

Marciano Sánchez Bayle y Madalina Crisbasianu

Lo que sabemos sobre las privatizaciones sanitarias

Hace tiempo, desde la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (FADSP) venimos señalando los tremendos problemas y las consecuencias de la deriva privatizadora del sistema sanitario de nuestro país, y aunque inicialmente la mayoría de las evidencias sobre sus nefastos resultados provenían de otros países —el caso de Reino Unido es paradigmático— pasados los años tenemos muchas y numerosas pruebas aquí que nos permiten no solo ratificar las primeras impresiones, sino además señalar nuevos efectos negativos de la llamada eufemísticamente “colaboración público-privada” (CPP) en la provisión sanitaria.

Desde la experiencia contrastada se pueden señalar las siguientes cuestiones:

Incremento de los costes. El coste de la atención sanitaria en los centros privados es muy superior a su alternativa pública. La experiencia en las concesiones administrativas y los centros semiprivados (PFI, iniciativa de financiación privada) en España recoge unos sobrecostes de entre 5 y 11 veces respecto a la alternativa de gestión pública directa, que en parte se explican por la necesidad de estos centros de gestión privada de obtener beneficios/rentabilidad para sus propietarios. Un problema a tener en cuenta es la falta de transparencia que tiene el sector privado, lo que muchas veces impide conocer y cuantificar exactamente estos sobrecostes, que, por otro lado, acaban conociéndose con el paso del tiempo por los informes periodísticos, los de los tribunales de cuentas y en ocasiones los de las propias consejerías de sanidad autonómicas (y así sabemos, por ejemplo, que en Madrid la Fundación Jiménez Díaz consiguió en diez años duplicar su financiación pública). El sector privado, por el contrario, asegura que sus costes son muy inferiores al sistema público, pero no tiene en cuenta la oferta real de servicios de los centros públicos y el hecho de que su necesidad de garantizar la atención sanitaria de toda la población (aquellas prestaciones y servicios que las empresas privadas no cubren por su ausencia de rentabilidad) no les permite especializarse en las actividades rentables, lo que sí puede hacer el sector privado.

Hipotecan la política sanitaria. El incremento de los costes acaba repercutiendo negativamente sobre los recursos disponibles para los centros de gestión directa. De esa manera, al aumentar las privatizaciones lo que queda del sistema público se empobrece continuamente. Un buen ejemplo fue la crisis de 2008 que repercutió en una disminución de los presupuestos de la Sanidad Pública en más de un 20%, pero que no supuso ninguna merma en las cantidades recibidas por los centros privatizados que, para empeorar más la situación, siguieron incrementando sus ingresos debido a las cláusulas de actualización automáticas que figuran en los contratos. Algo parecido sucede con las repercusiones que tienen los nuevos centros privatizados sobre el sistema público. Generalmente, la apertura de un centro privatizado supone la “jibarización” de los centros cercanos de gestión pública (disminución de camas y/o servicios) y la paralización de los proyectos de crecimiento de los mismos. Al final, como ya se ha señalado, al incrementar los costes de la asistencia, los centros privados detraen fondos de la alternativa pública.

Mala calidad de la construcción y los equipamientos. Lo que se sabe de los nuevos centros

es que la construcción se realiza con materiales baratos, lo que hace que tengan unas malas infraestructuras, tal y como se demostró en la inspección de trabajo realizada en los centros PFI construidos en la época de Esperanza Aguirre y en los numerosos incidentes en estos centros (roturas, inundaciones, desprendimientos de placas de las fachadas, etc.) que se producen en más de un caso poco tiempo después de la finalización de la construcción.

Existe una previsión razonable de desatención del mantenimiento una vez que se acerquen las fechas de finalización de los contratos si es previsible su reversión al sistema público.

Disminuye el número de camas. A pesar de que el número de hospitales privados sea considerablemente mayor que el de los públicos (431 frente a 341 en 2020), esto no se ve reflejado en el número de camas, pues se estima que solo el 32% (49.748) del cómputo total de camas en España pertenece a los hospitales privados. Esto, desde el sector privado, se intenta vender como una mejora de accesibilidad a la asistencia sanitaria, pero, de nuevo, nos encontramos ante el beneficio y el rédito económico, pues bien sabemos que los enfermos que necesitan ser hospitalizados durante largos períodos de tiempo o presentan patologías más complejas no son tan rentables como aquellos con pequeñas afecciones que sólo necesitan pruebas diagnósticas.

