

EL INFORME DHOCK: DOCTOR EN SHOCK

¿Por qué debe cambiar el actual modelo de Medicina Privada?

Situación del Sistema Sanitario Privado Español actual.

Existen dos sistemas de Sanidad en España: El Servicio Nacional de Salud o Seguridad social (SNS) y la Medicina Privada (MP). Sobre el SNS no se va a discutir.

Actualmente las instalaciones, hospitales y prestaciones, así como la calidad de los médicos son muy buenas, es accesible a prácticamente toda la población, es un signo de bienestar social, y las nóminas de los profesionales claramente podrían ser mejorables, pero se pueden complementar con guardias y otros, llegando a fin de mes en algunos casos a ser no malas, si se comparan con otros funcionarios. De hecho, el SNS es actualmente la primera intención laboral de los médicos que acaban su residencia. Tiene dos grandes problemas, la burocracia y con ello los tiempos de espera, y la rentabilidad. Si tienes un problema, desde que te ve el médico de cabecera, después el especialista de área, se realizan las pruebas necesarias y te operas, pueden pasar muchos meses o años, sobre todo si el problema no es urgente. En estos momentos, no se están cubriendo los puestos del personal (médico o no) que son jubilados o desplazados a otros hospitales de reciente construcción, lo que sobrecarga laboralmente a los que permanecen. Junto a que los salarios se están congelando, y que las prestaciones se reducen para reducir gastos (las guardias pasan a ser localizadas en vez de presenciales, y las sesiones quirúrgicas fuera de horario habitual ("peonadas") se han recortado, la situación que ya de por sí era complicada, empeora. La población española está envejeciendo con lo cual

cada vez habrá mayor cantidad de pacientes crónicos con multipatologías o demandantes de asistencia sanitaria.

La sanidad pública actualmente esta casi totalmente transferida a las Comunidades Autónomas, en muchas de las cuales, es al menos parcialmente de gestión mixta privada-pública. Es decir en manos de gestores de Hospitales Privados e indirectamente de Sociedades Médicas (SM).

El futuro del SNS se está poniendo en entredicho porque no es rentable, pero es universal y todos ganamos con él. Por ello cada vez mas pacientes optan por la MP, en la que pueden encontrar médicos de primera línea, instalaciones y dotaciones actualmente muy punteras, y rapidez en la resolución del problema. Aquí el problema eran los costos, ya que ésta es cara, aunque realmente en España no lo es tanto como en otros países de la CEE y ni mucho menos como en EEUU. Por tanto había poca gente que pudiera acceder a ella. Así aparecieron en los años 60 la Sociedades Médicas Aseguradoras (SM), donde por una cantidad no elevada, se tenía acceso a la MP a costes reducidos.

Los médicos son los primeros que aceptaron inicialmente el sistema, los que arrastraron posteriormente a los demás, que lo mantuvieron, y que ahora lo tienen que sostener.

La MP la podemos dividir en MP Real (MPR), donde el paciente corre con todos los gastos(Honorarios médicos, pruebas, cirugías, hospitalización) y MP de Sociedades Médicas Aseguradoras (MPSM), en que el paciente paga una cuota mensual a una SM, y ésta se ocupa de realizar los desembolsos que sean precisos.

