



► 25 Noviembre, 2019

“Pública y privada no deben competir sino cooperar” **PÁG. 13**



MARTA VILLANUEVA



▶ 25 Noviembre, 2019

MARTA VILLANUEVA

La nueva directora general de la Fundación IDIS defiende que un impulso de la sanidad pública beneficiará a todos y pide huir de demagogias sobre privatización

“Para desprivatizar hay que haber privatizado antes y eso no ha pasado”

Villanueva insta a que se forme un Gobierno fuerte que, al margen de su color, aporte estabilidad y más financiación a la sanidad

MADRID LAURA G. IBAÑES
 laura.gutierrez@diariomedico.com

Un 52% de todos los hospitales del país, un 30% de todas las operaciones quirúrgicas, un 24% de las urgencias, un 56% de los equipos de resonancias magnéticas, un 47% de los equipos de PET... son sólo algunas de las cifras que, literalmente, tiene entre manos Marta Villanueva para mostrar el peso de la sanidad privada en España. La nueva directora general de la Fundación IDIS (Instituto para la Integración y Desarrollo de la Sanidad), que aglutina los intereses de las aseguradoras sanitarias y grupos hospitalarios privados, ha llegado al cargo en un momento político de incertidumbre, especialmente para los intereses y devenir de la sanidad privada.

PREGUNTA. ¿Le ha venido bien a la sanidad privada el parón de la pública por la falta de gobierno año sí y año también?

R. La sanidad privada y la pública no son competidoras, a una no le va mejor porque a la otra le vaya mal. Todo lo contrario. Tienen que cooperar y ayudarse para ser compañeros de viaje en un objetivo que tenemos que es común: disponer de la mejor sanidad en España. Y conseguir esa mejor sanidad requiere trabajar de forma conjunta y estratégica utilizando todos los recursos disponibles que ofrece el sistema independientemente de su titularidad.

En los últimos cinco años hemos estado más tiempo con un presidente en funciones que en los últimos 40 años y eso no es bueno para nadie.

R. Un preacuerdo de Gobierno del PSOE con Podemos ya hay.

R. Ahora nos enfrentamos a un panorama muy difícil todavía. Nunca antes ha habido tantas formaciones diferentes representadas en el Congreso, 12 de ellas no tienen carácter estatal, y toda esta fragmentación hace muy difícil gobernar y sacar adelante unos presupuestos si no es con un pacto de gobierno sólido y compacto que priorice de manera primordial asuntos como la sanidad que son prioritarios y necesitan, entre

otras cuestiones más financiación.

R. Podemos ha hecho de la desprivatización sanitaria una de sus banderas electorales. ¿Le asusta la idea del Ministerio de Sanidad en manos, por ejemplo, de Irene Montero, o el PSOE ha dado suficientes garantías de no cruzar esa línea?

R. Para desprivatizar lo primero que habría que haber hecho es privatizar y aquí no se ha privatizado nada. Al margen de planteamientos electoralistas y demagó-

“El 84% de funcionarios opta por la privada; ahogar Muface dispararía las listas de espera y generaría un sobrecoste de millones de euros”

“A mediados de 2020 se hará un piloto de la receta electrónica privada tanto para los centros hospitalarios como para médicos particulares”

gicos creo que hay que poner datos sobre la mesa. Y eso es lo que vamos a hacer nosotros, explicar con datos, que son irrefutables y objetivos, los resultados de la colaboración público-privada, que funciona y genera satisfacción en la población.

R. Incluso si no hubiera apoyos suficientes en el Congreso para que el hipotético Gobierno de PSOE- Podemos sacara adelante una reforma de la ley que ampara fórmulas de gestión privada de la sanidad pública, ¿teme que los presupuestos ahoguen al mutualismo administrativo?

R. Algunos partidos han dicho expresamente que quieren ahogar el mutualismo. Lo que podemos ha-

cer, de nuevo, es poner cifras objetivas sobre la mesa: hay casi dos millones de funcionarios, el 84% de ellos, que de forma voluntaria eligen la sanidad privada para ser atendidos, lo que da una idea clara de la satisfacción que esta atención les genera. Y para el conjunto de la sociedad está resultando además más barata la atención de este modo: la prima media dentro de Muface se sitúa en 883 euros anuales en 2018 por asegurado mientras que el gasto sanitario público per cápita es de 1.224 euros. Es decir, si los dos millones de mutualistas tuvieran que ser atendidos en el sistema público, el sobrecoste sería de casi 700 millones de euros además de dispararse las listas de espera por la mayor presión asistencial. Lo que hay detrás de esos mensajes demagógicos que se lanzan no es un estudio sino un simple discurso.

R. Habla de incremento en las listas de espera. ¿Qué fue de aquella propuesta que el IDIS lanzó al Gobierno para poner las listas a cero invirtiendo 1.500 millones de euros?

R. Aquella propuesta no tuvo el impacto previsto y el Gobierno no la adoptó. Las listas de espera han seguido creciendo. El problema es que la colaboración público-privada se percibe como una amenaza sin valorarse la accesibilidad que genera poder compartir nuestros recursos con el sistema público y colaborar a desbloquear esta presión asistencial.

R. El sistema público se está fortaleciendo en algunos aspectos, haciendo piña en la negociación de precios para la introducción de CAR-T y terapias avanzadas. Teniendo en cuenta el alto precio de estas terapias, ¿podemos esperar una estrategia semejante en la sanidad privada para no descolgarse de la innovación en sus prestaciones y aseguramiento?

R. Tiene que haber un debate dentro de la propia sanidad privada para que el impacto de la innovación no se conceptualice como una carga. Con la pública lo que tenemos que hacer es compartir



LISE CAMARGO

espacios y tecnología. Si, por ejemplo, a nivel de equipos el 56% de las resonancias están en la privada o el 47% de los PET... Parece razonable que compartamos esa tecnología, no comitemos sino que cooperemos, para que ningún paciente se quede sin acceso a ella.

R. ¿En qué punto se encuentra la puesta en marcha de la receta electrónica privada?

R. En el proyecto de receta electrónica privada hay muchas entidades implicadas, los colegios de farmacéuticos, de médicos... Se está trabajando para hacer unos repositorios compartidos y poder pilotarlos a mediados de 2020. Sería un modelo a pilotar para todos los centros hospitalarios privados, pero también para los médicos privados que tienen su consulta particular. Esa es la vocación.

R. Dice que pública y privada no deben competir, pero, ¿están compitiendo en la práctica por atraer a los escasos médicos que hay de ciertas especialidades?

R. El mercado de médicos y enfermeros es global para el sistema

público y el privado. Cada uno ofrece sus condiciones. Pero la Administración al autorizar y convocar las plazas de formación debe tener en cuenta las necesidades de profesionales que hay en su conjunto y acreditar además todos los centros que sean necesarios para poder disponer de esos especialistas que van hacer falta tanto en la pública como en la privada. Deben verse esas necesidades en conjunto y además no poner cortapisas en la contratación con exclusividades, por ejemplo.

R. Una de las fortalezas de la sanidad privada española es el turismo sanitario. ¿Qué impacto sobre los centros de reproducción asistida puede tener el fin del anonimato de los donantes que se plantea acometer?

R. Nos preocupa porque España ha sido siempre un referente en reproducción asistida por la calidad de sus centros pero también por legislaciones como ese anonimato. Y nos consta que algunos centros están ya viendo disminuida su actividad por este temor.