salud, se está convirtiendo en una fuerte motivación para buscar nuevas soluciones aunque, obviamente, los políticos en los países donde los hospitales privados no han existido en el pasado deben ser cuidadosos al decidir sobre las políticas hacia nuevos sistemas, en particular:

1. *Asegurar la equidad a todos los pacientes con necesidades de salud en un sistema impulsado por los valores sociales y la responsabilidad social;*
2. *Garantizar la calidad de la atención, que debería ser, en principio, independiente de la capacidad de pago; y*
3. *Proporcionar suficientes datos sobre el rendimiento e información a los pacientes que les permitan tomar decisiones informadas. Sin una regulación adecuada, existen varias posibles desviaciones y abusos del sis-*

41 Patrick Jeurissen, Antonio Duran and Richard B. Saltman: *Uncomfortable realities: the challenge of creating real change in Europe's consolidating hospital sector*, May 2016, op.cit.

42 Tit Albrecht: *Privatization processes in health care in Europe—a move in the right direction, a 'trendy' option, or a step back?* *The European Journal of Public Health* <http://eurpub.oxfordjournals.org/content/19/5/448>

43 Tit Albrecht: *Privatization processes in health care in Europe—a move in the right direction, a 'trendy' option, or a step back?* Op.cit.

tema. La primera es la preferencia asimétrica hacia los servicios. En un sistema impulsado por valores y preferencias privadas, tarde o temprano, se seleccionan aquellos servicios que tienen el mayor número de usuarios y que pagan mejor. Esta selección puede tener efectos negativos, como la discriminación de pacientes crónicos graves o pacientes con problemas mentales.⁴³

Esta advertencia es importante, aunque el último párrafo no gozará de respaldo universal, y dependerá de los encargados de la formulación de políticas tomar decisiones que permitan aprovechar al máximo los hospitales privados y evitar los escollos. Al mismo tiempo, es una guía para los operadores de hospitales privados sobre cómo combinar alta eficiencia y rentabilidad y aportar valor a sociedades

La dimensión europea de la asistencia sanitaria

Aunque el derecho de acceso a una salud de alta calidad está garantizado en la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea, son los Estados miembros de la UE los que deciden cómo debe alcanzarse este objetivo y cómo debe financiarse.

Existen diferentes dimensiones en la sanidad europea ya que, por ejemplo, la legislación del mercado único permite la aprobación a escala europea de dispositivos farmacéuticos y médicos y vincula la libre circulación con los derechos de los pacientes a buscar asistencia médica en otros países europeos bajo normas específicas. Pero, por otro lado, y a pesar de que la Comisión Europea tiene una Comisión de salud y que el Parlamento Europeo tiene un comité permanente que trata (entre otras cosas) asuntos sanitarios, la UE no está directamente involucrada en el funcionamiento de los sistemas de salud, ni es competente para definir su marco jurídico. Sí existe cooperación europea en las áreas donde tiene sentido trabajar juntos, por ejemplo en la lucha contra las pandemias globales o en aprender unos de otros para conseguir sistemas de salud más sostenibles.

Para aprender unos de otros, en los últimos años ha habido una serie de intentos de mejorar la comparación de resultados entre diferentes sistemas de salud - el proceso se conoce como HSPA (Health System Performance Assessment). Algunos países han promovido este proceso, en particular los que han desarrollado sistemas nacionales de evaluación del desempeño sanitario, por ejemplo Suecia,

mientras que otros han sido muy restrictivos sobre permitir que tales evaluaciones de desempeño se realicen a nivel europeo. A medida que es más evidente que estas mediciones no se hacen para «señalar y avergonzar» sino para establecer mejores prácticas y formas óptimas de hacer las cosas, la atmósfera se ha vuelto más relajada, y poco a poco el HSPA está avanzando en el mercado europeo y en la OCDE y la OMS. En enero de 2017 la OCDE desarrolló un proyecto de HSPA más formalizado, que incluía la cooperación con la UE y la inclusión de los resultados aportados por los pacientes que facilita el ICHOM.⁴⁴

Otra dimensión de la gestión sanitaria ha sido el aspecto financiero, sobre la que la Dirección de Asuntos Económicos y Financieros de la Comisión Europea ha emitido recomendaciones en las que el equilibrio de los presupuestos públicos ha desempeñado un papel más importante que las consideraciones políticas sobre la sanidad. Desde el principio, durante las recientes crisis financieras y económicas, las recomendaciones fueron bastante «primitivas» en el sentido de que se centraron en el control de costes, pero se han ido desarrollando y ahora prestan mucha atención a la sostenibilidad y la rentabilidad. Cabe señalar también que la Comisión distingue ahora entre coste e inversión, de modo que el dinero gastado en salud que pueda documentarse como inversión (con un rendimiento positivo), puede mantenerse fuera de los cálculos del déficit público.