Lo que la población y los pacientes no saben, es que realmente, los seguros no abonan a los médicos sus honorarios como un MPR, sino que han establecido unos baremos de honorarios de consultas, cirugías y pruebas, que el médico debe aceptar si quiere visitar pacientes de estas sociedades. Estos baremos, en general, implican unos honorarios de entre 8 y 17 € por consulta, 3€ si es una revisión en el mismo mes, o 0€ (CERO) si hay mas visitas posteriores. En cirugía, 6€ por una Artroscopia, 22€ por la Extracción de un cuerpo extraño en el esófago, 33€ por una intervención en anestesia general como una Adenoidectomía a un niño, 250€ por un Parto ya sea normal, programado, múltiple o urgente, 425€ por una intervención mayor en las que suelen intervenir varios cirujanos y de varias horas de duración como una Pancreatectomía, o 765 € por una cirugía de alta complicación como una Resección de un tumor cerebral, que puede durar entre 4 y 8 horas (Datos de Baremo de SM actual, de 2008, aunque vigente actualmente). Ahora incluso se llega al punto en que si se realizan dos actos quirúrgicos en una misma área anatómica, se abona sólo una de ellas. ¿Se imagina que le diría un mecánico que le ha cambiado dos piezas del coche, que sólo le abonará una de ellas? Pues no se sabe porque motivo, las SM toman estas decisiones y los médicos deben aceptarlo.

Para poder ejercer, un médico deber ser Licenciado en Medicina y Cirugía (6años), superar la Prueba de Acceso a la Especialidad M.I.R (la preparación puede ser de 1 año, pero si quieres una especialidad en concreto pueden ser más), realizar la Residencia (4 años), y para ejercer en MP normalmente adquirir experiencia durante varios años

ejerciendo junto a otros compañeros con mayor experiencia, realizando guardias, rotando en distintos centros nacionales o internacionales. Por ello, los honorarios de los baremos de las SM no sólo distan mucho de los honorarios de MPR, sino que además de ser considerados insuficientes, realmente con considerados por TODO el colectivo médico, como indignos.

Este sistema existe en España (y algún país sudamericano como Argentina o Colombia, aunque no igual), y ha conseguido implantarse de tal manera, que han proliferado numerosas SM de éste tipo, ya que evidentemente, el negocio es fácil. No hay ningún otro colectivo que acepte esto, al menos de ésta manera (trataremos de explicar como y porqué se llega a esto). Pero obviamente esto deja a la MPSM con unos niveles de ingresos no solo lejos de otras profesiones similares (arquitectos, abogados, etc.) sino también muy por debajo de otras profesiones que no requieren el mismo nivel de formación, especialización y profesionalización, riesgos aparte (fontaneros, mecánicos, electricistas, tapiceros, decoradores, peluqueros o esteticistas, etc.). Para ello, aunque las comparaciones son odiosas, podemos comparar por aparente similitud de actos, lo que cuesta desatascar una cañería con un sondaje digestivo (12€), cambiar una pieza de la caldera o el coche con la colocación percutánea de calvos y agujas para tracciones continuas (18€), tapizar un sillón con intervenir una eventración o evisceración (85€), cambiar una instalación eléctrica con una transposición nerviosa (87€), cambiar una cerradura con el cambio del generador de un marcapasos (93€), y ya no comparemos con tratamientos estéticos o gastos en decoración, donde las desigualdades son aún mas evidentes. Todos sabemos lo que cuestan esos actos

profesionales, pero seguro que no sabíamos lo que recibían los médicos.

El medio por el que las SM son muy rentables, se basa en conseguir el mayor volumen posible de pólizas, adquiriendo la mayor cuota de mercado. Para ello las cuotas mensuales han ido descendiendo, y actualmente puedes disponer de un Seguro Médico por 60 o 50€, y en caso de pólizas colectivas de empresa hasta por 35€, que son cantidades que pueden permitirse muchos particulares, familias o colectivos. Actualmente están apareciendo compañías que ofrecen pólizas por 22€, e incluso que aseguran a los cónyuges y los hijos gratis. Estamos ya en el 2 x 1 y similares. La sanidad privada se está convirtiendo en un saldo.

La conciencia general de la población de que la sanidad es gratuita (ya sea por el SNS, o por la SPSM) es tan generalizado, que cuando se le solicita un desembolso a un paciente porque algo no está cubierto por la SM, en algunos casos se intentan verdaderas artimañas para conseguir no realizar pago alguno (aunque se esté hablando de cifras realmente menores). Incluso hay pacientes que eligen una cirugía (anestesia general incluida) a un tratamiento rehabilitador alternativo pero no cubierto por la SM, con tal de no pagar, o no perder tiempo.