De promedio, los centros de gestión privada o semiprivada vienen a tener la mitad de las camas por 1.000 habitantes que las correspondientes a los centros de gestión tradicional (en Madrid, también refiriéndonos a los hospitales PFI, son 1,15 frente a 2,7; otro buen ejemplo es Valencia, con un número bajo de camas hospitalarias con financiación pública a expensas de una importante presencia de centros privatizados).

Tienen menos personal sanitario, y el no sanitario está precarizado y menos cualificado. El personal que se contrata en estos centros privados es muy inferior al personal contratado en la Sanidad Pública. Es más, en cuanto a la escasez de personal también podemos verlo en los centros de gestión PFI o PPP, llamados de colaboración público-privada. En estos hospitales la media de personal sanitario es casi dos veces inferior a aquellos hospitales íntegramente públicos. Asimismo, las plantillas de estos hospitales se suelen cubrir mediante el traslado del personal de hospitales públicos, lo cual repercute en estos haciendo que haya una disminución en la plantilla.

Por otro lado, si nos fijamos en el personal no sanitario que trabaja en los centros privados, vemos que se trata de personal subcontratado por otras empresas privadas. Estas realizan contratos temporales de baja duración, lo que repercute en las condiciones laborales, y por otro lado es infrecuente que se cubran las plantillas acordadas en los contratos.

Empeoran las condiciones laborales. Relacionado con el punto anterior, esta precariedad laboral que ocasiona la subcontratación del personal no sanitario repercute en un empeoramiento de las condiciones laborales generales de estos trabajadores, lo que también se expresa en menores retribuciones y más horas de trabajo.

Un tema poco estudiado, y sobre el que existen pocos datos en nuestro país, es la intromisión de las empresas privadas en las decisiones clínicas, lo que está muy bien documentado en países como Estados Unidos.

Externalizan aspectos clave. Otro aspecto importante de estos centros privatizados es la externalización de servicios. Por ejemplo, en la Comunidad de Madrid los hospitales PFI y PPP tienen externalizadas las pruebas de laboratorio a la empresa Unilabs, de Labco Quality Diagnostics, lo que produce sobrecostes de las pruebas. Esto se llevó a cabo cerrando dos laboratorios públicos existentes (uno de ellos que había renovado recientemente su equipamiento, y que hoy está obsoleto).

Igualmente, se tiende a privatizar aspectos no estrictamente asistenciales como el control y la planificación de los servicios sanitarios, a lo que debe añadirse la formación continua. En alguna comunidad autónoma (Madrid) se ha privatizado el centro de citaciones utilizándolo para la derivación sistemática de pruebas, consultas, etc. hacia los centros de gestión privada.

Aumentan los costes para la población. En todos estos centros hemos podido observar que los costes se multiplican entre 5 y 11 veces en comparación con un hospital público. Además, siempre acaba habiendo sobrecostes en los contratos que no habían sido planeados desde un principio. Esto ocasiona un aumento del capital designado para estos centros; capital que posteriormente no puede invertirse en otros centros u hospitales públicos.

Asimismo, las irregularidades que aumentan el coste para la población no acaban ahí: se producen recortes en la infraestructura, los materiales y los equipamientos, siempre existen retrasos para hacer la entrega o acabar la construcción (rara vez se cumple el contrato), existen sobrepagos en la información y publicidad, etc.

Todas estas artimañas para llenar los bolsillos de unos pocos siempre acaban desfavoreciendo a los mismos: la población general que necesita esos hospitales y que en cambio acaba recibiendo una peor atención con menor calidad por estos sobrecostes y malos materiales y equipamientos.