44 On the Patient-Reported Indicators Survey (PaRIS) project, see <https://www.oecd.org/health/paris.htm>

Las recomendaciones específicas para cada país para 2016 en materia de salud fueron:⁴⁵

-  **Bulgaria**
“Mejorar la eficiencia del sistema de salud mejorando el acceso, la financiación y los resultados sanitarios”.
-  **Chipre**
“Adoptar legislación para una reforma hospitalaria y avanzar con la aplicación prevista de la cobertura universal de la asistencia sanitaria”.
-  **República Checa**
“Adoptar medidas para garantizar la sostenibilidad a largo plazo de las finanzas públicas a la luz de los riesgos futuros en el ámbito de la asistencia sanitaria”.
-  **Finlandia**
“Asegurar la adopción y aplicación oportuna de reformas administrativas con vistas a una mejor relación coste-eficacia de los servicios sociales y sanitarios”.
-  **Irlanda**
“Mejorar la calidad de los gastos, en particular aumentando la rentabilidad de la asistencia sanitaria”.
-  **Italia**
“Adoptar nuevas medidas para aumentar la competencia en las profesiones reguladas, los sectores del transporte, la salud y el comercio minorista y el sistema de concesiones”.
-  **Letonia**
“Mejorar la accesibilidad, la calidad y la rentabilidad del sistema sanitario”.
-  **Lituania**
“Mejorar el rendimiento del sistema sanitario mediante el fortalecimiento de la atención ambulatoria, la prevención de enfermedades y la promoción de la salud”.
-  **Portugal**
“Garantizar la sostenibilidad a largo plazo del sector de la salud sin comprometer el acceso a la atención primaria”.
-  **Eslovaquia**
“Mejorar la rentabilidad del sistema sanitario”.
-  **Eslovenia**
“Completar e implementar la reforma de los sistemas de cuidados sanitarios y de largo plazo, haciéndolos más rentables para garantizar la sostenibilidad a largo plazo y una atención accesible y de calidad”.

Aunque la cooperación europea ha llevado a una mayor movilidad de los pacientes a través de las fronteras, a un tratamiento más eficaz de las pandemias y a un mejor acceso a los nuevos medicamentos y dispositivos, los sistemas de salud europeos realmente no han convergido, y los enfoques y modelos administrativos son aún muy diferentes. Aunque la normalización y la generalización de las mejores prácticas beneficiaría a los ciudadanos y pacientes europeos, esto requeriría que los responsables políticos y los profesionales de la salud demostraran flexibilidad con respecto al cambio de sus sistemas de salud, lo cual es,

por decirlo de forma suave, difícil. La actitud actual de muchos estados europeos es limitar la influencia de la UE, por lo que no podemos esperar ver mucha acción europea en los próximos años, sino más bien una adopción lenta y gradual de algunas de las mejores prácticas demostradas en Europa. Debido a la falta de capital público para la inversión y a la necesidad de soluciones de salud más eficientes, es de esperar un crecimiento relativo de la cuota de mercado de los hospitales privados en Europa.

45 *European Commission Country-specific Recommendations 2016 from Eurofound: Delivering hospital services: A bigger role for the private sector? Page 8*

Integración de los sistemas de salud

No hay manera de «medir» cuál debería ser el balance óptimo entre hospitales públicos y privados. Para algunos no debería haber hospitales privados y para otros debería haber tantos como fuera posible. El equilibrio perfecto probablemente no exista y, en todo caso, dependerá de la historia y la tradición local, así como otros aspectos. Pero también está claro que, a medida que aumenta la presión financiera sobre los presupuestos públicos, la tendencia será buscar soluciones privadas, lo que encaja con la política de salud moderna de crear el mayor valor posible en los sistemas de salud.

La competencia entre los hospitales públicos y privados, así como entre las regiones y los países es buena en el sentido de que puede (o debería) fomentar una búsqueda constante de mejorar, crear más valor y tener los mejores resultados posibles con el menor coste posible. Será necesario «cambiar para mantener»,⁴⁶ por lo que sin cambios y un impulso continuo para mejorar el modelo, los sistemas europeos de salud no sobrevivirán.

La competencia no debe sustituir a la cooperación. Los distintos actores del sistema de salud deben aceptarse

mutuamente y trabajar juntos tan bien como sea posible, para maximizar la generación de valor. Esto no se refiere solo a los hospitales públicos y privados, sino también a la integración de la prevención, la atención primaria, los especialistas y los hospitales dentro de las políticas sanitarias. La competencia entre los diversos componentes del sistema de salud conduce, por ejemplo, a largas estancias en los hospitales en lugar de usar la atención domiciliaria. En el futuro será crucial para la sostenibilidad de los sistemas de salud que se integren bien todos los servicios para crear una mejor experiencia para los pacientes, atendiendo a sus necesidades y no a las de los sistemas de salud y sus profesionales.

Esto requerirá cierta flexibilidad administrativa y nuevas metodologías de gestión que probablemente tendrán que enfrentarse a muchas «vacas sagradas» de los sistemas sanitarios. Pero también requerirá potenciar la digitalización e implicar a otros componentes más periféricos del sistema sanitario como las farmacias las aseguradoras de salud.



Hospital Medcover - Varsovia, Polonia

⁴⁶ Heath and Hospitals, *op.cit.* page 23

6 | Conclusiones





«Es importante hacer todo lo posible para mantener el sistema de salud que tenemos, pero entendiendo que no dará a todos todo lo que quieran. Las necesidades crecen debido al envejecimiento de la población y a las mayores expectativas de los pacientes, pero los recursos públicos no. Necesitamos cambiar para mantener lo que tenemos»⁴⁴. Estas palabras de la Asociación Italiana de Hospitales Privados en su libro de 2015 “Sanidad y Hospitales en Italia” subrayan que hay que hacer esfuerzos para mantener las características generales de los sistemas de salud europeos, pero que los recursos son limitados y habrá que seleccionar nuestras prioridades, además de efectuar reformas continuas para garantizar la sostenibilidad.

