

LA PRIVATIZACIÓN Y LOS NUEVOS MODELOS DE GESTIÓN EN SANIDAD

Marciano Sánchez Bayle*

Fecha de recepción: 29 de enero de 2007

Fecha de aceptación y versión final: 19 de abril de 2007

Resumen: Los llamados nuevos modelos de gestión tienen su expansión en el contexto de las políticas privatizadoras de los servicios públicos que se han desarrollado a partir de los años 70 del pasado siglo. Las privatizaciones parten del aserto de que la provisión pública es ineficaz e ineficiente y que el mercado puede hacerse cargo de la provisión de todos los bienes y servicios, incluidos los de interés público de una manera más eficiente. No obstante los datos empíricos, a nivel español e internacional, señalan que la provisión privada en Sanidad, aparte de cuestiones relacionadas con la equidad, es más cara, y de peor calidad, y se especializa en la atención de los segmentos más rentables de la provisión.

En España ha habido una gran expansión de estas fórmulas de gestión privada con titularidad privada, público-privada o pública, que abarca desde las empresas públicas, los consorcios, las fundaciones sanitarias, las concesiones administrativas o los nuevos hospitales copia de la iniciativa de financiación privada (PFI en inglés), que han proliferado sobre todo, pero no sólo, en las CCAA gobernadas por el PP. Los estudios realizados demuestran que estas fórmulas se caracterizan por una menor proporción de profesionales por población y unos resultados mediocres en cuanto a indicadores de funcionamiento.

* Marciano Sánchez Bayle es médico pediatra y Portavoz de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública.

No obstante el proceso continúa avanzando de una manera lenta y enmascarada, pues se trata de una estrategia a largo plazo para convertir la salud en una mercancía, abandonando su carácter de derecho básico de la población.

Palabras clave: Privatización. Nuevos modelos de gestión de salud.

Abstract: New Management models of Public Services have been developed in the context of privatization of public services that start in 1970s. Their justification is based in the hypothesis of the inefficiency of public provision and that market can provide efficiently all types of goods and services, included those with public character. However, empirical studies, both International and Spanish, indicate that private managed health is more expensive than public managed. An also appear problems on terms of equity and quality of the services. We analyze the development of this model in Spain and their development despite the evidences. There is a long-term strategy to transform health from universal service to a market good.

Key words: Privatization, New management models of health

Introducción

En realidad el término “nuevos modelos de gestión” que es el que se utiliza habitualmente, esconde una falacia. La utilización de técnicas de gestión privada en el sector sanitario público y la existencia de modelos mixtos de gestión y propiedad de los centros no tiene nada de nuevo, como bien se conoce en Cataluña, donde existen experiencias de este tipo desde principios del siglo XX, con un desarrollo continuado desde entonces. No obstante el termino suele referirse de una manera más habitual a las modificaciones en la gestión y propiedad de los centros sanitarios que se han producido a partir de las propuestas de Enthoven y de las transformaciones sustanciales del Nacional Health Service del Reino Unido iniciadas por Margaret Thatcher (AA.VV. 1989).

Estas propuestas están incluidas en la ola de privatizaciones de los servicios sanitarios, que es una tónica en los últimos 30 años en los que se ha puesto en cuestión la viabilidad de los sistemas de protección social, el estado del bienestar, que se había desarrollado fundamentalmente en Europa, pero también en la mayoría de los países desarrollados (Sánchez Bayle, 1998).

El contexto general

El paradigma de esta ola privatizadora neoliberal está en tres afirmaciones: sólo existe el interés individual privado en la solución de los problemas; el estado, las burocracias públicas sólo producen distorsiones de intereses y fomentan el parasitismo; la expresión de este interés individual se expresa en el ámbito económico; sólo tiene valor lo que cuesta dinero y las relaciones económicas son las únicas transparentes; y por fin, la única manera eficiente y eficaz de proveer todo tipo de bienes y servicios es el mercado y la iniciativa privada; la provisión pública es ineficiente, burocrática e incapaz de adaptarse a los cambios de las demandas presentes. En realidad tras ellas subyace una cuarta que pertenece a la ideología no explicitada: la competencia es el único motor del progreso de la Humanidad, las actuaciones no competitivas (llámense solidarias o caritativas), sólo producen distorsiones que generan mas problemas que los que resuelven, cada persona debe hacer valer sus propias opciones y la resolución de los problemas es de su exclusiva responsabilidad (ya sean vitales, de salud, educación, etc.).

Privatizar según el diccionario de la Real Academia es “transferir de lo público a lo privado, incluye no solo la propiedad pública sino también las actividades públicas”(Real Academia Española). La privatización incluye transferir la producción al sector privado aunque el servicio siga siendo en origen público, también transferir la regulación, haciendo que el mercado y no la regulación de las autoridades públicas sea quien defina y ordena el marco de las relaciones mediante la libre competencia; además está la introducción de mecanismos de mercado y competencia en los servicios públicos, son los pseudomercados que se basan en la separación de la financiación y la provisión. Lo privado representa el interés particular, la lógica del beneficio y lo público representa el interés general.

