



sociedad

La batalla de los obispos españoles

Cuando la sanidad pública es un negocio

El PP extiende en Madrid y Valencia la privatización de la gestión ● El modelo es el hospital de Alzira, marcado por el sobre esfuerzo del personal, la alta ocupación y la captación de pacientes de otras zonas para redondear ingresos

MÓNICA C. BELAZA
ORIO L. GÜELL

¿Es la inversión privada la mejor forma de garantizar la sanidad pública? El Gobierno de la Comunidad de Madrid (PP) estrena mañana en Valdemoro, a 25 kilómetros al sur de la capital, el primer hospital privado de nueva construcción integrado en la sanidad pública: la Comunidad pagará la factura por la atención a 150.000 vecinos, pero su propietario es Apex Partners, un potente fondo internacional de capital riesgo.

La participación del capital privado no es nueva en la atención médica a los ciudadanos españoles, un derecho universal y gratuito reconocido en la Constitución. Los funcionarios del Estado reciben asistencia a través de Muface en clínicas privadas y casi todas las comunidades —en especial Andalucía y Cataluña— suplen los huecos en sus sistemas públicos con colaboraciones con el sector privado.

Lo que es nuevo en España es la firme apuesta hecha por dos comunidades autónomas, Valencia y Madrid, gobernadas por el PP, para desvincularse de la gestión directa de sus nuevos hospitales y entregarla a empresas privadas sometidas al rigor de los consejos de administración y a la ley del mercado. Aunque hasta ahora lo habían hecho de forma distinta en las dos comunidades. En la valenciana, la empresa privada se encarga de todo mientras que en Madrid los médicos y las enfermeras están contratados por la Administración. Pero Valdemoro ha adoptado el sistema valenciano.

La cuestión que se plantea con este modelo, en clara expansión, es si debe ser un negocio un hospital público. ¿Y qué ocurre cuando deja de serlo? ¿De dónde sale el beneficio? La referencia es La Ribera, el hospital que el Gobierno valenciano financia en Alzira desde 1999. Ésta es su radiografía.

Habitaciones individuales con vistas a campos de naranjos, bonitos neceseres con productos de higiene básica, trato amable, amplios pasillos y un edificio nuevo con tecnología punta. La Ribera tiene un *marketing* perfecto a primera vista, nada comparado con la austeridad de la Seguridad Social. Fue el primer hospital público de España gestionado en todos los aspectos —médico-asistencial y de servicios— por una unión de empresas privadas.

Abrió en 1999 y desde entonces se ha convertido en la piedra angular del modelo sanitario del Partido Popular.

“Pero no es oro todo lo que reluce”, señala el Sindicato de Médicos de Asistencia Pública, el único representante en exclusiva de facultativos del hospital. “Es un centro colapsado, con un altísimo índice de ocupación. Hay poco personal, sobreexplotado, y una presión difícil de soportar para los profesionales. Aquí se trabaja al 150%”. “Y la empresa gestora sólo ha conseguido beneficios gracias a que la Generalitat llegó al rescate cuando estaban a punto de quebrar y les inyectó una buena cantidad de dinero”, añade María José Mendoza, médica, portavoz de la Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública y ex diputada socialista en las Cortes Valencianas. Porque ésta es la pregunta del millón: ¿Cómo se consigue hacer nego-

Hay dos modelos de privatización distintos, Madrid y Valencia

El hospital de Alzira, Valencia, el pionero, abrió sus puertas en 1999

cio de algo tan costoso como la sanidad pública?

El ex presidente de la Generalitat valenciana Eduardo Zaplana fue el impulsor del modelo privatizador de La Ribera. Buscaba, según explicó entonces, un sistema más eficiente que la gestión pública directa. Y lo hizo a través de una concesión administrativa firmada por 10 años.

El trato que ofrece es el siguiente: las empresas construyen el hospital y prestan la asistencia y los servicios. Se encargan de todo y la Administración se despreocupa por completo salvo por una figura de control, el “comisionado”, que nombra la Generalitat. Las empresas reciben una cantidad por cada uno de los más de 200.000 usuarios de la sanidad pública en esa área de salud (204 euros por habitante y año en ese entonces, 1999). Pueden, también, asistir y cobrar aparte a cualquier persona de

otras áreas sanitarias. Y no tienen que hacer frente a gastos tan importantes como farmacia, prótesis, transporte sanitario y oxigenoterapia. Todo esto, complicado de rentabilizar, lo paga aparte la Administración pública. No supone un riesgo para la empresa. En cuanto a la propiedad del hospital, reierte en la Generalitat cuando termina la concesión.

La ganadora fue una unión temporal de empresas controlada por Adeslas (con el 51%), Bancaixa y la Caja de Ahorros del Mediterráneo (el 45%) y las constructoras Dragados y Lubasa (con el 2% cada una). El mismo esquema que se va a seguir en el resto de las concesiones en la Comunidad Valenciana: aseguradoras sanitarias, cajas de ahorros y constructoras. Una de ellas, en Torreveja, ya está funcionando. Y otras tres lo harán en breve: Denia, Manises y Elx-Crevillent.