El cambio puede significar muchas cosas y algunos tipos de cambios son más fáciles de adoptar que otros, como por ejemplo, la modernización que está teniendo lugar y está mejorando los resultados para los pacientes. Pero el proceso de cambio es lento en lo que respecta a la reforma de la estructura de los sistemas y en muchos países europeos la cuestión de la propiedad pública o privada de los hospitales es muy controvertida. En otros países, es visto como algo normal, que ayuda a reducir las listas de espera, contribuye al bienestar general y mejora la economía. ¿También crea desigualdad? En la mayoría de los casos no, porque la desigualdad en el acceso a los servicios viene dada por quién los paga y no por quién es el dueño del hospital.

Si se observa la literatura sobre los sistemas sanitarios europeos de los últimos años, sorprende lo poco que se ha hecho para analizar los efectos de la propiedad pública o privada de los hospitales. La mayoría de los estudios no hacen ninguna distinción, por lo que es muy difícil encontrar evidencias sobre las diferencias que crea o no la propiedad en términos de calidad y eficiencia, por ejemplo. Probablemente la titularidad no sea lo más importante, sino otras circunstancias relacionadas con cada hospital individualmente.

Los nuevos modelos de gestión sanitaria relacionados con la atención basada en el valor han cambiado el enfoque de muchas cuestiones, y está por ver quién se desenvolverá mejor según los principios de eficiencia y atención centrada en el paciente. Por otra parte, las opiniones sobre el concepto de especialización probablemente cambiarán y habrá una mayor aceptación, ya que la especialización

aumenta la generación de valor y esto silenciará las acusaciones de «cream-skimming» que se hacen a menudo contra los hospitales privados. En este contexto, también es muy importante evaluar qué partes del sistema hospitalario funcionarán mejor para eliminar o reducir las ineficiencias que aparentemente hay en los sistemas de salud. El pago según criterios de calidad y de generación de valor, en lugar del pago por cantidad, llevará inevitablemente a la reducción del despilfarro, pero es probable que aquellos hospitales que estén obligados a informar sobre sus cuentas y probar su eficiencia para atraer la inversión sean los más motivados para hacerlo. Esos son los hospitales privados.

Los hospitales eficaces también pueden servir para instaurar «mejores prácticas» que sirvan de ejemplo a los demás y contribuir así a las mejoras en todo el sistema de salud (a nivel nacional y esperamos que cada vez más también a nivel europeo). Es evidente que esto genera una competencia entre los proveedores de salud, pero esta competencia no es negativa sino que les motivará a mejorar para convertirse en los mejores. Probablemente ésta sea la mejor manera de abordar el futuro de los Sistemas sanitarios, con la coexistencia entre hospitales públicos, privados sin fines de lucro y privados con fines de lucro. Pero para poder cosechar todos los beneficios de la coexistencia de diferentes tipos de proveedores, es necesario que puedan operar en las mismas condiciones. La sana competencia debe tener lugar en condiciones equitativas, no en un entorno regulador que deliberadamente discrimina a ciertos proveedores.

No hay duda de que la presión económica y financiera seguirá siendo alta en Europa. Europa se encuentra en un período de bajo crecimiento y las presiones demográficas afectan negativamente las finanzas públicas y ejercen gran presión sobre el Estado de bienestar europeo. Esto también limitará la capacidad de inversión del sector público, algo negativo para la sanidad a no ser que se aprovechen otras fuentes distintas para la financiación pública. Nos referimos al capital privado, que puede ayudar a alcanzar los niveles de inversión necesarios para asegurar atención sanitaria para todos, sin listas de espera desmesuradas y por tanto ayudar a mantener los sistemas de salud sostenibles en Europa.

47 *Health and Hospitals in Italy. Aiop, Annual Report 2015, page 22-23.*



University clinic - Marburgo, Alemania

7 | La posición de la UEHP sobre el papel del sector de los hospitales privados europeos





UEHP

EMA

The degree actually for patient/user its function paradigm the of the

GOAL

Según las estimaciones de la OCDE, seguirá habiendo un crecimiento bajo o negativo del gasto sanitario, porque los gobiernos insistirán en mantener medidas a corto plazo basadas en la contención del gasto. Esta tendencia no va en consonancia con las necesidades de las personas ni con las mejoras necesarias en cuanto a innovación en la asistencia sanitaria.

Es crucial implementar una estrategia sanitaria a largo plazo, ya que el sector requiere recursos estables y perspectivas a largo plazo. Para optimizar los sistemas de salud, es fundamental mejorar la relación calidad-precio y los resultados en salud, en beneficio de una sociedad acostumbrada al “todo incluido”.

El principal reto frente a la crisis económica

En primer lugar, es esencial pensar que el aumento de la salud equivale al aumento de la riqueza. Por el contrario, si el control del gasto es la principal o la única preocupación, el sector de la salud será considerado como una inversión improductiva y no como un importante sector generador de empleo y consumo, líder en el campo de la innovación, la investigación y el desarrollo. Aunque es necesario mejorar la rentabilidad, ningún país de la UE puede darse el lujo de considerar su sistema de salud sólo como una carga y un gasto a recortar.