El proceso de privatizaciones tiene una importancia no sólo en lo cuantitativo (cada vez hay más provisión privada y ésta pasado un determinado dintel, se convierte en capaz de determinar la política sanitaria), sino sobre todo en lo cualitativo; se convierte un derecho en una mercancía sujeta a las leyes del mercado y por lo tanto deja de ser exigible y queda mediatizada por la capacidad económica de las personas, pues la provisión privada va unida al correlato del pago por servicio, del aseguramiento privado y de los copagos, que son una tónica casi general en los países donde la provisión está mayoritariamente privatizada.

En el ámbito de la Sanidad la ofensiva privatizadora ha tenido un impacto mundial habiéndose producido un retroceso muy significativo en los servicios públicos de salud (Sánchez Bayle, Colomo, Repeto, 2005). Aunque los objetivos generales de todo el proceso han sido similares en todos los países del mundo, la estrategia ha variado de una manera muy notable dependiendo básicamente de las circunstancias previas en que se desenvolvían los servicios sanitarios.

En los países con sistemas muy privatizados, lo que se ha producido es una gran expansión de las compañías de atención sanitaria, haciendo disminuir progresivamente la llamada medicina liberal (el ejercicio profesional individual o en centros gestionados por los profesionales) pasando a grandes empresas, frecuen-

temente multinacionales que operan en muchos países del mundo. En los países que tenían un modelo de seguridad social (sobre todo en Centroeuropa) las medidas han avanzado hacia una limitación de las coberturas asistenciales y un incremento de los copagos, amén de un papel cada vez mayor de las empresas privadas en la provisión.

El caso de los países con servicios o sistemas nacionales de salud, donde existía una cobertura pública prácticamente generalizada que estaba ligada también a una provisión pública hegemónica, la estrategia ha sido distinta. Conscientes de la imposibilidad práctica de una privatización masiva del sistema sanitario, se ha planeado una privatización por fases que se inició siguiendo las directrices de Alain Enthoven en lo que se conoce como “manager care” o competencia gestionada, cuyos principios son:

- División de los sistemas públicos en servicios y unidades de producción de menor tamaño y más especializadas en las que se pueden establecer criterios de estandarización y competitividad, imponiendo sistemas comerciales de recompensas y penalizaciones.
- Puesta en funcionamiento del gerencialismo, que favorece la búsqueda de la eficiencia y la cantidad sobre la salud y la calidad.
- Fomento de la competitividad, favoreciendo la elección de los centros por los consumidores, rompiendo con los criterios poblacionales y de planificación.
- Reconversión laboral de los centros buscando una reducción de los costes mediante las disminuciones de las plantillas.
- Apuesta por los nuevos servicios que concentran alta tecnología y que son fáciles de organizar como centros de producción continua (laboratorio, radiología, etc).

La puesta en práctica de estas teorías tuvo su especial protagonismo en las propuestas de Margaret Thatcher que, iniciando la moda de utilizar formulas de marketing para encubrir las políticas llevadas a cabo, tituló como “working for patients” (trabajando para los pacientes) sus propuestas de desmantelamiento del Servicio Nacional de Salud del Reino Unido. Estas iniciativas consiguieron una gran extensión a lo largo del mundo (Australia, Nueva Zelanda, Países Nórdicos, etc.) introduciéndose en todos sus sistemas sanitarios fenómenos de desregulación, fragmentación y competencia. Ahora, 20 años después puede asegurarse que no hay ningún dato que avale la eficacia de estas medidas que en términos generales no han aumentado la eficiencia de los sistemas sanitarios públicos y han creado graves problemas de inequidad y de quiebra de las políticas públicas de salud (Sánchez Bayle, Colomo, Repeto, 2005).

Otro aspecto importante es que esta política privatizadora se basa fundamentalmente en una medicina con un alto componente tecnológico y por lo tanto de base hospitalaria, marginando la atención primaria, que se suele caracterizar como propia del tercer mundo, en contra de todas las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud y de la evidencia científica que señalan el papel clave de

la Atención Primaria de Salud en el funcionamiento de todos los sistemas sanitarios¹. Paralelamente se descontextualiza la salud del ámbito social y económico donde se desarrolla, potenciando una visión biologicista que no considera los factores sociales, laborales y medioambientales, dando lugar a una noción parcelada de la enfermedad, y considerando la salud como un bien individual, en el que lo fundamental es la curación de la enfermedad, aunque sean enfermedades “inventadas”, medicalizando la vida y propiciando todas las intervenciones que se pueden facturar (Plos Medicine, 2006).

En este proceso las personas dejan de ser usuarios de los servicios sanitarios y se convierten en clientes, con las connotaciones que ello conlleva: el cliente “siempre tiene razón”, y sus demandas deben ser atendidas no en razón de sus necesidades sino de su bolsillo. Es otra forma de mercantilizar el sistema sanitario y de convertir el derecho a la salud en una mercancía sujeta a compraventa y a las leyes del mercado.