El médico es gratis o al menos así se entiende.

Es obvio que una gran cantidad de los asegurados no harán uso de esos servicios a lo largo de su vida como afiliado de una SM, o sólo lo hará de manera puntual, lo que permite un amplio margen de beneficios, hasta el punto que actualmente

las SM son verdaderas empresas de inversión, construyen hospitales, o esponsorizan equipos deportivos. Así que realmente la MPR cada vez es menor porque la MPSM cada vez tiene mas implantación, mayor poder, y actualmente, los médicos que se dedican a MPR son los menos(16%), contra los que tienen MPSM que necesariamente deben ser los más (60%), ya que si no fuera así prácticamente no tendrían pacientes.

El restante porcentaje pertenece a pacientes con gestión mixta publica-privada (MUFACE, ISFAS, MUGEJU). Además, sobre todo en las grandes ciudades, en porcentaje de pacientes que acude por MPR cada vez se reduce más. Lo que no varían con el tiempo son los baremos de los honorarios de los profesionales médicos, que en muchos casos, y durante años, no aumentan ni el IPC, y que cada SM que se suma a éste sistema adopta, siempre manteniendo los baremos de otras aseguradoras con pequeñas variaciones, casi nunca al alza, pero si a la baja. Esto es así de tal manera, que se ha tenido que llegar a desaconsejar a alguna SM por parte de un Colegio de Médicos por considerar que los baremos eran excesivamente bajos, llegando a considerarlos indignos. Pero tanto el Tribunal de la Competencia, como la Ley Omnibus impiden que se pueda obligar a las SM a modificar los honorarios de los baremos.

¿Porqué y cómo se mantiene éste sistema? un paciente que decide darse de alta en una SM espera obtener una calidad de asistencia médica elevada, y para ello paga una cuota mensual asumible, que cree que es menor de la que tendría que desembolsar si fuera por MPR. Si los problemas fueran puntuales, seguramente optaría por la MPR, pero el miedo

ante una enfermedad crónica, grave, que requiera cirugías, ingresos, pruebas diagnosticas, y que ello signifique un gasto elevado, mantiene su adhesión a las SM, aunque en la mayoría de los casos, durante su vida no hagan uso de su póliza o en manera menor.

Ante un eventual problema de salud, tanto uno mismo como la familia deben obtener la mejor cobertura médica posible.

La mayoría de los médicos de MP, realizan ésta actividad fuera de su horario laboral en el SNS, siendo ésta solo un complemento de sus ingresos habituales, es decir, son muy dependientes de las SM. Así que no van a complicarse, aunque los ingresos son pocos, te permite tener un volumen de pacientes más o menos elevado.

Muy pocos, y cada vez serán menos, se dedican exclusivamente a la actividad privada.

Es difícil mantener una consulta privada, donde a veces no se puede ni amortizar el aparataje de diagnostico de varios miles de euros de costo, con los baremos actuales (p. ej.: 37€ por un ecocardiograma, 18€ por una esofagoscopia, 9€ por una topografía corneal, 8€ por una ecografía ginecológica u obstétrica),y donde los gastos son muchos, ya que además de los pagos habituales de alquiler del local o la hipoteca, teléfono, etc, hay que pagar en algunos casos varios sueldos, del ATS colaborador, recepcionista o instrumentista de quirófano, que igualmente debe salir de los mismos baremos. Esto obliga a realizar un número elevado de visitas diarias o de cirugías mensuales para mantener unos ingresos suficientes, lo que explica porque en MP también haya

grandes listas de espera tanto para consultas como para cirugías.

Más aún en aquellas especialidades no quirúrgicas, que dependen de la consulta diaria y de algunas pruebas diagnosticas que realicen.

