

# **LA PRIVATIZACIÓN HOSPITALARIA EN MADRID BALANCE DE 10 AÑOS**

***Observatorio Madrileño de Salud***

***Abril de 2017***

***Entidades que componen el Observatorio Madrileño de Salud***

***Ayuntamientos: FUENLABRADA, RIVAS VACIAMADRID, SAN FERNANDO DE HENARES, LEGANES, COSLADA, ALCALA DE HENARES, GETAFE, MADRID, MOSTOLES, ARANJUEZ, SAN SEBASTIAN DE LOS REYES, ARGANDA, SAN MARTIN DE VALDEIGLESIAS, EL ATAZAR, EL BOALO, BUSTARVIEJO, HORCAJO DE LA SIERRA, LOZOYA DEL VALLE, MANZANARES EL REAL, MIRAFLORES DE LA SIERRA, RASCAFRIA, ROBREGORDO, LOS SANTOS DE LA HUMOSA, SOMOSIERRA, TORRELAGUNA, VILLAMANTA, VILLANUEVA DE PERALES, ORUSCO DE TAJUÑA.***

***Sindicatos: CCOO DE MADRID, UGT DE MADRID***

***Asociaciones Profesionales: ASOCIACION PARA LA DEFENSA DE LA SANIDAD PÚBLICA DE MADRID, ASOCIACION MADRILEÑA DE SALUD MENTAL. IFMSA COMPLUTENSE***

***Entidades sociales: FEDERACION REGIONAL DE ASOCIACIONES DE VECINOS, PLATAFORMA CONTRA LOS RECORTES Y POR LA DEFENSA DE LOS SERVICIOS PÚBLICOS DE FUENLABRADA, PLATAFORMA POR LA MEJORA Y DEFENSA DE LA SANIDAD PUBLICA DE HENARES, FEDERACIÓN ESTATAL DE ASOCIACIONES DE REFUGIADOS E INMIGRANTES EN ESPAÑA (FERINE), CONFEDERACION DE CONSUMIDORES Y USUARIOS DE MADRID (CECU MADRID), FACUA-Madrid. FEDERACION LOCAL DE AA. VV DE LEGANES, CEADE, FEDE, CONSEJO MUNICIPAL DE SALUD Y CONSUMO DE RIVAS-VACIAMADRID.***

## INTRODUCCION

La privatización sanitaria en Madrid puesta en marcha por los gobiernos del PP una vez asumidas las transferencias comenzaron en 2007 y se han producido con 3 tipos de hospitales: los del modelo PFI (llamados así por las siglas en inglés de “iniciativa de financiación privada”), las concesiones administrativas modelo Alzira (por ser este el primer hospital español donde se puso en marcha) y la cesión de la atención sanitaria de un área a la Fundación Jiménez Díaz.

Aunque este último es un centro sanitario inaugurado como una fundación privada en el año 1955, en el año 2003 empezó a ser gestionada por una empresa privada (ID salud), actualmente está en manos de Quirón una multinacional de origen español que tiene una extensa red de hospitales en España, Latinoamérica y Oriente Medio.

Pasados 10 años de los primeros hospitales privados y semiprivados creemos necesaria hacer una primera valoración, con los datos disponibles, de estos centros y de su repercusión en la red hospitalaria madrileña.

## Hospitales PFI

Se denominan así a los hospitales construidos por UTEs formadas por una o varias empresas privadas que construyen el edificio y se quedan con la gestión de lo que se considera “no sanitario”, es decir todos excepto facultativos, enfermería y técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE), que continúan siendo gestionados por el sector público.

Los hospitales nuevos en realidad son 6, porque Majadahonda es un traslado del hospital Puerta de Hierro situado en la ciudad de Madrid.

Habría que señalar varias cuestiones:

1. La gestión de la parte sanitaria de los nuevos centros se establece mediante la creación de 6 empresas públicas, una para cada centro con excepción de Majadahonda, esta situación se revertió en 2016 mediante la integración de las mismas en el SERMAS
2. El número de camas de los nuevos centros es bastante reducido, muy por debajo del promedio en aquel momento de camas/1.000 habitantes del país (3,5) y continua siéndolo en el momento actual (3,3), y lo mismo sucede si se compara con la Unión Europea (5)
3. El número de camas en varios centros en principio se publicitó como ampliable, es decir en una primera fase se abrían menos camas pero progresivamente se irían incrementando hasta alcanzar el máximo (se hablaba de una estructura modular). La realidad es que diez años después no se abrieron más camas y las habitaciones individuales (otra de las supuestas ventajas que se publicitaban) se han convertido habitualmente en dobles. La tabla siguiente recoge el número de camas y por 1.000 habitantes de los 7 centros PFI.

	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
S Sebastián de los Reyes	230-350	0,92

4. El personal que se planifica para los de los nuevos centros es claramente insuficiente y muy por debajo tanto de los centros con gestión tradicional (en la tabla siguiente se recogen las plantillas de personal sanitario y se comparan con el hospital público de Móstoles, un centro de gestión pública tradicional y de tamaño medio) como del promedio de los centros públicos del país.

	Médicos/1000 habitantes	Enfermería/1.000 hab	Sanitarios/1.000 hab
Vallecas	0,55	1,07	1,86
Parla	0,46	1,14	1,99
Aranjuez	0,68	1,7	3,06
Coslada	0,67	1,69	2,96
Arganda	0,63	1,16	2,08
S Sebastián de los Reyes	0,73	2,47	2,56
<b>Móstoles</b>	<b>1,4</b>	<b>4,5</b>	
<b>Media Hospitales España</b>	<b>1,7</b>	<b>2,93</b>	<b>5,4</b>

Por otro lado las plantillas de estos centros se llenaron fundamentalmente con personal trasladado desde los centros de gestión tradicional, de manera que finalmente se produjo una disminución global de la plantilla de la Sanidad Pública madrileña, según los datos oficiales 6.000 trabadores menos en 2015.

5. Los costes han sido muy elevados y con escasa transparencia. El coste de construcción fue de 701 millones € y el canon de alquiler establecido inicialmente de 158,2 millones €, lo que supone en 30 años era de 4.746 millones €. No obstante se conoce que en 2010 el Consejo de Gobierno de la Comunidad “rescato” a estos hospitales e incremento el canon anual en 1,896 millones € anuales, y que el canon tiene actualizaciones automáticas que garantizan que las cantidades cobradas por las empresas concesionarias se incrementan anualmente con independencia de que lo hagan o no los presupuestos sanitarios públicos (de esta manera durante la crisis se ha producido un cada vez mayor porcentaje del presupuesto sanitario destinado a estos centros). El sobrecoste final resulta complicado de conocer pero probablemente se situará por encima de 8 veces el coste de construcción. Por otro lado

se contrató una empresa privada para el control de los centros con el coste de 2,4 millones €.

6. Las subvenciones ocultas a las empresas han sido múltiples, y precisamente por su carácter de “ocultas” no pueden ser bien conocidas. En todo caso se sabe que en el caso del Hospital de Majadahonda la Sanidad Pública se hizo cargo durante varios años gratuitamente del mantenimiento del centro, a pesar que según el contrato esta tarea correspondería a la concesionaria. Asimismo la Intervención General de la Comunidad de Madrid detectó que, en el caso del hospital de Vallecas, se habían realizado por parte de la Consejería de Sanidad pagos que correspondían a la empresa concesionaria, como 1,15 millones € por conservación de la parcela (competencia de la concesionaria) y 366.000 € por “reparaciones debidas al mal uso del aparataje”, pagando por personal administrativo que debería de ser de la concesionaria (608.000 € anuales) y pagando las facturas del gas de la cocina. Además, se utilizó presupuesto del Hospital Virgen de la Torre (gestión pública tradicional) para cubrir recursos humanos en el Hospital Infanta Leonor.
7. Laboratorio privatizado y radiología “externalizada”.

El laboratorio de los nuevos hospitales se contrata con una empresa privada Unilabs que actualmente está en manos de Labco Quality Dagnostics una multinacional de origen francés que opera en **7 países**: Bélgica, España, Francia, Italia, Portugal, Reino Unido y Suiza. Líder en España, Francia y Portugal. En esta empresa consiguió un alto cargo directivo Juan José Güemes el ex consejero de Sanidad madrileño que participo en la concesión. El funcionamiento de este laboratorio centralizado provoca múltiples problemas en la recogida y transporte de muestras y rompe la comunicación entre clínicos y el laboratorio. Además, su puesta en funcionamiento supone el cierre de los laboratorios que cubrían las áreas respectivas, porque se hace cargo no solo de los hospitales sino de toda la analítica incluyendo la Atención Primaria, y ello pese a que alguno de ellos habían sido recientemente remodelados con nueva tecnología (por ejemplo en el CS Vicente Soldevilla...)

La radiología se centraliza en el hospital de San Sebastián de los Reyes, en un denominado “anillo radiológico” para gestionar el cual se crea una empresa pública, con los problemas que ello supone en cuanto a la no presencia de radiólogos durante las exploraciones.

Obviamente los sobrecostes se incrementan y resultan aún más difíciles de calcular porque atienden a primaria y especializada.

8. Se pretenden convertir en centros de gestión totalmente privada

El intento de pasar al modelo de concesión se produce con la aprobación del *Plan de medidas de garantía de la sostenibilidad del sistema sanitario público de la Comunidad de Madrid* aprobado con los presupuestos de 2013 pese a la fuerte oposición social y profesional. En el mismo, aparte de muchas otras cosas se planteaba la conversión de los 6 nuevos hospitales PFI en concesiones administrativas, mediante la concesión de la parte sanitaria a empresas privadas. Como es conocido no se llevó a efecto por la paralización judicial del proceso, pero de los pliegos publicados se deduce que se incrementaban notablemente los costes (sobre el sobrecoste que ya padecían estos centros): el coste calculado en 10 años era de 6.420 millones € lo que producía un incremento del coste cama que se situaba en 610.266 € año (en ese año el del Hospital de la Princesa que se quería convertir en un centro de larga estancia era de 280.248 €), además existía una actualización anual y automática del capital, y se les traspasaba la dotación tecnológica a precios muy inferiores a los de mercado (se calcula que ello suponía 4,7 millones € de “bonificación”), con ello el coste de la estancia hospitalaria se situaría en 2.071€ /día (678,63€ red pública).

9. Las infraestructuras construidas son de baja calidad y aunque tienen un exterior aparatoso presentan múltiples defectos estructurales que dificultan su correcto funcionamiento, así se demostró en la inspección realizada por la Inspección de Trabajo a instancias de CCOO en los hospitales de Parla, San Sebastián de los Reyes, Vallecas, Coslada, Arganda y Aranjuez que encontró en todos ellos carencias básicas, faltas abundantes de material como guantes, sillas de ruedas, sábanas... graves fallos de vigilancia y de falta de personal.

Por otro lado se produjeron importantes retrasos en las entregas de las obras, 5 hospitales se entregan 1 año después de lo previsto y uno de ellos (Majadahonda) 3 años después, cuando precisamente según el Informe de la OMS (2006) el cumplimiento de los plazos de construcción es precisamente la única virtud reconocida del modelo PFI. En el caso de Madrid ni siquiera esto se consiguió.

10. Un proceso de venta paulatina a multinacionales y fondos de capital-riesgo. Aunque las empresas que recibieron las concesiones eran básicamente constructoras, con posterioridad se han ido produciendo ventas de las mismas a otras entidades, generalmente empresas multinacionales de seguros y/o provisión sanitaria y a entidades de capital/riesgo. Por ejemplo el 49% de los hospitales de Coslada y Parla fueron vendidos por Sacyr a LBIP B.V. fondo de infraestructuras

propiedad de LLOYD Bank; el hospital de Majadahonda fue vendido por ACS al fondo holandés DIF (Dutch Infraestructure Fund) especializado en infraestructuras que opera en Europa y Latinoamérica; el hospital de Arganda también ha sido vendido a LIBP B. V., con lo que se generan verdaderos oligopolios que acaban teniendo una capacidad privilegiada para imponer sus condiciones a la administración sanitaria.

## CONCESIONES ADMINISTRATIVAS

Las concesiones administrativas, también conocidas como *modelo Alzira*, por ser este el primer centro que se puso en marcha en España con el mismo, consiste en que las empresas privadas construyen el hospital y se hacen cargo de su gestión completa (incluyendo el personal sanitario) por un largo periodo, en general de 20 a 30 años.

En Madrid con este modelo se han puesto en marcha 4 hospitales (Valdemoro en 2007, Torrejón en 2011, Móstoles-Rey Juan Carlos en 2012 y Collado-Villalba en 2014)

Sobre las concesiones administrativas habría que señalar:

1. La dotación de camas y personal es baja y similar a los hospitales PFI tal y como se observa en la tabla siguiente (recordar que el número de camas/1.000 habitantes en la Comunidad de Madrid es 3 y en la UE 5/1.000 habitantes) y que el de trabajadores por cama se sitúa por debajo de 4,4, siendo 4,78 en los centros públicos de de promedio en el país.

	Valdemoro	Torrejón	Collado-Villalba	Móstoles
Camas	131	250	164	310
Trabajadores/ 1.000 habitantes	5,42	7,5	6,24	7,13
Trabajadores /cama	4,13	4,32	4,30	4
Camas /1.000 habitantes	1,31	1,73	1,45	1,78

## 2. Los costes de este modelo son más elevados que en el sistema de gestión pública

El sistema de concesión administrativa garantiza un canon anual, también durante 30 años a las empresas concesionarias, con sistemas que garantizan la actualización anual del mismo, de manera independiente a que se haya producido o no un aumento de los presupuestos sanitarios.

El coste cama de estos centros es netamente superior a los centros de gestión tradicional. Así para 2016 el presupuesto por cama/año fue en las concesiones de 407.797 € frente a los 354.736 € de los hospitales de gestión tradicional que pertenecen a los mismos grupos de complejidad que establece la Consejería de Sanidad madrileña, es decir un sobrecoste del 14,95% anual.

También se producen numerosas anomalías, por ejemplo la concesionaria del hospital de Collado Villalba percibió durante 2013 900.000 € a pesar de que el centro no se había inaugurado.

## 3. La concentración empresarial en las concesiones administrativas crea un verdadero oligopolio.

Las sucesivas concesiones y las compras empresariales hacen que 3 de las 4 concesiones administrativas estén en manos de una empresa, Quirón, que además gestiona la Fundación Jiménez Díaz, con lo que un 12,47% de la población madrileña depende para su asistencia sanitaria sufragada con fondos públicos de esta empresa. Este hecho produce una situación anómala de prácticamente un oligopolio y prácticas de holding entre los 4 hospitales gestionados por la misma empresa que planifican y coordinan su actuación utilizando para ello otros recursos públicos (por ejemplo el transporte sanitario). La otra empresa en presencia es BUPA-Sanitas una multinacional de origen británico que compro el centro de Torrejón a Ribera Salud que fue la empresa que recibió inicialmente la concesión.

## 4. Las repercusiones sobre la red de gestión tradicional

Han sido evidentes y muy negativas, de manera que, probablemente para favorecer a los hospitales privados, los centros públicos más cercanos han sufrido un especial castigo económico, por ejemplo en 2016, el hospital de Alcalá (el más próximo a Torrejón) tuvo una reducción presupuestaria del 10,6%, y el de Móstoles vio mermado su presupuesto en 6,91%, etc. De esta manera se disminuyen los

recursos públicos, se cierran camas, hay menos personal, etc. lo que favorece la derivación hacia el centro privado. Puede comprobarse en el saldo neto de los cambios de centros asignados (enfermos que pasan a un hospital distinto al que tienen asignado por la zonificación) en un 14,02% de los casos han ido a parar a las concesiones administrativas desde centros públicos de gestión tradicional.

Por otro lado estos centros se benefician de la no facturación de los enfermos atendidos en los centros públicos. Así el hospital de Arganda dejó de ingresar más de 150 mil euros al año por la atención sanitaria prestada a los pacientes de tres hospitales de gestión privada.

## 5. Selección de riesgos

Una última cuestión muy relevante es la que tiene que ver con la denominada “selección de riesgos” (la derivación a otros centros de los enfermos más graves o que precisan técnicas diagnósticas o tratamientos más costosos). Con la habitual falta de transparencia la Consejería de Sanidad no proporciona datos al respecto, no obstante la práctica diaria en los centros de gestión pública deja claro que es una costumbre de los centros concesionados que se especializan en atraer y tratar aquellos enfermos que presentan patologías rentables.

## ASIGNACION A UN CENTRO PRIVADO DE LA ASISTENCIA SANITARIA DE UN AREA

La Fundación Jiménez Díaz (FJD) es un centro privado fundado en 1955 como Clínica de la Concepción por Carlos Jiménez Díaz, que se convirtió posteriormente en fundación. Mantiene desde los años 70 del pasado siglo convenios con la Seguridad Social para la asistencia de enfermos conviviendo con un sector dedicado a la asistencia a enfermos privados. La entidad sufre varias crisis económicas que son reflotadas con fondos públicos y en 2003 se hace con la misma IDC mediante la creación de una UTE con la FJD, en 2005 se produce la transferencia desde IDC a CAPIO otra macroempresa de prestación sanitaria (en este caso una multinacional), y en 2008 se le convierte en centro de referencia de 400.000 madrileños y se le adscriben sin contraprestación alguna 2 centros de especialidades de Madrid (Pontones y Quintana). En 2016 pasa a hacerse cargo del centro la multinacional Quirónsalud.

Actualmente la FJD tiene 670 camas instaladas, con una población adscrita de 423.970 personas y 2.927 trabajadores, lo que supone 1,53 camas/1.000 habitantes y 4,36 trabajadores/cama

La FJD es un caso claro de incrementos de financiación en un entorno de recortes, como puede verse en la tabla siguiente:

	Financiación anual del presupuesto público
Año 2011	211 millones €
Año 2012	216,98 millones €
Año 2015	295,5 millones €
Año 2016	295,50 millones €
Crecimiento 2011-16	84,5 millones €
Aumento financiación pública	40,04%

Para contextualizar este importante crecimiento de fondos públicos destinados a la FJD conviene recordar que entre 2009 y 2013 el presupuesto de la Sanidad Pública madrileña per cápita presentó una disminución del 18,5%.

Por otro lado se producen aumentos extrapresupuestarios, que se sepa 94 millones € en 2011 y también es conocido que en 2015 recibió un total de 386,3 millones € del presupuesto sanitario público, casi 100 millones más de lo presupuestado

Esta evolución incrementalista se sitúa en el contexto del aumento significativo de dotación presupuestaria que destina la Comunidad de Madrid para la asistencia sanitaria privada que ha pasado de 755,16 millones € en 2012 a 962,21 millones € en 2016 (un 13,23 % del presupuesto de 2016 y un 27,41% de crecimiento en medio de la crisis), todo ello según las cifras oficiales, que como ya se ha señalado subestiman la realidad de la privatización sanitaria.

La compra de la FJD por Quirónsalud ha generado un potente grupo privado de asistencia sanitaria con financiación pública (FJD, Móstoles RJC, Collado Villalba y Valdemoro) que atiende al 12,47% de la población madrileña y que funciona como un sistema integrado autónomo que deriva pacientes de uno a otro hospital del holding de acuerdo con una mayor rentabilización de los recursos propios, utilizando para ello frecuentemente el transporte sanitario público.

## CONCLUSIONES

Diez años después de iniciado el proceso de privatización de la asistencia sanitaria pública madrileña se puede concluir que:

1. El proceso de apertura de 10 nuevos hospitales, y el traslado de otro, contra toda lógica y de una manera aparentemente sorprendente, ha supuesto una reducción en el número de camas de la región (300 camas menos) pasando de 3,50 camas por 1.000 habitantes a 3,33 camas/1.000 habitantes en 2016 (promedio de la UE 5 camas/1.000 habitantes). Este hecho se debe al cierre en paralelo de camas en los hospitales preexistentes.
2. La Comunidad de Madrid no ha realizado una evaluación de estos centros y la ausencia de transparencia es la norma, existiendo poca información pública confiable.
3. Los sobrecostes de los tres modelos privatizadores utilizados en la Comunidad de Madrid son bien patentes. El modelo PFI incrementa el coste entre 7 y 8 veces sobre la alternativa de construcción y gestión pública. El de concesiones administrativas supone un sobrecoste del 14,95% anual y la concesión de la asistencia a un hospital privado ha presentado un incremento presupuestario del 25,04% anual.
4. Existen numerosos casos detectados de aportaciones extrapresupuestarias de financiación pública hacia estos centros, pero no se ha hecho un análisis sistemático de la situación. Hay que exigir una auditoria por parte de la inspección sanitaria y el tribunal de cuentas para conocer detalladamente la realidad.
5. No hay un control público sobre el funcionamiento de estos centros y el cumplimiento de los contratos que mantienen con el sector público, asimismo se desconoce, y se sospecha que no la habido, si se han aplicado sanciones por los numerosos incumplimientos conocidos.
6. El número de camas/1.000 habitantes y de trabajadores por cama es significativamente inferior en estos centros respecto a los hospitales de gestión tradicional, lo que dificulta su capacidad para garantizar la atención sanitaria de calidad y evidencia que se hacen recortes para mejorar la rentabilidad empresarial sin tener en cuenta la calidad de la asistencia.
7. Hay muchas pruebas de un deterioro sistemático de los centros de gestión tradicional, especialmente de los más cercanos a los nuevos centros y del trasvase de pacientes hacia los centros privatizados, facilitado por la gestión del *call center* privatizado.

8. Asimismo hay una experiencia dilatada de la práctica de *selección de riesgos* por estos centros de gestión privada aunque los datos oficiales permanecen ocultos. Una vez más existe una gran opacidad en la información disponible, hay que exigir información pública y detallada de los trasvases de enfermos, incluyendo la complejidad de los mismos y las transferencias económicas que producen.
9. No existe ninguna evidencia de mejora de la asistencia sanitaria en la región, tal y como se deduce de la opinión de la ciudadanía expresada en los Barómetros Sanitarios y en el aumento del número de ciudadanos en lista de espera quirúrgica (que han pasado de 27.672 en junio de 2005 a 84.000 en septiembre de 2016).

Entendemos que todos estos hechos son más que suficientes para exigir el final de la privatización sanitaria y la reintegración de los centros privatizados así como, la Fundación Alcorcón y las Empresas Públicas Fuenlabrada y UCR en la red de gestión pública del SERMAS que está demostrando ser más eficaz y más eficiente a la hora de atender los problemas de salud de la población.

### ***Observatorio Madrileño de Salud***

***Abril de 2017***