

Juan Carlos:

Leí en el "país" el artículo que te adjunto y recordé la conversación que mantuvimos en relación a este tema.

- Inviabilidad del sistema en el momento actual.
- Financiación pública para clínicas privadas en detrimento del sector público
- Patologías nuevas
- No asistencia patologías caras: trasplantes, alta tecnología, vida etc.

Supongo que conoces el artículo. En cualquier caso te lo remito, por quizás te pueda ser útil en algún momento, durante la próxima semana.

En cualquier caso si me quieres escribir para mandarte en fuente a brazo.

Alfredo Gimeno

ALFREDO GIMENO

Las clínicas admiten que no pueden asumir ahora la privatización de la asistencia

La libre competencia exige el fin del funcionariado médico, según los empresarios

LUCÍA ARGOS, Madrid

Si el PP se hubiera dirigido a la Federación Nacional de Clínicas Privadas, cosa que no ha hecho, según dijo ayer su vicepresidente Antonio Bartolomé, sabrían que este sec-

tor no tiene infraestructura para asumir a corto plazo la liberalización de la asistencia sanitaria que proponen los populares. "Tendrán que darnos un tiempo", insistió Bartolomé. Si se ven capaces de "resolver

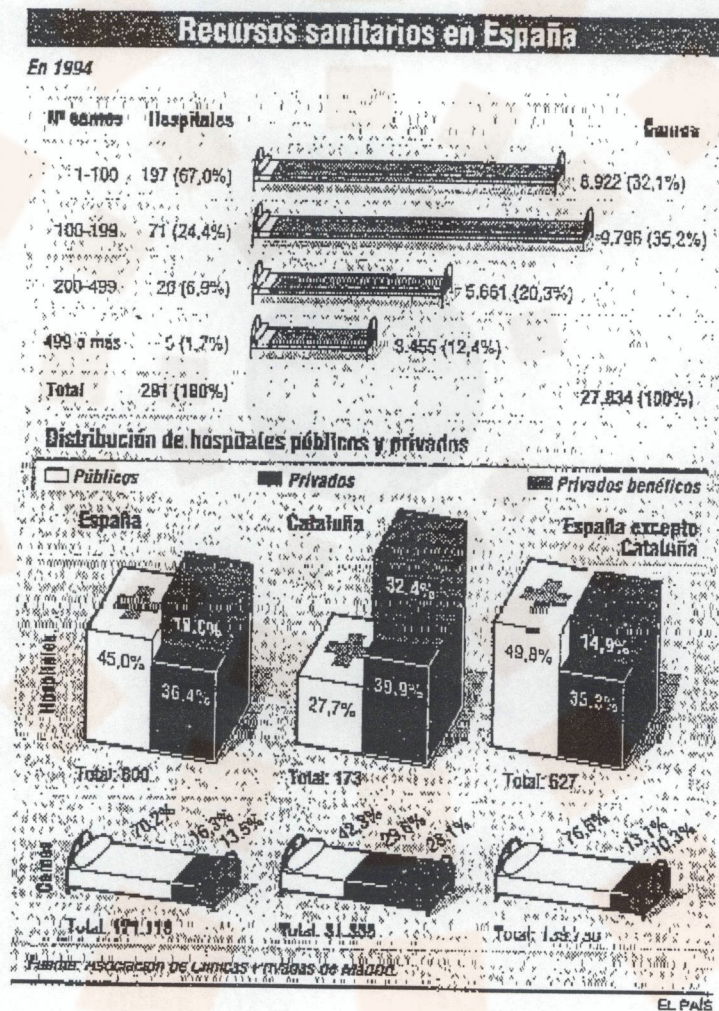
las listas de espera", en las patologías menores que ya conciertan con la Seguridad Social, y advierten que la libre competencia requerirá la desaparición progresiva del estatuto funcional de los médicos.

