Marciano Sánchez Bayle

Los modelos de colaboración público-privada en el ámbito de la gestión sanitaria: lo que nos dice la experiencia

Desde hace años, y en medio de la ofensiva neoliberal para desmantelar y privatizar los sistemas sanitarios públicos, se ha puesto en marcha la llamada “colaboración público-privada” (CPP) en el sector sanitario público.

Una CPP es un contrato realizado entre la administración pública y una o varias empresas privadas por el que:

• La/s empresa/s privada/s financian, construyen y gestionan algún elemento de un servicio publico; y

• La empresa privada cobra a lo largo de varios anos, ya sea mediante las tarifas abonadas por los usuarios (tasas, etc), o mediante los pagos de la administración pública, o una combinación de ambos.

Como muy bien señala David May (PSI 2015) conviene recordar que el concepto de CPP no se utilizó antes de los anos 1990, pero las concesiones han existido durante mucho tiempo antes.

La base de las CPP consistía en que la empresa privada se comprometía a invertir su propio dinero y, a cambio, el Estado garantizaba a la empresa el monopolio en el suministro de ese servicio en la zona, y así la empresa podía obtener un retorno sobre el capital cobrando a los usuarios. Las concesiones se utilizaron con frecuencia en el siglo XIX para implantar sistemas de agua, gas y electricidad, así como ferrocarriles, que implicaban una elevada inversión de capital.

Pero el modelo CPP no fue capaz de proporcionar la magnitud de inversión requerida para los servicios universales a precios asequibles, por lo que, en general, fueron reemplazadas por entidades públicas que utilizaban financiación publica.

La versión moderna de las CPP, en la que el gobierno paga a la empresa privada (en lugar de los consumidores), fue inventada en Reino Unido en los anos 1980 por el gobierno de Margaret Thatcher. La introducción de reglas fiscales neoliberales redujo el endeudamiento estatal y la capacidad fiscal del estado, pero el gobierno quería poder invertir en infraestructura publica. Las CPPs se plantearon como la solución, bajo el nombre de Iniciativa de Financiación Privada (PFI sus siglas en ingles). Aunque el gobierno se compromete a sufragar la inversión, como si él mismo hubiera tomado prestado el dinero, durante un periodo de muchos años que suele ser variable según los casos (entre 10 y 30 años), las normas contables permitían tratarlas como un préstamo privado, no como un préstamo o endeudamiento publico, de modo que el dinero puede tomarse prestado sin infringir las normas fiscales. La política también era atractiva para el gobierno de Thatcher, ya que representaba otra forma de privatización, permitiendo a las empresas privadas beneficiarse del dinero publico, y exigiendo a los servicios públicos que proporcionaran oportunidades comerciales rentables para la empresa privada, que pronto

quedaron en manos de grandes multinacionales y fondos de inversión o de capital-riesgo.

Las CPPs nacieron como una estratagema contable, una manera de sortear las propias restricciones del gobierno sobre el endeudamiento publico, y siguen teniendo una gran atracción para los gobiernos y las instituciones internacionales. De la misma forma que empresas como Enron habían intentado ocultar sus auténticos pasivos trasladándolos 'fuera del balance', los gobiernos comenzaron a utilizar las CPPs como estratagemas…. gracias a las que las cuentas públicas imitaban la contabilidad creativa de algunas empresas privadas. Desde la caída de Enron, estas estratagemas han sido prohibidas para las empresas, pero las CPPs –que se fundamentan en los mismos principios de maquillar/esconder el endeudamiento real–? son frecuentemente promovidas por los gobiernos.

Para las empresas privadas implicadas –bancos, constructoras y empresas de servicios– las CPPs representan una oportunidad comercial sumamente atractiva. Un solo contrato (generalmente suscrito por la propia administración publica) les proporciona una fuente de ingresos seguros y de alta rentabilidad durante muchos años. Las empresas pueden presionar a los políticos para garantizar que los gobiernos creen CPPs, y las renegocien creando modificaciones y con ellas incrementos del endeudamiento y de los beneficios muchas veces durante la duración del contrato.