Acaban en manos de grandes multinacionales que hipotecan la soberanía en la prestación de un servicio básico. Aunque la mayoría de las adjudicaciones suelen realizarse de manera inicial a UTEs con presencia de múltiples empresas, algunas de ámbito local; en poco tiempo se acaba produciendo una venta de la participación de estas a grandes multinacionales del sector. De esta manera se están creando grandes oligopolios de provisión privada gestionados por multinacionales del sector y/o de capital riesgo. Predominan dos: Capió/Quirón/Recoletas, en manos de Fresenius, una multinacional alemana que gestiona fondos de pensiones, y Ribera Salud, con Centene (una multinacional estadounidense) como empresa mayoritaria en la que recientemente acaba de aterrizar Vivalto Santé, una multinacional francesa donde están presentes IK Partners y Hayting, dos multinacionales de capital riesgo.

La generación de oligopolios, que suele disimularse mediante multitud de empresas de nombres distintos, tiene claramente el riesgo de acabar condicionando la soberanía del país a la hora de la planificación y la prestación de un servicio básico como es la asistencia sanitaria.

Por otro lado, el sector privado está creando potentes grupos de presión como la Fundación IDIS (Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad), que es una entidad que agrupa al sector sanitario privado cuyo órgano de gobierno (a día de hoy) está formado por representantes de ACES, Adeslas, AEGON, Analiza, ASISA, AXA, CASER Seguros, Catalana Occidente Seguros, Divina Seguros, DKV, Farmaindustria, Fenin, Fresenius, GenesisCare, Recoletas, Hospitales

Católicos de Madrid, HM Hospitales, Hospiten, IMED, IMQ, MAPFRE, Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, HPS, Quirón Salud, Ribera, Sanitas, Teladoc, Unilabs, Viamed, Vithas. Además de colaborar con empresas como Philips, Siemens o El Corte Inglés.

La actividad de esta fundación no se destina únicamente a los centros privados, sino que también se apoderan de los conciertos de hospitales PPP y PFI. Además, según reconoció Fresenius en 2016, los beneficios de los conciertos son mucho mayores que los que obtienen de la sanidad privada *per se*.

El sector sanitario privado se encuentra en su mayoría en manos de fondos de inversión, cuyo fin no es la atención a un derecho ciudadano, la protección de la salud, sino conseguir la máxima rentabilidad.

Favorecen las corruptelas. Es bien sabido que hay numerosos casos abiertos por la Fiscalía Anticorrupción que están directamente relacionados con gestiones en centros de CPP.

En todas las concesiones de nuevos hospitales que han seguido el modelo PFI o PPP (Toledo, Valencia, Madrid, Galicia...) se han ido repitiendo ciertos factores que nos hacen pensar que no se trata de una excepción, sino de una norma. Entre estos factores encontramos las irregularidades en la adjudicación de estas concesiones, pues no se explican claramente los criterios para otorgarlas, y además siempre nos encontramos ante las mismas empresas: constructoras, entidades financieras, fondos de inversión internacional y, cómo no, actores políticos, en su mayoría pertenecientes al Partido Popular (véase Ayuso, Matas, Camps, etc.). Por otro lado, el fenómeno de las “puertas giratorias” es bastante evidente, con altos cargos de la administración que acaban en puestos directivos de las empresas que se vieron favorecidas con las privatizaciones.

Empeoran la atención sanitaria al poner los intereses económicos y la rentabilidad por delante del derecho a la salud. La CPP fue presentada en España como una alternativa a la gestión pública menos costosa, menos burocrática y más eficiente. Hemos visto a lo largo de estos años que se trataban de mentiras y artimañas para que las empresas que gestionan estos centros privatizados sacaran rédito económico.

Estos centros han resultado ser todo lo contrario a lo que vendieron: las ventajas burocráticas son inexistentes, los costes de las CPP son mucho mayores y siempre implican sobrecostes, además de que la transparencia y la calidad son totalmente inexistentes.

Hay bastante literatura internacional sobre el peor funcionamiento y resultado sanitario de los centros de gestión privada frente a los de gestión pública y/o no lucrativa (Estados Unidos, Reino Unido, Italia, España), pero más recientemente *The Lancet*, en julio de 2022 ([“Outsourcing health-care services to the private sector and treatable mortality rates in England, 2013-20: An observational study of NHS privatisation”](#)), ha identificado un mayor grado de privatización con un aumento de la mortalidad evitable en Reino Unido, abundando como posibles causas en las señaladas anteriormente: selección de riesgos por parte del sector privado, menos personal, etc.