De hecho, la errónea perspectiva de considerar la salud como un gasto y no como una inversión ha condicionado a los gobiernos nacionales a la hora de equilibrar los presupuestos públicos, a través de una competencia distorsionada. Como resultado, la racionalización del gasto sanitario se ha traducido a menudo en el racionamiento de los servicios de salud.

En la actualidad la principal preocupación es analizar en profundidad soluciones viables para garantizar las prioridades

El papel de los hospitales privados en los sistemas sanitarios

Por lo que respecta a la producción de servicios, debe analizarse en profundidad la relación beneficios - calidad - costes, ya que el sector hospitalario aun representa más del 40% del gasto sanitario de media. Mejorar la productividad a lo largo del tiempo permite obtener los mismos resultados a menor coste y puede tener un impacto positivo en la expansión de los recursos y la respuesta a la necesidad de introducir nuevos regímenes de financiación más flexibles.

La iniciativa privada ayuda a los sistemas de salud, especialmente si se les apoya con la construcción de infraestructuras a largo plazo.

En este marco, la oportunidad de elegir libremente al médico y al hospital es un impulso para la calidad, porque motiva a los proveedores a mejorar sus servicios, con los recursos disponibles, para ser elegidos por los pacientes en un entorno de colaboración competitiva, y favoreciendo por un progreso constante del sector sanitario. Además, la libertad de elección -a través de una oferta amplia de proveedores públicos y privados- debe ser considerada como un derecho fundamental de los ciudadanos de la UE, ya que el acceso a los servicios debería depender únicamente de la necesidad de tratamiento, de la rapidez de su obtención y la garantía de calidad.

en cuanto a sanidad: seguridad del paciente y tiempos de espera razonables con recursos económicos limitados. En este contexto el desafío decisivo es garantizar la accesibilidad, la calidad y la sostenibilidad financiera, incluso con recursos escasos. Se puede lograr con una mejor asignación de recursos y un uso eficiente de TODOS los recursos existentes (instalaciones, profesionales, mano de obra y equipo tecnológico) tanto del sector público como del privado.

La Unión Europea de hospitales privados (UEHP), ve esencial identificar oportunidades para aumentar la participación de los pacientes y la productividad, a través de la mejora de la gestión. Sólo una asignación racional y efectiva de todos los recursos -sin prejuicios ideológicos- hará que el sistema de salud de los países industrializados pueda garantizar una mejora real de la situación macroeconómica, evitando el riesgo de que largos períodos de restricción presupuestaria dificulten los avances sanitarios.

En este punto, es fundamental garantizar la paridad de derechos y deberes entre todos los proveedores, públicos y privados, en lo que respecta, por ejemplo, a las normas de autorización y acreditación, los métodos de remuneración, como GRD o los controles de calidad, que deberían ser realizados por una organización independiente.

Además, la separación de las funciones del pagador y del proveedor es esencial para mejorar la prestación de servicios de salud, evitando la ineficiencia por mala gestión o competencia desleal, lo que implicaría, por ejemplo, no favorecer a los hospitales con déficit.

La mejora de la eficiencia y la asignación racional de los recursos se encuentran entre las herramientas más eficaces para lograr una mejor relación calidad-precio, mientras que los recortes y los límites presupuestarios tienen efectos negativos en la equidad de acceso y en la calidad de la atención. Este tipo de iniciativas de arriba hacia abajo no sólo son injustas con respecto a los proveedores, sino que también son peligrosas para la seguridad de los pacientes, por el riesgo de perder calidad en los servicios.

Considerando el gasto público en sanidad, es necesaria la aportación de recursos privados, ya que el capital y los recursos humanos proporcionados por los empresarios privados

La postura de la UEHP

La UEHP está a favor de un sistema mixto e integrado, tal como existe en muchos Estados miembros, en el que el papel del Estado debería ser establecer las reglas de un concurso justo y colaborativo para facilitar:

- Equidad en las condiciones de acceso para los ciudadanos y en las condiciones de acreditación para los proveedores.
- Información para los ciudadanos sobre la oferta de servicios.
- Garantías de calidad mediante controles de organizaciones independientes iguales para todos los proveedores.
- Financiación según criterios de remuneración correctos y homogéneos tanto para los hospitales privados como públicos.
- Transparencia para la agencia financiadora sobre la calidad y los costes de los proveedores.
- Una relación apropiada entre las inversiones y los gastos generales de funcionamiento, con especial atención a la innovación y la investigación.

Si se respetan plenamente estas condiciones, la competencia entre una pluralidad de proveedores puede aumentar la cantidad de recursos disponibles y estimular la productividad, a fin de mejorar los resultados generales en un sistema viable.

Sin embargo, si los hospitales privados aceptan las mismas obligaciones que los públicos, deben tener los mismos derechos. Para mejorar la eficiencia, las autoridades públicas deben garantizar que ningún actor del sector se salte la normativa vigente en su beneficio, por ejemplo, los hospitales públicos con déficit. Esto podría garantizarse mediante la regulación independiente del sistema sanitario. Los hospitales privados están listos para ser comparados con otros hospitales en términos de eficiencia y calidad, y los reguladores independientes deben ser los responsables de controlar los costes y la eficacia de los resultados.