La “agenda oculta” de esta política privatizadora está en conseguir lo que se ha denominado “transición insensible” del sistema público al sector privado que comienza por introducir criterios mercantiles y de pseudoeficiencia en el sector público (se confunde en el lenguaje eficiencia: conseguir un producto/una intervención de igual calidad al menor coste posible, con pseudoeficiencia: conseguir menores costes rebajando la calidad). Luego se pone en marcha la separación entre la financiación y la provisión, remedos de “contratos negociados” que son una farsa dentro del sector público ya que una de las partes depende funcional y orgánicamente de la otra, para abrir una especie de mercado (el mercado gestionado), que, en realidad, sólo permite conceder de manera encubierta un mayor protagonismo al sector privado al que se favorece permitiéndole medrar en los segmentos económicamente rentables de la provisión sanitaria. Paralelamente se fragmenta la red pública en empresas con personalidad jurídica propia, que en muchos casos escapan del control público, y que funcionan fomentando la competencia y abandonando la colaboración e integración de los servicios sanitarios. Hay que considerar además, entre los efectos negativos de estos pseudomercados en la gestión pública, lo señalado por Andrew Wall “La separación entre compradores y proveedores introduce algo inherentemente antinatural porque hay una división forzada entre quienes hacen el trabajo y quienes lo planifican... Las personas y las organizaciones están motivadas por la perspectiva de ser capaces de tener una voz que cuente en lo que concierne a su futuro” (Tudor Hart, 2006).

El paso siguiente es el de conseguir un crecimiento significativo del sector privado, en cantidad y calidad, para que pueda convertirse en una alternativa al sector público para un segmento relevante de la población. Las medidas a adoptar son varias: primar la contratación del sector privado (aprovechándose del mercado gestionado), favorecer inversiones privadas dándoles facilidades estructurales y económicas, ceder al sector privado la gestión de algunos centros públicos (por ejemplo: las concesiones administrativas), etc. Naturalmente esta derivación de fondos públicos hacia el sector privado supondrá inevitablemente un progresivo

¹ Declaración de Alma Ata, O.M.S (1987, 1997, 2001), Starfield y Shi, 2005

declive de los recursos públicos que se irán deteriorando.

Una vez que se haya producido este cambio en la relación de fuerzas será el momento de cambiar el sistema, y ahí entra el aseguramiento. Si la provisión privada es fundamental se trata entonces de separar lo público de lo privado mediante una ruptura del aseguramiento que permita a los sectores más acomodados el tener un seguro propio, diferente y mejor que el seguro público, subvencionado con fondos públicos. Y a la vez establecer modelos de copagos generalizados que favorezcan los movimientos de los enfermos con fondos económicos suficientes y les permitan colarse en las listas de espera. Un sistema de este tipo, que obviamente se complementaría con un modelo de sector público para los pobres, una nueva beneficiencia, significaría como ha pasado en otros países (el paradigma es EEUU) una gran inequidad ligada a la posición socioeconómica, unos costes muy elevados debido a los grandes costes de transacción que tienen los modelos privatizados, y un retroceso en los niveles generales de salud con problemas de salud pública importantes (la erradicación de las enfermedades transmisibles es un interés de toda la población, ricos y pobres, pues mientras haya personas infectadas habrá riesgo de la extensión de la enfermedad a toda la población).

Ese es el horizonte hacia el que se pretende avanzar mediante una estrategia “insensible”, con pasos inicialmente muy lentos y en lugares muy concretos y aislados entre sí, para conseguir que esta acumulación de pequeños cambios produzca una transformación de la situación general, esperando que cuando la mayoría de la provisión esté en manos privadas, y el sector público se haya deteriorado nos encontraremos en un punto de difícil retorno.

La privatización en España

En España esta estrategia tuvo su primera expresión en el Informe de la Comisión de Evaluación del Sistema Nacional de Salud (SNS), más conocido como Informe Abril (CAESNS, 1991), que ya en 1991, 5 años después de la aprobación de la Ley General de Sanidad (1986), la cuestionaba en sus aspectos más fundamentales y propugnaba la empresarización de los centros sanitarios, el establecimiento de mercados y de la competencia dentro del SNS, así como la ampliación de los copagos. Aunque inicialmente sus recomendaciones fueron oficialmente descartadas por el amplio rechazo social y profesional que produjeron, la realidad es que han estado detrás de la mayoría de las transformaciones que ha sufrido el SNS desde entonces.

Posteriormente se produciría la aprobación de la Ley 15/97 sobre nuevas formas de gestión (Ley 15/97) que propiciaba su creación (si bien es cierto que con anterioridad ya se habían puesto en funcionamiento algunas fundaciones sanitarias en Galicia y se habían creado en Andalucía las empresas públicas para la gestión de hospitales) e incluso permitía la conversión de los centros públicos en fundaciones, lo que se evitó mediante amplias movilizaciones sociales. Asimismo se aprobó en las Cortes el llamado “Acuerdo para la consolidación y moder-

nización del SNS”, donde volvían a actualizarse los mismos planteamientos del Informe Abril, con algunas pequeñas variantes y omitiendo aquellos aspectos que parecían más socialmente rechazables como los relacionados con los copagos (Acuerdo Nacional, 1998).

