

LAS COLABORACIONES
PÚBLICO-PRIVADAS (CPPs)
COMO HERRAMIENTAS
DE PRIVATIZACIÓN
EL CASO DE SANIDAD



PUBLICADO POR

Observatori del Deute en la Globalització (ODG)

Autores: Auditoría Ciudadana de la Deuda en Sanidad (Audita Sanidad)
y Nicola Scherer (ODG)

Diseño y maquetación: www.atajo.es

Lugar y fecha de publicación: Barcelona, septiembre 2019

Contacto: observatori@odg.cat

www.odg.cat

CON EL APOYO DE:



Esta publicación ha sido producida con la ayuda financiera de la Unión Europea. El contenido de esta publicación es responsabilidad exclusiva del Observatori del Deute en la Globalització y en ningún caso puede considerarse que refleja la posición de la Unión Europea.

EN COLABORACIÓN CON:



AUDITORÍA CIUDADANA DE LA DEUDA EN SANIDAD



Usted es libre de:

- Compartir: copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato
- Adaptar: remezclar, transformar y crear a partir del material.

El licenciador no puede revocar estas libertades mientras cumpla con los términos de la licencia:

- Reconocimiento: Debe reconocer adecuadamente la autoría, proporcionar un enlace a la licencia e indicar si se han realizado cambios. Puede hacerlo de cualquier manera razonable, pero no de una manera que sugiera que tiene el apoyo del licenciador o lo recibe por el uso que hace.
 - No comercial: No puede utilizar el material con fines comerciales.
 - Compartir igual: Si remezcla, transforma o crea a partir del material, deberá difundir sus contribuciones bajo la misma licencia que el original.
- No hay restricciones adicionales: No puede aplicar términos legales o medidas tecnológicas que legalmente restrinjan realizar aquello que la licencia permite.

Avisos:

No tiene que cumplir con la licencia para aquellos elementos del material en el dominio público o cuando su utilización esté permitida por la aplicación de una excepción o un límite.

No se dan garantías. La licencia puede no ofrecer todos los permisos necesarios para la utilización prevista. Por ejemplo, otros derechos como los de publicidad, privacidad, o los derechos morales pueden limitar el uso del material.

**LAS COLABORACIONES
PÚBLICO-PRIVADAS, (CPPs)
COMO HERRAMIENTAS
DE PRIVATIZACIÓN
EL CASO DE SANIDAD**





ÍNDICE

1.	INTRODUCCIÓN	6
2.	PRINCIPALES RIESGOS DE LAS COLABORACIONES O CONCESIONES PÚBLICO-PRIVADAS (CPPs)	9
3.	EL PROCESO PRIVATIZADOR EN EL SISTEMA SANITARIO. EL CONTEXTO GLOBAL	19
4.	EL PROCESO PRIVATIZADOR DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO ESPAÑOL	23
5.	ESTUDIO DE CASO: EL HOSPITAL GENERAL DE VILLALBA (MADRID)	31
6.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	52
7.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	58

1. Introducción

Con la introducción de las colaboraciones o concesiones público-privadas (CPPs) se instauró una forma de acumulación capitalista tras la crisis de los años setenta del petróleo y la industria, que supuso la disminución de la tasa de ganancia. Se trataba y trata de hacerse con los servicios y bienes comunes de las poblaciones, que mayoritariamente estaban en manos del Estado. Una «acumulación por desposesión» de una riqueza social, como dice D. Harvey¹.

Esta «desposesión» se lleva a cabo a través de una colección de estrategias implementadas por la red global de empresas, conectadas y centralizadas, que tienen capturadas la mayoría de las instituciones multinacionales como el Banco Mundial (BM, que desde 1987 promueve la «conveniencia» de las empresas transnacionales en la sanidad), el Fondo Monetario Internacional (FMI), la Organización Mundial de Comercio (OMC), la Unión Europea (UE), los estados y toda la red de fundaciones, lobbies y think tanks que forman la llamada «red de planificación política», empeñada en elaborar las «ciencias» y las «ideologías» que les convienen, y en tratar de influir en las decisiones políticas y sociales.

Las colaboraciones o concesiones público-privadas (CPPs) también llamadas asociaciones (APPs) o partenariados (PPPs, término más común en inglés), nacieron en 1992 en el Reino Unido como una treta contable para esquivar las restricciones del gobierno sobre el endeudamiento público, punto que sigue siendo la principal atracción para los gobiernos y las instituciones internacionales. A medida que en el resto de Europa y del mundo se comenzó a limitar el endeudamiento público con la aplicación de medidas de austeridad, también se disparó la utilización de las CPPs como un componente de la política de privatizaciones y una forma de equilibrar los presupuestos mediante la ocultación del endeudamiento.

En la actualidad, estamos experimentando un auge del modelo CPP, convirtiéndose en la solución casi única para financiar y/o gestionar nuestros bienes y servicios públicos. El mantra que volvemos a escuchar una y otra vez es que «lo privado» es más «eficaz» y «eficiente» en la gestión de nuestra economía productiva y reproductiva. Así, hay que invitar y facilitar al sector privado a su participación en los sectores que tradicionalmente han sido de dominio público (como salud, educación, transporte, infraestructuras energéticas, políticas de ayudas al desarrollo, servicios de atención a las personas y trabajo social, etc.) para que vayan funcionando mejor.

1 Harvey, David. (2004). El nuevo imperialismo. Ediciones Akal. Madrid.

Cabe señalar que el crecimiento de la deuda pública en el Estado español no ha parado de crecer a pesar de las fuertes políticas de austeridad implementadas. La deuda es un mecanismo clásico de creación de dinero en el capitalismo y un proceso antiguo de acumulación de capital que, en la actual fase de financiarización del capitalismo, se ha convertido, junto a otros elementos, en una de las principales herramientas de control del capital sobre los pueblos. A través de ella, y de la priorización de su pago, el neoliberalismo somete a la mayoría de las decisiones de inversión de una sociedad a consideraciones que no tienen como objetivo mejorar la vida de las personas, sino a su reembolso. Por otro lado, los sobrecostes generados por los proyectos CPP inciden directamente en el incremento de la deuda.

En la práctica, ello se traduce en que los gobiernos desarrollan políticas orientadas a despojar de ciertos derechos adquiridos históricamente a las poblaciones y a trasvasar financiamiento de los proveedores públicos hacia los privados, con la consecuencia práctica de que estos derechos colectivos se van convirtiendo en privilegios contingentes para algunos.

En el caso del sistema sanitario público en el Estado español, la aplicación de las estrategias neoliberales en los servicios sanitarios están orientadas por la denominada «tráda neoliberal»:

- Disminución del papel del Estado e introducción de copagos-repagos.
- Expansión del sector privado en los sistemas de salud (privatización de los servicios sanitarios) y
- La desregulación del sector público sanitario (fragmentación, competencia y mercado interno).

Desmontar los sistemas sanitarios públicos es un medio para restringir derechos, trasladar el gasto de algunas prestaciones sanitarias a la población y apropiarse las multinacionales de la asistencia sanitaria y de los seguros médicos, así como de los fondos públicos destinados a la sanidad.

En este informe se muestra cómo las CPPs funcionan muy bien para el inversor, el sector privado y la clase política gobernante, mientras frecuentemente socavan las arcas públicas y muchas veces fallan a la hora de responder a las necesidades de la ciudadanía. En ese sentido, el caso Hospital General de Villalba en Madrid es un caso emblemático y demuestra los impactos negativos que puede suponer una CPP en la sanidad.



2.

PRINCIPALES RIESGOS DE LAS COLABORACIONES O CONCESIONES PÚBLICO-PRIVADAS (CPPs)

Las CPPs varían según los distintos países y sectores (ODG, 2018). Pueden incluir desde colaboraciones de tipo informal y de corta duración para implementar programas o proyectos específicos, hasta acuerdos contractuales más complejos, formales y a largo plazo en los que el sector privado se implica en el suministro de activos y servicios (Hall, 2015).

La experiencia de las CPPs ha sido abrumadoramente negativa y pocas han conseguido resultados positivos para el interés público, exponiendo lo público a tremendos riesgos.



¿QUÉ ES UNA COLABORACIÓN O CONCESIÓN PÚBLICO-PRIVADA?

Las grandes instituciones promotoras de las CPPs utilizan definiciones muy amplias, dejando así margen para que las CPPs puedan diseñarse para lograr una amplia variedad de objetivos en diversos sectores, como el transporte, la vivienda social y la asistencia sanitaria, y para que puedan estructurarse adoptando diferentes enfoques. El Banco Mundial define las CPPs como un «acuerdo entre el sector público y el sector privado, donde parte de los servicios o labores de responsabilidad pública son suministrados por el sector privado bajo un acuerdo de objetivos compartidos para el abastecimiento del servicio o de la infraestructura». La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OECD) define las CPPs como «acuerdos contractuales a largo plazo entre el gobierno y un socio del sector privado donde el último financia y presta un servicio público usando un activo de capital y compartiendo los riesgos asociados» (OECD, 2012). La Comisión Europea define las CPPs como la «colaboración entre el sector público y privado para el desarrollo de una infraestructura pública y/o el desempeño de un servicio público. Bien sea en el diseño, construcción, financiación, operación o mantenimiento o en el conjunto de esas fases donde la organización concesionaria recibe pagos de los usuarios o de la Administración pública» (Comisión Europea, 2004).

En la práctica, estas amplias definiciones se han traducido en políticas y legislaciones, permitiendo modalidades diversas de CPPs, pasando por arreglos como las concesiones, las empresas mixtas o las CPPs contractuales. En el sector del agua, por ejemplo, las CPPs pueden ir desde una menor implicación privada con un contrato de servicios hasta una privatización integral.

Podemos distinguir tres categorías principales de CPPs

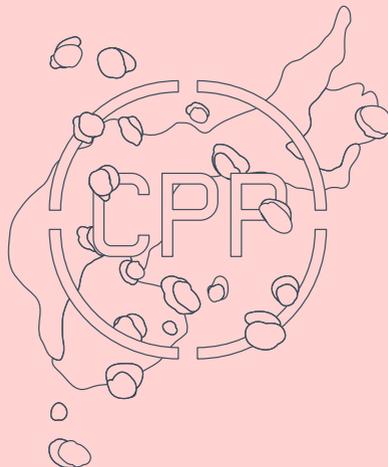
-
- A** → **Concesiones.** Significa que el actor privado está autorizado a cobrar al público por el uso de las instalaciones, generalmente mediante el pago de un peaje, una cuota o factura (por ejemplo, una tarifa de agua o peajes en una carretera), lo que puede complementarse con subsidios pagados por el gobierno. El peaje, cuota o factura, reembolsa al privado los costes de construcción y operación de las instalaciones.
-
- B** → **Empresas conjuntas/mixtas,** o CPPs institucionales, donde tanto el sector público como el privado se convierten en accionistas de una tercera empresa.
-
- C** → **CPPs contractuales,** donde la relación entre las partes está regida por un contrato. En la UE, la forma más común de CPP es el contrato «llaves en mano» de diseño, construcción, financiación, mantenimiento y explotación. Aquí se encargan al socio del sector privado todas las fases del proyecto, desde el diseño a la construcción, la explotación y el mantenimiento de la infraestructura, incluida la recaudación de fondos (Tribunal de Cuentas Europeo, 2018). En el Estado español se han identificado dos modelos diferentes en la modalidad c: uno es el modelo PFI (del inglés private finance initiative) y otro el modelo CPP (del inglés public private partnership) que vienen sintetizados más adelante.

Existen principalmente dos formas de devolver la inversión a la parte privada. A través del **«usuario paga»**, por ejemplo, a través de peajes en la autopista o por medio de un pago fijo en la factura de suministro. O utilizando la fórmula el **«Gobierno paga»**. Esto significa que el pago al sector privado proviene de pagos regulares del socio público en base al nivel del servicio proporcionado. Los pagos pueden depender de que el bien o servicio se brinde según la calidad definida en el contrato o de que los servicios se brinden a los usuarios –como una carretera de «peaje oculto»–, que es gratis para los usuarios, pero el gobierno paga una tarifa por conductor al operador (ODG, 2018).

Teniendo en cuenta las características más destacadas que los proyectos gestionados por CPPs han mostrado en la práctica, podemos dar la siguiente definición:

DEFINICIÓN COLABORACIÓN O CONCESIÓN PÚBLICO-PRIVADAS (CPP)

Las CPPs son contratos a medio o largo plazo entre el sector público y el sector privado. Respaldados por garantías públicas, el sector privado construye y/o gestiona bienes o servicios tradicionalmente proporcionados por las instituciones públicas (ya sea a nivel nacional, regional o local), -como hospitales, escuelas, carreteras, vías férreas, agua, saneamiento y energía, entre otros. De este modo, se comparte el riesgo del proyecto entre el sector público y el privado o directamente se carga íntegramente en lo público. El contrato puede cubrir las fases de diseño, construcción, financiación, operación o mantenimiento, o cubrir el conjunto de ellas, donde el actor privado recibe pagos de las personas usuarias o de la Administración pública.