También sobre los médicos se está aumentando la presión en cuanto a las indicaciones de las cirugías o de las pruebas diagnosticas, intentando reducir los gastos de las SM. Cada vez aumentan más las solicitudes de informes médicos por las SM para autorizar un acto, mas volantes que realizar, mas requisitos, intentando que sea la SM y no el médico, la que decida si la prueba requerida o la cirugía recomendada es pertinente o no, tanto desde el punto de vista médico, como por las cadencias de la póliza del paciente u otros motivos.

No existe un Sindicato, Asociación o Colegio que una realmente a los médicos de MPSM de manera que se pueda forzar un cambio sustancial en los baremos, y será difícil o imposible ponerse de acuerdo entre todos de manera particular.

Una huelga de MPSM se considera difícil de llevar a cabo, y arriesgada, ya que podrían ser tomadas represalias, y actualmente los médicos de MPSM son muy dependientes económicamente de las SM.

Los médicos no se unirán todos jamás, y deberían ser todos, para que la fuerza fuera real, porque siempre habrá alguno dispuesto a aceptarlo (que también es justo, hay que pagar la hipoteca y demás gastos), o por miedo ante el futuro. Además,

exceptuando los médicos en nómina de los hospitales, la mayoría son autónomos, de manera que podrían sumarse muy limitadamente, nunca el tiempo suficiente para conseguir forzar un cambio. No hay nadie que les vaya a ayudar a llegar a fin de mes si no trabajan. Así que no se van pelear con las SM arriesgándose a perder los pacientes de éstas, también porque realmente los médicos que se dedican exclusivamente a MP son los menos.

Hay miedo entre el colectivo médico de MP a realizar acciones de éste tipo.

La Organización Médica Colegial (OMC), y los Colegios Médicos Oficiales o las Sociedades Españolas de cada especialidad no pueden obligar a una empresa privada, las SM, a que cambien sus baremos (Tribunal de la Competencia y Ley Omnibus). Estos baremos catalogan la actividad, consultas o cirugías, por grupos, de menor a mayor complejidad (Grupos 1,2,3,4,5,6,7,8). No se han actualizado desde hace años, existiendo cirugías que no se realizan desde hace décadas. No han entrado nuevas técnicas quirúrgicas o variaciones (láseres, radiofrecuencia, endoscopias, robótica, navegadores), y no se han renovado los grupos, en los que muchos actos quirúrgicos pertenecen a un grupo que no les corresponde por complejidad o posibilidades de complicaciones. Por ello existen verdaderos problemas a la hora de realizar determinadas indicaciones médicas o quirúrgicas, porque simplemente no existen en estos baremos de nomenclator obsoletos.

Hubo noticias de que intentarían presionar a las SM para que aumentaran los baremos (sólo en las consultas), fijándose

como plazo máximo enero de 2010. No hay novedades sobre todo esto todavía. Aún así, aunque se produjera un aumento sustancial (10-15%) realmente esto no significaría un cambio importante en el volumen de ingresos (una consulta pasaría de 14€ a 16€). No significaría más que un aumento entre el 0,5 y el 1% en la facturación de las SM, y solo un leve incremento en la facturación de cada médico individualmente, pero ni así. En cambio, al igual que algunos Colegios aconsejan contratar Seguros de Responsabilidad Civil, obligatorio, con determinadas Aseguradoras, vemos que lejos de intentar cambiar la situación, llegan a acuerdos con algunas SM con pólizas colectivas para los médicos colegiados, lo que las involucra aún más en su dependencia de éstas. Si no pueden o no quieren forzar cambios, al menos deberían desaconsejar más de una SM, que ya sea por su poca inclusión en el mercado, por los baremos bajos que presentan, o su lenta o complicada manera de gestionar los servicios, deberían dejar ésta actividad para aquellos que si ofrecen mayores garantías.