En los últimos 10 años se ha producido en el SNS un incremento notable de los fenómenos de privatización del sistema sanitario público. Estas privatizaciones han avanzado en muchos casos de forma encubierta mediante las denominadas “externalizaciones” que suponen la contrata de determinados servicios sanitarios que se realiza desde los distintos centros de gasto (hospitales y atención primaria) no apareciendo contabilizados en el apartado de conciertos de los presupuestos, pero que en la práctica suponen cantidades muy relevantes, en muchos casos superiores a las destinadas a conciertos.

Pero también ha habido un aumento significativo de los conciertos con el sector privado, bien de algunos recursos concretos, bien de la cesión de la asistencia sanitaria de determinadas áreas al sector privado, fenómeno que es de una gran frecuencia y que alcanza a muchas CCAA. A destacar las concertaciones con los hospitales Pascual y Hermanos de San Juan de Dios en Andalucía, la clínica POVISA en Vigo, y la XHUP en Cataluña.

La creación de entidades con personalidad jurídica despuntó con la creación de fundaciones sanitarias, inicialmente en Galicia y posteriormente generalizadas a los nuevos hospitales del INSALUD durante el Ministerio de Romay Beccaria. También hay que señalar que en Cataluña, previamente a la democracia, existían muchas fórmulas con personalidad jurídica propia y de carácter mixto (empresas, consorcios, etc).

En el momento actual la situación es la siguiente:

- Consorcios: es la fórmula más antigua con amplia presencia en Cataluña, y en general son centros de pequeño tamaño en los que participan los ayuntamientos, la administración autonómica y entidades diversas sin ánimo de lucro. Más recientemente se intenta hacer un consorcio en Aragón para gestionar el hospital de Jaca.
- Fundaciones sanitarias: La creación de la primera en Galicia ha hecho que sea esta Comunidad autónoma la que tenga más fundaciones, 4 en total, y aquélla en la que se han podido evaluar sus resultados a medio plazo. Existen además fundaciones en otras CCAA: Asturias (2), Baleares (2), Madrid (1), La Rioja (1) y Murcia (1). El intento de generalizar el modelo, convirtiendo en fundaciones a todos los centros hospitalarios, fracasó.
- Empresas públicas: La formación de empresas públicas ha sido iniciada por Andalucía con el hospital de Marbella y posteriormente con el de Torrecárdenas en Almería, siendo posteriormente utilizada en otros sistemas de provisión (por ejemplo, la empresa pública de urgencias y emergencias). Posteriormente se ha ampliado a Fuenlabrada (Madrid) de reciente apertura. La novedad está en la utilización de estas fórmulas en los CHARes (Centros hospitalarios de alta resolución) y más aún en el proyecto de creación de un “holding” que agrupe a todas las empresas

públicas de Andalucía con lo que se trataría de un curioso caso de primero desintegración para una posterior integración en 2 redes: el SAS y este nuevo “holding”.

- **Sociedades anónimas:** La experiencia hasta ahora esta limitada a MED-TEC, sociedad anónima incrustada en los hospitales del área de Vigo, y cuyos proyectos de expansión no prosperaron debido a la fuerte contestación social y profesional.
- **Concesiones Administrativas:** Inicialmente fue una fórmula utilizada en Valencia para ceder directamente la gestión de un hospital al sector privado (Alzira). Los problemas económicos de este centro se saldaron mediante la recuperación del centro y su posterior concesión en condiciones más favorables al mismo grupo privado. Posteriormente se ha ampliado el modelo a Torreveja y Denia, incluyendo en este último caso a la primaria y a la socio-sanitaria. Se ha exportado el modelo a la comunidad de Madrid (Valdemoro).
- **PFI:** La copia de la iniciativa de financiación privada británica se esta realizando en la Comunidad de Madrid (7 hospitales), en Castilla-León (Burgos) y en Baleares (Son Dureta).
- **EBA (entidades de base asociativa).** Es un experimento hasta ahora circunscrito a Cataluña en que un grupo de médicos de primaria se constituyen en una empresa cooperativa a la que se cede la atención de una zona básica de salud. El primer centro fue el de Vic y posteriormente se ha ampliado a 6 más.

Como puede comprobarse la privatización de servicios ha avanzado de una manera muy importante en casi todas las CCAA. La separación entre financiación y provisión es casi generalizada aunque en la mayoría de los casos es una ficción con escasa operatividad práctica.

Las nuevas fórmulas de gestión abarcan al sistema público (fundaciones, empresas públicas, sociedades anónimas), al privado (concesiones administrativas, EBAs) o mezclan a ambos (PFI, consorcios). Todos los estudios realizados sobre su eficacia han sido negativos, de manera que no se ha podido demostrar que hayan mejorado la atención sanitaria. En algunos casos, la empeoran; y los costes para el sistema público suelen ser netamente superiores, aparte de los problemas que tiene el cambiar la relación de fuerzas entre los público y lo privado en el sistema sanitario, poniendo en cuestión la hegemonía del sector público y abriendo camino hacia una privatización abierta de la Sanidad.

Los resultados conocidos

Como se ha dicho los procesos de privatización sanitaria han experimentado un gran aumento en el mundo y en España, si bien con grandes diferencias entre CCAA, y responde a la estrategia general del PP de dismantelamiento de los servicios públicos y de favorecer el sector privado empresarial.

La evaluación de los resultados siempre resulta complicada, entre otras

cosas por las conocidas limitaciones que tienen sobre la salud los sistemas sanitarios, pero existen ya bastantes atisbos de los resultados esperables.

■ Las diferencias entre la provisión pública y la privada

Existen bastantes evidencias en la literatura científica respecto a las ventajas de los centros sin ánimo de lucro respecto a los que sí lo tienen, habiéndose señalado que estos últimos significan un sobreprecio respecto a los que carecen de ánimo de lucro (un 19% de sobreprecio en 2001 en EEUU, 6 billones de \$), y además poseen peor calidad asistencial. Se ha señalado una mayor mortalidad en diálisis, más deficiencias de calidad en las “nursing homes”, mayor morbilidad y mortalidad en los centros hospitalarios y se ha detectado una mayor insatisfacción de los profesionales de enfermería². Los motivos de estos mayores costes se deben básicamente a unos gastos de administración más elevados (19% en las HMOs con ánimo de lucro, 13% en las HMOs con ánimo de lucro, 3% en el Medicare, 1% en Canadá), la selección de riesgos y la existencia de prácticas monopolísticas. A pesar de ello se ha señalado que los estudios subestiman los costes del sector lucrativo debido a que no se evalúa la complejidad de los casos, no se analizan los posibles fraudes, como la ya conocida tendencia del sector privado a la realización de pruebas o intervenciones innecesarias y la facturación de actividades no realizadas, calculándose que esta subestimación de costes podría ser de varios millones de \$ (Deveraux et al.).

En España existen también datos que abonan esta tendencia del sector privado a disminuir costes mediante menores plantillas profesionales y selección de casos, como se observa en la siguientes tablas I,II, III y IV, en las que pueden verse los recursos, dotación de personal, indicadores de funcionamiento y actividad de los hospitales de la Comunidad de Madrid (CAM), tanto del total como desagregados, según sean hospitales públicos o privados (Sánchez Bayle, 2006).

La comparación confirma los resultados bien conocidos. Los centros privados tienen una menor dotación de personal de todas las categorías por cama, muy especialmente de personal no sanitario y de enfermería, lo que obviamente tiene que repercutir en la calidad de los cuidados que se prestan, como se ha señalado por numerosos autores, entre otros en el Informe sobre el Estado de la Salud en el Mundo 2006 de la Organización Mundial de la Salud.

El índice de ocupación y la estancia media son superiores en los centros públicos, así como el número de urgencias y el porcentaje de ingresos por urgencias (60,01% versus 24,35%), corroborando la impresión de que los centros privados están especializados en patologías menos graves y en cirugía programada. Por otro lado, el número de intervenciones quirúrgicas, por quirófano y día, es similar entre centros públicos y privados (2,878 versus 2,992) lo que unido a que

² Woolhandler y Himmelstein (2004), Himmelstein, Woolhandler y Wolfe (2004), Woolhandler, Campbell y Himmelstein (2004)

los hospitales privados suelen hacer intervenciones menos complejas pone en evidencia que las supuestas ventajas de eficiencia de la gestión privada es un mito, no por bien alimentado por un potente “marketing”, menos alejado de la realidad.

Una cuestión especialmente relevante es la relacionada con la atención al parto. Los centros públicos atienden el 62,14% de los partos de la CAM, siendo la tasa de cesáreas del 18,99%, frente al 29,63 en los centros privados. Esta disparidad en la tasa de cesáreas se ha mantenido, aunque se ha incrementado el porcentaje en todos los centros. Así en 2006 el porcentaje de cesáreas de la CAM fue del 21,21% en los centros públicos y del 33,66% en los centros privados. En el conjunto del país en 2003 el porcentaje de cesáreas era del 21,3% en los hospitales públicos, del 29,5% en los centros privados sin ánimo de lucro y del 33,6% en los centros privados con ánimo de lucro. Como es bien conocido, las cesáreas tienen mayores problemas (tasas de infecciones, complicaciones, etc.) que los partos vaginales de manera que la OMS recomienda una tasa del 15%. No obstante debe tenerse en cuenta que algunos factores que se dan en España incrementan la probabilidad de esta técnica (la mayor edad de las gestantes, las fecundaciones in vitro, etc.), lo que ha hecho que se incremente la prematuridad (que se ha duplicado en los últimos 10 años). De todas maneras la diferencia entre el sector público y el privado no se justifica, máxime si se tiene en cuenta que los centros públicos atienden más embarazos de riesgo que los centros privados que procuran especializarse en los partos normales, como se evidencia en que el 68,77% de los recién nacidos de menos de 28 semanas de gestación y el 73,79% de los que pesan menos de 2.500 gramos nacen en centros públicos. Este es otro aspecto donde los intereses económicos, la búsqueda de beneficios, se demuestra lesiva para la salud de las personas.

TABLA I
RECURSOS HOSPITALES DE MADRID

	H. Públicos	H. Privado	Total
Quirófanos/10.000 habitantes	0,532	0,386	0,919
Salas RX/10.000 habitantes	0,686	0,223	0,909
Puestos hemodiálisis	0,524	0,102	0,696

TABLA II
DOTACION DE PERSONAL

	H. Públicos	H. Privado	Total
Total personal/cama	3,64	1,56	2,90
Personal sanitario/cama	2,52	1,09	2,01
Personal no sanitario/cama	1,12	0,48	0,89
Médicos/cama	0,51	0,48	0,40
Personal enfermería/cama	1,03	0,32	0,77
Técnicos/cama	0,94	0,53	0,79

TABLA III
RECURSOS HOSPITALES DE MADRID

	H. Públicos	H. Privado	Total
Estancia Media (días /ingreso)	0,532	0,386	0,919
Índice de ocupación	0,686	0,223	0,909
Índice de rotación	0,524	0,102	0,696

TABLA IV
COMPARACIÓN DE ACTIVIDAD DE LOS HOSPITALES PÚBLICOS Y LOS PRIVADOS

	H. Públicos	H. Privado
Ingresos	364.696	215.921
Ingresos urgentes	218.870 (60,01%)	52.589 (24,35%)
Estancias	3.368.534	1.858.687
Consultas Externas	3.868.419	1.552.599
Intervenciones quirúrgicas	287.880	217.362
Intervenciones/quirófano / día	2,878	2,992
Urgencias	1.878.056	654.807
Partos	32.588	19.587
Cesáreas	6.188	5.883
Tasa cesáreas/100 partos	18,99	29,63

Otro hecho que debe resaltarse es la creciente presencia de multinacionales en el sector sanitario. La última en hacerse presente en el país es la multinacional Apax Partners, una empresa inversora especializada en invertir en empresas de alto riesgo que ha comprado el grupo CAPIO que tiene entre otros hospitales la Fundación Jiménez Díaz. Como es obvio no sólo se aleja el control empresarial de la atención sanitaria, sino que se expone la cobertura de la asistencia financiada con fondos públicos a los vaivenes del mercado y a los intereses empresariales de una multinacional que puede decidir en cualquier momento cerrar sus empresas en España si considera que no obtiene la rentabilidad esperada.

1.- Las diferencias entre la provisión pública y la privada

Para el otro hospital de Valdemoro se ha elegido el modelo de concesión administrativa sobre el que ya hay una amplia experiencia en la Comunidad Valenciana (Alzira, Denia, Torrevieja) sin resultados positivos puesto que los costes, siempre sufragados por los presupuesto públicos, se dispararon (Bonet Pla, 2001). Por otro lado existe una amplia experiencia internacional sobre los problemas de los centros privados, que son más caros, tienen mayor mortalidad

y morbilidad, ajustando los casos por la gravedad de la patología atendida; tienen plantillas más escasas y presentan mayores problemas de insatisfacción de los profesionales; asimismo tienen elevados costes administrativos y practican habitualmente la selección de riesgos.

En el caso del hospital de Valdemoro (Comunidad de Madrid), además de tener unas ratios de camas /1.000 habitantes reducidas (0,90) se da el caso de que la empresa concesionaria ha sido CAPIO que como ya se ha señalado es también la propietaria de la Fundación Jiménez Díaz, con lo que esta adquiere una presencia relevante en la provisión sanitaria financiada públicamente.

2.- Las Iniciativas de Financiación privada (PFI)

La PFI ha sido una iniciativa que comenzó en el Reino Unido durante los últimos gobiernos conservadores pero su mayor expansión se ha producido en los gobiernos de Blair. En esencia, se trata de un mecanismo por el que empresas privadas se encargan, con sus fondos, de la construcción de un centro hospitalario (en el Reino Unido en la mayoría de los casos se trataba de hospitales antiguos que precisaban una profunda remodelación arquitectónica). A cambio, el sector público (el National Health Service) se hace cargo de unos pagos anuales o mensuales aplazados durante un largo periodo de tiempo (generalmente 30 años, en realidad se trata de una especie de préstamo hipotecario), y además recibe unas concesiones de explotación de los servicios no sanitarios de los centros (en principio, cafeterías, aparcamientos, servicios de mantenimiento, etc). En teoría la ventaja de la PFI es que permite al sector público aprovecharse de la capacidad de inversión de las empresas privadas.

En Madrid se ha planteado la PFI, amparándose en la figura jurídica de concesión de obra pública, en 7 hospitales de nueva creación (Majadahonda, Vallecas, Parla, Aranjuez, Coslada, Arganda y San Sebastián de los Reyes), y en otras CCAA las remodelaciones de hospitales preexistentes (Burgos y Son Dureta en Palma de Mallorca) concediendo a la empresa privada, además de los servicios antes señalados, otros que tienen más implicaciones en lo asistencial: informatización, admisión, personal administrativo y no sanitario, archivo de historias clínicas, etc.

No obstante, los problemas del modelo son bien conocidos en el Reino Unido donde ya ha habido tiempo suficiente para evaluarlo. Se han señalado varios por parte de la National Health Consultant's Association (Fisher, 2005):

El primero es el económico ya que los pagos finalmente superan de una manera muy importante las inversiones realizadas y se ha calculado que solo durante los 2 primeros años las inversiones superan a los pagos y a partir del 7º año se producen beneficios netos para las empresas adjudicatarias (se han estimado en aproximadamente unos 15.000 millones de libras (ver figura 1, A Pollock 2005) (23). En el caso de la CAM se ha calculado que como mínimo las empresas adjudicatarias recibirán entre 4 y 6 veces la inversión realizada, y en todo caso se hipoteca a la Comunidad los próximos 30 años, dejando reducida de una manera drástica su capacidad inversora.