LOS PRINCIPALES RIESGOS DE LAS CPPs

Existe una amplia literatura que demuestra los riesgos que pueda conllevar el modelo CPP². Resumiendo, identificamos cuatro riesgos principales:

1 → LAS CPPs SALEN MÁS CARAS

Las CPPs son, en la mayoría de los casos, el método más caro de financiación. Cuestan a los gobiernos –y, por consiguiente, a la ciudadanía– significativamente más a largo plazo que si los proyectos hubiesen sido financiados directamente con endeudamiento público. Se debe, entre otros, al tipo de interés más alto para las operaciones de financiación privada en comparación con los préstamos al gobierno, al hecho de que las empresas del sector privado esperan obtener un beneficio de su inversión, que se añade al coste global de la inversión, o al aumento del coste final de un proyecto a causa de los costes de renegociación. La posición privilegiada de la empresa del sector privado, la falta de experiencia de la entidad pública en estas negociaciones y la falta de transparencia hacen que la renegociación por lo general aumente considerablemente el coste del proyecto (ODG, 2017b). Sin embargo, la rentabilidad política puede ser favorable para la clase política gobernante, ya que ofrece la posibilidad de llevar a cabo en poco tiempo (cuatro años hasta las próximas elecciones) «grandes cosas». Las políticas a corto plazo salen muchas veces rentables a nivel electoral, pero no a largo plazo para las arcas públicas.

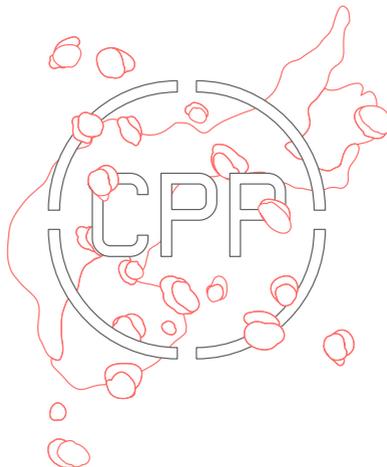
2 → LAS CPPs CONLLEVAN MÁS RIESGOS PARA LA PARTE PÚBLICA

En principio, en un proyecto de CPP los riesgos deberían asignarse a la parte que esté mejor capacitada para gestionarlos, con el objetivo de alcanzar el equilibrio óptimo entre el desplazamiento del riesgo y la compensación para la parte que lo asume (Tribunal de Cuentas Europeas, 2018). El socio del sector privado a menudo es responsable de los riesgos asociados con el diseño, la construcción, la financiación, el funcionamiento y el mantenimiento de la infraestructura, mientras que el socio del sector público por lo general asume riesgos normativos y políticos. Sin embargo, la experiencia ha demostrado que cuando estos riesgos son asumidos por la entidad pública da lugar muchas veces a los pasivos contingentes. Estos son costes ocultos, pagos que los gobiernos pueden tener que realizar por riesgos asumidos; por

² Consultar, por ejemplo: ODG (2017b), Manifiesto internacional (2017), Tribunal de Cuentas Europeo (2018), EURODAD (2018), ODG (2018), EURODAD (2019).

si acontece algún evento incierto futuro fuera del control del gobierno, como por ejemplo si la demanda cae por debajo de un nivel específico (el riesgo de demanda).

Las prácticas actuales de contabilidad de las CPPs permiten a los gobiernos mantener el proyecto fuera de sus cuentas, ya que es el sector privado y no el gobierno el titular del préstamo que financia el proyecto. Se llama «contabilidad creativa», donde el coste real de un proyecto está escondido «fuera de balance» y, por tanto, no son transparentes ni auditables. Existe una falta total de información sobre los avales públicos en proyectos CPPs. A día de hoy, no se puede calcular con exactitud cuánta deuda pública se podría crear a través del modelo CPP –si lo público tiene que rescatar una inversión privada–, convirtiendo la deuda privada finalmente en deuda pública. Dichas prácticas exponen las finanzas públicas a excesivos riesgos, y en muchos de estos casos de «rescate» pueden calificarse como deudas ilegítimas.



¿QUÉ ES UNA DEUDA ILEGÍTIMA?

En derecho internacional, una deuda es ilegítima si:

- Procede de préstamos que, por cómo fueron concedidos, gestionados y en aquello que financian, de forma directa o indirecta, atentan contra la dignidad de la vida de los ciudadanos y ponen en peligro la convivencia pacífica entre los pueblos.
- Es deuda que se deriva de acuerdos financieros que (o bien en la contratación o renegociación, o bien en lo que establecen, en lo que financian o en los impactos que causan) viola los derechos humanos o los principios de derecho internacional reconocidos por las naciones del mundo y que rigen las relaciones entre los estados y entre los pueblos.
- La deuda externa también puede ser considerada ilegítima en su globalidad, en tanto que mecanismo de dominación y empobrecimiento, que perpetúa unas relaciones sur-norte injustas y desiguales, que responde fundamentalmente a los intereses de los acreedores y, en concreto, de las élites económicas (en el norte y en el sur global).
- Una deuda cuyos fondos se emplean para adquirir medios y armas para reprimir a la población o para fines muy discutibles, como comprar navíos de guerra, submarinos, cazabombarderos y helicópteros de combate.
- Deudas contraídas a espaldas de la ciudadanía, contra sus derechos, deteriorando o destruyendo el medioambiente.
- También los rescates a la banca, porque no cumplen para lo que han sido concebidas sino destinados a que el sector financiero privado se deshaga de activos tóxicos, pagar parte de sus deudas y reestructurarse obteniendo grandes beneficios.

La deuda ilegítima, por tanto, es una deuda que el prestatario no puede ser obligado a pagar.

La «deuda ilegítima» no es una noción técnica ni jurídica, sino un concepto político que evoluciona en función del contexto territorial. Es decir, debe ser la propia ciudadanía la que defina democráticamente qué es la deuda ilegítima en un determinado momento histórico³.

La definición de una deuda como ilegítima es independiente de la organización política del Estado que la contrae, sea este una dictadura o un gobierno constitucionalmente elegido en las urnas. Su impago no obedece a cuestiones legales, sino al carácter injusto y moralmente ilegítimo de una deuda que genera grandes desigualdades y va en contra del bien común.

³ Ejemplo de definición de la Plataforma Auditoría Ciudadana de la Deuda (PACD), plataforma ciudadana del Estado español surgida del movimiento 15M en 2011: <https://auditoriaciudadana.net/2013/04/11/lo-que-quiere-decir-la-pacd-cuando-habla-de-auditoria-ciudadana-de-la-deuda-y-de-deuda-ilegitima-castcat/>

**3 → LAS CPPs AMENAZAN LA DEMOCRACIA,
FALTA DE TRANSPARENCIA Y CORRUPCIÓN**

Las CPPs suelen adolecer de falta de transparencia y escrutinio público limitado, que conduce en muchos casos a una toma de decisiones deficiente –debido a una menor supervisión–, y a un aumento de oportunidades para el comportamiento corrupto (ODG, 2017b). La falta de transparencia es consecuencia de una transparencia fiscal deficiente y de procesos de toma de decisiones opacos. Muchos países no revelan públicamente los detalles completos de las garantías y los pasivos contingentes asociados con las CPPs, ni las condiciones que los generaron o sus contratos, lo que es de vital importancia para el escrutinio público. Ello hace que las decisiones de política fiscal estén menos informadas y anima a los gobiernos a avanzar con proyectos incluso cuando pueden crear problemas fiscales en el futuro.

Además, los contratos CPP muchas veces socavan el derecho y la obligación del Estado de regular en el interés público. Las CPPs pueden limitar la capacidad de los gobiernos de promulgar nuevas políticas –por ejemplo, regulaciones medioambientales o sociales reforzadas– que pueden afectar a proyectos específicos. Se podría decir que las CPPs hipotecan el futuro, reduciendo las posibilidades para futuros gobiernos de implementar políticas progresistas.

4 → LAS CPPs PRODUCEN IMPACTOS SOCIALES, AMBIENTALES Y DE GÉNERO

Las CPPs pueden resultar en abusos a los derechos humanos, sociales, ambientales y de género. En muchos casos, el sector privado selecciona un pequeño número de los proyectos más rentables y convence a los gobiernos para que den prioridad a la inversión a dichos proyectos, no teniendo en cuenta la distorsión que esto causa en la provisión de los servicios públicos, la sostenibilidad del proyecto ni sus impactos en los derechos humanos y ambientales. El servicio final no importa, lo que importa es la rentabilidad económica; el “negocio de construir”. En el caso de las infraestructuras, esto ha creado una tendencia a financiar megaproyectos según la lógica Gran-Gran-Gran: grandes proyectos, grandes inversiones, grandes corporaciones (XSE, 2018). Un ejemplo paradigmático en el Estado español, es el fallido proyecto Castor, a día de hoy pendiente de resolver, y que ha generado una fuerte contestación social⁴.

La construcción de grandes proyectos con el modelo CPP –como represas, redes eléctricas, plataformas petrolíferas, gaseoductos, minas, puertos, ferrocarriles y autopistas–, produce una violación de los derechos humanos fundamentales. Los grandes proyectos de infraestructura o corredores como la Iniciativa del Cinturón y la Ruta de la Seda (Belt and Road Initiative) están destruyendo territorios y ecosistemas, y desplazando comunidades enteras, especialmente en el sur global, que se enfrentan además a violencia y represión por parte de las corporaciones.

El modelo CPP de megaproyecto tiene un impacto climático devastador, que pone en peligro a las comunidades y generaciones futuras, que se ven afectadas por el cambio climático, especialmente en el sur global. Los megaproyectos diseñados en todo el mundo se basan fundamentalmente en el transporte con altas emisiones de carbono (aeropuertos, autopistas) y en la infraestructura energética (incluidos los combustibles fósiles).

4 El Caso Castor es una acción ciudadana en forma de querrela criminal, impulsada por el ODG, Xnet y el IDHC. Su objetivo es depurar responsabilidades y acabar con el fraude y la impunidad generados en torno al proyecto Castor; una obra de almacenamiento de gas que no ha entrado ni un solo día en funcionamiento, ejecutado por EscalUGS de ACS, con la complicidad del PP y del PSOE. El coste de la controvertida indemnización a la empresa fue cargado en un principio a los bolsillos de las personas consumidoras de gas, ahora frenado pero pendiente de resolución definitiva: <https://casocastor.net/>

El modelo CPP exagera la desigualdad de género. Primero, la búsqueda de ganancias por parte del sector privado restringe el acceso a los servicios para las personas más vulnerables, a menudo las mujeres, mujeres emigradas, etc. Por ejemplo, un cambio en las tarifas de los usuarios del transporte afecta especialmente a las mujeres, ya que son las principales usuarias para ir al trabajo o para realizar su trabajo de cuidadoras. Además, mientras más pagan los gobiernos a empresas privadas, menos pueden gastar en servicios sociales esenciales y con una perspectiva de género, como la protección social universal, vitales para la realización de los derechos de las mujeres. Por último, el objetivo del inversor privado de obtener beneficios, limita la provisión de trabajo decente para las mujeres en los proyectos CPP. Por ejemplo, existe una tendencia creciente a utilizar agencias internacionales para subcontratar trabajadores con contratos flexibles (Graham, 2010). La lógica de la subcontratación deteriora las condiciones de trabajo, especialmente en lo que respecta a la prevención de riesgos laborales.

3.

EL PROCESO PRIVATIZADOR EN EL SISTEMA SANITARIO. EL CONTEXTO GLOBAL

La aplicación de las estrategias neoliberales en los servicios sanitarios están orientadas por la denominada «tríada neoliberal»: Disminución del papel del Estado e introducción de copagos; expansión del sector privado en los sistemas de salud (privatización de los servicios sanitarios); y la desregulación del sector público sanitario (fragmentación, competencia y mercado interno).



La estrategia del Banco Mundial: En su informe de 1987 sobre «Financiación de los servicios sanitarios: un programa de reformas» recomendó cuatro medidas para aplicar en los sistemas de salud de los gobiernos a nivel mundial: Trasladar gasto a los usuarios de los sistemas sanitarios públicos; introducir seguros privados para cubrir los principales riesgos para la salud; potenciar la utilización de los servicios privados con cargo a fondos públicos y descentralizar y fragmentar los sistemas de salud pública para promover la competencia interna de proveedores.

En 1993, el Banco Mundial publica su «Informe sobre el Desarrollo en el Mundo» donde se propone, por un lado, la introducción del mercado en los sistemas sanitarios, promoviendo la competencia entre proveedores públicos y privados y, por otro lado, recortes de recursos y externalización (privatización) de los servicios, potenciando las intervenciones de alta efectividad y bajo coste.