Desde el principio, la PFI fue criticada tanto por la derecha como por la izquierda por ser mucho mas cara que el uso de financiación publica, por perjudicar a los servicios, y por tratarse de una 'estafa' para encubrir la inversión y el endeudamiento publico real. Sin embargo, fue adoptada e incrementada por posteriores gobiernos del Reino Unido, y se creó una unidad especial dentro de la Tesorería, integrada principalmente por ejecutivos del sector privado, con el propósito de que actuara como un centro permanente dentro del gobierno para promover proyectos PFI.

Esta forma de actuar y los mecanismos utilizados para ello se han convertido en el modelo para las unidades de CPPs creadas por numerosos gobiernos de todo el mundo.

Reino Unido ha utilizado las CPPs para construir una amplia gama de edificaciones e infraestructuras: hospitales, escuelas, carreteras, ferrocarriles, instalaciones de defensa, y oficinas gubernamentales. Conforme se ampliaron los limites neoliberales de endeudamiento de la administración publica, también lo hicieron las CPPs (por ejemplo, en Europa, donde las normas de la UE empezaron a limitar el endeudamiento publico al 3 por ciento del PIB).

Así se extendió inicialmente a Nueva Zelanda, Australia, Canáda y EE.UU., países todos ellos que empezaron a utilizar la CPP como un componente de la política de privatización, y una forma de maquillar unos presupuestos maquillados mediante la ocultación del endeudamiento.

En los países en desarrollo, los bancos de desarrollo y las empresas multinacionales fomentaron la proliferación de la CPP en los anos 1990, especialmente en los sectores del agua y de la energía, como parte de la promoción general de la privatización –y como una forma de evitar las restricciones fiscales que las mismas instituciones financieras internacionales imponían en los países en desarrollo–?. La principal forma de privatización del agua eran las concesiones o los contratos de arrendamiento, que son una forma tradicional de CPP. En el sector energético, se ha producido una introducción generalizada de productores independientes de energía (IPP por sus siglas en ingles) con la compra de la electricidad por el sector público garantizada a largo plazo.

Los CPP se han enfrentado a una fuerte resistencia popular y a importantes movilizaciones en su contra en muchos países, lo que ha conducido a la rescisión por ejemplo de numerosas concesiones de agua.

En diversas ocasiones se han señalado los aspectos generales de las contradicciones existentes entre el mercado, la provisión y gestión privada, y la garantía de un derecho básico como es el de la protección a la salud (ver: M Sánchez Bayle La privatización de la asistencia sanitaria en España. Fundación Alternativas. Documentos de trabajo Nº: 182/2014), por lo que no voy a incidir mas en el tema y voy a centrarme en la experiencia que existe sobre las denominadas "colaboraciones público-privadas" en nuestro país, y esto con algunas limitaciones importantes porque, si en general la administración sanitaria peca de escasa transparencia, en este tema la opacidad es casi total, y las cosas se conocen porque ha pasado tiempo y porque se ha puesto mucho empeño en averiguar los datos.

Como ya se ha señalado, las CPPs no son ni mucho menos exclusivas del sector sanitario, pero en él han tenido un importante desarrollo; desde el Reino Unido, donde se iniciaron los primeros experimentos, se han extendido a muchos otros países en casi todo el mundo (España, Portugal, Italia. Canáda, Australia, Nueva Zelanda, Brasil, Chile, Perú, etc.) y continúan numerosos intentos de expansión. Un hecho a resaltar es que en Latinoamérica son generalmente empresas de titularidad y origen español (aunque ya se han convertido en sucursales de multinacionales norteamericanas o alemanas) las que están siendo la punta de lanza de esta expansión del modelo CPP.

En España, se han desarrollado dos modelos de CPP en los centros sanitarios, la denominada iniciativa de financiación privada (del que hay 7 centros en Madrid, uno en Baleares, otro en Castilla y León y otro en Galicia), y las "concesiones administrativas", también conocido como modelo Alzira por ser este el primer centro donde se implantó (con 5 centros en Valencia y 4 en Madrid). Cuando se iniciaron los hospitales PFI en nuestro país, ya existía amplia experiencia en otros países y se había publicado en 2006 en el Boletín de la OMS un articulo que señalaba que el modelo tenía muchos e importantes problemas, y que la única ventaja conocida era que las construcciones se realizaban en el plazo señalado (en España esta supuesta ventaja no se produjo de manera generalizada llegando al extremo de que un hospital de Vigo se abrió con 4 años de retraso).

