



ANÁLISIS DE LA **INICIATIVA DE FINANCIACIÓN PRIVADA (PFI)**

 **CONCESIONES DE OBRA
PARA CONSTRUIR HOSPITALES**



Federación de Asociaciones para
la Defensa de la Sanidad Pública

LA CRISIS DE LOS SISTEMAS SANITARIOS

Desde hace tiempo, los sistemas sanitarios tradicionales muestran dificultades para hacer frente a los principales problemas de salud, pese al incremento de los gastos sanitarios. Entre los principales condicionantes de esta situación estarían el envejecimiento de la población, el desarrollo de nuevas tecnologías sanitarias, medicamentos cada vez más costosos, el incremento de la demanda asistencial, el mantenimiento del hospital como el centro del sistema, o la práctica profesional basada en la práctica curativa y en la atención especializada. A estos problemas habría que añadir otros de tipo organizativo y funcional como la baja productividad, irracionalidad de muchas decisiones clínicas y la escasa utilidad demostrada de muchas de ellas. Esta situación determinó la necesidad de introducir reformas en los sistemas y servicios sanitarios.

Respuestas a la crisis

La medicina comunitaria

La **Asamblea Mundial de la Salud de la OMS** aprobó en 1976 en Alma Ata la **Estrategia Salud Para Todos** con el respaldo de todos los países del mundo. Se proponía orientar las políticas sanitarias hacia la atención integral de salud con énfasis en la promoción de la salud frente a la medicina reparadora, colocar la atención primaria como eje del sistema y potenciar la participación social en las actuaciones sanitarias. Esta estrategia inspiró las líneas fundamentales de la **Ley General de Sanidad (LGS)**.

Edita: FADSP
C/ Arrollo de la Media Legua, 29. Local 49
28030 Madrid. Tel.: 91 333 90 87
fadspu@terra.es

Autor: Manuel García Martín

Depósito Legal: M-6405-2007

Las propuestas neoliberales

El posterior triunfo del neoliberalismo en Norteamérica y el Reino Unido en la década de los años 80 propició el desarrollo de estrategias a nivel mundial de reducir el **papel del Estado como garante de la salud de todos los ciudadanos y para introducir el mercado en la asistencia sanitaria**, aduciendo la imposibilidad de mantener la asistencia de salud universal y equitativa y la incapacidad de los sistemas sanitarios públicos para producir servicios sanitarios de forma racional y eficiente.

Esta estrategia está apoyada por importantes grupos de presión externos al sistema sanitario como grupos financieros, aseguradoras sanitarias, empresas multinacionales de asistencia sociosanitaria, industria farmacéutica y de electromedicina, etc., y tiene el respaldo de organismos internacionales como la **Organización Mundial del Comercio**, el **Fondo Monetario Internacional** y el **Banco Mundial**.

El **Banco Mundial** en 1987 planteaba en su **Informe sobre la Financiación de los Servicios Sanitarios** la necesidad de trasladar a los usuarios los gastos por asistencia; ofrecer esquemas de aseguramiento para las principales causas de riesgo; utilizar de forma eficaz los recursos privados; y descentralizar los Servicios Sanitarios Públicos. Posteriormente, en 1993, en su **Informe sobre el Desarrollo en el Mundo**, propuso dos estrategias para disminuir la Carga Global de Morbilidad: introducir las fuerzas del mercado en el ámbito sanitario y mejorar la asignación de recursos públicos con criterios de eficiencia técnica e instrumental, por medio de intervenciones de alta efectividad y bajo coste.

Esta entidad supranacional pretende utilizar el **Acuerdo sobre Liberalización de los Servicios Públicos**, que negocia con la Unión Europea, para obligar a los países que la integran a eliminar cualquier barrera que limite la implantación del sector privado en la sanidad, introducir la competencia entre proveedores de servicios sanitarios y facilitar la libre circulación de empresas sanitarias privadas por sus sistemas sanitarios. El objetivo final es la eliminación de los actuales sistemas sanitarios, que monopolizan la atención de salud.

La estrategia de reforma de los servicios europeos orientados al mercado: finalidad y formas

Para hacer frente a la saturación que están alcanzando los mercados internacionales, que limitan o moderan sus ganancias, los grupos económicos y empresariales buscan nuevos mercados en la asistencia sanitaria pública aprovechando su influencia (lobby) sobre los órganos que gobiernan la Unión. Los sistemas nacionales de salud europeos (levantados a lo largo de muchos años gracias a las cotizaciones sociales y que forman uno de los pilares del Estado de Bienestar) son la principal barrera para la entrada del capital privado en el sector de servicios públicos para hacer negocio.

Las empresas multinacionales del sector servicios, el capital financiero y las grandes constructoras pretenden superar los límites de su rentabilidad económica accediendo a los fondos públicos que los gobiernos europeos destinan a educación y sanidad –alrededor del 20% del PIB– y que suponen una ingente cantidad de recursos.