La concesión al sector privado de servicios públicos lleva implícita la aceptación de los servicios de salud como un valor de cambio en vez de un valor de uso, pasando de concebir los servicios sanitarios como instrumentos para satisfacer las necesidades de salud de la población a un área de negocio. Esta reorientación estratégico-ideológica está orientada a introducir el mercado en espacios que antes les estaban vetados y reservados al Estado.

El objetivo de la Organización Mundial del Comercio (OMC), en sus distintas rondas de negociaciones, es la liberalización completa del sector servicios, para lo cual es preciso erradicar o reducir a mínimos los sistemas públicos y limitar al máximo de las intervenciones de los estados.

La OMC atribuye un papel decisivo a los estados para facilitar el acceso a los servicios públicos del sector privado a través de la reforma del marco legal que regula la contratación por la Administración pública de servicios, fondos de inversión y productos privados. El asalto a los sistemas públicos está diseñado hasta sus últimos detalles.

Se llevan a cabo reformas estructurales en todos los ámbitos: recortes financieros, fragmentación de actividades, contrata y subcontratas, reducciones de personal y precarización, degradación de las infraestructuras de los servicios públicos, y, sobre todo, introduciendo como ley suprema la rentabilidad económica, degradando el carácter de servicio público y promoviendo la inviabilidad del estado social (mal llamado «del bienestar»), que debe desmontarse, y promoviendo la Agenda de Salud del siglo XXI (partnership, colaboración público-privada, minimizar y desregular lo público y aumento del copago).

Desmontar los sistemas sanitarios públicos es un medio para restringir derechos, trasladar el gasto de algunas prestaciones sanitarias a la población y apropiarse las multinacionales de la asistencia sanitaria y de los seguros médicos de los fondos públicos destinados a la sanidad.

En el sector del servicio sanitario público hay una estrategia introducida de forma lenta y subrepticamente que tiene las siguientes dimensiones:

La económica se caracteriza, por un lado, por la privatización lenta pero progresiva de la financiación pública mediante recortes presupuestarios; aumento de la participación económica obligatoria de los ciudadanos y, por otro lado, incentivando la inversión privada para que aumente el tanto por ciento del gasto sanitario global a expensas del sector privado y el papel del mercado y del consumo en la satisfacción de las necesidades en salud de la población.

La sanitaria se caracteriza por priorizar:

- Los objetivos sobre la enfermedad, limitando las actuaciones preventivas, promotoras o rehabilitadoras.
- Focalización en la reducción de costes sin preocupación en la calidad y en la satisfacción de necesidades.
- Ruptura del aseguramiento único, obligatorio y universal que genera la selección negativa de riesgos, el aumento de la desigualdad, la disminución de los recursos públicos, la ruptura de la solidaridad y el aumento del gasto sanitario.
- La privatización de la provisión de los servicios con un incremento de la provisión privada y la desregulación del sistema sanitario público creando un marco legal que ha posibilitado medidas como la separación de las funciones de financiación, compra y provisión de servicios, la privatización de la gestión de centros públicos (dando lugar a la creación de empresas públicas, consorcios, fundaciones públicas o institutos clínicos), el impulso al acceso de financiación pública para la oferta privada, la reorganización política de los centros públicos e instauración de una nueva organización del trabajo a través de la gestión clínica y la introducción de la competitividad y mecanismos de mercado.
- En la política de personal se introducen elementos de mayor flexibilidad y precariedad en el empleo y alternativas de contratación parcial o por vía de empresas privadas de servicios y propiciando también reestructurar el papel de los profesionales.

→ En deontología profesional, tenemos amenazas fundadas a propósito de la subordinación de la práctica profesional a conveniencias de intereses particulares que los profesionales sanitarios no están en condiciones de confrontar⁵, así como introducir prácticas contraproducentes de gestión sanitaria⁶.

Por último, se produce una redistribución del poder con mantenimiento de un peso fundamental de los sectores profesionales médicos, de las industrias, de la farmacia, de la electromedicina, de la informática y de las aseguradoras, y reforzando el papel de la tecnoestructura y de los partidos políticos, pero dejando muy limitado el papel de la comunidad y de la población.

La dimensión sociocultural se centra en la creación de una imagen por la que la enfermedad sería el resultado de la responsabilidad individual, se configura una conciencia que culpabiliza al individuo en el desencadenamiento de la enfermedad, exonerando a la estructura socioeconómica, a la que se considera como una constante ajena al proceso de la enfermedad y, por otro lado, se introducen con mayor fuerza, por los instrumentos habituales del mercado, los estímulos a los consumos de bienes, servicios y productos tecnológicos producidos por las industrias ampliamente rentables del sector, pero no siempre justificados científicamente como útiles para la prolongación de la vida. Por último, se potencia la desigualdad en el acceso sanitario y en los niveles de salud.

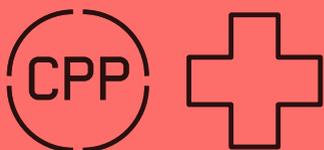
5 https://www.eldiario.es/economia/tribunal-Quiron-manipulara-trabajador-despedido_0_919008901.html

6 <https://mondiplo.com/riase-esta-siendo-explotado>

4.

EL PROCESO PRIVATIZADOR DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO ESPAÑOL

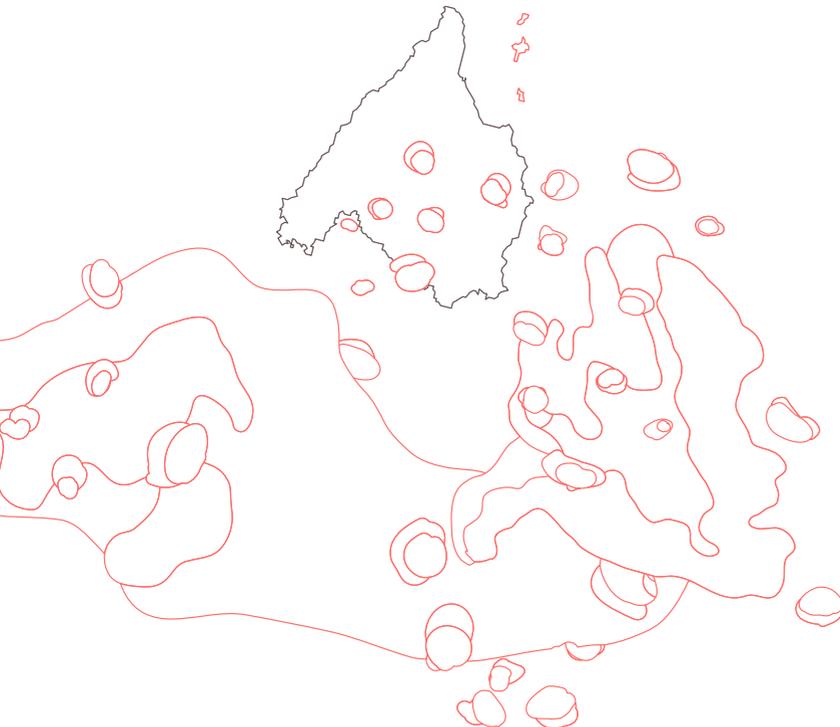
Como se ha visto, las políticas de recortes en el sistema sanitario público, iniciadas a partir de 1991, no son hechos que suceden aisladamente en el Estado español, se enmarcan en una ofensiva mundial frente a los servicios públicos, que tiene su origen en las políticas neoliberales aplicadas, que responden a las exigencias del capital e intereses de los potentes sectores financieros de estos estados, respaldado por sus organizaciones internacionales (Banco Mundial, Fondo Monetario Internacional, Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos y Organización Mundial del Comercio) y que tiene como objetivo la liberalización del sector público, su apertura al mercado, convertir la sanidad en un producto rentable, en una mercancía y activo financiero.



En el Estado español, desde hace tres décadas, se produce una infiltración progresiva del dogma neoliberal y de la irrupción de los intereses transnacionales globales con respecto a los «derechos», la solidaridad, el valor de los servicios públicos y la supuesta mayor eficiencia del sector privado.

La mercantilización y la privatización se están utilizando para abolir los sistemas nacionales de atención universal de salud. La mercantilización hace referencia a la introducción de criterios mercantiles en el funcionamiento y gestión de las administraciones públicas. Definimos la «privatización» como «la transferencia o desplazamiento, parcial o total, de las funciones o activos públicos hacia el sector privado».

El European Observatory on Health System and Policy define la privatización en los sistema sanitarios como «el proceso de transferencia de propiedad y funciones gubernamentales de entidades públicas a privadas (ya sean organizaciones con o sin ánimo de lucro)». Este proceso de transferencia puede afectar a la financiación, la provisión, la gestión o la inversión.



Se pretende en el Estado español un cambio de modelo sanitario que se agudiza con la excusa de la crisis y que se concreta en:

1 → RECORTES EN LOS PRESUPUESTOS DEL ESTADO CON POLÍTICAS DE CONTROL Y RESTRICCIÓN DE LA INVERSIÓN Y DEL GASTO PÚBLICO CON FINANCIACIÓN INSUFICIENTE DEL SECTOR SANITARIO PÚBLICO.

La UE exige cumplir el Plan de estabilidad y crecimiento, provocando restricciones presupuestarias, incrementando el desfase entre los medios públicos disponibles y las necesidades sanitarias de la población. En esta línea, se ha acordado disminuir el tanto por ciento de gasto de la sanidad pública del 6,4% del PIB al 5,5 del PIB entre 2012-2018, lo que nos coloca en niveles del siglo pasado. Supone una cuantía de entre 15.000 y 21.000 millones de euros en un período de diez años. Un proyecto político central fue el Plan de estabilidad económica y financiera mediante la aprobación de la Ley orgánica 2/2012, de 27 de abril, de estabilidad presupuestaria y sostenibilidad financiera.

Tras la victoria electoral del Partido Popular (PP), empezó una gran ofensiva contra el modelo sanitario público. La financiación insuficiente aumentará el déficit y la deuda sanitaria y, por lo tanto, la justificación para ir disminuyendo progresivamente el sistema sanitario público.

2 → CAMBIOS EN EL MODELO SANITARIO CONSENSUADO EN EL CONJUNTO DEL ESTADO.

A través de:

Modificaciones de leyes y el marco constitucional aprobado para desregularizar el sistema sanitario público. Las más significativas fueron el Informe Abril Martorell de 1991, cuyas recomendaciones se fueron aplicando progresivamente. Entre las primeras que se adoptaron de gran impacto fueron la separación de las funciones de compra, provisión y financiación. Posteriormente, la Ley 15/97 sobre nuevas formas de gestión de los servicios públicos y como consecuencia de un acuerdo entre el gobierno del PSOE, presidido por Rodríguez Zapatero, y el Partido Popular, se modificó, en agosto de 2011, el artículo 135 de la Constitución española, que establece la prioridad en el pago de la deuda y de los intereses por encima de cualquier otro gasto público.

Al nivel de las autonomías, por ejemplo, en la Comunidad de Madrid el gobierno del PP en su largo plan privatizador del sector de los últimos años, lanzó en octubre de 2012 una ofensiva en toda regla contra el sistema sanitario

público, que aparece en el borrador de la Ley de presupuestos del 2013, con la intención de privatizar progresivamente todos los hospitales públicos.

**3 → LIMITAR LA AMPLITUD DEL DERECHO
A LA ASISTENCIA SANITARIA DE LOS CIUDADANOS RESIDENTES
EN EL PAÍS SEGÚN DIVERSOS CRITERIOS Y CATEGORÍAS.**

El Real decreto 16/2012, de 20 abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud cambia la accesibilidad universal al Sistema Público de toda persona residente, importante conquista social e histórica reciente, pasando a impedir el acceso al sistema a la población que no cumpla los criterios de «aseguramiento». De facto, supone liquidar el Sistema Nacional de Salud en el que no prima la condición de asegurado para tener derecho a la asistencia sanitaria y sustituirlo por el antiguo modelo de aseguramiento superado, en teoría, por la Ley general de sanidad.

Esto promueve la exclusión social y sanitaria de un sector social más vulnerable y deteriora su salud. Recientemente, tras el cambio de gobierno en el Estado, el PSOE ha aprobado un nuevo RDL 7/2018 sobre el acceso universal a la asistencia sanitaria que pretende revertir la situación, pero todavía con ciertas barreras que impide reconocer la universalidad.

**4 → RESTRINGIR LA AMPLITUD DE LAS PRESTACIONES SANITARIAS
INCLUIDAS EN EL SISTEMA PÚBLICO.**

Limitar la atención integral a la salud y propiciar la derivación de la atención de esas necesidades excluidas al sector privado para quien las pueda financiar vía aseguramientos privados (por ejemplo, de la asistencia bucodental, etc.) o aumentar el pago directo de las prestaciones no básicas (por ejemplo, medicamentos no financiados, aumento de los repagos⁷. En el RD 16/2012 se establecen categorías diferentes de prestaciones que estarán o no incluidas. Se definen tres tipos de cartera de servicios: la básica, la complementaria y la accesoría.