Las 291 clínicas privadas con ánimo de lucro que existen repartidas en España no se sienten capaces de asumir la asistencia de tres millones de trabajadores autónomos, según dijeron ayer sus representantes. Este sería el primer grupo de ciudadanos a los que el modelo sanitario del PP se propone ofrecer libertad de elección a través de aseguradoras privadas, mediante un sistema de aseguramiento paralelo al de la Seguridad Social como el que actualmente disfrutan los funcionarios con Muface.

"Que podamos asumirlo, depende de cuantos más", dijo Antonio Bartolomé, vicepresidente de la Federación Nacional de Clínicas Privadas, que agrupa a las más representativas del sector, excepto Cataluña. "Por ejemplo, en Madrid tenemos una población de 1.200.000 ciudadanos gravitando sobre las clínicas privadas y en estos momentos sólo podríamos asumir unos 300.000 más".

Si lo que se pretende es libre competencia en la provisión de asistencia para abaratar los costes sanitarios, las mismas reglas del juego para todos, vino a decir Bartolomé. En su opinión, para que se pueda generalizar el sistema Muface (cobertura sanitaria pública en centros privados a través de la competencia de aseguradoras) habría que dar, de entrada, plena autonomía a los hospitales públicos e ir cambiando el sistema laboral social. "Los médicos interinos que vayan entrando deberían tener contratos como en las privadas. Eso sí", matizó, "sin atropellar los derechos adquiridos de los que ya son funcionarios".

Los empresarios sanitarios siguen defendiendo que la gestión privada es más barata que la pública, y no precisamente por los costes laborales, que en la sanidad pública suponen el



sanidad pública —los funcionarios pueden elegir sistema cada 31 de diciembre— está protagonizado por enfermos de sida, trasplantes, enfermos mentales y fecundación *in vitro*, la asistencia más cara, según un estudio de Sanidad de 1993.

Listas de espera

En el terreno en el que se sienten totalmente seguros los empresarios es en el de las patologías quirúrgicas menores que engrosan las listas de espera, mucho más rentables al ser controlable la estancia. El Insalud contrata actualmente una quinta parte de estas intervenciones con clínicas privadas.

El año pasado los centros concertados llevaron a cabo unas 25.000 intervenciones de lista de espera, la mayoría cataratas, hernias, varices, artroscopias y estirpaciones de próstata. "De haberse seguido el ritmo [de concertos] impuesto en 1994, el problema [las listas de espera] se hubiera solucionado en un máximo de tres años", aseguró Bartolomé.

Las clínicas privadas se declaran capaces de afrontar un mayor volumen de intervenciones, siempre que obtengan una mayor seguridad financiera por parte de la Administración. "Se montan infraestructuras de acuerdo con unas determinadas previsiones y luego, la Administración se ve obligada a recortar sus planes unilateralmente", explicó el vicepresidente de la federación.

Con todo, los recursos privados disponibles en España, y por tanto susceptibles de contratar, son muy desiguales. Frente al 33% con que cuenta Cataluña y muchos de ellos son sin ánimo de lucro, con participación pública—, Extremadura, Cantabria, o La Rioja apenas disponen de un 1% privado de toda su red sanitaria.

50% del gasto. "La competencia nos obliga a aquilatar, a aprovechar mejor los recursos. Los médicos de la sanidad pública se mueven más por la ética profesional a falta de otros incentivos", dijo Bartolomé. "Un enfermo cuesta 50.000 pesetas en la sanidad privada y 70.000 en la pública", insistió.

Con este argumento, y declarada previamente la total independencia ideológica de la federación Bartolomé afirmó que "el mejor sistema es vender la asistencia a las aseguradoras, algunas de ellas grandes multinacionales del seguro. El Estado debe

ser el garante, en ningún caso debería preocuparse por ser el proveedor", añadió.

De momento, el único ejemplo de este tipo que existe en España es el de Muface, sistema de aseguramiento que por el mismo precio de la sanidad pública ofrece a los funcionarios la posibilidad de ser atendidos en centros privados a elegir.

Según Bartolomé, de ninguna manera saldrían mejor, como hacen otros seguros privados, que cobran más, por ejemplo, en función de la edad del asegurado. Sin embargo, extrasvase que cada año se hace de Muface a la