El equilibrio comunitario como coartada

El *Tratado de Maastricht*, argumentando la necesidad de crear las condiciones para la moneda única, estableció que el gasto público de cada país no debería superar el 3% del PIB ni su endeudamiento público el 60% del mismo. Al mismo tiempo estableció un sistema de contabilidad que no contemplaba como endeudamiento público el contraído por *empresas públicas acogidas a gestión privada* (aunque toda su financiación sea con el presupuesto público, como es el caso de las Fundaciones Sanitarias en España) o por *servicios contratados por el sistema público con empresas privadas*. Medidas que supusieron un apoyo inestimable para el sector sanitario privado.

Reducir el gasto sanitario público en el centro del mensaje

Los grupos de presión neoliberales sostienen que en un contexto de restricción del gasto público, los servicios sanitarios, incluidos los hospitales, no pueden mantener el actual modelo de financiación y es necesario recurrir a las inversiones privadas para realizar nuevas inversiones o construir nuevos centros, y deberán recortar prestaciones financiadas con fondos públicos y hacer partícipes a los pacientes y usuarios de su pago de manera directa o mediante aseguradoras privadas. Es decir, sistemas sanitarios deberán renunciar a proporcionar la actual cobertura de salud universal de todos los ciudadanos y su libre acceso a los servicios sanitarios.

En base a esta estrategia, los gobiernos europeos están aplicando un paquete de medidas similares en dos etapas:

1ª etapa: *debilitar el sistema público y potenciar al sector privado*

Separar la financiación de la provisión de servicios sanitarios creando un mercado interno como etapa previa para la compra de servicios sanitarios a diferentes proveedores.

Reducir la oferta y la demanda eliminando el seguro público universal, restringiendo la asistencia pública en un paquete básico, introduciendo el *copago*, y reduciendo el número de camas y de personal sanitario.

Sustituir la gestión pública de los centros sanitarios por otra basada en el modelo empresarial privado (*Nueva Gestión*), vinculando su presupuesto al uso eficiente de los recursos, incrementando la autonomía de cada centro e introduciendo incentivos de gestión.

Incrementar la presencia del sector privado en la provisión de servicios financiados públicamente (*colaboración público-privada*) subcontratando (*externalizando*) los servicios de apoyo e incluso algunos clínicos (como la litotricia, la radiología avanzada y determinados procedimientos quirúrgicos como las cataratas), incrementando los conciertos o recurriendo al sector privado para construir y gestionar nuevos hospitales.

2ª etapa: privatizar la provisión de servicios dejando al sistema público como entidad financiadora (de determinados servicios a una parte de la población) y autoridad sanitaria

Crear mercados externos

Vender los centros públicos al sector privado (aseguradoras, empresas de servicios nacionales y multinacionales como la USP, la DKV, etc.).

Algunas medidas tienen la misión de hacer de puente entre una y otra etapa.

Como ejemplos de algunas estarían las *Nuevas Formas de Gestión* de los centros públicos (trasformar los hospitales en fundaciones y otras fórmulas acogidas a la gestión privada), la *externalización de servicios* (concesiones, gestión interesada, conciertos y sociedades de economía mixta) y la *financiación privada de la construcción y gestión de infraestructuras públicas* (Iniciativas de Financiación Privada - PFI).



LA NUEVA GESTIÓN DE ESPAÑA

Se han desarrollado una enorme variedad de fórmulas de gestión de los servicios y centros sanitarios sin que, aparentemente, exista ninguna lógica o justificación más allá del interés o la orientación de quienes dirigen los servicios sanitarios en las diferentes comunidades autónomas, a veces por encima de la ideología de los grupos políticos que las gobiernan. Esto, además de ser profundamente irracional, dificulta y complejiza el funcionamiento integral del sistema y lo ha puesto al borde de la desintegración, lo que supone, además de una fuente de ineficiencia, un riesgo que facilita su privatización.

Formas de gestión directa

Acogidas a derecho público

Sistema estatutario-funcional tradicional (sin personalidad jurídica propia ni autonomía de gestión, como los hospitales de gestión tradicional).

Agencias e Instituciones (sin personalidad ni patrimonio pero con autonomía de gestión como el Servicio Valenciano de Salud o los Institutos y Unidades clínicas).

Organismos Autónomos Administrativos (con personalidad jurídica, fondos propios y autonomía de gestión como el Servicio Andaluz de Salud, Osasubidea de Navarra o el SERGAS gallego).

Acogidas a derecho privado

Fundaciones (con personalidad jurídica pública o privada, sin ánimo de lucro, regidas por patronatos

con personal laboral (como las Fundaciones Sanitarias gallegas, asturianas, baleares, riojanas o madrileñas).