⁷ Aclaración: Se utiliza el término «repago» en vez de «copago». El término «copago» pretende trasladar la imagen falsa a la ciudadanía del gratis total en la atención sanitaria, cuando es esta quien financia el Sistema Nacional de Salud con sus impuestos. Se trata, por tanto, no de copago, sino de repago, ya que se pretende una doble imposición para financiar el sistema introduciendo de nuevo el precio en un sistema sanitario que hasta ahora se basaba en necesidades de salud y en valores como la universalidad, la equidad, así como la financiación y la previsión públicas.

**5 → ADELGAZAMIENTO DEL SECTOR SANITARIO PÚBLICO
CON DISMINUCIÓN DE PLANTILLAS Y PRECARIZACIÓN LABORAL.**

En los años de la crisis los recortes presupuestarios agudizaron lo que de forma paulatina ya suponía un incremento del peso relativo del empleo en la sanidad privada respecto del que existía en sanidad pública, pasando del 30,8% en 2002 al 38,6% en 2014. Esto supone un desplazamiento de la actividad del sector público al privado motivado principalmente por las privatizaciones.

Además, se instauró una política de personal en la sanidad pública de flexibilidad extrema, con elevados porcentajes de precariedad, que rondan en muchos servicios de salud el 40% de todos/as los/as trabajadores/as sanitarios/as.

Jubilaciones forzosas, y unas tasas de reposición que cayeron hasta un 10% en un amplio sector de trabajadores del sector sanitario con aumento de las jornadas laborales y sobrecargas asistenciales, baja reposición de materiales y recursos, escasa inversión de nuevos recursos y como alternativa introducción progresiva de colaboraciones público-privadas para nuevas inversiones o de externalización de provisión de servicios. Así podemos comprobar como el Servicio Madrileño de Salud (SERMAS) perdió en la crisis 6.000 profesionales sanitarios, de los que todavía no ha recuperado más de 3.000.

**6 → AUMENTAR EL PESO Y LA INFLUENCIA DEL SECTOR PRIVADO
Y DE LOS AGENTES ECONÓMICOS Y FINANCIEROS
EN EL SECTOR DE LOS SERVICIOS SANITARIOS A TRAVÉS DE:**

- A.** Fragmentación de la red sanitaria pública.
- B.** Cesión de propiedad, privatización de la provisión y subcontratación y concesiones administrativas de servicios, la privatización de la gestión y la empresarialización de los centros de gestión directa.
- C.** Participación en la financiación de las inversiones.
- D.** La nueva gestión pública (NGP), corriente teórica sobre la gestión de las administraciones públicas extendida en los años ochenta en los países de la OCDE, que defiende la necesidad de desburocratizar el ámbito público e introducir el sector privado y mecanismos de la competencia en la función pública para resolver las rigideces del sistema y su inherente ineficacia. Se propone de una forma interesadamente sesgada hacia los intereses y la lógica privada, cuando en muchos aspectos está siendo disfuncional y contraproducente.

- E. En el ámbito de la salud defiende que la separación de la compra y provisión de servicios potencia la competencia entre proveedores y mejora la eficiencia global del sistema.

Esto pese a que en el área sanitaria se ha demostrado que las instituciones privadas con ánimo de lucro son más ineficaces (solo presentan mejores resultados en confort y lista de espera).

- F. Favorecer la aparición y propiciar las influencias de los lobbies sanitarios en la sanidad pública.

7 → RUPTURA DEL ASEGURAMIENTO ÚNICO.

Propiciar y promover aseguramientos privados complementarios en el sistema público con posibilidad de desgravación fiscal en una primera fase, pero con la intención bien explicitada de romper el modelo incipiente de Sistema Nacional de Salud y dar mayor opción y protagonismo al sector privado y la defensa de la libertad de elección de la ciudadanía. Ejemplo a extender el de las mutualidades de funcionarios⁸, que siguen manteniéndose como anomalía y privilegio de cierto sector de población.

8 → MAYOR APORTACIÓN DE LA POBLACIÓN A LA FINANCIACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.

Traslado de una mayor parte de la factura sanitaria a los bolsillos de la ciudadanía y aumento de la aportación de los trabajadores en los ingresos del Estado. En la última década, el tanto por ciento del gasto sanitario privado ha pasado del 20% al 35% del gasto sanitario total. Se aplican políticas fiscales regresivas con mayor aportación de los sectores sociales de las clases medias y trabajadores.

Incluimos también el aumento de la contribución de los ciudadanos en el pago de los servicios y en la financiación del propio sistema público mediante las tasas y los repagos en prestaciones determinadas como los medicamentos, traslados y prótesis.

⁸ Las tres mutualidades de funcionarios son: Mutualidad de Funcionarios de la Administración Civil del Estado (MUFACE), Mutualidad General Judicial (MUGEJU) e Instituto Social de las Fuerzas Armadas (ISFAS).

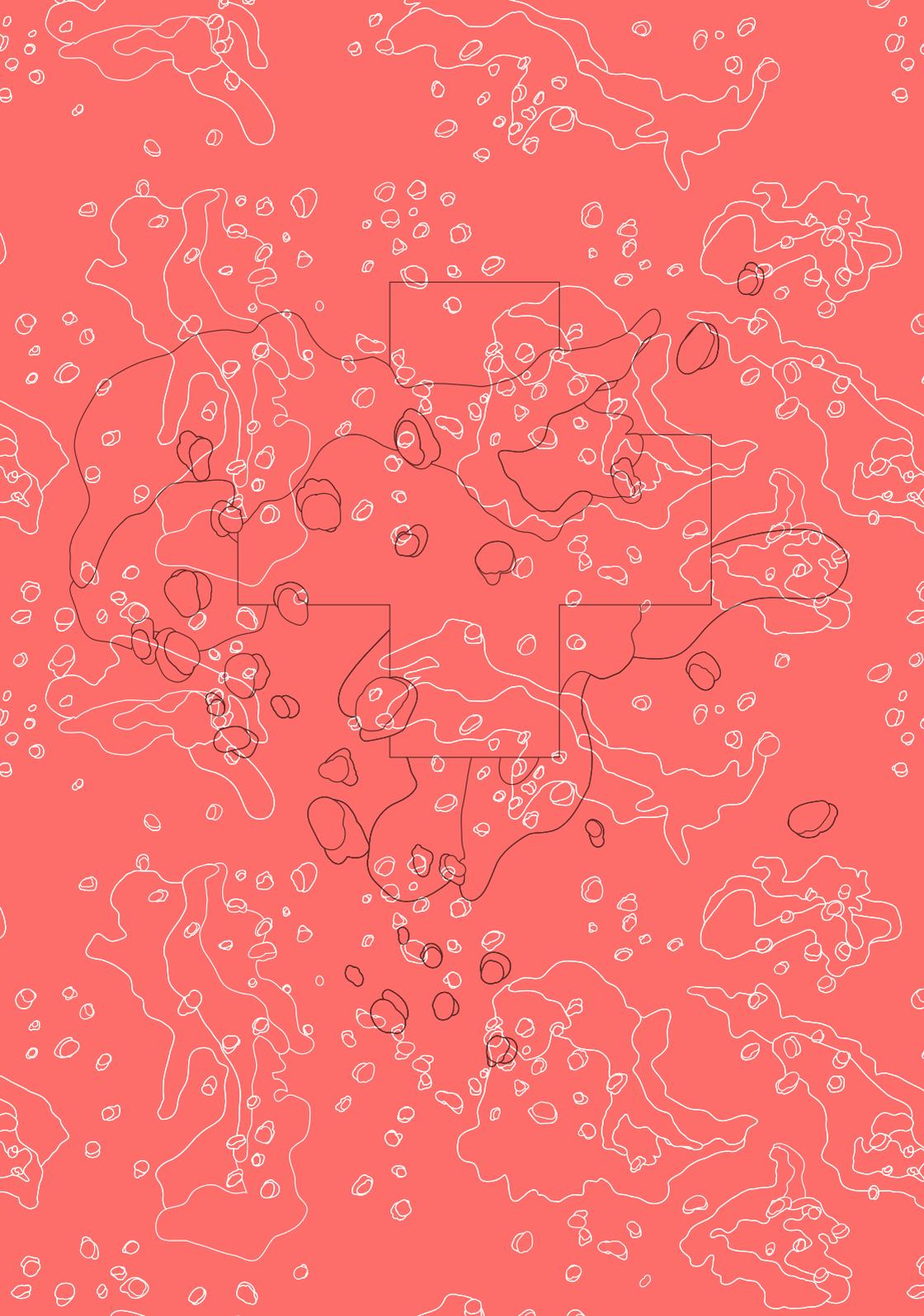
9 → CERCENAR Y/O LIMITAR EL DERECHO DE LA CIUDADANÍA A LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA EN LA PLANIFICACIÓN Y CONTROL DEL SISTEMA EN SU CONJUNTO Y DE LOS SERVICIOS.

Por ejemplo, se han eliminado los órganos de participación y control sanitario en los territorios y servicios. Además, se prioriza el término y la práctica de la libre elección del usuario o cliente de profesionales sanitarios y servicios y centros sanitarios con los que quiere ser atendidos.

10 → DESPRESTIGIO Y DESLEGITIMACIÓN DEL SERVICIO PÚBLICO MEDIANTE DIVERSAS ESTRATEGIAS:

- A.** Difundir una ideología de salud basada en el paradigma biomédico, hospitalocéntrico y medicalizador, individualista. Promover la idea de la salud = tecnología y la medicalización de la vida cotidiana. Se muestra una tendencia consumista.
- B.** Señalar a los propios enfermos como culpables de la enfermedad y de sus problemas de salud, del derroche y el gasto poco racional poniendo el foco en lo individual, diluyendo la responsabilidad del profesional y la administración, e invisibilizando el papel de los determinantes sociales de la salud. Se muestra una tendencia individualista.
- C.** Caracterizar y estigmatizar lo público como poco competitivo, ineficiente y derrochador señalando que no hay recursos para todos y que el gasto más racional es mediante la gestión empresarial. Se muestra una tendencia economista.
- D.** Mercantilizar y privatizar los recursos haciendo cada vez más opacos los procesos de propiedad, gestión y control de los servicios públicos. Se muestra una tendencia privatizadora.
- E.** Empujar a las clases pudientes hacia el sector privado, creando una sanidad para ricos y una sanidad para pobres⁹

⁹ Ver: Olof Palme: Un servicio para pobres es un pobre servicio.



5. ESTUDIO DE CASO: EL HOSPITAL GENERAL DE VILLALBA (MADRID)



INTRODUCCIÓN

El proceso de privatización de los hospitales Servicio Madrileño de Salud (SERMAS) se inicia en 2004 con el Plan de infraestructuras 2004-2007, desarrollado por el Gobierno del Partido Popular presidido por Esperanza Aguirre, que adjudicó la construcción y explotación durante treinta años de siete hospitales modelo PFI (del inglés private finance initiative) y uno modelo CPP.

En 2007 se puso en marcha el segundo Plan de infraestructuras sanitarias 2007-2011, que preveía la construcción de cuatro¹⁰ nuevos hospitales con modelo CPP.

Los siete hospitales que se construyeron con la denominación de modelo PFI, fueron: Hospital Infanta Leonor en Vallecas, Hospital Infanta Sofía en San Sebastián de los Reyes, Hospital del Henares en Coslada, Hospital del Tajo en Aranjuez, Hospital del Sureste en Arganda, Hospital Infanta Cristina en Parla y el nuevo Hospital Puerta de Hierro en Majadahonda.

Este modelo consiste en que empresas privadas, la mayoría empresas constructoras, muchas de ellas hoy en sumarios judiciales por estar implicadas en tramas de corrupción¹¹, ejecutarían y financiarían la construcción de los hospitales según un contrato de concesión de obra pública (Ley 13/2003¹²), a cambio de recibir un canon anual por el arrendamiento del edificio y, lo que fue novedoso, por la provisión de los servicios no sanitarios durante treinta años.

10 En principio estaba previsto la construcción de un hospital modelo CPP en el distrito de Carabanchel (Madrid) pero, al final, no se construyó por problemas con el suelo.

11 Si hay un partido golpeado por los casos de corrupción en los últimos años es el Partido Popular. La Gürtel, los papeles de Bárcenas, el caso Lezo, Púnica y el hospital Son Espases son algunos ejemplos.

Una de las empresas más implicadas es OHL y su fundador, Juan Miguel Villar Mir, que ha sido imputado en varios de estos procesos por supuestamente realizar donaciones y pagar comisiones. FCC, Sacyr y ACS también han tenido participación en las investigaciones del caso Púnica. El presidente de ACS, Florentino Pérez ha tenido que declarar igualmente por el caso del hospital de Son Espases (modelo PFI): <https://www.eleconomista.es/empresas-finanzas/noticias/6973573/09/15/Matas-or-deno-adjudicar-el-hospital-Son-Espases-a-Florentino-Perez.html>

12 Para ver la Ley: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2003/BOE-A-2003-10463-consolidado.pdf>

En el caso de los hospitales modelo CPP, la diferencia respecto de los hospitales modelo PFI consiste en que la gestión de los servicios sanitarios y los mal llamados «no sanitarios»¹³ son gestionados por una empresa privada.