De los datos de la experiencia en nuestro país pueden extraerse los siguientes problemas para estos modelos de CPP:

Incremento de los costes

Se ha constatado un notable aumento de los costes de estos centros: en el caso de los 7 hospitales PFI de Madrid, con un coste de construcción de 701 millones €, en el año 2011 las empresas concesionarias habían recibido 761,3 millones € de acuerdo con el contrato inicial, quedando pendientes 4.284 millones €. Pero, es más, se descubrió gracias a un Informe del Tribunal de Cuentas que en 2010 se les habían concedido 80 millones € sobre el contrato inicial, y aprobado un aumento de 9,1 millones € del canon. No es pues de extrañar que en 2010 el coste por cama anual fuera de 434.868 € frente a los 277.235 € de los centros de gestión tradicional. Lo mismo puede decirse del hospital de Burgos cuyo sobre coste inicial se ha disparado aún más con las sucesivas modificaciones (de 1.000 millones € del contrato inicial,

frente a un coste de construcción de menos de 200 millones, estamos en 1.700 millones € en 2017), y del hospital de Vigo, que ha pasado de un presupuesto de 331,7 millones € en su construcción por el modelo tradicional a un contrato de 1.566,4 millones €.

Por otro lado, en varios casos se ha demostrado que la inversión inicial que supuestamente realizan las empresas adjudicatarias no es tal, ya que recurren a créditos públicos de la Banca Europea de Inversiones avalados por los correspondientes gobiernos de las CCAA, por lo que su aportación y su riesgo es cero.

Otro hecho constatado en el caso de Madrid es que la parte publica de los hospitales PFI asume costes que por contrato pertenecen a las concesionarias; así se ha evidenciado en el hospital de Majadahonda, donde el personal de mantenimiento durante años fue pagado por el SERMAS, y en el hospital de Vallecas donde la jardinería y personal administrativo eran del SERMAS a pesar de corresponder a las concesionarias, que sin embargo no pagaba ni recibía ningún recorte en el canon. En Alzira, recientemente, la Consejería ha reclamado a la concesionaria 102 millones € correspondientes a salarios de personal estatutario que durante 3 años había trabajado “gratis” para Ribera Salud.

Hipotecan a la política sanitaria

Y lo hacen porque se trata de contratos a muy largo plazo que impiden la necesaria flexibilidad y capacidad de adaptación que debe tener el servicio sanitario a las necesidades de la población, y también porque los contratos garantizan actualizaciones automáticas de las cantidades a percibir (ligadas al IPC o similar según cada caso concreto) que no tienen relación con la evolución de los presupuestos sanitarios públicos (durante la crisis, recortes de cerca del 20% de los presupuestos de las CCAA) lo que ha agravado los recortes de los centros públicos acaparando los centros de gestión privatizada una parte cada vez mayor de una tarta más pequeña.

Mala calidad de la construcción y equipamientos

Otro aspectos reseñable y bastante generalizado es la mala calidad de la construcción y los equipamientos de estos centros; así se ha comprobado en los hospitales PFI de Madrid por la propia inspección del Ministerio de Trabajo, en el nuevo hospital de Vigo, que tuvo incluso que paralizar su apertura por estos problemas, y en el hospital de Burgos, con numerosas incidencias.

Disminuyen el número de camas y el personal sanitario.

Los hospitales PFI han disminuido el número de camas y personal sanitario no solo en ellos sino, de manera derivada, en los centros de gestión tradicional. Así, en la Comunidad de Madrid el numero de camas financiadas públicamente pasó de 15.531 en 2009 a 15.035 en 2015 (un 3,19% menos) y, por el medio, se habían abierto 11 nuevos hospitales, con lo que hemos conseguido un record Guinness de construir hospitales y en paralelo disminuir el número de camas gracias a la reducción de camas en los centros de gestión tradicional, que han pasado de 14.749 camas a solo 13.504; ello, evidentemente producido para favorecer el negocio de los nuevos centros. En el caso del hospital de Vigo también se ha producido una reducción importante de las dotaciones (camas, quirófanos, consultas, etc).

