

La OMS cuestiona su gestión privada

Chequeo a los hospitales públicos con gestión privada

Informes recientes de la Organización Mundial de la Salud y la Fundación Alternativas cuestionan el modelo de gestión privada introducido en la docena de hospitales que se construyen en las comunidades de Madrid, Valencia y Baleares. Se afirma que, a la larga, es “más costoso” que el sistema tradicional de gestión pública, y que la calidad se resiente. Los responsables políticos de esos centros sanitarios lo niegan.





Gonzalo San Segundo

Los nuevos modelos de gestión en los hospitales públicos de este país han sido implantados según la naturaleza de la propia gestión y dependiendo de la procedencia política de la decisión. De esta manera, fórmulas como la del consorcio o empresa pública predominan en Cataluña y Andalucía, respectivamente. El modelo de fundación sanitaria arraigó en Galicia con el Partido Popular, pero el gobierno socialista de Pérez Mourinho quiere finiquitarlas, ya que, al parecer, no han podido demostrar el fin para el que fueron creadas, que consistía en ganar en eficiencia. Y el de concesión de obra pública, tras demostrar su fracaso en su país de origen, Reino Unido, se expande, igual que el de su prima hermana, la concesión administrativa, por Madrid, Comunidad Valenciana, Baleares y Castilla y León.

Los modelos de gestión privada surgen como alternativa a la gestión pública, tradicional o renovada, y su aparición obedece más a criterios económicos que propiamente sanitarios, según sus detractores. Desde que en 2002 las comunidades autónomas asumieron las competencias en salud, el gasto sanitario aumenta de forma imparable, por encima del incremento presupuestario anual, lo que origina unos déficits de difícil asunción.

Ello es debido, esencialmente, al incremento de la población atendida (llegada masiva de inmigrantes), al progresivo envejecimiento de la población (los mayores demandan más atención sanitaria) y a la mayor perdurabilidad y extensión de las enfermedades crónicas. Proyectado todo esto hacia el futuro, la situación se torna más preocupante. En consecuencia: cada vez mayor gasto público (el presupuesto sanitario global de las comunidades autónomas ha crecido un 44 por ciento en los últimos tres años hasta superar los 47.000 millones de euros en 2006), frente a unos recursos a todas luces insuficientes. El resultado es un elevado endeudamiento que pone en evidencia los criterios de convergencia de la Unión Europea.

¿Y qué hacen las comunidades autónomas en general y, en particular, las que acumulan mayor déficit presupuesta-

rio, para aligerar esa carga? Buscar fórmulas alternativas de financiación. De esta forma, Madrid y la Comunidad Valenciana, y en menor medida Baleares y Castilla y León, introdujeron con fuerza en 2005 los modelos de concesión de obra y concesión administrativa, según los casos, para la docena de nuevos hospitales públicos que han puesto en marcha.

El modelo de concesión de obra –*Private Finance Initiative* (PFI), en su versión inglesa– se basa en la colaboración del sector público con el privado mediante la figura del concesionario. Éste se encarga de la redacción del proyecto, la construcción, el equipamiento y la financiación de la obra, en este caso los hospitales. A cambio, recibe de la administración pública respectiva un canon anual durante el período de la

concesión (generalmente 30 años) y la explotación de los servicios no sanitarios. Cuando en el contrato se incluye la atención sanitaria, se denomina concesión administrativa. En ambos casos, al final del período, el hospital y su mobiliario y equipamiento pasan a propiedad pública.

Algunos sostienen que, en realidad, la financiación de la obra corre a cargo de la administración sanitaria, ya que el importe de la misma y sus intereses van incluidos en la cuantía del canon.

Con el modelo PFI propiamente dicho se están construyendo en la Comunidad de Madrid siete hospitales: los de Aranjuez, Arganda del Rey, Coslada, Parla, Vallecas, San Sebastián de los Reyes y el nuevo Puerta de Hierro, ubicado en Majadahonda. Un octavo, el Hospital de Valdemoro, será de gestión totalmente privada, es decir, mo-

delo concesión administrativa.