Con estas concesiones a largo plazo, la financiación se realiza mediante una remuneración per cápita de la Administración en función del área sanitaria cubierta y un pago «adicional» por los pacientes que, sin estar en su área de cobertura, quieren tratarse en sus centros a través del sistema de libre elección de hospital; pacientes a los que les es de aplicación lo dispuesto en la Ley 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España; pacientes desplazados de otras comunidades autónomas.

Los hospitales modelo CPP se crean en el Estado español sin una legislación específica para esta modalidad de contratación, pero se apoyan en otras más generales como la Ley general de sanidad de 1986, la Ley de contratación pública, la legislación de la Unión Europea (UE) y en especial la Ley 15/1997. El 25 de abril de 1997 se aprobó la Ley 15/1997¹⁴ sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud que suponía la privatización de la gestión de la sanidad pública.¹⁵

En ningún momento presentaron un informe que demostrase que este tipo de financiación y gestión aplicado a los hospitales fuese más económico o eficiente. De hecho, solo lo justificaron porque de esta forma la Administración pública no incurría en déficit público¹⁶.

13 Se entiende por servicios «no sanitarios» la limpieza, lavandería, jardinería, mantenimiento, gestión de archivos, personal de transporte interno, etc., adscritos al hospital.

14 Para acceder a la Ley 15/97 sobre habilitación de nuevas formas de gestión: <https://www.boe.es/buscar/pdf/1997/BOE-A-1997-9021-consolidado.pdf>

15 Los responsables de la puesta en marcha del plan fueron el consejero de Sanidad, Manuel Lamela, el viceconsejero, Arturo Canalda, y la directora general de la Red Sanitaria Única de Utilización Pública, Elena de Mingo.

16 El marco contable de la UE (SEC 2010) permite que la participación pública en las CPP, en determinadas condiciones, sea registrada como partidas fuera de balance. Esto incentiva su utilización reforzando el cumplimiento de los criterios de convergencia del euro, también conocidos como criterios de Maastricht. En conjunto, tratan de permitir el recurso a la privatización sanitaria sacando la pública por la ventana.

EL HOSPITAL GENERAL DE VILLALBA

Ubicado en el término municipal de Collado Villalba de la Comunidad de Madrid, construido sobre un terreno de 55.688 metros cuadrados, protegido por diversas figuras o normativas y cedido por el Ayuntamiento de Collado Villalba a la Consejería de Sanidad, el Hospital General de Villalba ha estado rodeado de todo tipo de irregularidades y malas prácticas que han lastrado su imagen pública, a pesar de los esfuerzos del Partido Popular de Madrid por presentarlo como un modelo de éxito.



De acuerdo con el modelo CPP, las empresas adjudicatarias¹⁷ fueron:

Ibérica de Diagnóstico y Cirugía S.L. (IDC),
Ghesa Ingeniería y Tecnología S.A.,
Hospital Sur S.L.U. y
F. Forwart S.L.P.

De conformidad con el pliego de cláusulas administrativas particulares, se establecía que las empresas adjudicatarias tenían la obligatoriedad de constituir una sociedad anónima antes de la firma del contrato, que, en este caso, se denominó Capiro Villalba S.A.

Capiro Villalba S.A. cambió de nombre a IDC Salud Villalba S.A., siendo la misma sociedad. En cualquier caso, IDC Salud Villalba S.A.¹⁸ es una filial 100% de IDC Salud. Con la idea de no crear confusión, en este capítulo, vamos a utilizar con carácter general el nombre de IDC Salud.

A nivel urbanístico, el hospital se levantó en una chopera¹⁹ protegida, y los sindicatos Asociación Madrileña de Enfermería (AME) y el Movimiento Asambleario de Trabajadoras/es de la Sanidad (MATS) denunciaron recientemente ante la Fiscalía Anticorrupción que los accesos peatonales al hospital fueron pagados por el Ayuntamiento de Collado Villalba en lugar de la concesionaria, como indicaban los pliegos.

17 Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid (BOCM): http://www.bocm.es/boletin/CM_Orden_BOCM/2010/09/28/BOCM-20100928-29.PDF

18 A todos los efectos, la sociedad adquirente se subroga en los contratos, derechos y obligaciones de la sociedad adquirida.

19 Ecologistas en Acción denuncian que el nuevo Hospital de Villalba se hará en una zona insalubre.

Ver enlaces en Diario Crítico: <https://www.diariocritico.com/noticia/104266/noticias/ecologistas-denuncian-que-el-nuevo-hospital-de-villalba-se-hara-en-zona-insalubre.html>

Y en El Faro de Guadarrama: <https://www.elfarodelguadarrama.com/noticia/15944/collado-villalba/los-ecologistas-llevan-ante-el-fiscal-de-medio-ambiente-la-ubicacion-del-futuro-hospital-de-collado-villalba.html>

DEUDA ILEGÍTIMA IDENTIFICADA EN EL HOSPITAL DE VILLALBA

La construcción del Hospital de Villalba se inició en diciembre de 2010 siendo Esperanza Aguirre presidenta de la Comunidad de Madrid. El centro se terminó de construir en diciembre de 2012. La Comunidad de Madrid, presidida en ese momento por Ignacio González, decidió mantener cerrado el hospital hasta octubre de 2014 alegando políticas de recortes. Durante el tiempo en que el hospital permaneció cerrado sin dar ningún tipo de prestación sanitaria a la ciudadanía, la Consejería de Sanidad pagó a IDC Salud (antes Capio) el importe de 938.465²⁰ euros al mes durante 22 meses.

Eso significa que se produjo un gasto de cerca de 21 millones de euros que, desde la perspectiva de la Auditoría Ciudadana de la Deuda en Sanidad²¹, se puede considerar como deuda ilegítima, en la medida que ha beneficiado exclusivamente a las élites económicas, en este caso, a IDC Salud y no a la ciudadanía, que no recibió ningún tipo de prestación durante el tiempo que permaneció cerrado.

Además, se produjo un sobrecoste en la construcción del hospital. Originalmente estaba prevista una inversión de 108 millones de euros pero, al final, la cifra fue de 201 millones de euros²².

Por otro lado, entre las obligaciones²³ de la sociedad concesionaria, Capio Villalba S.A., estaba la de asumir los costes y la ejecución del acceso al hospital. Pese a que el contrato recogía esa obligación en el pliego de cláusulas administrativas particulares, las obras de accesos peatonales se han financiado con presupuesto municipal.

20 IDC Salud (antes Capio), recibió 775.591 euros (con IVA, 938.465 euros) en concepto, al parecer, de seguridad, desinfección y desratización, limpieza, mantenimiento de viales y jardines, reparación, seguros, suministros, tributos, amortización y costes financieros, como consta en la cláusula cuarta de la adenda al contrato de fecha 1 de octubre de 2010, suscrita el 1 de octubre de 2012. Este gasto aún no ha sido auditado adecuadamente.

21 Auditoría Ciudadana de la Deuda en Sanidad:
<https://auditoriaciudadana.net/tag/sanidad/>

22 Para ver el coste final de la construcción del Hospital de Villalba:
<https://www.elmundo.es/madrid/2016/03/23/56f19557268e3e44118b45ab.html>

23 Ver el punto 9 del pliego de cláusulas administrativas: Obligaciones de la entidad adjudicataria.

La Junta de Gobierno del Ayuntamiento de Collado Villalba acordó, en 2017, adjudicar la ejecución de las obras de los accesos peatonales a otra empresa, Urvios, Construcción y Servicios, S.L., por un importe de 212.718 euros²⁴.

Desde la Auditoría Ciudadana de la Deuda en Sanidad se entiende que el importe de los 212.718 euros es una clara deuda ilegítima, puesto que, de acuerdo con el apartado 9 del pliego de cláusulas administrativas, deberían haber sido asumidas por Capiro Villalba S.A. en vez del Ayuntamiento de Collado Villalba, que podría haber empleado esta cantidad en mejorar los servicios básicos de los habitantes del municipio de Collado Villalba.

Un hecho para tener en cuenta es que este tipo de hospitales se construyen en terreno público de los municipios donde se ubican, con el carácter de cesión sin contraprestación económica alguna a una empresa privada que va a conseguir beneficios de un servicio público que se le concede administrativamente por treinta años.

La construcción de este hospital con el modelo CPP no fue justificada con ningún informe acerca de la idoneidad de este modelo, o de la necesidad de contar con nuevas camas. En la zona había hospitales de segundo nivel como el Hospital de El Escorial, de media estancia como el Hospital de Guadarrama y de tercer nivel como el Hospital de Puerta de Hierro. Por lo que la construcción del Hospital de Villalba como modelo CPP supuso y supone una transferencia neta de fondos públicos a Fresenius, y la subsiguiente descapitalización de los hospitales públicos de la zona.

²⁴ Para ver el coste del acceso peatonal adjudicado por el Ayuntamiento de Collado Villalba a la empresa Urvios, Construcción y Servicios, S.L. ir al enlace: https://cadenaser.com/emisora/2018/11/09/radio_madrid/1541781393_454165.html

Otras posibles causas de generación de deuda ilegítima en la puesta en marcha del Hospital de Villalba podrían ser:

- 1 Mecanismo de financiación de este modelo para su construcción y puesta en funcionamiento²⁵.
- 2 El canon anual en base capítativa²⁶ y el período de vigencia de la concesión por treinta años²⁷.

²⁵ Existe bibliografía suficiente del Reino Unido y en el Estado español que muestra que el mecanismo de financiación para el modelo CPP es entre 6 y 7 veces más caro que si el hospital se hubiera construido con recursos públicos.

Ver en referencias artículos de Allyson Pollock y de la Coordinadora Antiprivatización de la Sanidad Madrid (CAS Madrid).

²⁶ La financiación capítativa es un sistema que consiste en asignar al conjunto de proveedores de cuidados sanitarios de una zona geográfica determinada, un fondo económico por cada persona de dicha zona que está incluida dentro de la población protegida, durante un periodo determinado (normalmente un año). Este fondo económico (cantidad monetaria) se caracteriza por:

- Ser equivalente al gasto teórico en servicios de salud de una persona durante el periodo definido.
- Estar ajustado en función de determinadas características sociodemográficas y de salud de la población de dicha zona geográfica.
- Ser independiente del nivel de utilización de servicios sanitarios que se produzca durante el periodo de tiempo determinado.
- Es en este último caso donde creemos que se genera una deuda ilegítima importante. Se le paga a la entidad concesionaria un «per cápita» independientemente de que se utilice o no la prestación del servicio sanitario.

²⁷ El canon anual en base capítativa y el período de vigencia de la concesión por treinta años viene en el contrato suscrito entre la Consejería de Sanidad y Capiro con fecha 1 de octubre de 2010.

El canon anual en base capitativa, calculado según figura en la nota a pie de página, implica, además:

- 1 Que, fuera de esta financiación y a mayores, va a percibir una cuantía en este caso por actividad (acto médico) por la asistencia prestada a pacientes que, fuera de su ámbito de asistencia, quieren recibir tratamiento en este centro ejerciendo la libre elección.
- 2 Que también se financian fuera de la cápita y por actividad la asistencia prestada a la población a la que le es de aplicación lo establecido en la Ley 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social.
- 3 Que quedan fuera de la cápita y se financian por actividad realizada los pacientes desplazados de otras comunidades autónomas (asistencia urgente y derivada de la misma).

Estas tres últimas modalidades se incluyen en el apartado denominado libre elección que en este y otros casos resulta confuso, pues en su aplicación excede lo dispuesto en la normativa legal de aplicación en la Comunidad de Madrid.

Al cierre de ejercicio está previsto que, previa la realización de una auditoría, se efectúe la liquidación correspondiente.

Dicha liquidación se efectúa en base a la llamada facturación intercentros, en la que por una parte se detrae del montante del presupuesto asignado la atención sanitaria que haya sido prestada a población asignada al Hospital de Villalba por otros centros (por acto médico), y por otra se abona la atención sanitaria que el centro haya prestado a pacientes no pertenecientes a su ámbito de referencia.

Los modelos CPPs, en el caso concreto de la atención sanitaria, requieren de unos mecanismos complejos de control por parte de la Administración, en orden a garantizar no solo que la atención se presta en tiempo y forma, sino también que el centro no realiza la conocida como «selección adversa» que supone la derivación de procesos y procedimientos de elevados costes a los centros públicos, etc.

La necesidad de implantar y desarrollar estos mecanismos de control supone un sobrecoste con respecto a otros modelos que no han sido valorados. Sirva como ejemplo que el coste de gestión de la asistencia sanitaria en Estados Unidos, mayoritariamente privada y con una mínima representación pública, es uno de los mayores en los países de la OCDE.

ANALIZAR OTRAS POSIBLES CAUSAS DE DEUDA: DEUDA ECOLÓGICA, DEUDA SOCIAL.

El Hospital de Villalba se construyó sobre un «suelo no urbanizable de especial protección por su valor natural y paisajístico y también como suelo de ribera», de acuerdo con el Plan general de ordenación urbana de Collado Villalba.

Esta circunstancia motivó, entre otras cosas, que Ecologistas en Acción-CODA presentaran un recurso ante el Tribunal Superior de Justicia de Madrid (TSJM) en junio de 2010. Sorprendentemente, el TSJM no dicta sentencia²⁸ hasta seis años después, en concreto, el 1 de septiembre de 2016, en la que estima en parte el recurso contencioso administrativo promovido por Ecologistas en Acción-CODA.

Como consecuencia de ello, se puede afirmar que el Hospital de Villalba está construido ilegalmente por haberse anulado la modificación del Plan general de ordenación urbana de Collado Villalba que convertía el «suelo no urbanizable de especial protección por su valor natural y paisajístico y también como suelo de ribera» en urbanizable. Estimamos que es un claro caso de deuda ecológica.

En relación con la deuda social, cuando se comparan diferentes indicadores asistenciales y laborales, se observan variaciones substanciales cuando se contrastan los datos entre los hospitales públicos y los hospitales gestionados por Quirónsalud (Hospital de Villalba).

De modo que la citada deuda social se manifiesta en dos vertientes:

En peores condiciones laborales – mayores cargas de trabajo (trabajador/cama), jornadas más largas (especialmente en el turno nocturno), menos descansos y peores salarios – y formas de presión indebidas a los trabajadores y trabajadoras.

En consecuencia, con peor calidad asistencial.

²⁸ El TSJM anula el acuerdo del Consejo de Gobierno de la Comunidad de Madrid de 10 de febrero del año 2012, por el que se aprobó definitivamente la aprobación definitiva de la modificación puntual no sustancial del Plan general de ordenación urbana de Collado Villalba para la construcción de un nuevo hospital, que se anula y deja sin efecto.

☞ Tabla 1

**Comparativa jornada laboral (horas anuales)
entre el Hospital de Villalba y los hospitales públicos**

Concepto	Hospital de Villalba (Collado Villalba)	Hospitales públicos (SERMAS)	Diferencia
JORNADA DIURNA (HORAS ANUALES) (1)	1.680	1.643	38
JORNADA NOCTURNA (HORAS ANUALES) (1)	1.680	1.460	220

☞ Fuente: Convenio Colectivo del Sector de Establecimientos Sanitarios de Hospitalización, Asistencia Sanitaria, Consultas y Laboratorios de Análisis Clínicos para la Comunidad de Madrid (BOCM 19/5/2018)- Instrucciones sobre Jornada del SERMAS.

☞ Tabla 2

Comparativa del ratio enfermera/cama entre el Hospital de Villalba (modelo CPP) y hospitales modelo PFI

Concepto	Ratio enfermera/cama (2)
HOSPITAL DE VILLALBA (COLLADO VILLALBA) - MODELO CPP	1,212/209=1,01
HOSPITAL INFANTA CRISTINA (PARLA) - MODELO PFI	212/209=1,01
Diferencia	-0,45
HOSPITAL DE VILLALBA (COLLADO VILLALBA) - MODELO CPP	212/209=1,01
HOSPITAL INFANTA CRISTINA (PARLA) - MODELO PFI	247/132=1,87
Diferencia	-0,86

☞ Fuente: Memorias Hospitalares del SERMAS 2017.

☰ Tabla 3

Concepto	Ratio enfermera/cama (2)
Hospital de Villalba (Collado Villalba) - Modelo CPP	146/209=0,69
Hospital Infanta Cristina (Parla) - Modelo PFI	216/188=1,14
Diferencia	-0,45
Hospital de Villalba (Collado Villalba) - Modelo CPP	146/209=0,69
Hospital Infanta Cristina (Parla) - Modelo PFI	191/132=1,44
Diferencia	-0,75

☰ Tabla 4

Comparativa del ratio facultativo/cama entre el Hospital de Villalba (modelo CPP) y hospitales modelo PFI

Concepto	Ratio facultativo/cama (2)
Hospital de Villalba (Collado Villalba) - Modelo CPP	187/209=0,89
Hospital Infanta Cristina (Parla) - Modelo PFI	201/188=1,06
Diferencia	-0,17
Hospital de Villalba (Collado Villalba) - Modelo CPP	187/209=0,89
Hospital del Sureste (Arganda del Rey) - Modelo PFI	206/132=1,56
Diferencia	-0,67

Finalmente, en todo el proceso de implantación del modelo de hospitales CPP en la Comunidad de Madrid se ha producido una falta de transparencia y de democracia debido a una:

- Falta de consulta previa a la población y profesionales sociosanitarios.
- No incorporación de la población, en tanto que usuaria, a la gestión estratégica de la sanidad pública.
- Falta de planificación y un diseño de acuerdo con las necesidades de la población, informes de justificación y estudio de los impactos posibles.
- Proliferación de casos de conflictos de interés que cuentan con la cobertura de algunos funcionarios públicos.
- Falta de transparencia de todo el proceso, seguimiento y evaluación.

ASPECTOS RELEVANTES DE LA DEUDA ILEGÍTIMA, ECOLÓGICA Y SOCIAL DETECTADA EN EL CASO DEL HOSPITAL DE VILLALBA.

En las tablas 5 y 6 se puede ver una aproximación a la cuantificación de la deuda ilegítima identificada, así como de aquellas que aunque se han detectado no han podido ser valoradas.

☰ Tabla 5
Deuda ilegítima identificada

Cuantía	Hechos, protocolos...	Ejemplo, caso o casuística
21.000.000€	Pago mensual al Hospital de Villalba, cerrado desde diciembre de 2012 a octubre de 2014.	
93.000.000€	Sobrecoste en la construcción del hospital, rutinariamente vinculado a sobornos en las licitaciones	
212.718€	Obras de acceso ejecutadas por el Ayuntamiento de Collado Villalba cuando el contrato obligaba a hacerlo a la empresa adjudicataria del Hospital de Villalba	
Cantidad no estimada	Cesión sin contraprestación, por treinta años, de terreno público por parte del Ayuntamiento, adicionalmente con ilegalidad urbanística.	
Cantidad no estimada	Ausencia de justificación del modelo y de la propia construcción del hospital, que constituye una transferencia neta de fondos públicos que no estamos en condiciones de estimar en este momento	

☰ Fuente: Elaboración propia a partir de la información recopilada.

☰ Tabla 6
Prácticas ilegítimas identificadas

Cuantía	Hechos, protocolos...	Ejemplo, caso o casuística
	Proliferación de situaciones de conflicto de interés, de pagos aplazados a funcionarios por empresas-lobbies de la sanidad y de situaciones de corrupción en las licitaciones y decisiones públicas que no son controladas y solo algunas identificadas por los tribunales de justicia.	Caso Manuel Lamela y muchos otros.
	Ausencia absoluta de informes sobre los que basar las decisiones públicas (p.ej.: que demuestren ventajas en la sanidad privada...)	
	Ocultación de datos e informes sobre cuestiones fundamentales	Presión a la Cámara de Cuentas de la Comunidad de Madrid hasta lograr que no incluya que las derivaciones a la sanidad privada están siendo seis veces más cara que la pública.
	Utilización de protocolos, desde la UE hasta el Estado español, para entregar patrimonio y servicios públicos a la oligarquía trasnacional global	No incluir en los coeficientes de déficit y deuda pública los protocolos CPP y PFI. Estatutos y protocolos del Banco Central Europeo (BCE) y del Banco de España (BE)
	Ausencia de vigilancia en el cumplimiento de los contratos públicos (descontrol interesado de la autoridad pública)	Incumplimiento de los coeficientes de atención de personal y de garantías de calidad en hospitales para dependientes licitadas por la Comunidad de Madrid
	Comportamiento deliberadamente obstructor de la justicia por parte de los propios jueces y tribunales de justicia	El TSJM tarda seis años en declarar la ilegalidad de la cesión y cambio de destino urbanístico del terreno cedido: estuvo esperando a que su sentencia fuera inútil. No añadió protocolo de ejecución de sentencia.

☰ Fuente: Elaboración propia a partir de la información recopilada.

IDENTIFICAR A LOS ACTORES O RESPONSABLES

Entre los diferentes actores implicados en el proceso de adjudicación de los hospitales modelo PFI y CPP contemplados en el Plan de infraestructuras 2004-2007 elaborado por la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid se encuentran:

1 → CONSEJERÍA DE SANIDAD:

Esperanza Aguirre: presidenta de la Comunidad de Madrid en el periodo 2003-2012. La Unidad Central Operativa²⁹ (UCO) de la Guardia Civil se personó, en 2017, en la sede de la Consejería de Sanidad para requerir información acerca de uno de los proyectos estelares de Esperanza Aguirre: el plan de infraestructuras sanitarias 2004-2007.

Manuel Lamela: consejero de Sanidad y Consumo entre los años 2003 y 2007. Lamela firmó, siendo consejero de Sanidad de la Comunidad de Madrid el contrato por el que un consorcio liderado por la antigua Constructora Hispánica³⁰ se adjudicaba la gestión de servicios del Hospital del Tajo.

Una vez dejó de ser consejero, pasó a formar parte de la sociedad concesionaria, un claro caso de puerta giratoria, responsable de la explotación del Hospital del Tajo (Aranjuez), a través de la empresa Assignia, heredera de la quebrada Constructora Hispánica.

Arturo Canalda: gerente del Canal de Isabel II entre 2001 y 2003 por cuya gestión está siendo investigado en la trama Lezo. Del 2003 al 2006 fue viceconsejero de Sanidad. Después, defensor del menor y de ahí pasó a presidente de la Cámara de Cuentas³¹, la misma que está encargada de evaluar los informes del Canal y de los hospitales. Testigo en la trama Gürtel.

²⁹ Ver noticia en la "Cadena SER" de 8 de marzo de 2017: https://cadenaser.com/ser/2017/03/08/tribunales/1488964455_852323.html

³⁰ Alfonso García Pozuelo, expresidente de Constructora Hispánica, fue imputado en la trama Gürtel por pago de comisiones.

³¹ Arturo Canalda, dimitió en diciembre de 2017, como presidente de la Cámara de Cuentas de la Comunidad de Madrid, tras ser citado por el juez instructor del caso Lezo en el caso de corrupción que investiga la compra en 2001 de la sociedad colombiana Inassa por parte del Canal de Isabel II, la empresa pública de aguas madrileña.

Elena de Mingo: directora general de la Red Sanitaria Única de Utilización Pública desde 2004 a 2008 y, desde entonces, coordinó la Dirección General de Planificación, Infraestructuras y Equipamientos sanitarios hasta julio de 2011.

Fue fichada, en mayo de 2012, por la sociedad Antares Consulting³², otro claro caso de puerta giratoria, dedicada a la «consultoría en estrategia, gestión y tecnología en el ámbito de la salud, ciencias de la vida y servicios sociales y socio sanitarios».

2 → AYUNTAMIENTO DE COLLADO VILLALBA:

José Pablo González Durán: alcalde de Collado Villalba por el PSOE en el período 1999-2011.

Desde la Alcaldía consiguió la firma de un protocolo con el Gobierno regional para la construcción del Hospital de Villalba, en marzo de 2007.

Fue imputado por presuntos delitos de cohecho, prevaricación y tráfico de influencias, en relación con la adjudicación de la obra de un túnel-parking en el municipio a la UTE Cover - Ortiz Construcciones y Proyectos S.A. por 20 millones de euros, pero que acabaría costando alrededor de 40 millones.

Agustín Juárez López de la Coca: alcalde de Collado Villalba por el Partido Popular. En 2014, tuvo que dimitir al estar investigado por cobrar presuntamente comisiones ilegales a cambio de adjudicaciones de contratos públicos en la trama Púnica.

Alberto Sánchez Caballero: teniente de alcalde del Partido Popular y concejal de obras y servicios del municipio. En 2018, también tuvo que dimitir por su presunta implicación³³ en la trama Púnica.

³² La entrada de Elena de Mingo coincidió además con el inicio del mayor proyecto de imagen de Brasil, proyecto de colaboración público-privada (CPP) del sector sanitario en el estado de Bahía.

³³ Ver noticia de El País de 24 de julio de 2015: https://elpais.com/ccaa/2015/07/23/madrid/1437659136_059079.html

3 → PARTIDO POPULAR Y SU TRAMA DE INTERESES:

Como se ha comentado anteriormente, se pueden señalar las diferentes tramas corruptas descubiertas en la Comunidad de Madrid³⁴ (Gürtel, Púnica, etc.) en donde el PP ha estado implicado y que han supuesto recursos importantes para financiar ilegalmente al partido, a personas que lo componen o a personas interpuestas y que se pueden considerar como deuda ilegítima.

4 → GRUPOS EMPRESARIALES QUE ESTÁN DETRÁS EN LA ESTRATEGIA DE PRIVATIZACIÓN DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO:

En este epígrafe trataremos de aclarar ciertos procesos de fusión y adquisición que fueron muy activos desde que empezó la crisis y los recortes desde 2011.

Queremos mostrar que hay gigantes corporativos y fondos de inversiones, que están detrás del negocio de la salud y tienen un papel destacado en el proceso de reestructuración de la sanidad privada en el ámbito del Estado español y en los segmentos que se les van cediendo desde la sanidad pública.

Este es el caso de la empresa Quirónsalud³⁵ que gestiona, mediante el modelo CPP, tres hospitales en la Comunidad de Madrid que se adjudicaron a mediados de la pasada década, con Esperanza Aguirre como presidenta del Gobierno del Partido Popular: el Hospital Infanta Elena, en Valdemoro (en 2006); el Hospital Universitario Rey Juan Carlos (Móstoles), en abril de 2010, y el Hospital de Villalba, en septiembre de 2010. Además, como ya se indicará más adelante, mantiene un convenio singular con la Fundación Jiménez Díaz desde el año 2006.

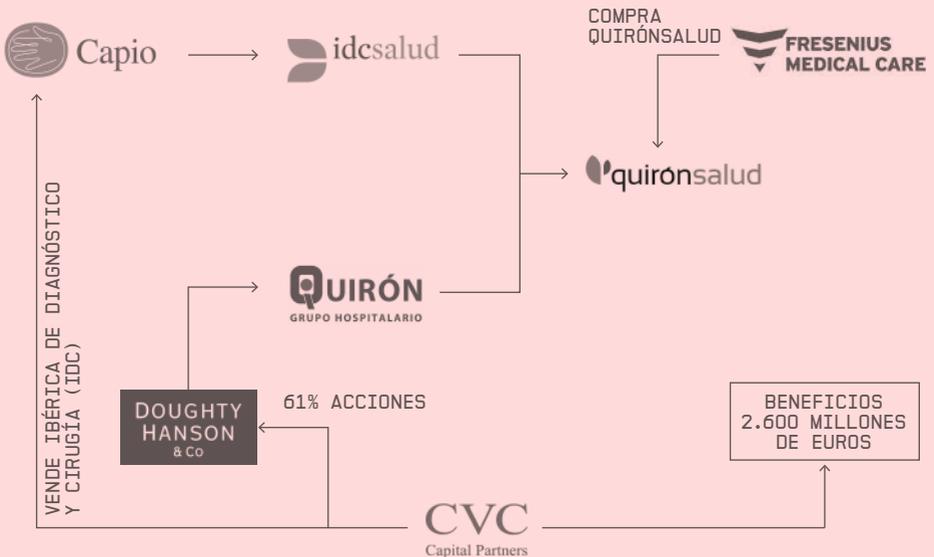
34 Ver noticia en eldiario.es, de 16 de febrero de 2019: https://www.eldiario.es/politica/corrupcion-Comunidad-Madrid-gobierno-PP_O_867913613.html

35 Quirónsalud nació tras la fusión en 2014 de IDC Salud (antigua Capiro) y Quirón, entonces, primer y segundo operador en el Estado español, respectivamente, con ventas de 926 millones anuales (IDC) y 823 millones (Quirón).

Con fecha 1 de enero de 2017, la empresa Fresenius, primer grupo alemán de sanidad privada, compró por 5.760 millones de euros, al fondo de capital riesgo CVC Capital Partners³⁶, Quirónsalud, líder de la sanidad privada en el Estado español, en la que tenía una participación mayoritaria. (Ver Figura 1).

De esta forma Fresenius-Quirónsalud se ha constituido en el primer grupo sanitario europeo que recibe una importante financiación por parte del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS), con cerca de un 8% del presupuesto sanitario público.

PROCESO DE CREACIÓN DE QUIRÓNSALUD Y COMPRA POR PARTE DE FRESENIUS-HELIOS DEL ACCIONARIADO DE CVC CAPITAL



³⁶ La venta de Quirónsalud fue un pelotazo en toda regla para sus accionistas. Según El Economista (7/09/2016), CVC Capital Partners logró plusvalías de 2.600 millones de euros en apenas dos años, tras comprar en julio de 2014 el 61% que el fondo Doughty Hanson poseía en Quirón.

EL GRUPO FRESENIUS

Fresenius, matriz 100% del grupo, fundado en 1912, nace en Alemania y es el mayor grupo sanitario europeo, con más de 220.000 empleados en 100 países y una capitalización bursátil cercana a los 36.000 millones de euros. La actividad de Fresenius se reparte entre los mercados americano (45%), europeo (39%) y asiático (10%). Consta de cuatro ramas empresariales: Fresenius Medical Care (antiguamente llamada Kidney Centers Holding), Fresenius Kabi, Fresenius Helios y Fresenius Vamed. La marca de servicios de diálisis de Fresenius Medical Care es NephroCare.

Tiene su sede en Bad Homburg (Hesse, Alemania), es el mayor proveedor de atención médica que cotiza en bolsa en Europa. La cabecera alemana, considerada desde hace tiempo como el número uno del sector en Europa, ha valorado a Quirónsalud como una referencia en el sector a nivel internacional, dado que la compañía española logró consolidarse en poco tiempo entre las mejores del continente europeo.

El principal accionista de Fresenius es la Fundación Else Kröner-Fresenius-Stiftung. Esta fundación tiene una participación del 26,28%. Los demás accionistas son, sobre todo, los fondos globales que forman la superentidad de la red global de empresas.

QUIRÓNSALUD

Gigante de la sanidad privada en el Estado español, es también líder en la gestión de hospitales de titularidad pública en régimen de concesión. Su historia es corta tras la fusión en 2014 de IDC Salud (antigua Capiro) cuyo origen se remonta a una pequeña clínica privada en Albacete y Grupo Quirón originario de Zaragoza, aunque intensa y en continuo ascenso.

Con una cuota de mercado del 14%, es el cuarto operador europeo y líder en el Estado español. En su trayectoria, los propietarios Víctor Madera, por IDC, y la familia Quirón han protagonizado el proceso de concentración aprovechando el paulatino deterioro en recursos y de la calidad asistencial de la sanidad pública.

LA FUNDACIÓN JIMÉNEZ DIAZ (FJD). MODELO DE CONVENIO SINGULAR

Antes de iniciarse el proceso de implantación de los hospitales modelo CPP e incluso antes de que se produjeran las transferencias de la competencia en sanidad a la Comunidad Autónoma, ya existía un convenio singular con la FJD. La FJD siempre ha sido un hospital de referencia de un área poblacional, manteniendo la atención a pacientes privados.

Si bien pudiera considerarse que las modificaciones destinadas a garantizar las cifras de negocio parten del convenio firmado en 2006 por un período de 10 años, el cambio sustancial en los términos de la contratación se produce en el año 2011, dos meses antes de las elecciones, ampliando el plazo de vigencia del previo a 30 años. Esto supone que la FJD tiene contrato suscrito hasta el año 2041.

Este convenio está elaborado a medida para un negocio completo con unas condiciones ventajosas. En los últimos años han cambiado de propietario pasando por IDC, luego Capiro y en 2017 se produjo la compra de Quirónsalud por parte de la empresa alemana Fresenius-Helios.

Desde el año 2006 se han producido modificaciones en el concierto/convenio suscrito por el Servicio Madrileño de Salud (SERMAS) y la FJD que son beneficiosas para ésta. A resaltar:

- Se ha incrementado la población asignada, con el consiguiente aumento de actividad y, por tanto, de financiación.
- Se han ido modificando las definiciones de ámbitos poblacionales de tal forma que, de modo muy semejante a los hospitales CPPs, se aplica un concepto de libre elección que excede los ámbitos de lo previsto en la ley.
- Por otra parte, al no tener un contrato de financiación capitativa, si bien se le abona por actividad (acto médico) la asistencia prestada a la población incluida en ese concepto de libre elección, no le es detrída la asistencia que otros centros prestan a población de su ámbito de referencia.

Ello supone que la rescisión del contrato, salvo por las causas legalmente establecidas, generaría una indemnización por lucro cesante probablemente inasumible.

6. Conclusiones y recomendaciones

Resumiendo, la experiencia de las CPPs en la sanidad pública ha tenido como resultado un proceso de infrafinanciación del sistema sanitario público, que ha estado siendo infrautilizado, se ha promovido con ventajismo la iniciativa privada sin la suficiente supervisión. Los lobbies sanitarios (Foro CPP, desde 2017 Foro Infraestructuras, Fundación IDIS, Empresas constructoras y la Banca Privada) han conseguido un ascendiente desmedido e inoportuno sobre las decisiones, las estrategias y el patrimonio sanitario público.

Dichas estrategias fueron diseñadas en gran medida por los inversores privadas y empresas transnacionales que ocupan el ápice del poder económico global, su estrategia forma parte del programa de la élite económica globalizada, y, de hecho, fondos como el británico CVC Capital Partners o como la alemana Fresenius son actualmente instancias que tienen capacidad estratégica sobre la sanidad española: los centros neurálgicos de las decisiones sobre la salud se van alejando geográfica y socialmente de la sociedad española.

En el proceso de la privatización de la sanidad se ha propiciado la corrupción, los pagos aplazados como puertas giratorias a políticos que han favorecido los intereses privados y han actuado con conflicto de interés oculto. Mientras cargos públicos y grupos empresariales se han enriquecido ilícitamente, la sanidad pública ha funcionado con notables sobrecostes, endeudamiento y el empobrecimiento en la calidad de la atención para muchos usuarios.

A través del análisis del caso del Hospital de Villalba podemos resumir:

- En el proceso se ha propiciado la corrupción, los pagos aplazados como puertas giratorias a políticos que han favorecido los intereses privados y han actuado con conflicto de interés oculto.
- Enriquecimiento ilícito de algunos actores públicos y las empresas beneficiarias, mientras que la mayor parte de la ciudadanía se está viendo privada de los derechos sociales básicos.
- Detectamos la generación de deuda ilegítima y otras posibles causas de deuda: deuda ecológica, deuda social.
- Los lobbies sanitarios (Foro CPP, desde 2017 Foro Infraestructuras, Fundación IDIS, Empresas constructoras y la Banca Privada) han conseguido un ascendiente desmedido e inoportuno sobre las decisiones, las estrategias y el patrimonio sanitario público.
- Promover la entrada en el sector sanitario español de fondos de inversión como el británico CVC Capital Partners o como la alemana Fresenius, instancias que adquieren capacidad estratégica sobre la sanidad española.

Por todo ello recomendamos:

**1 → CUESTIONAR LAS POLÍTICAS NEOLIBERALES
Y LAS MEDIDAS DE AUSTRIDAD**

El sector público es el responsable de garantizar ante todo los derechos económicos, sociales, culturales y ambientales (DESCAs) de la ciudadanía y no debería poner por encima de las políticas sociales los intereses de los inversores privados. Se debe garantizar la financiación pública vía los Presupuestos Generales del Estado, a través de una política fiscal progresista que garantice los ingresos necesarios para cubrir las necesidades sociales, económicas, de género y ambientales.

En este sentido, hay que derogar el vigente artículo 135 de la Constitución.

Con la modificación del artículo 135 de la Constitución se prioriza el pago del servicio de la deuda por encima de cualquier otro gasto, incluido el gasto social. La deuda ha sido, y sigue siendo, un mecanismo de dominación de los acreedores sobre los deudores, que ha servido como palanca para imponer un modelo económico centrado en el neoliberalismo. Mediante los llamados planes de austeridad, la deuda provoca el empobrecimiento de las poblaciones, el menoscabo de sus derechos económicos, sociales y culturales y, por ende, el aumento de las desigualdades.

La deuda, como justificación de las políticas de recortes, impedirá dedicar los recursos públicos necesarios al mantenimiento y mejora de los servicios básicos de la ciudadanía y justificará la realización de proyectos de colaboración público-privada.

Paralelamente, se debe tumbar la política de contabilidad europea que limita las finanzas públicas con un conjunto integral de restricciones, en comparación con la laxitud con la que regula las finanzas de corporaciones privadas. En ese sentido, recomendamos reformar el Sistema Europeo de Contabilidad (SEC 2010) para aumentar la capacidad de inversión pública de las administraciones locales, regionales y nacionales en toda Europa, poniendo fin a los estándares que imputan el 100% de la inversión en la contabilidad en la fecha de afectación y aplicar las prácticas de depreciación anual habituales.