Porque a pesar de todo, algunas SM funcionan desde el punto de vista de gestión, bastante razonablemente.

Actualmente los Hospitales Privados, y sobre todo los grandes grupos hospitalarios, han realizado inversiones importantes en servicios asistenciales, superespecializaciones, tecnología, en I+D+I, en abarcar especialidades como la Oncología, tratamiento de Enfermedades Crónicas, Hospitales de Día, etc. Esto les hace altamente competitivos, incluso superando a muchos hospitales del SNS.

Por ello en el futuro, la mayoría de la consultas privadas se encontraran en los Hospitales Privados.

Éstos están cada vez mas intervenidos por las SM, donde los directivos, dependientes de éstas, realmente están interesados en el volumen de visitas, de ingresos hospitalarios o pruebas a realizar. Así que llegan a acuerdos con todas las SM posibles, de manera que puedan captar el mayor volumen de pacientes existente.

No se acepta un acuerdo con la SM en función de los baremos que ofrecen a sus médicos o al mismo hospital, sino en función de los pacientes que pueden aportar.

La presión a la que las SM someten a los hospitales ha llegado al punto tal que para muchas patologías se trabaja en la forma de procesos o forfait (packs). Es decir, ocurra lo que ocurra, para determinados ingresos, la SM abona una cantidad única, de manera, que si el paciente requiere alguna prueba diagnóstica más, se complica y requiere reintervención o interconsultas con otras especialidades distintas a aquella por la que fue ingresado, ese costo correrá a cargo del Hospital. Lo que como podemos imaginar, lleva a realizar unos ajustes de tipo administrativo y asistencial a los hospitales privados enorme, lo que en muchos casos necesariamente redundará en una rebaja en la calidad de la prestación que éstos hospitales desearían para sus pacientes.

Muchas de éstas SM minoritarias, prácticamente solo pueden ofrecer a sus clientes un cuadro de médicos de hospitales.

Un MP no puede contar con muchas SM porque significa demasiado trabajo administrativo (volantes, datafonos, informes médicos) que no pueden realizar porque deberían contar con empleados que se dediquen sólo a eso. Y la mayoría de los médicos no se lo pueden permitir, y por tanto ven pacientes de una, dos o tres SM como mucho, normalmente aquellas que más pacientes les puedan aportar, pero no tanto las que mejores baremos ofrecen.

Así que realmente los hospitales si podrían realizar una selección de SM que de ninguna manera aportan nada a un médico, ni por volumen de pacientes ni por los baremos que ofrecen, pero ya hemos descrito que actualmente a los hospitales, esto no les interesa.

Algunos hospitales privados, especialmente en algunas provincias no pueden competir, renovarse, modernizarse, o no pueden ser sostenidos por la presión de las SM, así que se mantienen con grandes sacrificios, son asumidos por los grandes grupos hospitalarios o cierran.

Las empresas de suministros médicos, tanto de material de uso común hospitalario, como de prótesis, instrumental quirúrgico, o aparatos de diagnóstico y tratamiento o laboratorios de análisis, tienen que realizar grandes esfuerzos para adaptarse a las exigencias de las SM o de los hospitales, ya que difícilmente pueden obtener acuerdos ventajosos. Además, la mayoría de los abonos se realizan a 3, 6, 12 o más meses (algunas tienen impagos que superan los 18 meses), lo que desde el punto de vista de gestión administrativa aumenta los costes, el endeudamiento y los riesgos. Sólo aquellas que consiguen un alto volumen de ventas (mayoritariamente a

cargo del SNS) logran mantenerse en el mercado, pero muchas, en las que la oferta era similar o incluso inferior a los costos de producción o de importación han tenido que cerrar también.

Las SM se reparten el volumen de clientes-pacientes del mercado.

