

UNA SANIDAD MADRILEÑA SIN CONTORNOS

Desde la anterior legislatura, el gobierno de la Comunidad de Madrid viene apostando por un fuerte incremento de la participación de la iniciativa privada en el sistema sanitario madrileño.

Tal apuesta se concreta, al menos, en la apertura de siete nuevos hospitales gestionados de forma indirecta según el procedimiento de Iniciativa de Financiación Privada (IFP), el concierto con un hospital privado de la atención sanitaria especializada a una población de 150.000 habitantes, según el modelo Alzira, y los planes de apertura de cuatro nuevos hospitales de gestión privada, también según el modelo Alzira (en total, la cobertura de población de estos hospitales será de 2.400.000 habitantes aproximadamente); además, la cesión a entidades privadas de dos Centros de Especialidades Periféricas y un Servicio de Análisis Clínicos, y la contratación de planes funcionales para la remodelación organizativa, funcional y de gestión de los cuatro hospitales mayores de Madrid, así como de los centros de atención especializada de su área sanitaria de referencia.

Sin que se haya hecho público documento técnico alguno de planificación sanitaria que enmarque tan importantes actuaciones en un contexto estratégico coherente, las razones que aquí y allá han venido esgrimiendo los responsables políticos del gobierno madrileño han sido básicamente: aumento de la presión demográfica en la última década, mayor rapidez en la construcción por el procedimiento IFP e imitación del camino seguido en otras Comunidades Autónomas en cuanto a la apertura a la iniciativa privada.

Al margen de la conveniencia o no actualmente de una iniciativa de semejante envergadura, que supone una fuerte inversión y un importante cambio de modelo de gestión sanitaria, es indiscutible que aquélla debería haber surgido como consecuencia de un proceso de análisis de situación, que contemplara al menos las necesidades actuales y futuras de salud de los y las madrileños, los recursos existentes y sus potencialidades (a la luz si se quiere de nuevas propuestas de organización y gestión) y las necesidades de nuevos recursos (tipología, ubicación, formas de gestión, etc.). Todo ello dentro de un plan estratégico donde quedarán explícitos valores, metas, objetivos, formas de financiación, modelo de organización, líneas prioritarias de actuación, formas de evaluación... Lo que habitualmente conlleva, en fin, cualquier proceso de planificación sanitaria.

Igualmente indispensable habría sido, para la elaboración y puesta en marcha de tal proyecto, contar con la participación de profesionales expertos en diferentes campos (Salud Pública, Planificación, Administración Sanitaria, Economía de la Salud...) y representantes cualificados de la ciudadanía (grupos políticos, sindicatos, asociaciones vecinales...). Asimismo, y especialmente debido a la magnitud y novedad de la actuación, resultaba inexcusable informar debidamente a la población de las propuestas que surgieran y mantener en todo momento, a lo largo del proceso de actuación, una política de transparencia que permitiera el seguimiento adecuado de aquélla y no generara desconfianza. Así lo hace ver la Comisión de Naciones Unidas para Europa, al señalar, entre otros requerimientos para proyectos de asociación pública-privada (PPP),

la información a los ciudadanos, la transparencia en el proceso y la definición y monitorización de la actuación de los socios privados (1).

Sin embargo, nada de esto (planificación, participación, información) hemos visto en este caso. No hay documentos públicos que contengan siquiera las conclusiones de un proceso planificador o una estrategia de actuación argumentada; las decisiones, que tanto comprometen el interés ciudadano en uno de los pilares del bienestar individual y colectivo, se han tomado de forma unilateral por el gobierno de la Comunidad de Madrid, con buenas dosis de dirigismo; y se ha seguido una política informativa basada en el secretismo y el sesgo informativo, llegando en ocasiones hasta la negación de evidencias. Todo ello ha generado un ambiente de incertidumbre no sólo entre la población, sino también entre los responsables de la gestión de recursos sanitarios, inapropiado de entrada en un proceso novedoso y de gran envergadura.

La apertura a la iniciativa privada en la provisión de servicios sanitarios que se está llevando a cabo, bajo la fórmula de Iniciativa de Financiación Privada, ha sido experimentada desde los años noventa en el Reino Unido y más tarde en otros países, especialmente Canadá. Durante todo este tiempo ha sido muy controvertida, y lo sigue siendo en la actualidad, con numerosos expertos sanitarios y agentes sociales detractores de la misma. (2-7)

La IFP permite a los responsables públicos la construcción en un corto periodo de tiempo de nuevos y costosos recursos, financiados por empresas privadas, fraccionando el pago de los mismos a largo plazo, habitualmente durante 30 años. Lo cual supone una ventaja en principio al disponer de dichos recursos en un plazo corto, sin desembolso inicial, y transferir a las empresas privadas los riesgos de sobrecoste por demoras en la construcción. Sin embargo, los elevados costes de los proyectos licitadores y los intereses de financiación más elevados para las empresas privadas (4), así como en definitiva la dificultad general de comparar los costes de los proyectos IFP con los tradicionales, debido a su gran complejidad y opacidad y a la larga duración de los contratos, todo ello hace que sea difícil extraer conclusiones generales que avalen económicamente y de forma clara una opción frente a otra (5).