Entes públicos (dependientes de la Administración pública, capital mayoritariamente público, personalidad jurídica propia, gestión de recursos sometida a derecho privado para prestar servicios públicos como el Servicio Catalán de Salud, Osakidetza en Euskadi).

Empresas públicas: empresas con capital público, personalidad jurídica diferenciada por centro, excepto el caso de la que gestiona los CHAREs de Andalucía, gestión privada y personal laboral. En Andalucía hospitales Costa del Sol y Costa de Poniente, en Madrid hospital de Fuenlabrada y la parte pública de 6 de los 7 nuevos hospitales.

Consortios (responsabilidad privada, patrimonio propio, consejos de gobierno, personal funcionario o laboral, contratación por derecho privado como consorcios municipales de Vich y Mataró, o Consorcio Hospitalario de Cataluña).

Formas de gestión indirecta

Contratación de personal por régimen de autónomos (urgencias domiciliarias en País Vasco). **Sociedades limitadas y cooperativas** (los profesionales son gestores con el 51% del capital, el otro por Colegios de médicos o aseguradoras, mientras que las infraestructuras las pone la Administración pública, como las Entidades de Base Asociativa-EBAS que gestionan zonas básicas de AP en Cataluña). **Contrataciones con entidades privadas** (entidades lu-

crativas que reciben una concesión de la Administración para gestionar y proveer servicios sanitarios, con personal laboral y subcontratan a su vez las actividades como los servicios de cafetería o limpieza de los hospitales, conciertos sanitarios, concesiones de obra pública para construir y gestionar centros como los nuevos hospitales de Madrid, los de Burgos o Mallorca). **Concesiones administrativas de gestión privada** (construcciones de edificio y gestión de servicios sanitarios y no sanitarios para un área con pago *per cápita* como el hospital de Alzira, Torrevieja y Denia en Valencia y el nuevo de Valdemoro en Madrid).

Salvo algunas excepciones, la mayoría de estas formas no han sido evaluadas, por lo que se desconocen sus virtudes o defectos, pese a que se presentan como innovaciones para mejorar la eficiencia y la calidad de la asistencia, de cara a superar el modelo tradicional de gestión pública, por lo que es de suponer que su generalización responde a criterios de naturaleza ideológica y de una estrategia destinada a promover la gestión privada y la fragmentación del Sistema Sanitario Público como tal sistema.

LA INICIATIVA DE FINANCIACIÓN PRIVADA (PFI), CONCESIÓN DE OBRA EN ESPAÑA

Supone una novedad en la vorágine de aplicación de Nuevas Formas de Gestión en España. La utilización de la financiación privada en las inversiones del sector público fue introducida por el gobierno conservador del Reino Unido en 1992 para construir y renovar hospitales y determinadas unidades de los mismos como servicios diagnósticos y de tratamiento, instalaciones radiológicas, etc. Mediante esta fórmula empresas privadas, principalmente constructoras y empresas de multinacionales de servicios, promueven y financian, mediante fondos propios y sobre todo recurriendo al endeudamiento externo, la construcción de hospitales (y muchos otros servicios o infraestructuras) para el sistema público.

Los consorcios privados redactan los proyectos técnicos, dirigen las obras, construyen las infraestructuras y edificios, suministran e instalan el equipamiento de los mismos y ponen en marcha y mantienen los inmuebles. La Administración pública se reserva la gestión de los servicios asistenciales (aunque en algunos casos también la traslada a las PFI) y paga un canon anual a las empresas por la utilización de los hospitales durante el tiempo acordado, que oscila en torno a los 30 años.

En resumen el servicio sanitario presta y controla los servicios asistenciales y subcontrata con las empresas privadas la construcción, mantenimiento, limpieza, seguridad, catering, hostelería, servicios auxiliares, logística, gestión de la documentación y administración de los centros. Estas empresas reciben además los terrenos de titularidad pública que rodean a los hospitales, lo que les permiten ampliar su área de negocio creando y gestio-

nando aparcamientos, centros comerciales, centros de ocio, etc.

Esta concesión administrativa es una concesión de obra y un contrato de gestión de un servicio público, financiado con fondos públicos, con gestión y provisión privada de servicios hospitalarios a un área poblacional determinada.

Cuenta con el apoyo y el aval del Fondo Monetario Internacional y el Banco Mundial, que la considera un requisito a aceptar por los países que quieran acceder a sus préstamos. La Comisión Europea promueve la PFI en los países de la Unión, para inversiones en infraestructuras sanitarias y no sanitarias, pasando los proyectos de 12.000 en 1987 a 200.000 en 1999.

Argumentos esgrimidos en la promoción de la PFI

Los promotores de esta fórmula de nueva gestión (fundamentalmente gobiernos y empresas constructoras) han utilizado argumentos de naturaleza teórico/ideológica:

- Reduce el tiempo de construcción de los hospitales evitando demoras en la disponibilidad y funcionamiento de los nuevos hospitales.
- Garantiza la entrega de la obra en el tiempo estipulado, ya que el contratista no cobra hasta que no lo haga.
- Evita las desviaciones en el presupuesto de construcción y equipamiento de los centros, ya que el presupuesto de la obra es cerrado y figura en el contrato.