2 → **GARANTIZAR POR LOS PODERES PÚBLICOS EL DERECHO A LA SALUD Y A LA ASISTENCIA SANITARIA COMO A UN SERVICIO Y BIEN COMÚN PARA TODA LA POBLACIÓN QUE HABITA EN UN TERRITORIO Y PROHIBIR EL MODELO CPP EN SECTORES CLAVES.**

El derecho a la salud, educación, transporte e infraestructuras, entre otros, son servicios y bienes comunes para toda la población que habita en un territorio. Debe estar blindado en la Constitución como un derecho fundamental y protegido ante de intereses privados.

En ese sentido, hay que derogar la Ley 15/97 sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud. El punto 2 del artículo único de la ley dice textualmente: «La prestación y gestión de los servicios sanitarios y sociosanitarios podrá llevarse a cabo, además de con medios propios, mediante acuerdos, convenios o contratos con personas o entidades públicas o privadas, en los términos previstos en la Ley general de sanidad». Con esta ley se abre la puerta a la privatización de la sanidad pública y, entre otras cosas, la realización de convenios de colaboración público-privada que son una forma más de privatización. Se hace imprescindible la derogación de esta ley.

3 → Estricta regulación, supervisión, control democrático y transparencia mientras se transita hacia un modelo público.

Mientras se camine hacia la prohibición de las CPPs en sectores clave para sostener una vida sana y digna, hay que realizar un conjunto de medidas legales para garantizar la regulación, supervisión, control democrático y transparencia sobre los proyectos CPPs. Existe una urgente necesidad de vertebrar una legislación detallada y efectiva y organismos de supervisión competentes para supervisar y controlar la concesión, ejecución y extinción de las CPPs, para evitar en un primer tiempo los graves casos de CPPs que se están produciendo, y caminar hacia su prohibición.

- La Oficina Independiente de Regulación y Supervisión de la Contratación Pública (**OIReScon**) debería ser dotada de poder real de supervisión y control de proyectos CPP en caso de que sean necesarios, teniendo en cuenta la opinión pública a través de procesos participativos garantizados.
- Se debe hacer una **evaluación multicriterio de los proyectos**. Dado que las CPPs pueden tener impactos económicos, sociales, ambientales y de género, no se pueden evaluar únicamente a través de una valoración económica. Es necesario también tener en cuenta las dimensiones sociales, ambientales y de género, por lo tanto, se necesitan nuevos criterios de evaluación. Un análisis multicriterio donde se tuvieran en cuenta estas dimensiones, permitiría la comparación y evaluación de formas de financiación pública y de CPPs.
- Se deberían **publicar explícita y abiertamente, en la fase de planificación, todos los riesgos** para la deuda pública futura, para poder hacer una evaluación correcta del riesgo antes de que un proyecto comience.
- Transparencia: **Todos los contratos, acuerdos económicos, cláusulas y detalles, por ley, deben ser públicos y de fácil acceso para su escrutinio por parte de la ciudadanía**, disponibles a través del portal de transparencia u otra plataforma gestionada, por ejemplo, por la OIReScon.

4 → NO OCULTAR LOS COSTES REALES DE LAS CPPs

Como las CPPs son una forma costosa de deuda, se deberían adoptar prácticas contables responsables e incluir los costes de las CPPs en las cuentas nacionales, por ejemplo, haciendo públicas las cláusulas de los avales que asume la Administración pública en cada proyecto y que se pueden transformar en deuda pública futura para la ciudadanía. Estos costes se deberían reconocer como deuda pública y, por tanto, formarían parte del análisis de la sostenibilidad de la deuda.

5 → AUDITORÍA OFICIAL Y CIUDADANA DE LAS CPPs

En caso de proyectos fallidos –o con graves impactos financieros, sociales, ambientales y de género–, la autoridad pública debería ser obligada a llevar a cabo una auditoría para valorar el daño causado a las arcas públicas, la ciudadanía o el medioambiente. En caso de violación de los DESCAs por la parte privada, la administración debería tener la obligación de reclamar una compensación a los culpables. En todo caso, si no se efectúa una auditoría oficial, recomendamos llevar a cabo auditorías ciudadanas para valorar la posible deuda ilegítima y plantear su no pago.

6 → PROMOVER FORMAS DE FINANCIACIÓN Y GESTIÓN DE LOS BIENES Y SERVICIOS PÚBLICOS JUSTOS, SOCIAL Y AMBIENTALMENTE SOSTENIBLES.

Las administraciones públicas pueden promover la creación de colaboraciones o concesiones público-público, que son colaboraciones entre un organismo público o una autoridad pública y otro organismo o una organización sin ánimo de lucro de interés general para proporcionar servicios y/o instalaciones, con el objetivo de transferir conocimientos técnicos y experiencia en proyectos. Aunque aún no se han desarrollado suficientemente, estas colaboraciones existen en contraste con las CPPs, porque no buscan una rentabilidad sino la transferencia y complementación de conocimientos y experiencia para llevar a cabo un proyecto. A través de la Ley de contratos del sector público se pueden restringir las CPPs comerciales y/o promover así la colaboración con entidades de la economía social y solidaria (ESS) que tengan como objetivos la sostenibilidad social, ambiental y de género. Alternativas a la gestión público-privada de servicios clave podría ser la gestión público-comunitaria.

7 → PROPONER CONCEPCIONES Y PROTOCOLOS PARA LA GESTIÓN Y DIRECCIÓN DE HOSPITALES Y DE LA SANIDAD PÚBLICA QUE SEAN AVANZADOS Y CAPACES DE RETAR A LAS ESCUELAS DE GESTIÓN DE TIPO CAPITALISTA

Hay que frenar la subordinación del funcionamiento sanitario, hospitalario y de la organización del personal a criterios ajenos a la sanidad y a la deontología y correcta práctica profesional, como la del tipo «NGP» y otras, y en su lugar proponer códigos y prácticas de gestión sanitaria y del personal consistentes en la buena práctica de la salud, correcta vocación a la comunidad de usuarios, que es el titular del derecho a la salud, y en armonía con la deontología profesional.

BOE (2000). *Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social*. Jefatura del Estado, núm. 10, de 12/01/2000. Madrid.

BOE (2017). *Ley 9/2017, de 8 de noviembre, de Contratos del Sector Público*. Jefatura del Estado, núm. 272, de 9 /11/ 2017. Madrid.

Camacho, J., Orueta Díaz, F., Gadea M.E., Ginés, X., Lourés Seoane, M.L (2015): *Madrid: el agotamiento de un modelo urbano y la construcción de nuevas propuestas para una ciudad en transformación*. Quid 16, 5 pp.5-45.

Carroll, W. K. (2009). "Transnationalists and nacional networkers in the global corporate elite". *Global Networks*, 9 (3), 289-314.

CAS Madrid (comp) (2010): *¿Por nuestra salud? La privatización de los servicios sanitarios*. Editorial Traficantes de Sueños. Madrid.

Comisión Europea (2004): *Libro verde. Sobre la colaboración público-privada y el derecho comunitario en materia de contratación pública y concesiones*. Bruselas, 30.4.2004. 327 final.

Comisión Europea (2009). *Movilizar las inversiones públicas y privadas con vistas a la recuperación y el cambio estructural a largo plazo: desarrollo de la colaboración público-privada(CPP)*. COM/2009/0615 final.

Comisión Europea (2011). *Libro verde. sobre la modernización de la política de contratación pública de la UE. Hacia un mercado europeo de la contratación pública más eficiente*. Bruselas, 27.1.2011, 15 final.

Comunidad de Madrid, Consejería de Sanidad (2010): *Contrato de gestión de servicio público en la modalidad de concesión firmado entre la Consejería de Sanidad y Capio Villalba SA*.

<http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3DContrato+Collado+Villalba.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DHospitalColladoVillalba&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352907056902&ssbinary=true>

Comunidad de Madrid, Consejería de Sanidad (2010): *Pliego de Prescripciones Técnicas del Hospital de Villalba*.

<http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3DPPT+Villalba.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DHospitalColladoVillalba&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352905053715&ssbinary=true>

Comunidad de Madrid, Consejería de Sanidad (2010): *Pliego de Cláusulas Administrativas del Hospital de Villalba*.

<http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3DPCAP+Villalba.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DHospitalColladoVillalba&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352905027379&ssbinary=true>

Coordinadora Antiprivatización de la Sanidad Pública de Madrid (CAS Madrid) (2010). *¿Por nuestra salud? La privatización de los servicios sanitarios*. Traficantes de Sueños. Madrid.

Costas, A. (2014): Exceso de capitalismo concesional y rentista. El País, 23/02/2014.

https://elpais.com/economia/2014/02/21/actualidad/1392982265_238560.html

Eurodad (2018): *Historia repetida. Cómo fracasan las Colaboraciones Público-Privadas*. Informe coordinado por Eurodad. Barcelona.

Eurodad, FEMNET, Gender & Development Network (2019): *Can public-private-partnerships deliver gender equality?*. Briefing paper.

Gafo Álvarez, A. (2016): *La participación público-privada en los proyectos de inversión pública*. Tesis doctoral. Universidad de Cantabria.

Glattfelder, James and Battiston, Stefano. (2019). "The Architecture of Power: Patterns of Disruption and Stability in the Global Ownership Network" (January 12, 2019).

Disponible en SSRN: <https://ssrn.com/abstract=3314648>

o: <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3314648>

Gómez Liébana, J.A. (Coord.) (2017): *Se vende Sanidad Pública. Todo lo que deberías saber sobre la privatización, pero nadie quiere contarte*. Los Libros de la Catarata. Madrid.

Hall, D. (2015): *¿Por qué las Colaboraciones Público-Privadas (CPPs) no funcionan? Las numerosas ventajas de la alternativa pública*. Public Services International Research Unit, Universidad de Greenwich, Reino Unido.

Harvey, David. (2004). *El nuevo imperialismo*. Ediciones Akal. Madrid.

Hernando Rydings, M^a (2012): *La Colaboración público-privada. Fórmulas Contractuales*. Madrid: Civitas.

Manifiesto internacional (2017): *Las riesgosas Colaboraciones Público Privadas (CPP) activan las alarmas*. Eurodad (entre otros).

Martínez-Alonso, J.L. (2016): “*La Ley de racionalización y sostenibilidad de la Administración Local y su incidencia en los Sistemas de Bienestar*”. En *Crisis, gobiernos locales y políticas urbanas*. Ciudad y Territorio , XLVIII (188) (201-213).

Observatori del Deute en la Globalització (2013): *El fracaso del Consenso de Washington. La caída de su mejor alumno: Argentina*. Icaria. Barcelona.

Observatori del Deute en la Globalització (2017a): *Mega-infraestructura como mecanismo de endeudamiento. El riesgo de deuda ilegítima, ecológica y de género*. Barcelona.

Observatori del Deute en la Globalització (ODG) (2017b): *Colaboraciones o Concesiones Público-Privadas: el caso de las infraestructuras. Principales motivaciones y críticas después de dos décadas de CPPs*. Barcelona.

Observatori del Deute en la Globalització (ODG) (2018): *Los riesgos de las Concesiones Público Privadas en infraestructuras. El caso de Renace en Guatemala*. Barcelona.

OECD (2012): *Principles of Public Governance of Public-Private Partnerships*. Ed. OECD.

OMM (2007): *Madrid ¿la suma de todos? Globalización, territorio y desigualdad*. Madrid: Traficantes de Sueños.

Plataforma Auditoría Ciudadana de la Deuda ¡No debemos! ¡No pagamos! (PACD) (2013): *¿Por qué no debemos pagar la deuda? Razones y alternativas*. Icaria Editorial SA. Barcelona.

Plataforma Auditoría Ciudadana de la Deuda ¡No debemos! ¡No pagamos! (PACD) (2014): Documento político colaborativo sobre ideas fuerza.

Rubio, M. (2014): *Tu salud, nuestro negocio. ¿Quién gana con el proceso de privatización de la Sanidad pública en España? La densa red de intereses económicos y políticos que amenaza el sistema público de Salud*. Ediciones Akal SA. Madrid.

Simón, Alfonso (2018): Blackstone afianza su cetro como mayor propietario inmobiliario de España. *El País*, 18/09/2018.
https://cincodias.elpais.com/cincodias/2018/09/17/companias/1537208709_558520.html

Tribunal de Cuentas Europeo (2018): *Colaboraciones público-privadas en la UE: Deficiencias generalizadas y beneficios limitados*. Informe especial 09/2018.

Vicente-Dávila, F. (2018): *Repensar la colaboración público-privada en los tiempos de crisis*. Observatorio de Contratación Pública.

Vitali, Stefania; Glattfelder, James, Battiston, Stefano. "The network of global corporate control". En: <http://arxiv.org/abs/1107.5728v2>

World Bank Group. Public Private Partnership Legal Resource Centre. France: PPP Legislation and Regulation.

XSE (2018). *Tenimenergia! Reptes per transiciócap a la sobiraniaenergètica*. Xarxa per la Sobirania Energètica. Barcelona.



ODG

OBSERVATORI DEL DEUTE
EN LA GLOBALITZACIÓ