El hospital empezó a operar en 1999 y las pérdidas no se hicieron esperar: un millón de euros en su primer año; 900.000 en 2000, 450.000 en 2001 y 2,67 millones en 2002, según datos publicados por el diario económico *Cinco Días*. Más de cinco millones de euros en total. Los resultados demuestran que no era tan fácil sacar provecho económico de la sanidad pública. El dinero que pagaba la Generalitat por persona atendida no era suficiente, así que empiezan a articularse medios y modos para conseguir beneficios de otro lado. Y la clave va a estar en la “facturación por proceso” a pacientes de otras áreas de salud. En el año 2000, por ejemplo, la Generalitat pagó por la población del área 48 millones de euros. Y facturaron, por otros procesos, 13 millones (el 28% del total). El año siguiente ingresaron por este concepto 17 millones, el 34,4% del total.

La necesidad económica de la empresa generó entonces algunos problemas para los ciudadanos de la comarca, según indican miembros de los sindicatos CC OO y UGT. Se atendía antes a los que venían de Gandía, o de Madrid, por los que se facturaba aparte, que a los del área. La ex diputada socialista María José Mendoza denunció en el Parlamento valenciano que había ido con una persona de Alzira a pedir cita, las dos, para un pediatra, y que a su hijo, de otra área (Valencia), le iban a atender antes.

La oposición ha acusado además a la Generalitat valenciana

de desatender los hospitales cercanos a Alzira, y no dotarlos de determinados servicios o aparatos. ¿Para qué? Para fomentar que los pacientes de estas áreas vayan a La Ribera y el hospital pueda cobrar por ello. Por ejemplo, en los partos. La Ribera garantiza la anestesia epidural mientras que otros hospitales del entorno no lo hacen, por problemas como falta de anestesiastas. Y, efectivamente, los datos de nacimientos en Alzira son peculiares. Mientras entre 1999 y 2000 el número de partos en la Comunidad Valenciana creció un 2,4% de media, en Alzira el aumento fue del 37%, y no han dejado de subir. En sus seis primeros años de vida el incremento ha sido del 126%. Así, el área de obstetricia se ha convertido en la niña bonita del centro.

Pero, a pesar de la facturación por proceso, el hospital no

En 2003 la Generalitat tuvo que acudir en ayuda de la UTE

“Aquí se trabaja al 150%”, dice el sindicato de médicos de Alzira

acababa de levantar cabeza y las pérdidas iban en aumento. Así que la Generalitat tuvo que acudir en su auxilio. Rescindió la concesión administrativa en 2003, seis años antes de lo previsto. Indemnizó a la unión de empresas con 69 millones (43 por el hospital y 25 como “lucro cesante” por lo que iban a dejar de ganar por la rescisión anticipada, a pesar de las elevadas pérdidas que habían cosechado hasta ese momento) y sacó a concurso una nueva concesión con unas condiciones más ventajosas, que incluían no sólo la atención especializada del área, sino también la primaria, los centros de salud.

El canon anual que pagaba la Generalitat por cada habitante de La Ribera subió de 225 euros a 379 (un 68%). Aparte de más dinero, controlar la atención primaria suponía poder filtrar el número de personas que pasaban a las consultas especializadas. ¿Quién ganó el concurso? La misma



Hospital de La Ribera, en Alzira, Valencia. / JESÚS CÍSCAR

unión de empresas. El cambio básicamente tuvo por objeto mejorar las condiciones de una UTE con pocas posibilidades de sobrevivir. Se le dio un empujón para que el proyecto sanitario no fracasara. O, al menos, ésta es la interpretación que la Organización Mundial de la Salud ha hecho de lo ocurrido en Alzira en un informe de diciembre de 2006. A partir de ese momento, las cuentas de resultados mejoraron.

¿Qué pasa hoy en La Ribera? Las cuentas provisionales de 2005 ofrecidas a los sindicatos hablan de unos beneficios de 1.200.000 euros. La atención integral primaria-especializada ha funcionado en términos económicos. Pero sigue siendo un centro colapsado, con los índices de ocupación media más altos de la



cultura

México abraza a Colombia en Guadalajara



deportes

Ronaldinho decide no jugar por cansancio



pantallas

Zune, de Microsoft, planta cara al iPod



comunidad valenciana —90,6% en 2006— y médicos y enfermeras siguen protestando por falta de personal y una desmesurada carga de trabajo “Esto sale adelante gracias al sobre esfuerzo y vocación de los que trabajamos”, señala un miembro de CC OO. “Aquí lo que les importa es el número de citas, el número de camas, el número de tacs...”.

“Te exprimen como una naranja y cuando te sacan el jugo tienes la puerta abierta. Aprovechan a la gente joven en sus años con más energía, pero casi todo el mundo está deseando conseguir una plaza en la sanidad pública para no vivir con esta presión y no tener que entrar en quirófano con una enfermera en lugar de tres”, explican desde el sindicato médico Simap. “Según el último censo, en cuatro años el 23% de los médicos ha cambiado, a pesar de que suelen hacer contratos indefinidos rápido”, añaden.

El director de recursos económicos de la Consejería de Sani-

dad valenciana, Eloy Jiménez, asegura sin embargo que casi todos los profesionales que trabajaban en Alzira y Torrevieja para la Consejería antes de las concesiones —que pueden elegir sobre su situación laboral— han preferido pasar al régimen de las UTE.

Las empresas pagan en función de objetivos cumplidos, como que no se hagan excesivas pruebas diagnósticas o que los tiempos de estancia en el hospital de los pacientes sean cortos, por lo que algunas enfermeras se quejan de que a veces hay altas precipitadas para liberar camas y no derivar a otros hospitales —y pagarles por ello— a los pacientes del área. Si se cumplen los objetivos, y dependiendo del cargo, se pueden alcanzar, e incluso superar, los salarios de la sanidad pública. Pero las guardias, por ejemplo, se pagan peor. Tanto, que en febrero los médicos de Alzira fueron a la huelga. “Nos pagaban menos que a los residentes que estábamos ense-

ñando”, señala Pedro Durán, del sindicato Simap. Llegaron a un acuerdo de mejora, pero todavía no ganan lo mismo que sus compañeros de hospitales públicos.

A pesar de estas críticas, el Go-

El número de nacimientos constata el desvío de pacientes a La Ribera

Entre 1999 y 2000 los partos subieron un 2,4% en la región y un 37% en Alzira

bierno valenciano está encantado con la experiencia de Alzira, como lo demuestra el hecho de que se haya ampliando a otras cuatro áreas de salud. “Los resultados han sido excelentes en es-

tos años y el volumen de actividad de trabajo, magnífico”, señala Eloy Jiménez. “La idea de base de privatizar la gestión no es económica, sino de fondo. Se evitan muchas inercias difíciles de controlar cuando el servicio lo gestiona la Administración con sus funcionarios. Es más barato, y se limita al 7% la tasa de rentabilidad de las empresas para que no busquen un beneficio ilimitado. Además, al no tener que gastar directamente en construir estos hospitales, podemos invertir más en otros sitios y mejorar los centros de gestión pública. Y que vayan personas de fuera del área a Alzira no es malo: demuestra que el hospital es bueno”.

También los críticos reconocen ventajas. El índice de absentismo laboral es mucho más bajo que en los centros de gestión pública directa, y el trato a los pacientes, que son también clientes, bastante amable. En urgencias la gente protesta, como en la mayoría de los centros, sean pú-

blicos o privados, pero en el resto de hospital dicen estar contentos con el trato recibido, en especial las parturientas.

Al margen del funcionamiento de unos hospitales en concreto, el modelo de gestión es absolutamente cuestionado por la izquierda. “Como punto de partida, un hospital de la sanidad pública no puede ser un negocio. Está pensado para garantizar la asistencia médica a los ciudadanos, no para obtener beneficios”, explica José Manuel Freire, jefe del departamento de Salud Internacional de la Escuela Nacional de Sanidad y ex consejero del ramo en el País Vasco por el PSE. La actual presidenta de Madrid, Esperanza Aguirre, se sumó con entusiasmo a la privatización de la gestión de la sanidad pública al llegar al cargo en 2003. Ganó las elecciones con la promesa de hacer siete nuevos hospitales, que abrirán el próximo año. Poco después se añadió un octavo, el de Valdemoro. “El sector privado tiene mayores estímulos para gestionar mejor, lo que permite un ahorro de costes importante”, afirma el consejero madrileño de Sanidad, Juan José Güemes.

“Pero las empresas pagan intereses mucho más altos que el público a la hora de pedir el crédito necesario para la inversión”, replica Freire. “Si a eso sumamos el margen de beneficios, ¿de dónde puede salir el ahorro? Sólo de reducir los salarios de los profesionales y de ahorrar en servicios que acaban repercutiendo en la calidad”.

Un informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS), de 2006 concluye que “los nuevos servicios han sido en general más costosos que si se hubieran empleado los métodos tradicionales” de gestión y financiación pública. El estudio de la OMS analiza decenas de experiencias en todo el mundo, especialmente de los países con más tradición privatizadora, como el Reino Unido y Canadá. Y concluye que la iniciativa privada es más cara porque el dinero público sirve para financiar los mayores costes financieros que soportan las empresas privadas y el reparto de dividendos a accionistas. Pero la OMS introduce un tercer motivo: la ingente cantidad de recursos públicos que los Gobiernos tienen que destinar al rescate de los hospitales de gestión privada cuando quiebran.

Los nuevos hospitales de Madrid, al igual que La Ribera, tendrán confortables habitaciones individuales, más confortables aún si se comparan con las destartadas habitaciones que aún tienen muchos hospitales públicos, y que la Administración no mejora. En cualquier caso, los expertos insisten en la necesidad de que España determine de forma clara y razonable la forma de evaluar la calidad de su sanidad pública, sea cuál sea su gestión, para poder hacer una valoración rigurosa de los modelos y decidir si debe haber colaboración público-privada y cómo debe ser.