- El sector privado tiene más habilidad en la dirección de proyectos, es más innovador y especializado.
- Hay una importante transferencia de riesgos a las empresas constructoras en forma de penalizaciones económicas por incumplimientos del contrato (finalización de la obra y puesta en funcionamiento en el tiempo acordado).

Sin embargo, la mayoría de estas premisas no se han cumplido en la experiencia británica.

Numerosos estudios que han analizado estas experiencias en Reino Unido a lo largo de 15 años (especialmente en un reciente informe de la OMS) han evidenciado que...

Son mucho más caros. Los costes de estos hospitales son muy superiores a los de construcción pública (en algunos casos hasta 4 veces más) como consecuencia de que los bancos prestan al sector privado a un interés más elevado que a la Administración pública dada la mayor solvencia de ésta (entre el 11,2 y el 18,5% de interés anual frente al 3-3,5% del público), las PFI deben repartir dividendos a sus accionistas (15-25%), o los costes administrativos de la negociación de contratos y consultorías son muy elevados por su gran complejidad (7 veces superiores a los tradicionales). Otro elemento que ha elevado los costes son las renegotiaciones de los contratos que imponen los contratistas para solventar las situaciones de quiebra económica que dejarían a los ciudadanos de las áreas donde están instaladas las PFI sin servicios hospitalarios (por esta causa los primeros 14

hospitales PFI incrementaron sus costes en un 72%). Este fenómeno también se ha observado en el hospital de Alzira en Valencia, que responde a una fórmula similar.

Condiciona y reduce la capacidad de inversión y los presupuestos sanitarios de los gobiernos durante muchos años. Transforma el gasto de inversión en gasto corriente en detrimento de los presupuestos de personal, asistencia, farmacia, atención primaria, etc., que deben compartir sus presupuestos con los pagos a estas empresas.

Limita la capacidad de los hospitales para adaptarse a los cambios tecnológicos y poblacionales. Un contrato a 30 o más años limita de manera considerable la posibilidad de dar respuesta a nuevas necesidades de la población y a las innovaciones tecnológicas médicas que se irán produciendo en el futuro y que necesariamente condicionarán cambios en la dimensión de los servicios, el equipamiento tecnológico, el número de camas, etcétera.

Reduce el nivel de información y la transparencia de la gestión de los centros. Las PFI ocultan información, pese a prestar un servicio público, alegando que son empresas privadas que actúan en un marco de competencia que les obliga a guardar la confidencialidad de sus estrategias comerciales y los resultados de las mismas.

Empeora la calidad asistencial. Para conseguir beneficios empresariales, las constructoras emplean materiales y equipamiento de baja calidad, reducen camas y personal, lo que redundará en una menor calidad de la atención que prestan.

La falacia de las transferencias de riesgos como justificación

Las sanciones por incumplimiento de los contratos, en el tiempo y con los niveles de calidad estipulados, son uno de los argumentos utilizados para promover esta nueva forma de construcción y gestión de hospitales (transferencias de riesgos a las empresas privadas).

Sin embargo, la realidad es que en el Reino Unido en lugar de sancionar a las empresas concesionarias por incumplimiento de plazos de entrega, funcionamiento y mantenimiento de las instalaciones se ha procedido a renegociar y refinanciar los contratos incrementando aún más los beneficios de las empresas. Las reducciones de recursos no han supuesto ajustes en el pago a las empresas, mientras que la sustitución de tecnologías no contempladas en los contratos iniciales siempre ha sido a costa del sector público.

En muchos casos, los contratistas iniciales de la PFI han vendido sus acciones a otras sociedades (como fondos de inversión y de pensiones que se dedican a especular con las mismas) o son compañías que carecen de bienes propios, lo que impide la quiebra.

El sector público queda sometido para siempre a las empresas, ya que si quisiera rescatar los hospitales antes del plazo fijado debería indemnizarlas por daños y perjuicios por el montante de ganancias futuras previstas en el contrato durante los años previstos. Esto hace imposible en la práctica rescindir unos contratos tan poco ventajosos para el sector público.

Algunos ejemplos de la PFI en el Reino Unido

En el Reino Unido se han construido 21 proyectos de hospitales PFI, con un coste de 1,5 billones de libras. Están en proceso de construcción diez más con un presupuesto de 1,9 billones, y está prevista una nueva fase de proyectos PFI por un total de 1,7 billones de libras. El gobierno aspira a tener finalizados antes del año 2010 nuevos hospitales por un total de 7 billones de libras, lo que supondrá el 85% de toda la nueva inversión de capital del Sistema Nacional de Salud y el 94% de todos los nuevos hospitales del Reino Unido.