En el marco de un análisis riguroso de los criterios de coste, calidad y remuneración, la competencia leal entre los proveedores (oferta) y la elección por parte de los pacientes (deman-

desempeñan un papel clave en la provisión de servicios. Los hospitales privados suman medios complementarios que permiten al Estado ahorrar en inversiones por un lado y cobrar impuestos por la actividad realizada por otro lado. Por lo tanto, el papel de los hospitales privados es fundamental para equilibrar el gasto público, ya que participa en la prestación de servicios para el seguro social o para el servicio nacional de salud, aumentando las oportunidades de acceso y permitiendo una mejor protección de la salud. Por último, la gestión eficiente y los criterios empresariales modernos, tanto en las instituciones públicas como privadas, ofrecen la posibilidad concreta de garantizar al mismo tiempo la equidad de acceso y la sostenibilidad financiera del sistema.

da), puede contribuir a mantener un buen nivel de calidad, eliminando las pérdidas causadas por la ineficiencia.

La UEHP aboga por un modelo de servicio sanitario que responda a las obligaciones de un servicio de interés económico general (SIEG), basado en una combinación público-privada, sostenible, gestionado eficazmente y capaz de garantizar:

- El derecho de los ciudadanos a la libertad de elección y a una respuesta adecuada a la demanda.
- Mejora de la calidad e inversiones en innovación.
- Uso efectivo de todos los recursos gracias a la abolición de los regímenes monopólicos.
- Pluralidad e igualdad de proveedores, públicos o privados, ofreciendo a los ciudadanos alternativas concretas.
- Una competencia leal basada en la calidad, porque en períodos de restricciones presupuestarias, las instituciones que ofrecen mejor calidad a menor coste deben ser apoyadas con incentivos estimulantes.

La aceptación de las obligaciones de un servicio de interés económico general no significa la aceptación de la imposición de rentabilidad en los hospitales privados.

Para resumir, es necesario concretar las condiciones para una gestión imparcial de la combinación público-privada, que es la base de muchos sistemas de salud europeos. Dentro de los Estados Miembro de la UE, también es fundamental evaluar el impacto de la asistencia sanitaria en el crecimiento económico europeo, promoviendo la asignación efectiva de recursos, basada en el uso racional de los activos tanto públicos como privados y el intercambio de mejores prácticas. Sólo incentivando la competitividad se podrá mejorar el desempeño general de los servicios de salud. Una competencia justa puede contribuir a asegurar una protección real, y no formal, de los derechos de los ciudadanos y dar una respuesta adecuada a sus necesidades a través de la mejor utilización posible de los recursos disponibles en busca de un crecimiento sostenible.



Anexo: Información estadística

■ Esperanza de vida al nacer, 2014

España 	83.3	Finlandia 	81.3
Italia 	83.2	Alemania 	81.2
Francia 	82.8	Eslovenia 	81.2
Suecia 	82.3	Dinamarca 	80.7
Chipre 	82.1	Rep. Checa 	78.9
Luxemburgo 	81.9	Croacia 	77.9
Países Bajos 	81.8	Polonia 	77.8
Austria 	81.7	Estonia 	77.4
Malta 	81.6	Eslovaquia 	77.0
Grecia 	81.5	Hungría 	76.0
Bélgica 	81.4	Rumanía 	75.0
Irlanda 	81.4	Lituania 	74.7
Reino Unido 	81.4	Bulgaria 	74.5
Portugal 	81.3	Letonia 	74.5
		Serbia 	75.4

OECD: Health at a Glance, 2016

■ Gasto sanitario per cápita (Eur PPP)

Luxemburgo 	6,023	Eslovenia 	1,983
Alemania 	4,003	Portugal 	1,967
Países Bajos 	3,983	Rep. Checa 	1,850
Suecia 	3,937	Grecia 	1,662
Irlanda 	3,922	Chipre 	1,576
Austria 	3,789	Eslovaquia 	1,539
Dinamarca 	3,773	Hungría 	1,371
Bélgica 	3,481	Lituania 	1,364
Francia 	3,342	Estonia 	1,348
Reino Unido 	3,084	Polonia 	1,259
Finlandia 	2,988	Croacia 	1,109
Italia 	2,476	Bulgaria 	1,108
Malta 	2,449	Letonia 	1,030
España 	2,366	Rumanía 	816
		Serbia 	1.049

OECD: Health at a Glance, 2016

■ Gasto sanitario en proporción al PIB 2015 (%)

Alemania 	11,1	Eslovenia 	8,4
Suecia 	11,1	Bulgaria 	8,3
Francia 	11,0	Grecia 	8,2
Países Bajos 	10,8	Rep. Checa 	7,5
Dinamarca 	10,6	Luxemburgo 	7,2
Bélgica 	10,4	Hungría 	7,0
Austria 	10,4	Eslovaquia 	7,0
Reino Unido 	9,8	Chipre 	6,8
Finlandia 	9,6	Croacia 	6,6
Malta 	9,6	Lituania 	6,5
Irlanda 	9,4	Polonia 	6,3
Italia 	9,1	Estonia 	6,2
España 	9,0	Letonia 	5,6
Portugal 	8,9	Rumania 	5,0
		Serbia 	10,3

OECD: Health at a Glance, 2016

Gasto sanitario en proporción al PIB 2015 (%)