Para ello deben cada vez mejorar la oferta a los particulares, ofreciendo cuotas mensuales cada vez menores, con el fin de alcanzar el mayor volumen posible (es más para ellas y menos para la competencia). Para ello, además llegan a acuerdos con PYMES y Grandes Empresas con ofertas colectivas de cuotas mensuales aún menores, pero que les proporciona gran número de clientes inmediatos. Normalmente estos acuerdos cubren total o parcialmente a los empleados con posibilidad de ampliarse a la familia.

Curiosamente, aquellas Aseguradoras que clásicamente no se dedicaban a los seguros de salud, vista la sencillez del sistema, han decidido entrar en éste sector, pero ninguna ha ofrecido novedades a los médicos. Simplemente han copiado los baremos de otras sociedades, modificando las cantidades, unas en cantidad levemente mayor y otras aun menor.

Existen las pólizas de Reembolso, con cuotas mensuales levemente superiores, pero son utilizadas por un número bajo de clientes. Si éstas fueran las únicas pólizas existentes si que se generarían grandes cambios, pero no son potenciadas por las SM ya que manteniendo las cuotas mensuales actuales, no se podrían mantener las mismas. Ahora lo que hacen las SM es proponer pólizas colectivas de reembolso, con una cuota

mensual superior a las pólizas colectivas habituales, donde el paciente obtiene el beneficio de poder elegir médico. Lo que no saben, es que realmente el médico que elijan, seguramente pertenece ya al cuadro médico de la SM, y que por tanto recibirá los honorarios del baremo, por lo que de nuevo, las SM obtienen mayor beneficio, pero el médico sigue igual. Así que actualmente nos encontramos con un sistema de MP, en que el paciente si que tiene una cobertura sanitaria de calidad, moderna y rápida, pero realizando un desembolso, en la mayoría de los casos durante años, cuyo único beneficiario son las SM. PYMES y Grandes empresas que aseguran a sus empleados y familias a través de SM, realizando una inversión cuantiosa, para mantener su cobertura sanitaria. Unos médicos que han logrado un gran nivel de profesionalización, pero que deben mantener unos horarios de consulta y de cirugías elevados (los que tengan una especialidad quirúrgica) para obtener unos ingresos medios o bajos, lo que genera una gran frustración en el colectivo. Unos Hospitales Privados, que han conseguido un alto nivel de calidad y gestión, pero que están muy limitados en su operatividad. Empresas suministradoras y laboratorios que difícilmente consiguen mantenerse en el mercado. Y unas SM que realmente han alcanzado un nivel de diversificación tal, que deben mantener su volumen de abonados, o aumentarlas a costa de las SM competidoras, por lo que cada vez tienen que ajustar mas la oferta, para tener mayor cuota de mercado, pero manteniendo unos ingresos similares (lo que hace imposible aumentar los baremos médicos).

Se están realizando asociaciones entre grupos hospitalarios, diversas SM y otras empresas, pero no para intentar mejorar el modelo actual. Realmente se entiende que no hay evolución

positiva posible por parte de los verdaderos gestores actuales, así que el objetivo actual se desplaza.

Ahora la expansión se consigue a partir del mercado público. Es decir, dado que el sector privado no da más de sí, la tendencia es la gestión de hospitales y pacientes del SNS.

El cambio de estrategia no se realiza con intención de potenciar el modelo actual de MP, sino el de integrar la sanidad privada con la pública.

En la prensa y revistas médicas y empresariales y TV se habla de la gestión, de la cuota de mercado de unos y otros, de ampliaciones, adquisiciones y fusiones, de beneficios empresariales (23,4% de media), premios a la gestión, pero nadie habla de dignificar los baremos de los honorarios médicos, que han aumentado un 6% en cinco años en algunas SM frente al 17% del IPC acumulado.

El modelo de MP actual se da por agotado.

No parece que puedan realizarse cambios que impliquen una mejoría real. Los gestores tratan de amoldarse al sistema y rentabilizarlo, pero no de buscar alternativas. Nadie sabe como avanzar, muchos parecen estar contentos con las cosas así y el futuro se ve con gran desaliento entre los médicos, ya no sólo desde el punto de vista económico o personal, sino también profesional.