Algunos ejemplos de esta estrategia

El **Hospital Reina Elizabeth en Greenwich**, buque insignia de la PFI, se enfrentó a una situación de quiebra ya que sus costes excedían en 19,7 millones de libras anuales a lo inicialmente contratado con el NSH, situación que pudo resolver circunstancialmente refinanciando su acuerdo con el sistema público. Sin embargo, el déficit puede alcanzar los 100 millones de libras en el período 2008-2009. Esta quiebra podría conducir a su cierre, lo que dejaría sin asistencia a una zona de Londres.

El **Hospital Debashis Singh**, primer hospital construido según la PFI en el Reino Unido, tiene serios problemas de acuerdo a una auditoría realizada por la Comisión para la Mejora de la Salud del RU:

- Deficiencias de planificación y gestión.
- Importantes retrasos en el tratamiento de los pacientes diagnosticados de cáncer por falta de personal consultor.
- Los tiempos de espera para las pruebas de resonancia magnética son demasiado largos, algunos

pacientes tardan más de 15 meses en realizar esta prueba.

- Camas insuficientes para atender la demanda asistencial.
- Serios problemas de infraestructura (los fregaderos rezuman el agua del alcantarillado).

El **Hospital Barts de Londres**, construido por el Consorcio Skanska Innisfree con unos costes previstos en 2005 de 8,62 millones de libras al año, tuvo que renegociar su contrato con el NHS incrementándolo hasta los 67 millones de libras al año (8 veces más de lo inicialmente acordado).

En el **Hospital Kidderminster y Norkford** la necesidad de financiar la diferencia entre lo acordado y los costes finales ha obligado al NHS a vender terrenos alrededor del hospital y a reducir servicios y camas de agudos (en un 44%).

En el **Hospital Tees Sur** la empresa adjudicataria renegó el contrato para incluir el proceso de rellenado de las jarras de agua de los enfermos por un precio de 40.000 libras al año.

En el **Hospital Obiso Auckland**, el sistema sanitario tuvo que pagar a la empresa para poder colgar los negatoscopios en las paredes, ya que la empresa alegó que eran suyas.

La empresa constructora del **Hospital Guy and St Thomas** retrasó tres años la entrega del centro e incrementó sus costes, sobre lo inicialmente acordado, en 124 millones de libras.

En el **Edinburg Royal Infirmary**, los gerentes siguen intentando solucionar problemas tan importantes como el sistema de ventilación o de aire acondicionado.

En el **Hospital de Dirham**, el personal de enfermería denunció problemas con el aire acondicionado que afectaron a los pacientes con patologías respiratorias y con la recogida de basuras que afectaba a la salubridad del centro y vulneraba el contrato, mientras que el laboratorio de patología se inundó tres veces en año y medio por un mal diseño de su estructura.

El **Hospital Cumberland Infirmary** se construyó con materiales baratos de baja calidad, con lo que sus costes de mantenimiento se incrementaron en un 50%.

Quiénes ganan y pierden con esta fórmula

Ganan

A corto plazo: los gobiernos que pueden construir hospitales sin que estas inversiones figuren como endeudamiento público (limitado por el Tratado de Maastricht). De esta manera transforman gasto de capital en gasto corriente trasladándolo hacia el futuro durante muchos años. Políticamente (y electoralmente) esto tiene indudables ventajas para quien gobierna: construye el hospital en poco tiempo, le saca rentabilidad electoral y pagan los que vengán detrás (durante muchas legislaturas).

A largo plazo: los consorcios empresariales, especialmente empresas constructoras, que mantienen y amplían sus carteras de contratación y reducen sus riesgos de inversión. Gracias a la PFI las empresas constructoras del Reino Unido crecieron un 8% en 2003, frente a los de otros países como Alemania o Francia (no aplican esta fórmula) donde crecieron un 2,5% y un 0,7% respectivamente, consiguiendo entre tres y diez veces más ingresos que con los contratos tradicionales con el sistema público.

Los propietarios de acciones de renta variable, que invierten en el consorcio PFI cuyos beneficios se sitúan entre el 10% y el 20%.

Pierden

El sistema sanitario público

■ Que debe pagar unos precios muy elevados por los nuevos hospitales, hipotecando su futuro dado que los pagos a estas empresas suponen el 40% del presupuesto sanitario durante 30 años. El déficit anual acumulado por estas empresas es tan elevado que están poniendo en riesgo la solvencia económica del servicio nacional de salud en el Reino Unido.

■ Ve distorsionada su capacidad de planificación, ya que los contratos recogen los intereses de las empresas en detrimento de las necesidades asistenciales de los ciudadanos. La experiencia muestra que los contratos realizados se basan en criterios de rentabilidad económica de las mismas y no en objetivos de salud.