La concesión administrativa se estrenó en este país en el Hospital de La Ribera (Alcira, Valencia) en 2002 (ver recuadro titulado *Desde Alcira a Valdemoro*), y el modelo ha sido adoptado, además de en Valdemoro, en los hospitales de Dénia, Elche, Torrevieja y Manises, todos ellos en la Comunidad Valenciana.

En la construcción de hospitales, desde el punto de vista de los intereses públicos, el modelo PFI deja mucho que desear. Así lo ponen de manifiesto sendos informes publicados recientemente. Uno, de la Organización Mundial de la Salud (OMS): *Las alianzas público-privadas para los hospitales*, y

Ventajas e inconvenientes del modelo PFI*

PROS

1. Cumplimiento de los plazos de entrega, con el consiguiente ahorro de costes.
2. La inversión no se contabiliza como deuda, lo que posibilita no sobrepasar el endeudamiento exigido por la Unión Europea.
3. Mayor autonomía e incentivos por resultados.
4. Se transfieren riesgos hacia la empresa concesionaria.

CONTRAS

1. Coste total mayor que el endeudamiento público directo.
2. Opacidad del sistema, dado su carácter comercial y existencia de mercados secundarios.
3. Rigidez del contrato durante sus 30 años de vigencia.
4. Objetivos de rentabilidad económica por encima de los de salud.
5. Merma en la calidad del proyecto.

* Private Finance Initiative (PFI)

Hospitales en entredicho*

Comunidad/Hospital	Gestionado por/ UTE	Apertura	Concesión ⁽¹⁾	Canon anual ⁽²⁾	Adjudicación ⁽³⁾
Baleares					
H. de Son Dureta (Mallorca)	Dragados, FCC y 2 constructoras más	2010	30	21,0	635,0
Castilla y León					
H. de Burgos	Grupo Norte, OHL, cajas de ahorros	2009	30	38,0	242,0
Castilla-La Mancha					
H. General de Toledo	Esinsa ⁽⁴⁾	2010	0,0	0,0	299,8
Madrid					
H. del Tajo (Aranjuez)	Sando, Hispánica (construct.) e Inabensa	2007	30	9,0 ⁽⁵⁾	43,0
H. de Arganda del Rey	FCC, OHL y Cajamadrid	2007	30	9,9	49,0
H. de Coslada	Sacyr Vallehermoso, Testa y Valoriza	2007	30	14,9 ⁽⁶⁾	93,4
H. de Parla	Sacyr Vallehermoso, Testa y Valoriza	2007	30	13,8	84,5
H. Puerta Hierro (Majadahonda)	Dragados, Bovis Lend y Grupo Sufi	2007	30	40,0	190,0
H. de Vallecas (Madrid)	Ploder, Cantoblanco, Fuensanta, Cajamar	2007	30	15,5	107,0
H. del Norte (S. S. de los Reyes)	Acciona y Crespo y Blaco	2007	30	18,0 ⁽⁷⁾	98,0
H. de Valdemoro	Capio y Ghesa	2007	10 ⁽⁸⁾	32,0	61,0
Comunidad Valenciana					
H. de Denia (Alicante)	DKV, CAM y Bancaja	2008	15 ⁽⁹⁾	—	96,6
H. de Elche-Crevillente (Alicante)	Asisa, CAM y Bancaja	2009	15 ⁽⁹⁾	65,0	146,0
H. de Torreveija (Alicante)	Asisa, CAM y Bancaja	2006	15 ⁽⁹⁾	379,0 ⁽¹⁰⁾	80,0
H. de La Ribera, Alcira (Valencia)	Adeslas, CAM, Bancaja, Dragados, Lubasa	1999 ⁽¹¹⁾	15 ⁽⁹⁾	379,0 ⁽¹⁰⁾	63,4
H. de l'Horta-Manises (Valencia)	Sanitas, CAM y Bancaja	2009	15 ⁽⁹⁾	69,0	137,0

* Los hospitales de la Comunidad Valenciana y el de Valdemoro (Madrid) tienen la modalidad de concesión administrativa (gestión privada de los servicios sanitarios y no sanitarios); el resto disfruta del modelo de concesión de obra (gestión privada sólo de los servicios no sanitarios).

⁽¹⁾Número de años a partir de apertura de hospital. ⁽²⁾Millones de euros, actualizables con la evolución del IPC. ⁽³⁾Millones de euros. ⁽⁴⁾Sociedad cien por cien pública que, por medio de su filial Servicios Hospitalarios Generales, incorporará un socio privado con el 20 por ciento del capital que se encargará de prestar los servicios no sanitarios del hospital. Financia la Junta de Castilla y León. Sigue el modelo de la sociedad Calle 30 para la remodelación de la M-30 en Madrid. Las obras de la primera fase del proyecto se adjudicaron a la UTE formada por Acciona, Ferrovial y Contratas La Mancha. ⁽⁵⁾Primera anualidad, 4 millones de euros, y última, 5 millones. ⁽⁶⁾Primera anualidad, 12 millones de euros, y última, 8 millones. ⁽⁷⁾Primera anualidad, 13,5 millones de euros, y última, 9,5 millones. ⁽⁸⁾Prorrogables. ⁽⁹⁾Prorrogables por otros cinco años. ⁽¹⁰⁾Euros por habitante y año. ⁽¹¹⁾El hospital se inauguró en enero de 1999 y, ante el fracaso del experimento, la Generalitat Valenciana rescindió el contrato a la UTE adjudicataria, readjudicándose en 2003 con los servicios de Atención Primaria.



↪ viene de pág. 20

otro de la Fundación Alternativas: *El papel de la financiación público-privada de los servicios sanitarios*, además de otros estudios. Todos ellos coinciden en señalar que dicho modelo beneficia más al concesionario privado que al sector público. No obstante, los políticos responsables de la implantación de esa fórmula de gestión en España sostienen, naturalmente, lo contrario.

Los PFI, tanto en su versión de concesión de obra como de concesión administrativa (ver cuadro *Hospitales en entredicho*), se halla rodeado de polémica, como ya sucediera en su día con la fórmula fundación sanitaria. El trabajo de la OMS aparece en su boletín del pasado mes de diciembre (www.who.int/bulletin/downloads/en/index.html) y lo firman Martin Mckee, del Observatorio Europeo de Políticas y Sistemas Sanitarios, y Nigel Edwards y Rifat Atun, expertos británicos. En él se analiza la irrupción del sector privado en la construcción, financiación y gestión de hospitales públicos en varios países, entre ellos Australia, España y Reino Unido.

El PFI fue implantado en Reino Unido a principios de los años 90, con el gobierno conservador de John Major, e introducido en Europa hace una década. Tras esa larga experiencia (insuficiente en el continente europeo, según los estudiosos del tema), las minuciosas investigaciones realizadas han sacado a flote los vicios y deficiencias, también las virtudes, de dicho modelo de gestión (ver recuadro *Ventajas e inconvenientes del modelo PFI*).

En el citado boletín, los investigadores de la OMS analizan cuatro aspectos fundamentales de la colaboración público-privada en la construcción y gestión de hospitales: el coste, la calidad, la flexibilidad y la complejidad de los proyectos.

Coste. En el horizonte del largo plazo, “los nuevos servicios han sido en general más costosos que si se hubieran empleado los métodos tradicionales” de gestión pública. Y ello por tres razones básicas: una, porque los costes financieros que soportan la empresas privadas son más caros que la deuda pública; dos, porque se incluyen los beneficios que obtienen los accionistas de las empresas que gestionan los centros sanitarios, y tres, porque el riesgo que deben asumir los gobiernos si el proyecto quiebra es “enorme”, como ya pasó con el Hospital de Alcira que, en la primera concesión, la Generalidad Valenciana, obligada a seguir prestando la asistencia sanitaria, tu-

vo que intervenir asumiendo las deudas e invirtiendo más dinero.

Calidad. Las empresas se ven atadas a cumplir con un presupuesto fijo y un plazo de entrega o inauguración por motivos la mayoría de las veces políticos (por ejemplo, antes de las próximas elecciones), lo que frecuentemente repercute en la calidad del proyecto, con uso de materiales y componentes más baratos, retrasos en la apertura al público por modificaciones, costes de mantenimiento muy por encima de los previstos u otras deficiencias en las instalaciones o equipamiento.

Flexibilidad. El modelo carece de flexibilidad para adaptarse a “un entorno de gestión sanitaria que cambia muy rápidamente”, debido a los contratos a 30 años en que está basado, ya sea motivado por la oferta de nuevas tecnologías, por los propios avances de la Medicina, por los cambios de población o por los precios. Incorporar flexibilidad al diseño original del proyecto conllevaría un sobrecoste añadido.

Complejidad. La gestión de un hospital (a veces grande y universitario, como el Puerta de Hierro) es una tarea compleja para una empresa y, paradójicamente, más para varias empresas privadas, pues no resulta fácil alcanzar acuerdos entre tantos actores sobre un mismo escenario. Precisamente esa dificultad llevó a cerrar el hospital universitario Paddington Health Campus en Londres.

Los PFI también ofrecen ventajas. Una de ellas es que la Administración pública no contabiliza la inversión como gasto público, lo que evita el sobrepasar el límite de endeudamiento establecido por la Unión Europea. Otro punto a favor reside en el cumplimiento de los plazos de entrega de los proyectos, lo que supone un evidente ahorro en costes para el sector público. Y un tercer aspecto positivo: se transfieren riesgos hacia la empresa concesionaria.

El estudio del Laboratorio de la Fundación Alternativas (www.falternativas.org), que dirige el ex ministro Juan Manuel Eguigaray, es más extenso, coincide básicamente con el análisis del informe de la OMS y analiza con amplitud la situación en España. “Cuando el sistema PFI parece entrar en decadencia en Reino Unido, se inicia su auge en nuestro país”, afirman sus autores: Asunción Prieto Orzanco, médico de Familia y ex presidenta de la Semfyc; Antonio Arbelo López de Letona, pediatra y ex sub-



La presidenta de la Comunidad de Madrid, Esperanza Aguirre coloca la primera piedra del Hospital del Norte el pasado año.

director general de Atención Especializada, y Enrique Mengual García, economista de la Salud.

Dicho informe señala que las adjudicaciones hospitalarias realizadas en España mediante el sistema de concesión de obra han ido a parar a variopintas uniones temporales de empresas (UTE), en las que figuran constructoras, inmobiliarias, entidades financieras, aseguradoras médicas y sociedades con otro tipo de actividades. Pero ninguna de las UTE concesionarias cubre en su gama de negocios la totalidad de los servicios de los que se hace cargo en el hospital, por lo que se ven obligadas a subcontratarlos.

Por ello, “cabe deducir un encarecimiento de su coste, al tener que montar la Administración unos departamentos paralelos para el seguimiento y control del servicio, y el riesgo de una disminución de su calidad, al concedérseles a empresas no especializadas”.

Los autores del estudio de la Fundación Alternativas, citando a F. Godlee (*Evidence not ideology*, 2005), advierten: “La pugna sobre la fórmula PFI tiene una fuerte carga ideológica, tanto en aquellos que la defienden como en sus detractores. Ambas posiciones acusan al contrario de esta ideologización, pero ninguna lo quiere admitir”.

En efecto. Manuel Cervera, gerente de la Agencia Valenciana de la Salud, afirma que el modelo de concesión administrativa “repercute positivamente en la calidad percibida por el ciudadano”, según una encuesta realizada en 2005. Y Manuel Lamela, consejero de Sanidad de la Comunidad de Madrid y uno de los responsables políticos más fervientes defensores de la fórmula PFI, considera que el modelo adoptado en la comunidad madrileña es menos costoso, más transparente, ahorra recursos y da mayor eficiencia al sistema asistencial.

Y Lamela se ufana: “No tiene equivalente ni parangón en el Sistema Nacional de Salud desde hace muchos decenios”. Además, “hemos mejorado el modelo británico y los responsables del NHS se han interesado por la gestión que se está realizando en Madrid”. De hecho, el gobierno turco pretende exportar el modelo madrileño para sus nuevos hospitales en planificación. Por el contrario, desde posiciones de izquierda se ven las fórmulas PFI esencialmente como un paso hacia la privatización de la sanidad pública.

La polémica acerca de si el sector privado gestiona los recursos en la Sanidad mejor que el público (o viceversa) parece ya endémica. La realidad demuestra que unos y otros

tienen razón. La cuestión es dilucidar en qué aspectos unos lo hacen mejor o peor que los otros y en qué casos concretos. Y cuando se acierta o se cometen errores, ¿es mérito o culpa de los gestores o del modelo? En cualquier caso, el tiempo dirá si, más allá de los posicionamientos políticos, los nuevos hospitales que se construyen en España bajo la fórmula PFI (concesión de obra pública o concesión administrativa) son ejemplares a imitar o a deshechar.

La experiencia inglesa

La Iniciativa de Financiación Privada (PFI en sus siglas inglesas), una de las varias fórmulas de asociación existentes entre los sectores público y privado, se utiliza en el Reino Unido desde hace década y media para la construcción y gestión de hospitales públicos. En España, ha sido el elegido por la presidenta de la Comunidad de Madrid para siete de los ocho nuevos hospitales que se inaugurarán este año.

El informe *Public-private partnerships for hospitals*, publicado en el boletín de la OMS del pasado mes de diciembre, relaciona varios problemas relativos a la financiación

y calidad de los edificios, surgidos con el PFI en varios hospitales del Reino Unido y que fueron objeto de interpe-laciones parlamentarias. Y el prestigioso periódico *The Guardian* abrió su edición del pasado 11 de diciembre con la noticia de que 13 grandes hospitales de aquel país, construidos bajo la fórmula PFI, estaban “técnicamente en quiebra”.

La causa de dicha situación, según el citado diario, es “el contrato de financiación privada, que encarece cada año en nueve millones de libras (más de 13 millones de euros) sus costes en comparación con un hospital público”. Peter Fisher, presidente de la NHS Consultants Association, una organización de trabajadores de la sanidad pública británica, declaraba a *El País* el 13-12-2006: “Los hospitales fueron construidos con materiales baratos”. Y añadía: “Se ha cambiado la lógica de la salud de los pacientes por la del beneficio empresarial”.

En el Reino Unido hay 58 hospitales y residencias socio-sanitarias construidas bajo el modelo PFI y otros 30 están en proyecto. A la vista de los resultados (“los hospitales no han sido más baratos ni funcionan mejor que los públicos”, según Fisher), el gobierno laborista de Tony Blair se cuestiona esta fórmula de colaboración público-privada. Incluso se han paralizado proyectos ya aprobados y adjudicados, como el de St. Bartolomew de Londres, asumiendo el NHS importantes costes.

La concesión administrativa se estrenó en España en el Hospital de La Ribera en 2002 y el modelo ha sido adoptado, además de en Valdemoro, en los hospitales de Denia, Elche, Torrevieja y Manises

En el Reino Unido hay 58 hospitales y residencias socio-sanitarias construidas bajo modelo el PFI y otros 30 están en proyecto



El Hospital de La Ribera (Alcira, Valencia), adjudicado a una unión temporal de empresas (UTE) formada por Adelas (51 por ciento), Caja de Ahorros del Mediterráneo, Bancaja, la constructora ACS-Dragados y la inmobiliaria Lubasa, se inauguró en enero de 1999. Es el primer hospital público español construido y gestionado íntegramente por el sector público. Es decir, se aplicó el controvertido modelo inglés de *Private Finance Initiative* (PFI), pero incluida la gestión de los servicios médicos, o lo que es lo mismo: la fórmula de concesión administrativa. La duración de la concesión era por diez años prorrogables a 15.

Pero el experimento fracasó (pérdidas de 5,24 millones de euros en cuatro años) y la Generalitat Valenciana, para garantizar la asistencia sanitaria, tuvo que rescindir el contrato y rescatar la concesión del servicio. Para ello no le quedó más remedio que pagar al concesionario un total de casi 70 millones. En 2003, readjudicó el contrato a la misma UTE, esta vez ampliado a los centros de salud de la comar-

ca de La Ribera, y a 15 años (prorrogables por otros cinco) la duración de la concesión.

Actualmente, el Hospital de Alcira marcha económicamente bien, con un beneficio de 1,84 millones de euros en 2005, y previsión de duplicarlo en 2006, según la empresa Ribera Salud II, la UTE que lo gestiona. Existe un compromiso de inversiones de al menos 68 millones de euros durante el período de la concesión. Según un informe de la Consejería de Sanidad, la atención sanitaria recibida por un paciente en el departamento de salud de La Ribera cuesta 464 euros al año, 158 euros menos que la dispensada por los centros gestionados directamente por la citada consejería.

El llamado “modelo Alcira” ha sido reproducido en los nuevos hospitales de Torrevieja, Denia, Elche y Manises, todos ellos en la Comunidad Valenciana, y exportado a Valdemoro, en la Comunidad de Madrid. En este último, de momento, no se incluye la Atención Primaria. ■

Gestión hospitalaria: política y evidencias

A más de uno se le habrá amargado el turrón las pasadas Navidades con la polémica desatada en torno a si el modelo elegido por la Comunidad de Madrid para gestionar los siete nuevos hospitales públicos en construcción en la periferia de la capital es el adecuado o, por el contrario, ineficaz e introductorio a una privatización de la sanidad pública. Los paros habidos en los hospitales madrileños por ese temor, las agrias polémicas cruzadas entre comunidades gobernadas por socialistas y populares y la reciente publicación de sendos informes de la OMS (*Public-private partnerships for hospitals*) y de la Fundación Alternativas (*El papel de la financiación público-privada de los servicios sanitarios*) han echado la necesaria leña al fuego para que se vuelva a cuestionar, y con más virulencia, la intervención del sector privado en el sector público sanitario.

A nadie se le oculta que estamos en una muy adelantada precampaña electoral, con elecciones autonómicas y municipales para el próximo mes de mayo. Tampoco ignora casi nadie con preocupaciones por la marcha de la Sanidad de este país las dificultades que ciertos modelos de gestión privada están teniendo para convencer de sus bondades proclamadas frente a las consabidas carencias de la gestión pública.

Muchos reclaman la necesidad de separar el grano de la paja, es decir, los aspectos profesionales –la gestión– de las decisiones políticas. Y me temo que son muchos más los que piensan que, en lo concerniente a lo público, esa separación es poco menos que imposible. Y sencillamente lo es porque son decisiones políticas las que determinan que el sector privado participe en la gestión de lo público, con el nivel de exigencias –eficacia, excelencia, practicismo, en fin, resultados– que ello conlleva.

Exigencias que precisan, al entender de los políticos gobernantes, un seguimiento y control, también políticos, de esa participación privada y, en su caso, un cambio, incluso drástico, de la realidad imperante (recuérdese lo sucedido en el Hospital de Alcira en 2003). Por lo tanto, apelar en este entorno a la gestión estrictamente profesional para cantar las bondades o fracasos de este sistema híbrido, dejando de lado la cuestión política y, en consecuencia, la responsabilidad de los políticos que toman esas decisiones, es, cuando menos, ingenuo e ilusorio, si no interesado.

Pocos aspectos de la vida de los españoles están tan impregnados de política como el concerniente a la salud, máxime si ésta se circunscribe al ámbito de las prestaciones públicas. Otra cosa es si eso es deseable o no, o en qué grado lo sería. Pero dar la espalda o mirar de reojo a la realidad es un ejercicio de inopia o de cinismo partidista, entendiendo este vocablo en su sentido más genérico o, si se quiere, particularista.

Ésa es la indumentaria, el contexto ideológico que rodea a los modelos de gestión privada introducidos (o anunciados) en los hospitales públicos españoles. Y, especialmente, por su actualidad y repercusión, los contratos que se adjudican bajo las fórmulas de concesión de obra pública y concesión administrativa. ■

G. S. S.