No debe pasarse por alto en cualquier caso a la hora de comparar costes, el hecho de que en definitiva, si el consorcio de empresas inversoras encuentra dificultades financieras para el cumplimiento del contrato, lo que no es infrecuente, es siempre la administración pública la que debe acudir a su rescate para mantener el servicio, como ocurrió en concreto con el hospital de Alzira, con el consiguiente sobrecoste para las arcas públicas.

La minuciosidad de estos contratos, donde se detallan escrupulosamente las condiciones para minimizar los riesgos que corren ambas partes, y su larga duración, hacen que los proyectos carezcan de flexibilidad y se adapten mal a las circunstancias cambiantes en el tiempo, hipotecando así la planificación futura (4, 5). ¿Quién puede asegurar que los modelos de hospitales que ahora se construyen serán los mismos que necesitaremos dentro de 30 años?

También se ha hecho notar la gran complejidad de la colaboración público-privado para proyectos sanitarios, a diferencia de los proyectos de infraestructuras de transporte, debido a su propia naturaleza compleja, funcional y de recursos, especialmente en

grandes hospitales con tareas docentes y de investigación, lo que ha llevado en algún caso al colapso del proyecto (5).

La planificación de hospitales mediante IFP obedece más a criterios empresariales que estrictamente sanitarios; es decir, no se tienen en consideración los parámetros habituales de planificación sanitaria (demográficos, de morbi-mortalidad, tecnológicos, de utilización de recursos...) ni la opinión de profesionales sanitarios; las proyecciones de demanda sustituyen a las estimaciones de necesidad de servicios. Los parámetros de evaluación no son los mismos estandarizados para el conjunto del sistema sanitario, lo que dificulta la comparación con el modelo público tradicional. Se presuponen escenarios futuros de máxima eficiencia y se condiciona la actividad (reducción de servicios, alta productividad de profesionales, utilización exhaustiva de recursos) a la adaptación a tales escenarios, a costa de la calidad de la atención (6).

La opacidad de los contratos IFP, amparados en la confidencialidad comercial (5), lleva pareja la dificultad de evaluación de los proyectos, lo que resulta injustificable a todas luces dada la magnitud de las inversiones que suponen.

Puesto que los activos contratados con empresas privadas están estrechamente ligados al interés público, resulta preocupante que la titularidad de los mismos pueda diluirse en empresas licitadoras intermediarias, mercados secundarios o venta forzosa de activos y contratos ante dificultades financieras. Para las empresas privadas no se trata de activos públicos, sino de concesiones al sector privado, y mientras dure el periodo de concesión los hospitales pertenecen a los inversores y no tienen por qué informar al público (7).

Teniendo en cuenta por tanto la controvertida experiencia con las IFP en proyectos sanitarios en otros países y las condiciones en que se han introducido en la Comunidad de Madrid (precipitada y masivamente, y sin experiencia previa), es inevitable que se genere gran incertidumbre entre la población madrileña sobre los resultados de tal actuación en términos de calidad de la asistencia, endeudamiento público y viabilidad general.

Además, la contratación de hospitales privados para la provisión de servicios sanitarios (Fundación Jiménez Díaz, Hospital Infanta Elena de Valdemoro y proyectos futuros), servicios periféricos de especialidades y servicio centralizado de análisis clínicos, igualmente exenta de un análisis estratégico previo, hace que la incertidumbre se extienda a todo el modelo sanitario en su conjunto, abierto de par en par a nuevas formas de gestión cuyo factor común, la empresa privada, aparece como la única razón explicativa firme. Y ello cuando más se está poniendo en duda la calidad y eficiencia de los servicios provistos y gestionados lucrativamente de manera privada y financiados con fondos públicos en un país con tanta tradición y experiencia en aquéllos como EEUU (8, 9).

El aumento de la presión demográfica y la necesidad de contar en breve plazo con nuevos recursos asistenciales, como razones para la construcción de los nuevos hospitales, si bien parecen argumentos a tener en cuenta en principio, resultan menos convincentes si consideramos que las inversiones para Atención Primaria, descontado el gasto farmacéutico, descendieron en 2007 y 2008 frente a años anteriores, y que a la vez que se van abriendo camas en los hospitales nuevos, se cierran otras subrepticamente en los hospitales antiguos, siendo imposible conocer fidedignamente el balance por falta

de información pública. La existencia de planes de remodelación en marcha para los cuatro hospitales mayores de Madrid hace suponer que reducirán sensiblemente su capacidad asistencial.

Recientemente, el Defensor del Pueblo se ha hecho eco de la preocupación existente, al hablar de la “creciente percepción de los ciudadanos, reflejada en medios de comunicación social y refrendada por diferentes actores del Sistema Nacional de Salud, acerca del posible deterioro de la sanidad pública, como consecuencia de la proliferación de nuevas formas de gestión de corte privado o empresarial” (10).