■ Los servicios de atención primaria, atención domiciliaria, salud pública, sociosanitarios, etc., que ven disminuir sus recursos. En el Reino Unido se han reducido prestaciones odontológicas, ópticas, cirugía electiva, etc.

■ Las hipotecas de estos hospitales devoran al resto del sistema.

Los ciudadanos y usuarios

■ En estos hospitales las reducciones de camas (35.000 en Inglaterra y 5.000 en Escocia, entre un 30-44% inferiores a los de los hospitales tradicionales) y de plantillas (25%-50% inferiores a los hospitales públicos) generan listas de espera muy elevadas, incluso en áreas esenciales, que ponen en peligro la salud de los pacientes, como consecuencia de las reducciones de camas. Existe suficiente evi-

dencia científica de que la calidad de los cuidados de un hospital depende de los índices de personal médico y de enfermería, de la estabilidad del mismo y de sus condiciones de trabajo. Los hospitales acogidos al modelo privado suponen mayor riesgo para los pacientes con mayores tasas de mortalidad, infecciones hospitalarias, etc.

■ Los esfuerzos por incrementar el índice de rotación de las camas disponibles (muy insuficientes) obligan a primar la productividad y la cantidad de las intervenciones saturando los centros, lo que repercute en la calidad de la asistencia.

■ En estos centros se realiza selección de riesgos en detrimento de los pacientes con patologías más complejas y costosas (se han reducido en un 20% los ingresos hospitalarios, en un 13% los ingresos quirúrgicos en estos centros respecto de los tradicionales), con graves repercusiones para la equidad.

Los profesionales sanitarios que soporten unas condiciones de trabajo más precarias

■ Por cada 200 millones de libras de incremento de costes se han perdido 1.000 puestos de trabajo (desde la puesta en marcha de la PFI se ha reducido en un 25% el personal sanitario en el Reino Unido).

■ En algunos de estos hospitales el personal de enfermería femenino percibe salarios inferiores al de los hombres (las enfermeras del hospital de PFI de Cumberland ganaban 17.500 libras anuales frente a 26.000 libras de los enfermeros por el mismo trabajo), rompiendo con la política de igualdad de oportunidades y de no discriminación.

■ El personal no sanitario (celadores, administrativos, limpiadores, personal de cocina, etc.) no es contratado de acuerdo a las normas de objetividad e igualdad de oportunidades que rigen en el sistema público.

Estos problemas han condicionado cambios en la situación de la PFI en el Reino Unido, que incluso son criticados por algunos de sus principales promotores que abogan por el cambio de modelo por los múltiples problemas que plantea hasta la paralización de algunos proyectos ya aprobados y adjudicados como el Hospital St. Bartolomew de Londres, para su reconsideración. Se estima que puede producirse una reducción de hasta el 40% en los planes de nuevos hospitales financiados por la PFI por los problemas de sostenibilidad a largo plazo y la inflexibilidad para adaptarse a los cambios en los plazos de tiempo tan largos.

La PFI en España: Concesiones de Obra

Llama la atención que se pretenda desarrollar esta nueva forma de gestión cuando en el país que la puso en marcha hace 15 años y donde con más intensidad se ha desarrollado se está cuestionando su vigencia y futuro.

Hay planes para su desarrollo en Burgos, Baleares y Madrid; aunque respondiendo a una filosofía similar, los proyectos presentan algunas diferencias entre ellos:

Hospital de Burgos: Diseño y construcción, gestión de servicios no sanitarios, dotación y reposición de mobiliario, equipamiento básico, equipamiento médico, instrumental y alta tecnología. El gasto energético corre a cargo de la empresa concesionaria y las penalizaciones por fallos en el servicio son más bajas que en Madrid, no superando el 100% del canon.

Baleares (Son Dureta): Diseño y construcción, gestión de servicios no sanitarios, dotación y reposición de mobiliario y equipamiento básico, equipamiento médico e instrumental. Excluye la alta tecnología, los sistemas de informatización y la gestión del almacén de suministros. El gasto energético corre a cargo de la empresa concesionaria y las penalizaciones por fallos en el servicio no superan el 100% del canon.

Siete nuevos hospitales de Madrid: Diseño y construcción, gestión de servicios no sanitarios, dotación y reposición de mobiliario y equipamiento básico. El gasto energético a cargo de la Comunidad de Madrid y las penalizaciones por fallos en el servicio pueden llegar al 100% del canon. Excluye la alta tecnología, el equipamiento médico normal y los sistemas de informatización.

Entre los servicios no sanitarios que deberán ser prestados por la empresa adjudicataria están: mantenimiento integral del edificio, gestión de residuos, seguridad, lavandería, transporte exterior e interior, desinfectación y desratización, gestión del archivo de documentación clínica y administrativa, gestión del personal no sanitario, conservación viales y jardines, limpieza, esterilización, almacenes y distribución y restauración.