También se ha detectado una disminución del número de profesionales sanitarios, tanto médicos

como de enfermería (por cama y por habitante adscrito al centro) en estos modelos, más acusado en el caso de las “concesiones administrativas” que en los PFI, que frecuentemente asumen el personal de un centro preexistente.

Eliminan el personal no sanitario

En los centros PFI de Madrid se eliminó el personal no sanitario, desapareciendo 26 categorías (lo que supuso 19.500 trabajadores menos). Un hecho llamativo que se ha detectado es que el personal contratado por las concesionarias era netamente inferior al fijado en los pliegos de condiciones, así como que se producía una sistemática subcontratación de estas tareas a veces con una intolerable rotación de las subcontratas; en uno de los centros, en 1 año se hicieron cargo de las mismas tareas 11 subcontratas.

Empeoran las condiciones laborales

En el Reino Unido, el 13% de las enfermeras tituladas son reemplazadas por ayudantes de atención sanitaria. Los hospitales PFI tenían entre un 20 y un 30% menos de plantilla que los públicos (14% menos de médicos y enfermería, 38% menos de personal de apoyo). El NHS (sistema de sanidad británico) calcula en 100.000 el número de puestos de trabajo menos (el 10% de la plantilla) 36.000 de ellos en el 2007. Como resultado, se produjo un éxodo en enfermería: el 45 % de las enfermeras tituladas en 4 años se fueron al extranjero, lo que explica la elevada demanda de estos profesionales en otros países (Portugal, España).

En Madrid, las concesiones administrativas tienen mas horario (40 hs versus 37,5) y menores retribuciones (300 € mensuales de promedio).

Externalizan/ privatizan aspectos claves

De entrada, dejan en manos de empresas privadas (frecuentemente subcontratas) los almacenes y distribución, la documentación clínica y administrativa (poniendo en riesgo la confidencialidad de los datos sanitarios), el mantenimiento integral, con resultados desastrosos en el caso de los hospitales de Madrid, la lavandería y esterilización (con graves problemas de abastecimiento y calidad), la limpieza y el catering (tiempo antes privatizados en casi todos los centros), los residuos urbanos, el transporte interno-externo y la gestión auxiliar, el apoyo administrativo, recepción y centralita, la cafetería, Parking y tiendas (también privatizados en los centros de gestión tradicional). Todo ello dificulta la coordinación entre estos aspectos, muchos de ellos clave para la actividad asistencial.

Además, se ha privatizado en otras empresas el laboratorio (en Madrid); el control del funcionamiento de los centros (en Galicia y Madrid); la informática está privatizada y, además, utilizan distintos sistemas informáticos que el resto de la red publica, con problemas de accesibilidad de la información; y el centro de llamadas está privatizado y se utiliza para derivaciones sistemáticas al sector privado. La extracción de sangre periférica se privatizó con resultados negativos, y en salud mental se privatizaron Centros de Salud Mental, hospitalización de agudos y larga estancia, centros de apoyo, etc.

La radiología se centraliza en el anillo radiológico, empresa pública situada en uno de los hospitales.

Las privatizaciones recogidas en el segundo párrafo suponen un incremento de costes que no están registrados en los costes calculados en los contratos, por lo que el sobrecoste real es muy superior al descrito.

Aumentan los costes para la población

Los costes de los servicios prestados por las concesionarias, por ejemplo el parking, se incrementan de manera exponencial dificultando seriamente la accesibilidad a las personas con menos recursos.

Acaban en manos de grandes multinacionales que hipotecan la soberanía y la prestación de un servicio básico

Aunque las PFI y las concesiones inicialmente se concedieron a empresas nacionales, éstas han acabado vendiendo su participación a grandes multinacionales que hipotecan la soberanía en la prestación de un servicio público básico. Que sepamos, hasta ahora son:

- Hospitales de Parla, Coslada y Arganda en manos de LBIP.BV, en manos de LLoyd Bank.
- Majadahonda, comprado por DIF, fondo holandés.
- Ribera Salud en manos de Centene, fondo de EEUU de aseguramiento y provisión sanitaria.
- Valdemoro y Fundación Jiménez Diaz, en manos de Fresenius (fondo de pensiones alemán que es mayoritario en la prestación privada con fondos publicos: mas de 1.500 millones € en el ultimo año).
- Torrejón, pertenece a Sanitas-BUPA, multinacional inglesa con presencia en Europa, Latinoamérica, Australia, Nueva Zelanda y Arabia.

El gran problema de estas multinacionales es que, por un lado, tienen una gran capacidad de presión (económica y política) sobre las administraciones públicas y, por otro, si no les interesan las condiciones de rentabilidad pueden “desaparecer”, cerrando centros y provocando un problema de cobertura asistencial.

Favorecen las corruptelas

La gran opacidad que caracteriza estos modelos favorece las corruptelas y/o la corrupción. En nuestro país se han identificado dos tipos: por un lado, las denominadas eufemísticamente “puertas giratorias” (así, dos exconsejeros madrileños que habían impulsado las privatizaciones acabaron en altos cargos de las empresas beneficiadas por éstas, cuando su escasa cualificación y conocimientos sanitarios son notorios). Por el otro, varias de estas adjudicaciones (hasta el presente la del hospital Son Espases y la de los centros PFI de Madrid) se encuentran en los tribunales por presunto cobro de comisiones y/o derivación de fondos a campañas electorales.

Empeoran la atención sanitaria al poner los intereses económicos y la rentabilidad por delante del derecho a la salud

Este es un tema de gran complejidad porque hay pocos datos (de nuevo, la opacidad) y existen

diferencias entre los dos modelos de CPP (PFI y concesiones). En cualquier caso, este empeoramiento viene por dos vías: por un lado la directa, la mas complicada de demostrar, aunque existen casos como el hospital de Stafordshirre, una *fundacion trusts* del Reino Unido donde sendos informes del parlamento y del NHS establecieron que se había producido un exceso de mortalidad de entre 400 y 1.200 personas en 4 años, debido a los incentivos comerciales que primaban en el centro. En nuestro país hay un informe de UGT en la Comunidad Valenciana que cuantifica en 2.752 la mortalidad atribuible a la política privatizadora en esa comunidad autónoma.

La segunda vía es la del deterioro que producen los sobrecostes unidos a los recortes en el conjunto del sistema sanitario. Por ejemplo, en la Comunidad de Madrid se han disparado las listas de espera, pasando la quirúrgica de 27.672 pacientes en junio de 2005 a 82.758 en septiembre de 2017 (recuérdese, después de abrir 11 nuevos hospitales), y en esa misma fecha el número de pacientes en lista de espera de consultas externas era de 403.338 personas y 118.273 en espera de pruebas diagnosticas, lo que hace un total de 604.369 personas en lista de espera (el 9,29% de la población total). O sea que la implantación de estos nuevos modelos no ha mejorado la situación asistencial, sino que la ha empeorado.

Las PFI son un primer paso para la privatización total

Una cuestión a tener en cuenta es que las PFI, al menos en Madrid, han querido ser convertidas por el gobierno regional en “concesiones administrativas” en el año 2012, lo que se logró parar por la amplia movilización social y profesional.

La ciudadanía prefiere la gestión pública

No sólo las movilizaciones expresan el rechazo generalizado de profesionales y ciudadanos ante estos fenómenos privatizadores, sino que las encuestas lo recogen también; así, el último Barómetro Sanitario (2016), ante la pregunta de cómo esta mejor gestionada la sanidad pública el 68,9% contesta que si lo hace la administración publica frente al 13,3% que piensa que lo hacen mejor las empresas privadas (por cierto el 71,1% en Cataluña y el 70,4% en Madrid).

Gobiernos autonómicos están iniciando procesos de reversión y/o de paralización de proyectos CPP

Otro fenómeno a tener en cuenta es la reversión que se esta produciendo de este tipo de “experimentos”. En Aragón, el gobierno (en ese momento del PP) reintegró el CASAR (un consorcio) a la red pública, y en Valencia el 1 de abril de este año se ha producido la reintegración del hospital de Alzira a la red pública, prometiéndose además que se hará lo mismo con el Hospital de Denia. Además, de han paralizado muchos proyectos, cuatro hospitales en Castilla La Mancha, dos en Extremadura, uno en Aragón y otro en Castellón (estos dos últimos casos con gobiernos del PP). Es decir, muchas administraciones públicas están reconociendo por la vía de los hechos que estos modelos no son buenas alternativas para la provisión de servicios sanitarios.

De todo lo expuesto, creo que queda bastante claro los muchos inconvenientes que tiene la denominada “colaboración público-privada” que han sido también reconocidos a nivel internacional, por múltiples estudios (el ultimo en 2014, el Informe del Comité de Expertos

sanitarios de la UE). Y, por ello, es una obligación tanto desde el punto de vista económico como sanitario volver a la gestión pública de los recursos sanitarios, paralizando las privatizaciones y recuperando los centros privatizados.

Esta recuperación puede llevarse a cabo mediante 4 mecanismos:

1. La no renovación de los contratos a la expiración de los mismos. Es lo que se ha hecho en Alzira, y tiene el inconveniente de que los contratos generalmente tienen plazos muy dilatados que prolongarían excesivamente en el tiempo la necesaria recuperación de los centros privatizados.

2. La compra por parte de la administración pública de todas o algunas de las empresas propietarias de las concesiones. Es una evidencia, como ya se ha señalado, que muchas de las empresas que recibieron inicialmente las concesiones vendieron sus participaciones en las mismas por múltiples motivos: necesidad de liquidez, desinterés por continuar en las UTEs una vez concluidas las obras (caso de las constructoras), incluso quiebra de las mismas. Dado que las administraciones pública deben de autorizar estas ventas, es el momento de hacerse con la propiedad.

3. Seguimiento exhaustivo del cumplimiento de los contratos ejercitando la capacidad sancionadora ante los incumplimientos. La experiencia señala que el incumplimiento es la norma ante la pasividad de las administraciones públicas que, en teoría, deberían ejercer el control de las concesiones, y de ahí proviene una parte importante de la elevada rentabilidad de las empresas concesionarias. Aparte de que es imprescindible un adecuado control para garantizar la calidad de la atención sanitaria a la ciudadanía, es obvio que un estricto control favorecería la tendencia de las empresas incumplidoras a revertir los centros.

4. Por fin, la expropiación de los centros por motivos de interés general, teóricamente posible, pero la que entraña mas dificultades por el laberinto legal en que se vería envuelta incluidas las dificultades que plantean las normativas de la UE y otros tratados internacionales.

Obviamente, ha quedado demostrado que la privatización sanitaria debe y puede revertirse, y que ello depende básicamente de la voluntad política de hacerlo. Ahora bien, conviene hacerlo con prudencia, estudiando caso a caso los contratos existentes y valorando los pasos a dar en cada caso concreto, y que ello puede hacerse en cada comunidad autónoma independientemente de las demás, aunque es evidente que la reversión tiene un cierto efecto domino. Por supuesto, seria de gran ayuda que se derogasen las leyes estatales y autonómicas que favorecen esta privatización, así como la elaboración de una legislación que garantizase y reforzase la provisión y la gestión pública en el Sistema Nacional de Salud.

Conviene recordar también que esta política no será posible si no se cumplen tres premisas fundamentales: gobiernos progresistas y/o de izquierdas, un sector profesional significativo que apoye la Sanidad Pública, y un amplio apoyo social, que se exprese tanto en una opinión pública predominante a favor del sistema público de salud como en movilizaciones masivas en su apoyo.

Es muy importante avanzar en este camino con celeridad porque de su logro depende la calidad de la atención sanitaria, la garantía de la universalidad de la misma y, en suma, la protección dela salud de la población.

[Marciano Sánchez Bayle, presidente de la Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública de Madrid, portavoz de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública, Vicepresidente de la Internacional Association of Helth Policy y miembro del Comité Científico del Observatorio Iberoamericano de Políticas y Sistemas de Salud.]