Entre las múltiples consecuencias adversas que estas nuevas formas de gestión pueden traer, según hemos visto, hay algunas que resultan evidentes. De no modificarse la situación y curso actual de los hechos, durante los próximos treinta años la planificación sanitaria en la Comunidad de Madrid se verá fuertemente hipotecada por un modelo centrado en el hospital, rígido y poco transparente, cuya calidad y eficiencia, salvo que aparezcan situaciones críticas que amenacen su viabilidad (como ha ocurrido en otros países), será difícil de valorar, al no haberse previsto mecanismos de evaluación.

La profusión de intereses privados comerciales, que conllevan además un déficit de información pública, junto con la ausencia de un plan estratégico de actuación orientado a la mejora del nivel de salud del conjunto de los ciudadanos, con toda su diversidad en cuanto a vulnerabilidad y consumo de recursos, ponen en serio peligro la cohesión del sistema sanitario. El resultado final esperable es una disminución del nivel de salud de la población, expresada además en un aumento de la inequidad social, así como un aumento del gasto público en salud.

Ayuda a comprender mejor si cabe este escenario, la desaparición de la Dirección General de Salud Pública en mayo de este año (11). Si tradicionalmente en nuestro país se ha venido priorizando la inversión sanitaria en actividad asistencial, postergando siempre a un segundo plano la actuación preventiva, el modelo por el que se apuesta ahora en la Comunidad de Madrid va mucho más allá, ignorando directamente la utilidad de la Salud Pública, tanto como dispositivo de actuación en crisis sanitarias, como en cuanto herramienta estratégica de conocimiento, información y orientación de la acción sanitaria colectiva, en definitiva como herramienta de cohesión del sistema.

Ante este panorama, la Asociación Madrileña de Salud Pública (AMaSaP), comprometida desde su reciente creación con el servicio público, quiere hacer patente su preocupación. No sólo por la degradación de las actividades específicas de Salud Pública, sino también por el desdibujamiento de la identidad del sistema sanitario de nuestra región que la introducción masiva, precipitada e indiscriminada de nuevas formas de gestión, cuestionadas en otros países, está produciendo. Desaparición de contornos, o redefinición de los mismos, cuyas consecuencias en salud, inequidad y gasto público ya se han mencionado, y a las que habría que añadir la desmoralización y desgaste de los profesionales sanitarios, el mayor capital de nuestra sanidad, utilizados o relegados a conveniencia en un importante proceso de cambio (“revolución sanitaria madrileña”, en palabras del Consejero de Sanidad), sobre el que no han sido consultados.

AMaSaP pide por tanto a los responsables políticos de nuestro gobierno que interrumpan este proceso de descapitalización de la sanidad pública madrileña y con el

concurso de los diversos agentes sociales que deben tomar parte en la definición de aquélla (profesionales, políticos, sindicatos, asociaciones comunitarias en general), replanteen el rumbo a seguir, por el bien de la ciudadanía.

(1) BOT Expert Group. *Public-Private Partnerships: A new Concept for Infrastructure Development*. Economic Commission for Europe, United Nations Publication. 1998.

(2) Timmins N. *Return to the true path?* *BMJ* 2007; 335;1066-1067.
<http://www.bmj.com/cgi/content/extract/335/7629/1066>

(3) Menéndez A. *La gestión indirecta de la asistencia sanitaria pública. Reflexiones en torno al debate sobre la privatización de la sanidad*. *Rev Adm Sanit.* 2008;6(2):269-96.
<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2700295>

(4) Pollock AM, Shaoul J and Vickers N. *Private finance and "value for money" in NHS hospitals: a policy in search of a rationale?*. *BMJ* 2002;324;1205-1209
<http://www.bmj.com/cgi/content/extract/324/7347/1205>

(5) McKee M, Edwards N, & Atunc R. *Public-private partnerships for hospitals*. *Bulletin of the World Health Organization*. November 2006, 84 (11)
www.who.int/bulletin/volumes/84/11/06-030015.pdf

(6) Pollock A M, Dunnigan M G, Gaffney D, Price D, Shaoul J. *Planning the "new" NHS: downsizing for the 21st century*. *BMJ* 1999;319;179-184
<http://www.bmj.com/cgi/content/full/319/7203/179>

(7) *PFI: Against the public interest*. UNISON. 2008.
http://www.unison.org.uk/positivelypublic/docs_list.asp

(8) Woolhandler S and Himmelstein D U. *Competition in a publicly funded healthcare system*. *BMJ* 2007;335;1126-1129
<http://www.bmj.com/cgi/content/full/335/7630/1126>

(9) Vaillancourt P; Linder S H. *Two decades of research comparing for-profit and nonprofit health provider performance in the United States*. *Social Science Quarterly*; Jun 2003; 84, 2.

(10) El Defensor del Pueblo a D. Gaspar Llamazares, en respuesta a su solicitud de interposición de recurso de inconstitucionalidad por la generalización de la figura de la concesión a empresas privadas de hospitales y centros de salud en la Comunidad de Madrid.
<http://www.bolinf.es/wp/?p=7069>.

(11) Comunicado de la Asociación Madrileña de Salud Pública (AMaSaP).
<http://www.amasap.es>.