Control escaso o inexistente. Aunque teóricamente los contratos establecen mecanismos de control y un sistema de sanciones por incumplimiento, los hechos demuestran que el control es mínimo o inexistente porque existe de hecho una colusión de intereses entre las administraciones

que favorecen la privatización con las empresas. Esto hace que, a pesar de incumplimientos fehacientes y reiteradamente denunciados por organizaciones sindicales, sociales y políticas, las sanciones suelen ser mínimas. Hay muchos casos, como el nuevo hospital de Majadahonda con el personal administrativo y de mantenimiento del antiguo hospital de Puerta de Hierro, a pesar de que este debería de ser provisto por la empresa concesionaria, o el hecho de que este mismo hospital redujera el número de camas establecidas en el contrato, pero siguiera cobrando como si no hubiera existido esta reducción, etc.

Las llamadas “colaboraciones público-privadas” son un primer paso para la privatización total. Las privatizaciones no son algo nuevo en este país, pues podemos remontarnos al año 1997, con la Ley 15/1997, de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud. A partir de esta ley se posibilita que los organismos privados también puedan gestionar los servicios sanitarios, lo cual abre las puertas a las concesiones sanitarias que hemos ido viendo a lo largo de estos años.

Empezamos a ver cada vez más desgastes y recortes en la Sanidad Pública, y cada vez más concesiones, facilidades y chanchullos para el beneficio de las empresas privadas con intereses en la sanidad. El proceso privatizador avanza de manera continua, con muchas diferencias entre CCAA, y se ha intensificado con la pandemia en alguna de ellas, especialmente en la de Madrid.

Los modelos de colaboración público-privada no son más que intentos por desgastar y empeorar la Sanidad Pública, y por beneficiar a las empresas privadas que tienen intereses en esta. Más propiamente, en realidad deberían llamarse *financiación pública para negocios privados*.

Se ha visto cómo claramente estos modelos no funcionan bien, son opacos y de dudosas intenciones. No hay más que ver el comienzo de la concesión del Hospital de Alzira, donde la atención a la ciudadanía empeoró, y las condiciones laborales y materiales también. Pero, siguiendo este mismo ejemplo, en 2018 la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública asumió la gestión directa de este hospital y los resultados han sido más que satisfactorios: se han adquirido nuevos aparatos tecnológicos de tratamiento y diagnóstico (supliendo la obsolescencia de estos), ha habido una mejora en la infraestructura, así como en los servicios y prestaciones, además de haber recibido una inversión de más de 18 millones de euros.

Así pues, habría que plantearse dos cuestiones: la primera es paralizar el flujo de privatizaciones porque cuantas más privatizaciones se produzcan más difícil será recuperar el servicio y la gestión públicos; la segunda es la reversión de las privatizaciones que la experiencia de Valencia ha demostrado posible. En esencia hay varias vías para conseguirlo, la más fácil en teoría es la reversión a la finalización del contrato (caso de Torre Vieja y Alzira) lo que supone esperar plazos amplios de tiempo; también pueden explorarse otras vías, que por supuesto incluyen la recompra de los centros a las empresas concesionarias, pero es evidente que un control exhaustivo de las condiciones de los contratos facilitaría estas reversiones. Este proceso desprivatizador debe complementarse con un aumento de los recursos públicos, con el aumento de las camas en los hospitales públicos (ya que la diferencia entre camas instaladas y operativas se hace cada año más notable, decreciendo estas últimas) y con la utilización intensiva de los equipamientos.

Creemos que hay pruebas más que sobradas para seguir defendiendo la gestión pública de nuestros centros sanitarios, pues son la clave para garantizar una Sanidad Pública de calidad, universal y económicamente sostenible. Por ello, no se entiende como desde el Gobierno no se

actúa con contundencia para frenar este verdadero cáncer para la Sanidad Pública.

[Marciano Sánchez Bayle y Madalina Crisbasianu son miembros de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública]