

# La privada conquista la tarta sanitaria pública

PP y PSOE repiten modelo en todas las autonomías: externalizar servicios para sortear deuda y listas de espera - Fundaciones sin ánimo de lucro o sociedades anónimas se ocupan de la gestión

JOSEP GARRIGA 07/07/2009

La asistencia sanitaria de más de un millón de valencianos depende de una única empresa privada. La misma compañía -Ribera Salud- que realiza las pruebas analíticas de otro millón de madrileños. En Cataluña, Entidades de Base Asociativa (EBA), cuyos accionistas son los propios médicos, gestionan doce centros de atención primaria. En Andalucía, la Consejería de Salud derivó a 17 hospitales no públicos más de 60.000 intervenciones quirúrgicas sólo en 2007. En Baleares, el PSOE prometió modificar el modelo de gestión del nuevo hospital de referencia Son Dureta cuando accediera al Gobierno autónomo. Ahora, ha cambiado de parecer y mantendrá el mismo sistema público-privado que ha generalizado el Partido Popular en la Comunidad de Madrid. En Canarias, el Gobierno autónomo mantiene conciertos con los hospitales de la red privada Hospiten. Y el resto de comunidades han firmado acuerdos con empresas privadas para derivarles pruebas diagnósticas o intervenciones quirúrgicas. Una fórmula que, en la mayoría de los casos, permite aligerar las abultadas e interminables listas de espera. ¿Suponen estas nuevas modalidades de prestación sanitaria una privatización encubierta del sistema público de salud mientras los usuarios no deban pagar ni un solo euro?

*Algunas regiones limitan la gestión a entidades sin ánimo de lucro*

*Se intenta hacer más rentable la inversión con menos coste, según expertos*

*El PP introdujo los acuerdos con empresas, algunas ajenas a la sanidad*

*La OMS advirtió que la privatización acaba haciendo el sistema más costoso*

Nadie se pone de acuerdo en la respuesta y aparecen, por doquier, voces discordantes, tanto a favor y en contra de las cada vez más imaginativas fórmulas de gestión no estatutarias - empresas privadas o entidades sin ánimo de lucro- frente a las eminentemente públicas - estatutarias- que prestan los servicios autonómicos de salud con su presupuesto, personal e infraestructuras.

"La sanidad se privatiza cuando estás obligado a pagar por el servicio que recibes, no en función de quien te lo presta", afirma Joan Farré, director general técnico del Consorcio Hospitalario de Cataluña, una entidad que asocia a fundaciones sin ánimo de lucro y entidades municipales que gestionan varias áreas sanitarias y nueve hospitales. "El debate sobre la provisión no es inocuo y privatizar es cualquier forma de ceder la gestión a otro que no sea la propia autoridad sanitaria", contradice Antonio Cabrera, secretario general de la Federación de Sanidad de Comisiones

Obreras. "Sin duda hay una privatización creciente y cada vez más importante, porque se introducen mecanismos de gestión privada en centros de titularidad pública. Y aquí incluyo también a las fundaciones", abunda Marciano Sánchez, presidente de la Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública, que acaba de emitir un informe muy crítico sobre la situación de este sector en España. El documento, por ejemplo, denuncia que, de todo el gasto sanitario anual de cada persona, el sector público cubría el 81% en 1980 cuando en 2007 se redujo al 70%. Es decir, el ciudadano paga de su bolsillo ya el 30%.

Los nuevos modelos de gestión hospitalaria surgieron en Cataluña a principios de los noventa, porque fue la primera comunidad en asumir sanidad. Mientras en el resto de España el antiguo Insalud tenía a su cargo el 80% de los centros hospitalarios, en Cataluña el porcentaje era del 35%, porque coexistían cerca de 60 centros propiedad de órdenes religiosas, ayuntamientos, consorcios, fundaciones y organismos con todas las formas jurídicas posibles. Y para integrar a estos hospitales en el sistema público se inventó el denominado "modelo catalán", que consiste en convertir a la Administración en "compradora" de servicios sanitarios a diversos "prestadores" de los mismos. Una fórmula que todas las regiones copiaron pero introduciendo múltiples variables conforme iban asumiendo las transferencias en materia sanitaria.

Mientras Cataluña y otras regiones -Andalucía, Baleares, Aragón- limitaron la gestión distinta de la pública a entidades sin ánimo de lucro, el PP empezó a explorar en Valencia y Madrid nuevas fórmulas de colaboración con sociedades anónimas, empresas privadas que, en muchos casos, eran ajenas a la sanidad. La más novedosa empezó en la Comunidad Valenciana en 1999 con el denominado *Modelo Alzira* y carece de precedentes en los países de la OCDE. El Gobierno del PP ha concedido a Ribera Salud (propiedad a partes iguales de Bancaixa y la CAM) la organización de cinco áreas sanitarias (Alzira, Torrevieja, Dénia, Manises y Elche), y atiende desde la asistencia primaria hasta la hospitalaria, junto a aseguradoras como Adeslas, Asisa y DKV. El Gobierno del PP paga 599 euros por cada usuario de esa zona, con una media de 200.000 habitantes cada una. En Cataluña, un consorcio recibe unos 545 euros per cápita.

Eloy Jiménez, director general de recursos económicos de la Consejería de Salud de la Comunidad Valenciana, despeja las dudas sobre esta fórmula. "La calidad asistencial se cumple, se da un plus de eficiencia en los recursos, las listas de espera no superan los 60 días, y tenemos un comisionado en cada hospital que vigila las altas, las autorizaciones y realiza una auditoría permanente de los servicios y el funcionamiento". Pero Ribera Salud es una empresa privada y le interesa obtener ganancias, se le interroga. "Hay un compromiso de inversiones que siempre se cumple y además los beneficios superiores al 7,5% de la tasa de rentabilidad interna revierten siempre en una mayor inversión", añade.

En Madrid el modelo es similar, pero se limita a la gestión hospitalaria. Hay dos variantes. El conocido como PPP (*public-private-partnership*) se ha utilizado en los centros de San Sebastián de los Reyes, Vallecas, Coslada, Aranjuez, Arganda, Parla y Majadahonda. Consiste en ceder a una sociedad anónima la construcción y gestión de los servicios auxiliares del hospital, mientras el personal clínico es funcionarial. La comunidad, en este caso, paga un canon anual, que el primer año ascendió a 103 millones de euros y los restantes a 95,4.

Por el contrario, en el hospital de Valdemoro la construcción y gestión de todos los servicios es privada. Esperanza Aguirre, presidenta de la Comunidad, quiere extender esta fórmula a los de Collado-Villalba, Torrejón y Móstoles. En Valdemoro, el Gobierno regional paga 330 euros por usuario, aproximadamente unas 110.000 personas.

¿Por qué se utilizan estas fórmulas? Un alto directivo de una de las empresas participantes responde: "La Administración ya no puede endeudarse más en aplicación de las directivas europeas. Y de esta forma traslada el riesgo al sector privado y así no le computa como deuda".

Los defensores de esta fórmula -ceder la gestión a sociedades anónimas- esgrimen argumentos económicos y de calidad asistencial. Eloy Jiménez, por ejemplo, señala que el *modelo Alzira* es un 25% inferior al coste del conjunto de la sanidad pública de la Comunidad Valenciana.

Por su parte, Manuel Peiró, vicerector y director de programas de servicios integrados de Salud de ESADE, defiende el *Modelo Alzira* frente al de Madrid "porque en el primero se controlan todos los flujos de los enfermos y los incentivos van asociados a todas las áreas y niveles de la sanidad". Pero alerta de que la gestión privada se basa en maximizar la inversión y en minimizar costes. "Pueden darse problemas de criterios de calidad y, por tanto, hay que estar muy vigilantes para que cumplan los estándares".

David Elvira, director general de Recursos Sanitarios de la Generalitat de Cataluña, admite que las formas de gestión distintas a la pública son más flexibles y no están sometidas a la "rigidez" del funcionariado pero subraya que tiene sus temores respecto a conceder la gestión a empresas privadas y defiende el *modelo catalán*, que da preferencia a las entidades sin ánimo de lucro. "Los facultativos del Hospital Clínico de Barcelona [gestionado por un consorcio] decidieron rebajarse el 1% su masa salarial a cambio de realizar cursos de formación y especialización en Estados Unidos. Esto sería impensable en la pública", añade Manuel Peiró.

Los estudios publicados sobre la eficiencia de los centros sanitarios gestionados por empresas públicas o privadas son discordantes. La Organización Mundial de la Salud, en 2006, advirtió que dejar en manos del sector privado la sanidad pública acaba siendo más costoso, prohibitivamente complejo y, a veces, va en detrimento de la calidad. "La colaboración público-privada complica aún más la ya de por sí difícil tarea de construir y dirigir un hospital", se afirmaba en el documento. Y Marciano Sánchez, de la Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública, pone como ejemplo los hospitales de Madrid. "En un mismo centro hay duplicidad de gestión. Es mucho más caro, surgen problemas de coordinación dentro del mismo hospital y se producen distorsiones".

En cambio, un informe de la prestigiosa consultora IASIST, que anualmente elabora la lista TOP 20 de los mejores hospitales españoles, sostiene que los centros con nuevas formas organizativas exhiben una mayor eficiencia "por los costes ajustados y la estancia media" de los pacientes en el hospital. En cambio, la calidad asistencial (mortalidad, complicaciones o readmisiones) entre los centros gestionados por la Administración y por fundaciones o consorcios "no se ve afectada por la implantación de uno u otro modelo" [ver cuadro adjunto]. La directora de IASIST agrega al respecto: "Los hospitales de gestión no estatutaria son más

eficientes cuando empiezan, pero al cabo de los años los parámetros respecto a los estatutarios tienden a asimilarse". Y Peiró lo argumenta "por efecto de la misma contaminación del sistema".

Hasta Antonio Cabrera admite que la sanidad pública debería flexibilizar algunas modalidades de gestión siempre que fueran fruto del consenso político "porque ahora es muy rígida. Por ejemplo, suprimiendo la intervención previa, porque no se puede comprar nada sin la autorización de Hacienda, o hacer más profesionales los procesos de selección sin acudir a inventos nuevos". Pero siempre desde la gestión pública.

Su homólogo Antonio Gallego, del sindicato Médicos de Cataluña, mayoritario en el sector, sostiene otra versión: "Podemos explorar nuevas fórmulas de cogestión y que incluso los médicos participen en ella, pero lo que debe primar es la calidad sanitaria porque los médicos tenemos un deber deontológico que es atender al paciente con la máxima eficiencia y calidad posible. Dicho esto, no toleraré que un administrativo nos marque el tiempo que debo dedicar a un paciente".

¿Y los usuarios? Carmen Flores, de la Asociación del Defensor del Paciente señala que la Comunidad de Madrid es la "más condenada y denunciada por la privatización tan tremenda de su sistema sanitario" y señala que "son más denunciados los privados por su mala *praxis*". Sin embargo, carece de datos comparativos. Carmen Sabaté, directora de la Coordinadora de Usuarios de la Sanidad, admite que cuando se implantaron las primeras EBA en Cataluña puso el grito en el cielo "pero ahora reconozco que son más eficientes que algunos ambulatorios del Instituto Catalán de la Salud".

## **Público, de ocho a tres**

El Hospital Clínico de Barcelona funciona como un centro público por la mañana y como uno privado por la tarde, gestionado por la empresa Barnaclínic. Utiliza las mismas instalaciones -salvo una planta de hospitalización- y dispone de los mismos médicos. Pese a las dudas éticas sobre este modelo, los gestores lo defienden porque supone fidelizar a los profesionales y un alivio para las arcas públicas. En 2008, Barnaclínic facturó 12 millones, de los cuales pagó 8 al Clínico por el alquiler de infraestructuras y equipos.

El País