Los congresos, cursos, y otras actividades formativas imprescindibles para la actualización en medicina son casi inaccesibles (la suscripción a un congreso varia entre 200 y 1200€, mas alojamiento y desplazamiento). Y la industria que

en el pasado ayudaba en este aspecto ya no puede hacerlo de la misma manera.

En fin, el sistema actual de MP tiene varias caras: los pacientes, que al menos ellos si salen beneficiados, ya que pueden encontrar una atención de calidad y rápida. Los hospitales que aunque de manera costosa obtienen beneficios finales, aunque cada vez son sometidos a mayor presión por las SM. Las SM que manejan la situación pero que cada vez deben reducir más los gastos a costa del médico, de los hospitales y de los suministradores. Y el eslabón débil del sistema, que siempre es el médico, que para conseguir llegar a fin de mes, cada vez necesita mayor dedicación en horas a la profesión (a las SM), a costa de su vida personal, social, y familiar, y sin que vea posibilidades de progreso en el futuro, ni a medio ni a largo plazo.

Es la penitencia que tienen que cumplir por ser culpables de aceptar en sus momentos iniciales y sostenerlo posteriormente, el sistema de MPSM.

Y realmente, si nos fijamos, es un sistema que se mantiene por el miedo:

- Miedo de los pacientes a no poder costearse una atención médica privada por lo que no se atreven a desprenderse de su SM aunque no la usen, por si ocurre algo fatal.**
- Los Hospitales que tienen miedo de perder el volumen de pacientes que suponen determinadas SM, sin los cuales no podrían mantenerse.**
- Los médicos, que tienen miedo de contrariar a las SM y que éstas no les permitan ver pacientes suyos, porque si**

esto ocurriera las consultas quedarían desiertas o insostenibles.

- **Las empresas dependientes del sistema, miedo porque dependen de los pagos de las SM para subsistir, aunque éstas sean tarde, y menores de lo deseado.**

En algún momento empezaran a ocurrir deficiencias graves de diversa índole y a distintos niveles, y recordemos que estamos hablando de salud, de enfermedad y de pacientes. Tal vez ya han empezado a ocurrir.

Un sistema que se mantiene en el miedo y no en la calidad, la vanguardia, el progreso o la eficiencia, que es lo que debería ser, no se puede sostener.

En España el 20% de la población tiene un seguro médico privado.

En las grandes ciudades, debido al mayor poder adquisitivo y los pólizas colectivas el porcentaje es mayor (2 mill. de personas en Madrid, el 38% de la población).

Hay 320 hospitales privados, más de 90.000 médicos que se dedican exclusiva o parcialmente a M.P. y 325.00 empleados directos de M.P.

La Sanidad Privada factura 27.500 mill. € al año (el 2,5% de PIB). Significa el 30% del sistema nacional de salud.

Parece que no hay posibilidad de cambiar éste sistema, y no hay alternativas. Pocos las buscan y las que surgen no se aceptan por las SM, que tienen la sartén por el mango.

¿No hay otras opciones empresariales diferentes? ¿Porqué ninguna SM se plantea aumentar los baremos? Porque cada idea que surge sólo pretende reducir aún mas las opciones del médico? Los pacientes creen que las consultas están llenas y por eso el médico privado gana un montón (están llenas porque sino no llegan a fin de mes), además no es su problema, obtienen un gran beneficio a cambio de una cuota mensual asequible. Y los demás actores del sistema, incluidos los médicos, no quieren, no pueden, o tienen miedo por hacerlo, por comentarlo, y por exigir cambios. No sea que queme el pastel, ya que por lo menos hay para todos, lo que hay.

¿Nadie va a hacer nada?

Al menos, que se sepa, que se hable de ello, ¿no?