País		Asistencia hospitalaria	Asistencia ambulatoria	Asistencia de larga duración	Productos médicos	Servicios colectivos
Grecia		41	22	1	31	5
Rumania		39	17	2	37	5
Bulgaria		36	17		43	4
Polonia		35	31	6	23	5
Austria		34	28	15	17	6
Francia		33	26	12	20	8
Italia		33	32	9	20	6
Chipre		32	44	3	10	2
Irlanda		30	26	22	14	7
Eslovenia		30	30	15	19	7
Bélgica		29	24	25	16	6
Lituania		29	27	9	31	4
Hungría		29	29	4	33	5
Alemania		29	29	14	20	8
Luxemburgo		29	31	23	11	7
Países Bajos		28	24	27	12	9
Reino Unido		28	30	18	15	9
Eslovaquia		28	31		35	5
Estonia		28	40	5	21	5
Letonia		28	33	6	30	4
Finlandia		27	36	18	10	5
Dinamarca		27	34	21	10	5
Portugal		26	48	9	22	5
España		26	38	9	22	5
Croacia		23	36	3	32	7
Suecia		23	34	26	12	5
Rep. Checa		19	39	12	20	9

OECD: Health at a Glance, 2016

Gasto sanitario según su financiamiento, 2014 (%)

País	Gobierno	Seguro sanitario obligatorio	Gastos propios (del bolsillo)	Seguro sanitario voluntario	Otros
Alemania 	7	78	13	1	0
Dinamarca 	84	0	14	2	0
Rep. Checa 	12	72	13	0	3
Suecia 	83	0	16	1	0
Luxemburgo 	8	74	11	5	2
Países Bajos 	5	76	12	6	1
Eslovaquia 	4	76	18	2	0
Reino Unido 	79	0	15	3	3
Rumanía 	15	64	20	0	1
Francia 	4	75	7	14	0
Bélgica 	11	66	18	5	1
Austria 	31	45	18	5	1
Italia 	76	0	22	1	0
Estonia 	10	66	18	4	0
Finlandia 	62	13	19	3	3
Croacia 	22	73	17	8	0
Polonia 	9	62	22	4	3
Eslovenia 	3	68	13	15	1
España 	65	5	24	5	0
Irlanda 	69	0	15	13	3
Malta 	67	2	29	2	0
Lituania 	10	57	31	2	0
Hungría 	9	58	28	3	2
Portugal 	65	1	28	5	1
Letonia 	60	0	39	1	0
Grecia 	28	31	35	3	3
Bulgaria 	9	44	46	1	0
Chipre 	44	1	50	4	1
Serbia 	4	58	37	1	0

OECD: Health at a Glance, 2016

Distribución de camas hospitalarias en 2014

País	público	privado no lucrativo	privado lucrativo
Bélgica 	-	-	-
Bulgaria 	41,232	0	10,273
Rep. Checa 	57,566	282	10,089
Dinamarca 	14,232	612	330
Alemania 	271,079	195,052	200,206
Estonia 	6,107	167	310
Irlanda 	-	-	-
Grecia 	30,157	884	15,119
España 	94,607	17,218	26,113
Francia 	256,229	57,176	97,516
Croacia 	24,628	140	268
Italia 	152,392	7,705	62,918
Chipre 	1,527	0	1,385
Letonia 	10,170	0	1,109
Lituania 	21,045	0	131
Luxemburgo 	-	-	-
Hungría 	69,427	2,005	187
Malta 	1,889	0	105
Países Bajos 	-	77,270	-
Austria 	44,823	11,263	8,729
Polonia 	204,226	0	48,149
Portugal 	24,206	0	3,508
Rumanía 	127,281	405	5,933
Eslovenia 	9,254	0	102
Eslovaquia 	-	-	-
Finlandia 	23,813	0	928
Suecia 	-	-	-
Reino Unido 	176,324	-	-

Eurostat, Statistics explained. http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Healthcare_resource_statistics_-_beds

Camas hospitalarias por 1000 habitantes, 2014

Alemania		8,2	Luxemburgo		4,9
Austria		7,6	Malta		4,7
Lituania		7,2	Eslovenia		4,5
Bulgaria		7,5	Finlandia		4,5
Hungría		7,0	Grecia		4,2
Rumanía		6,7	Chipre		3,4
Polonia		6,6	Portugal		3,2
Rep. Checa		6,5	Italia		3,2
Bélgica		6,2	España		3,0
Francia		6,2	Reino Unido		2,7
Croacia		5,9	Dinamarca		2,7
Eslovaquia		5,8	Irlanda		2,6
Letonia		5,7	Suecia		2,5
Estonia		5,0	Serbia		5,5

OECD: Health at a Glance, 2016

Promedio de estancia hospitalaria, 2014 (días)

Finlandia		10.6	Estonia		7.6
Francia		10.1	Rumanía		7.5
Hungría		9.5	España		7.4
Rep. Checa		9.4	Eslovaquia		7.3
Alemania		9.4	Reino Unido		7.1
Portugal		8.9	Polonia		6.9
Croacia		8.8	Eslovenia		6.9
Luxemburgo		8.8	Grecia		6.8
Letonia		8.3	Chipre		6.4
Austria		8.2	Países Bajos		6.4
Lituania		8.0	Irlanda		6.0
Italia		8.0	Suecia		5.7
Malta		7.8	Bulgaria		5.4
Bélgica		7.6	Dinamarca		4.3
			Serbia		10.0

OECD: Health at a Glance, 2016

Hospitales públicos y privados, 2015

País	Número de hospitales públicos	Número de camas en hospitales públicos	Número de hospitales privados	Número de camas en hospitales privados
Austria 	154	46,989	43	-
Bélgica 	49	22,607	142	47,311
Bulgaria 	338	49,522	113	7,382
Francia 	931	297,919	1,050	114,120
Alemania 	596	240,632	694	89,953
Italia 	785	212,165	631	57,435
Polonia 	740	213,000	228	
Portugal 	226	35,478	105	8,155
España 	763	142,632	464	51,567

Figures are supplied by European Union of Private Hospitals.

Personal de hospital privado, 2015

País	Médicos	Enfermeros	Otros
Austria 	-	-	-
Bulgaria 	-	55,087	70,683
Francia 	41,287	51,940	104,766
Alemania 	22,607	49,831	54,552
Italia 	13,440	20,956	40,766
Polonia 	13,300	18,000	20,000
Portugal 	1,544	3,042	5,514
España 	25,463	36,726	64,234

Figures are supplied by European Union of Private Hospitals.

Indicador de la implantación de la salud electrónica (eHealth) 2012

Austria 	0.560	Italia 	0.455
Bélgica 	0.545	Letonia 	0.316
Bulgaria 	0.323	Lituania 	0.298
Croacia 	0.379	Luxemburgo 	0.567
Chipre 	0.435	Malta 	0.719
Rep. Checa 	0.367	Países Bajos 	0.573
Dinamarca 	0.659	Polonia 	0.253
Estonia 	0.628	Portugal 	0.396
Finlandia 	0.622	Rumanía 	0.344
Francia 	0.407	Eslovaquia 	0.306
Alemania 	0.398	Eslovenia 	0.277
Grecia 	0.273	España 	0.513
Hungría 	0.334	Suecia 	0.622
Irlanda 	0.467	Reino Unido 	0.576

European Hospital Survey: Benchmarking Deployment of e-Health Services (2012–2013)
Composite Indicators on eHealth Deployment and on Availability and Use of eHealth Functionalities.
<http://publications.jrc.ec.europa.eu/repository/bitstream/JRC85845/jrc85845.pdf>



Exposición de carteles durante el Congreso UEHP 2015 en San Raffaele Hospital, Milán.

Modernización de los sistemas de salud: ¿qué tipo de inversiones para sistemas sostenibles y eficientes accesibles a los ciudadanos europeos?



Bibliografía

- . Accenture, News release, April 03, 2014. <https://newsroom.accenture.com/industries/health-public-service>
- . Tit Albrecht: Privatization processes in health care in Europe—a move in the right direction, a ‘trendy’ option, or a step back? The European Journal of Public Health <http://eurpub.oxfordjournals.org/content/19/5/448>
- . Augurzsky, Pilny and Wübker, Privately Owned Hospitals – Essen 2015. RWI. ISBN 978-3-86788-681-9
- . Eurostat: Hospital beds by type of ownership, 2014 http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/File:Hospital_beds_by_type_of_ownership_2008_and_2014.png
- . Eurofound: Delivering hospital services: A greater role for the private sector? <https://www.eurofound.europa.eu/publications/report/2017/delivering-hospital-services-a-greater-role-for-the-private-sector>
- . European Observatory on Health Systems and Policies Series: Economic Crises, Health Systems and health in Europe. Sarah Thomson, Josep Figueras, Tamas Evetovits, Matthew Jowett, Philipa Mladovsky, Anna Maresso, Jonathan Cylus, Marina Karakikolos, Hans Kluge. WHO 2015.
- . Health and Hospitals in Italy. Annual Report 2015 by the Italian Association of Private Hospitals
- . Patrick Jeurissen, Antonio Duran, and Richard B. Saltman: Uncomfortable realities: the challenge of creating real change in Europe’s consolidating hospital sector. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4896237/>
- . Patrick Jeurissen: For-profit hospitals, Doctoral thesis, Erasmus University Rotterdam, 2010.
- . Hans Martens et al: Economic Value as a Guide for Investing in Health and Care, 2016. http://www.medtecheurope.org/sites/default/files/resource_items/files/ECONOMIC%20VALUE%20AS%20A%20GUIDE%20FOR%20INVESTING%20IN%20HEALTH%20AND%20CARE%20Policy%20Framework_3.pdf
- . João Medeiros, Christoph Schwierz: Efficiency estimates of health care systems in the EU, European Commission, Economic Papers 549 | June 2015
- . Montreal Economic Institute: The Private Sector within a Public Health Care System. The German Example by Frederik Cyrus Roeder. http://www.iedm.org/files/note0212_en.pdf
- . OECD: Health at a Glance: 2012, 2015 and Europe 2016
- . OECD: Tackling Wasteful Spending on Health, January 2017
- . OECD: Recommendations to OECD Ministers of Health from the High Level Reflection Group on the future of Health Statistics. OECD January 2017
- . OECD: Waiting time policies in the health sector: What works?, OECD 2013.
- . Gabriele Pelissero and Alberto Mingardi (editors): And Yet It Moves. Torino, 2011
- . Michael E. Porter and Thomas H. Lee: The Strategy That Will Fix Health Care in Harvard Business Review, October 2013. <https://hbr.org/2013/10/the-strategy-that-will-fix-health-care>
- . M. Porter, J. Deerberg-Wittram, C. Marks. “Martini Klinik: Prostate Cancer Care”, Harvard Business School Case (2014). <https://hbr.org/product/martini-klinik-prostate-cancer-care/714471-PDF-ENG>



UEHP representa a 12 federaciones en Europa (miembros de pleno derecho), 17 países, 5.000 clínicas privadas.