La planificación de estos centros no se ha realizado con criterios de racionalidad o de necesidad, ya que ignora a la atención primaria y los servicios de atención de crónicos. Aún no está realizado el nuevo mapa sanitario que debería establecer los nuevos hospitales en función de la población de cada área.

	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
San Sebastián de los Reyes	230/350	0,92

Fuente: M. Sánchez Bayle. *La Sanidad en la Comunidad de Madrid 2006*.

« Los índices de camas a nivel nacional están en torno a las 3 por mil habitantes »

En la Comunidad de Murcia se ha aprobado una nueva modalidad de PFI que consiste en un convenio marco de colaboración entre la Comunidad Autónoma y la Empresa Pública Regional Gestora de Infraestructuras Sanitarias de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, Sociedad Anónima, GISCARMSA. Las características del convenio son similares a los firmados con las empresas constructoras privadas, aunque tiene la ventaja de que las enormes y prolongadas ganancias quedan en el sector público (aunque el perdedor es el sector sanitario que paga muchísimo más por un hospital y queda hipotecada su capacidad de inversión y de gasto corriente durante 50 años). Otro problema de esta modalidad de convenio es que la empresa pública podrá subcontratar las actuaciones (construcción, mantenimiento, explotación de los servicios de aparcamiento, restauración, limpieza, seguridad y locales comerciales) con empresas privadas sin control público y con el riesgo de beneficiar a sectores empresariales afines al poder. Esto puede suponer dejar en manos privadas los nuevos hospitales y su explotación.

Algunas consecuencias del desarrollo de estas concesiones de obras

Otorgará un gran poder a las empresas privadas para condicionar las decisiones y la planificación del sistema sanitario público, ya que van a ser insustituibles a largo plazo en la provisión de servicios sanitarios.

Convertir el gasto fijo en gasto variable repercutirá en el resto de los servicios, que verán reducida de manera importante su participación en el mismo y probablemente sufrirán recortes y limitada su capacidad de inversión (atención primaria, pago a proveedores, aprovisionamiento, personal sanitario, urgencias, atención a crónicos, etc.).

Pondrá en peligro la confidencialidad de los datos clínicos de los pacientes, que estarán en manos de empresas privadas ajenas al sector sanitario que pueden comerciar con los mismos.

El escaso número de camas, la reducción de plantillas y la baja calidad de los materiales reducirán la calidad de la asistencia a la población atendida por estos centros.

Los hospitales públicos tendrán que compartir sus gastos corrientes con estos hospitales y recibirán los pacientes expulsados por estos centros (selección de riesgos) como ha ocurrido con los hospitales PFI del Reino Unido o las Fundaciones Sanitarias de gestión privada en España.

Habrà descoordinación y enfrentamientos entre la parte asistencial (en manos públicas y orientada a satisfacer las necesidades de los pacientes) y el resto de los servicios de los hospitales en manos pri-

vadas con orientación a conseguir beneficios empresariales, lo cual generará mayor dificultad para la gestión integral e integrada de los hospitales.

Las empresas constructoras han conseguido, gracias al modelo de crecimiento de los últimos años basado en la construcción, condicionar el desarrollo urbanístico, el funcionamiento de los ayuntamientos o el destrozo del litoral, y acaparar un enorme poder económico con el que se han hecho con el control de empresas de energía o grupos financieros. Merced a esta iniciativa pueden a corto plazo hacerse con el control de los nuevos hospitales y a largo plazo con todo el sistema sanitario público.



La PFI supone la privatización de una parte esencial del sistema sanitario público, como muestra el Reino Unido, en el que una gran parte de la financiación del NHS está ya en manos de los accionistas del sector privado (situación que aumenta año tras año). Además, una vez finalizada la construcción de los hospitales PFI, prácticamente no existe riesgo financiero para las empresas, y éstos pasan a convertirse en un torrente enorme de beneficios económicos (es falso que exista una “transferencia de riesgo” base de los argumentos a favor del mercado y la competencia, ya que el sector público corre siempre con los gastos de reflotar a un hospital en quiebra antes de dejar sin asistencia hospitalaria a una parte importante de la población).

Incrementan en gran manera los costes si los comparamos con los de los hospitales construidos por el sistema público tradicional. Los hospitales PFI hipotecarán los presupuestos de inversión y de gasto corriente del sistema sanitario público durante muchos años, trasladando a las generaciones futuras el pago de los actuales centros.

Los mayores costes y el afán de lucro de las empresas constructoras repercuten en una peor calidad de las infraestructuras y reducciones en camas, personal y asistencia sanitaria.

Las condiciones laborales del personal de las empresas son inferiores y más precarias que las del sector público (lo que genera malestar, desmotivación y provisionalidad).

La privatización de la gestión deteriora la calidad asistencial y el sistema de información sanitaria.

La planificación de estos centros no está al servicio de las necesidades de los ciudadanos sino de los intereses de las empresas y de sus accionistas.