El segundo problema es que el modelo va asociado a una reducción significativa en el número de camas disponibles. En el Reino Unido se ha producido una disminución del 5,4% de las camas hospitalarias en 1 año y esta planificada una reducción del 30,8% al final del proceso (figura 2, A Pollock 2005) (Pollock, 2005). En Madrid el número de camas hospitalarias es insuficiente para la población que va a ser atendida. La tabla siguiente recoge el número de camas propuesto y la ratio de camas/1.000 habitantes, con la salvedad de que la población es la correspondiente al censo de 2005 y que presumiblemente será mucho mayor el día que se pongan en funcionamiento los centros (Sánchez Bayle, 2006b).

	Número de camas	Camas/1.000 habitantes
Majadahonda	794	1,32
Vallecas	324	0,76
Parla	180/276	0,83
Aranjuez	60 /115	0,85
Coslada	187/240	1,10
Arganda	110 /148	0,68
Hospital del Norte (San Sebastián de los Reyes)	230/350	0,92

Evidentemente con estas ratios de camas/habitante va a ser imposible que se asegure una atención sanitaria de calidad a los ciudadanos. La mayoría de ellos, con la excepción del Hospital de Majadahonda, están concebidos como grandes centros de urgencias con espacios insuficientes para la hospitalización, que básicamente se van a dedicar a cirugía poco complicada, hospitalización de día y a estabilizar y clasificar a los enfermos con patologías importantes antes de derivarlos a los hospitales de referencia, lo que todavía es más grave si se tiene en cuenta que dos de ellos van a ser cabeceras de las nuevas Áreas de Salud (hospital de Vallecas, del Área 12 y el Hospital del Norte, de la 13).

Tampoco deja de ser relevante que pese a tener todas unas dotaciones insuficientes, los que tienen mayores ratios de camas (Majadahonda y Norte) se encuentran ubicados en las áreas oeste y norte de la Comunidad de Madrid, que son las que cuentan con un mayor nivel socioeconómico.

El tercer grupo de problemas está relacionado con los derivados de la existencia de dos empresas gestionando un mismo centro y de los intereses económicos que priman en una de ellas. La descoordinación y falta de sincronía ha sido la regla con los problemas asistenciales que de ello se derivan, habiéndose perdido el sentimiento de que todos trabajan para la misma organización. Las responsabilidades compartidas plantean dificultades cuando aparece un conflicto y no se puede conocer bien quien tiene la responsabilidad sobre el mismo. Además, el diseño arquitectónico de los centros es con frecuencia inadecuado para las actividades sanitarias porque están realizados por constructores no familiarizados

con el sector.

Un cuarto grupo tiene que ver con la excesiva rigidez. Dado que los edificios pertenecen a las empresas concesionarias, resulta muy difícil promover cualquier cambio estructural en los mismos, y además es muy costoso económicamente. También las condiciones laborales son significativamente distintas y peores y la cantidad del personal es menor que la de los centros públicos.

El quinto tipo de problemas detectados es un aumento de las infecciones nosocomiales, incluidas aquéllas provocadas por estafilococos meticilín resistentes, que se han achacado a un deterioro en las condiciones higiénicas tanto estructurales como de limpieza y a diseños inadecuados en la hospitalización.

3.- La fundaciones y empresas públicas

Las fundaciones y empresas públicas parten de una base conceptual similar, las supuestas ventajas de aplicar los principios de gestión privada a los centros de titularidad pública. No obstante los resultados no parecen abonar esta hipótesis de partida, tal y como puede observarse en la tabla siguiente, en que se comparan las fundaciones con los centros de gestión tradicional: la dotación de personal es significativamente inferior (médicos, de manera muy notable enfermería, etc), así como la de infraestructuras básicas (el número de camas que se oferta a la población es menor, los TAC, quirófanos, etc.). Las consultas y urgencias por /1.000 habitantes son superiores en los centros públicos (Martin García y Sánchez Bayle, 2004).

	Fundaciones	Hosp.tradicionales
Médicos/10.000 habitantes	8,87	12,37
Enfermeras/1.000 habitantes	21,08	35,58
Personal no sanitario/1.000 habitantes	41,65	63,35
Total personal/1.000 habitantes	69,40	74,17
Camas/1.000 habitantes	1,68	2,39
Quirófanos/10.000 habitantes	0,51	0,65
Ingresos/1.000 habitantes	61,81	81,44
Intervenciones/quirófano /año	963,07	1.016,55
Urgencias/1.000 habitantes	571,00	515,70
Consultas/1.000 habitantes	1.776,00	326,00
Procedimientos/alta	2,15	3,53
Gasto Habitante/año (€)	238,50	354,00

La supuesta eficiencia del modelo se ve inexistente, (por ej. las intervenciones por quirófano y año, que revelan el aprovechamiento de los mismos, es claramente superior en los centros públicos). Por otro lado, los procedimientos/alta son casi el doble en los hospitales de gestión tradicional lo que indica, probable-

mente, una mayor complejidad de los enfermos ingresados, siendo coherente con una menor tasa de ingresos por 1.000 habitantes. Realmente la única ventaja del modelo es el ahorro que se logra sobre todo a costa de una menor dotación de personal.

No se ha podido estudiar el porcentaje de derivaciones ya que la mayoría de las fundaciones no facilitan estos datos, aunque se ha evidenciado en las fundaciones de Galicia porcentajes muy superiores de derivaciones a los centros públicos, que se señala como una evidencia de la realización de “selección de riesgos” (atender a los enfermos menos complejos derivando a otros centros a los que por su patología son “menos rentables”) (Sánchez Bayle y Martín García, 2004). Por otro lado, la fundación de Alorcón tuvo en el año 2000 el dudoso honor de ser el hospital con mayor número de reclamaciones de todo el INSALUD, a pesar de ser de tamaño medio.

La experiencia de las empresas públicas en Andalucía ofrece unos resultados similares a las fundaciones sanitarias. Se caracterizan por plantillas escasas, número reducido de camas, falta de transparencia informativa, y problemas de los usuarios con patologías más complejas que son derivados frecuentemente a los centros de gestión pública (Santos y Domínguez, 1998).

En conclusión, estamos viviendo un intenso proceso de privatización de los servicios sanitarios públicos, ofreciendo al sector privado una cada vez mayor participación en los servicios sanitarios, sin que se haya demostrado sus beneficios sanitarios. Este proceso, que responde a un estrategia general, en confluencia con la ideología neoliberal, pretende convertir la salud en una mercancía abandonando su carácter de derecho básico y cuestionando la integralidad e integración de la Sanidad Pública.

Bibliografía

- AA.VV. (1989) El debate internacional. Público y privado en los sistemas sanitarios. Sanidad Pública. Madrid
- Acuerdo para la consolidación y modernización del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid 1998.
- Bonet Pla A (2001): ¿Le saldrán bien las cuentas al hospital de Alzira. Salud 2000; 80 : 21-22.
- Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud (1991). Informe Cortes Españolas. Madrid.
- Declaración de Alma Ata. www.paho.org
- Devereaux, PJ et al Payments for care at private for-profit and private not-for-profit hospitals: a systematic review and meta-analysis
- Fisher P (2005) Las iniciativas de financiación privada. Salud 2.000; 101 :16-17.
- Himmelstein DU, Woolhandler S, Wolfe SM (2004) “Administrative waste in the US health care system in 2003: the cost to the nation, the states, and the dis-

- trict of Columbia, with state – specific estimates of potential savings”. *International Journal on Health Services* 2004;34:79-86
- Ley General de Sanidad BOE 29/4/1986
- Ley 15/1997 sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud. BOE 26/4/1997
- Martín García M, Sánchez Bayle M (2004) Nuevas formas de gestión y su impacto en las desigualdades. *Gaceta Sanitaria* 2004 (Supl1): 96-101
- OMS (Organización Mundial de la Salud), (1987). *Los objetivos de salud para todos*. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid
- OMS (1997) *Carta de Ljubljana sobre reformas de los sistemas sanitarios*. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid.
- Organización Mundial de la Salud (2001): *Salud para todos en el siglo XXI*. www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol24/n1/salud1.html
- Plos Medicine (2006) A collection on articles on disease mongering in Plos Medicine. www.Collection.plus.org/plosmedicine/diseasemongering.2006.php
- Pollock A (2005) : NHS plc. Verso. London
- Real Academia Española: *Diccionario de la lengua española*. www.rae.es
- Sánchez Bayle M. (1998) *Hacia el estado del malestar*. Los libros de la Catarata. Madrid
- Sánchez Bayle M (ed) (2006a) *La sanidad en la comunidad de Madrid 2006*. Ediciones GSP. Madrid.
- Sánchez Bayle M (2006b) *Los nuevos hospitales de Madrid*. *El País* 19/4/2006.
- Sánchez Bayle M, Colomo C, Repeto L (ed) (2005) : *Globalización y salud*. Sanidad Pública. Madrid
- Sánchez Bayle M, Martín García M (2004) *Nuevas formas de gestión: Las fundaciones sanitarias en Galicia*. Documento de Trabajo 43/2004 Fundación Alternativas. www.falternativas.org
- Santos B, Domínguez L (1998): *Nuevos modelos de gestión en Andalucía*. *Salud* 2000; 65: 10-19.
- Starfield B, Shi L (2005) *Contribution of primary care to health systems and health*. *Mibank Quarterly* 2005; 83: 457-502.
- Tudor Hart J (2006) *The political economy of health care: a clinical perspective*. Policy Press. Oxford
- Woolhandler S, Campbell T, Himmelstein DU (2004): *Health care administration in the United States and Canada: micromanagement, macro costs*. *International Journal on Health Services* 2004;34: 65-78
- Woolhandler S, Himmelstein DU (2004): *The high costs of for-profit care*. *CMAJ* 2004; 170 : 1814-5