Austria

Verband der Privatkrankeanstalten Österreichs

Presidente: Prim. Dr. Josef Macher

Domgasse 4/9

A-1010 Wien, Österreich

Tel.: +43 1 89 04 898+43 1 89 04 898

Fax: +43 1 89 04 898 - 1

E-mail: verwaltung@privatkrankenanstalten.at

Website: <http://www.privatkrankenanstalten.at/>



Alemania

Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V.

Contacto: Thomas Bublitz, Jens Wernick

Friedrichstrasse 60

10117 Berlin

Tel.: +49 30 240 0899 0+49 30 240 0899 0

Fax: +49 30 240 0899 30

E-mail: post@bdpk.de

Website: <http://www.bdpk.de/>



Hungría

Hungarian Association of Private Hospitals

Presidente: Dr Lazlo Argay, Mark Feder

Csabai kapu 9-11

AA - Med Kft. 3529 – Miskolc, Hungary

Tel.: +36 46 56 00 00+36 46 56 00 00

Fax: +36 46 56 00 02

E-mail: aamed@chello.hu



Bulgaria

National Private Hospital Association

Presidente: Dr. Stayko Spiridonov

1431 – Sofia, Bulgaria

15 «Akad. Ivan Geshov» bul.

Floor 2, office 31

Tel./fax: +359 2 952 1831

E-mail: npha.bg@abv.bg



Francia

Fédération de l'Hospitalisation Privée (FHP)

Presidente: Lamine Gharbi

106 rue d'Amsterdam

F -75009 Paris, France

Tel.: +33 1 53 83 56 56

Fax: +33 1 53 83 56 50

E-mail: com.fhp@fhp.fr

Website: <http://www.fhp.fr/>



Grecia

Panhellenic Union of Private Hospitals

Presidente: Grigoris Sarafianos

28, IOUSTINIANOU STR.

54631 THESSALONIKI, Greece

Tel.: +30 2310 267026

Fax: +30 2310 267021

Mobile: +30 6932 907959

E-mail : sarafianos@peik.gr

Hellenic Private Hospitals Association (SEK)

Contacto: Mr. Kostas Stergiopoulos | Ms. Eleni

4 Erithrou Stavrou str.

GR 151 23 Athens



Italia

AIOP - Associazione Italiana Ospedalità Privata

Presidente: Gabriele Pellissero

Via Lucrezio Caro 67

I-00193 ROMA, Italy

Tel.: +39 063 21 56 53+39 063 21 56 53

Fax: +39 063 21 57 03

Website: <http://www.aiop.it/>



Principado de Mónaco

Syndicat Patronal Monégasque des Etablissements du Secteur Sanitaire et Social

Presidente: Guy Nervo

11 bis avenue d'Ostende - BP 223

MC 98004 MONACO Cedex

Tel.: +377 92 16 80 00

Fax: +377 92 16 82 99

E-mail : gnervo@ccm.mc



Polonia

OSSP - Polish Association of Private Hospitals

Presidente: Dr Andrzej Sokolowski

Centrum Rehabilitacji i Odnowy Biologicznej

al. Zwyciestwa 255

PL-81-525 GDYNIA

Tel.: +48 58 661 50 55

Fax: +48 58 661 50 44

Website: <http://www.szpitale.org/>



Portugal

Associação Portuguesa de Hospitalização Privada (APHP)

Presidente: Oscar Gaspar

Avenida Luís Bivar, 36 – 1º Esq.

1050-145 Lisboa, Portugal

Tel.: +351 213 538 415+351 213 538 415

Fax: +351 213 579 014

E-mail: geral@aphp-pt.org

Website: <http://www.aphp-pt.org/>



Suiza

Swiss Private Clinics

Presidente: Adrian Dennler

Privatkliniken Schweiz (PKS)

Zieglerstrasse 29

Postfach 530

CH-3000 Bern 14

Tel +41 31 387 37 20

Fax +41 31 387 37 99

E-mail: info@privatehospitals.ch

Website: <http://www.privatehospitals.ch>



España

Alianza de la Sanidad Privada Espanola

Presidente: Cristina Contel

C/ Alcántara, 20

E-28006 MADRID

Tel.: +34 91 458 57 65

E-mail: info@aspesanidadprivada.es

Website: <http://aspesanidadprivada.es>

Esta es una publicación de UEHP impresa en 1,000 copias en junio 2017 - Copyright© UEHP

Director de publicación : Sr. Paul GARASSUS, Presidente de UEHP

Editor : Sr. Hans MARTENS, Experto europeo en salud

Gracias a nuestro socio



por imprimirlo.



**European Union of Private Hospitals
Union Européenne de l'Hospitalisation Privée**

Avenue de la Joyeuse Entrée, 1 boîte 11
B - 1040 Bruxelles Belgium

Tel. +32 2 2861237 | Fax +32 2 2302720

www.uehp.eu | Estén atentos a : @UEHP_Brux