Con esta fórmula las empresas constructoras se convertirán en las nuevas financieras de la Administración y en las dueñas de los nuevos centros hospitalarios.

BIBLIOGRAFÍA

- Marciano Sánchez-Bayle y colls. *La Sanidad en la Comunidad de Madrid*. Ediciones GPS. Madrid 2006.
- Pinas Torres Vicente. *La iniciativa privada en el sector público: Externalización de servicios y financiación de infraestructuras*. Editorial AECA. Madrid 2005.
- «Failings at first PFI hospital». *BBC News*. Monday, 30 July, 2001.
- «PFI hospital's £97m equal pay bill could cost NHS billions». Felicity Lawrence. Tuesday October 1, 2002. *The Guardian*.
- «La comisión pública condenando el informe en primer hospital de PFI». Debashis Singh. *BMJ*. 2003 el 8 de marzo; 326(7388): 520.
- Reyes Santías Fco. «Experiencia de inversión privada en los hospitales públicos del Reino Unido». *Revista Todo Hospital* 516-520. 1999.
- Terry Macalister. *The Guardian*. 22 de febrero de 2006. <http://society.guardian.co.uk/privatefinance/story/>
- Allyson Pollock. *The Guardian*. 26 de enero de 2006. <http://society.guardian.co.uk/privatefinance/story/>
- Terry Macalister y Angela Balakrishnan. *The Guardian*. 21 de septiembre de 2006. <http://society.guardian.co.uk/privatefinance/story/0,,1766212,00.html>
- Miguel Portilla. *El Comercial de Gijón*. 6 febrero 2005. http://canales.elcomerciodigital.com/empresa/reportaje/050206a.htm#Escena_1
- «What are Public Private Partnerships?». Available at: <http://news.bbc.co.uk/1/hi/uk/1518523.stm>
- HM Treasury PFI: meeting the investment challenge (July 2003). Available at: http://www.hm-treasury.gov.uk/media/648B2/PFI_604.pdf

HM Treasury PFI Signed Projects List (December 2004).
Available at:
http://www.hm-treasury.gov.uk/media/D90/70/PFI_signedprojects_dec04.xls

HM Treasury PFI: meeting the investment challenge
(July 2003). Available at:
http://www.hm-treasury.gov.uk/media/648B2/PFI_604.pdf

HM Treasury PFI Signed Projects List (December 2004).
Available at:
http://www.hm-treasury.gov.uk/media/D90/70/PFI_signedprojects_dec04.xls

Arguments taken from HM Treasury, PFI: meeting
the investment challenge (July 2003), (op. cit.).

HM Treasury PFI: meeting the investment challenge
(July 2003), page 31. Available at:
http://www.hm-treasury.gov.uk/media/648B2/PFI_604.pdf

Arguments taken from Trade Union UNISON PFI:
Against the public interest (2004). Available at:
<http://www.unison.org.uk/acrobat/B1457.pdf>

Trade Union GMB fact sheets on PPP. Available at:
<http://www.gmb.org.uk/Templates/PublicationItems.asp?NodeID=91652>

National Audit Office PFI Refinancing Update (2002).
Available at:
http://www.nao.org.uk/publications/nao_reports/01-02/01021288.pdf

ESRC project, Implementing the PFI: national imperatives
and local policy network (Award R000223611).

National Audit Office: The Steps Deal (2005).
Available at:
<http://www.nao.org.uk/recommendation/report.asp?repld=446>

Health Policy Reform: Driving the Wrong Way?
John Lister, pub Middlesex University Press.
www.mupress.co.uk

HM Treasury 1997, referencia de Pollock y col. 1997.

John Lister. «La Iniciativa para la Financiación Privada (PFI)».
<http://www.casmadrid.org/documentos/docu9.htm>

Federación
de Asociaciones
para la Defensa de
la Sanidad Pública

FADSP

Solicitud de admisión

NOMBRE Y APELLIDOS
DOMICILIO
LOCALIDAD CP
TELÉFONO CORREO ELECTRÓNICO
PROFESIÓN/CATEGORÍA DNI
CENTRO DE TRABAJO TELÉFONO CORREO ELECTRÓNICO
Cuotas: 43 euros semestrales para los socios con trabajo y 48 euros anuales para los socios que se encuentren en situación de paro.
BANCO/CAJA OFICINA
CUENTA
DOMICILIO LOCALIDAD CP
Autorizo el pago anual de los recibos presentados por la Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública
Fecha: Firma:

C/ Arroyo de la Media Legua, 29. Local 49. 28030 Madrid (www.fadsp.org). Tel.: 91 333 90 87. Fax: 91 437 75 06
Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública

ANÁLISIS DE LA INICIATIVA DE FINANCIACIÓN PRIVADA (PFI)

CONCESIONES DE OBRA
PARA CONSTRUIR HOSPITALES

Edita: Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública

