

Modelos de Gestión Sanitaria de la Comunidad Valenciana.

REVISTA SAÓ NUM. 351
La Sanitat al País Valencià

Pedro Durán, Médico del Servicio de Urgencias del Hospital de la Ribera en Alzira (Valencia), además de responsable del área de concesiones administrativas en el SIMAP-CV (Sindicato de Médicos de Asistencia Pública de la Comunidad Valenciana).

En la última década, la sanidad pública en la Comunidad Valenciana ha asistido a una transformación en su gestión, que bajo la excusa de colaboración público-privada, se ha convertido en una clara **privatización del 30% de la sanidad pública valenciana**. Áreas sanitarias como las de Alzira, Denia, Torrevieja, Manises y Elche-Crevillente ya han sido privatizadas en la gestión completa de sus recursos humanos y materiales a través de una fórmula denominada concesión administrativa, donde un **grupo de empresas, generalmente cajas de ahorros (Bancaixa y CAM) y compañías de seguros**, se asocian de forma temporal para este fin (por facilitar la lectura las llamaremos UTEs).

Estas asociaciones de empresas (UTEs), se unen de forma temporal para dar cobertura a un determinado departamento de salud, recogen bajo su cobertura a toda la población que pertenece a esa área sanitaria y cobran por ello un importe pre-establecido a la Conselleria de Sanitat por garantizar una adecuada asistencia sanitaria (esto supone una vulneración de la ley de la competencia porque no arriesgan nada al tener la clientela asegurada y el pago anticipado). Es decir, cogen del negocio privado lo mejor, aquello que aporta beneficios y lo cobran de antemano. Lo que no resulta rentable no lo hacen y es la Conselleria de Sanidad la que asume gastos que hasta el momento se han mostrado difíciles de controlar. Las UTEs no asumen las prestaciones ambulatorias de Farmacia y Oxigenoterapia, ni son de su cuenta el coste de la Ortopedia ni del Transporte Sanitario ni del dispositivo SAMU.

Además los beneficios pueden ampliarse atendiendo a pacientes de otros departamentos de Salud ya que esos facturan por separado. En concreto captan clientes de entidades privadas y públicas de todo el Estado Español al precio que consideran conveniente. Se constituyen servicios «estrella» quirúrgicos que se ofertan como servicios externos a otras entidades. Además se prima a las especialidades médicas y quirúrgicas rentables económicamente, sobre las que no son rentables y que poseen un coste social añadido. Por ejemplo, el hospital de Alzira carece de UCI infantil y la atención a los pacientes VIH o trasplantes no se realizan en este hospital comarcal. Y tienen la red protectora de la derivación a la red pública tradicional de lo no rentable, a veces por la derivación indirecta realizada por el propio paciente. Actuando, además, de forma monopolística, pues se trata de la única empresa autorizada para proporcionar la asistencia sanitaria de su área de salud.

Aunque lo expuesto llama la atención, lo cierto es que tiene la cobertura normativa de la **Ley 15/1997 de 25 de abril** (BOE, 26 de abril de 1997) sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud, donde deja en manos de la Comunidades Autónomas determinar las peculiaridades del pliego de cláusulas administrativas de las concesiones.

Para el **control de las concesiones administrativas**, es decir, para asegurar que cumplen las premisas fundamentales del Sistema Sanitario Público y de la Ley General de Sanitat se creó la figura del **Comisionado de la Agencia Valenciana de Salud**. Entre sus funciones está, tal como recoge la Resolución 20 de Julio de 2009, valorar la idoneidad de los recursos humanos y materiales para el desempeño de las funciones de aseguramiento sanitario. Porque es la Conselleria de Sanidad la responsable última de la asistencia sanitaria de la población asignada a las concesiones. Pero en la práctica, la figura del Comisionado genera serias dudas cuando es un puesto político y designado por acuerdo entre la aseguradora y las cajas de ahorro, estando estas últimas dominadas por el partido político en el poder, claro defensor de este tipo de gestión. Por ello las cuentas nunca están claras y no existe una verdadera fiscalización de los resultados, aunque se vende que son beneficiosas económicamente y obtienen ganancias, además de unos resultados en calidad asistencial de record. Sin duda, la enorme maquinaria de marketing creada para extender el modelo en esta comunidad y en otras, está permanentemente engrasada.

La gestión privada de recursos públicos en las UTEs realiza **la gestión de personal como en una empresa privada de corte estrictamente «sólo beneficios»**. Los convenios colectivos que marcan las reglas del juego entre empresa y sus trabajadores están recopilados en unos pocos folios que recogen sucintamente el Estatuto de los Trabajadores y que obligan a trabajar más horas (entre 180 y 200 al año) que el resto de la sanidad pública valenciana a cambio de menor retribución fija (entre un 12 y 14% menor). No hay control en la contratación de trabajadores, pues a pesar de utilizar recursos públicos no se contemplan los principios constitucionales de acceso al empleo en condiciones de igualdad, mérito, capacidad y publicidad. Se debe ser políticamente,

ideológicamente y sindicalmente correcto para acceder a un puesto indefinido, además de no padecer merma física ni mental alguna. Los trabajadores no tienen las garantías del sistema público, pues no se asume el coste social del mínimo porcentaje del 5% de personal con minusvalías y siendo instituciones que utilizan dinero público, practican el despido libre.

Las dimensiones de las plantillas de médicos de estos hospitales y de la red de centros de salud en Atención Primaria son inferiores a las de cualquier área sanitaria gestionada directamente por la Conselleria de Sanidad. Se produce una sobrecarga asistencial con altos índices de estrés y *burn-out* de los profesionales con una alta tasa de abandono del puesto de trabajo, pues ello se suma a que las condiciones laborales son peores que en los centros de gestión pública directa (más horas de trabajo y menor retribución). Se utilizan técnicas empresariales no vistas hasta ahora por los médicos de asistencia pública (el despido es libre y las jefaturas funcionan como verdaderos capataces). Además, para mantener el principio de autoridad, como en cualquier empresa privada, se utilizan, a través de asesorías jurídicas impecables técnicamente y, por supuesto, muy bien retribuidas por parte de la empresa (o sea, indirectamente a través de los impuestos de los ciudadanos) todo tipo de caminos legales para impedir cualquier tipo de reivindicación.

En ningún momento, se ha planteado que este tipo de gestión se aplique a los grandes hospitales de referencia que no tienen posibilidades de derivación y que tienen que ser autosuficientes. Se externalizan hospitales secundarios que siempre pueden recurrir a los públicos cuando no saben, pueden o quieren ocuparse de ciertos procesos o pacientes. **Se trata siempre de hospitales comarcales de mediano tamaño que tienen el colchón de los grandes hospitales de referencia** que suplen sus insuficiencias. Incluso se llega a seleccionar procesos, primando los de poco coste y poca duración.

Se ha dejado entrar al capital privado en el mercado de la Sanidad pública. Y se le ha dejado entrar con unas condiciones privilegiadas que rompen los principios esenciales de la economía de mercado. No se respeta el principio de la libre competencia ni el de la oferta y la demanda. Los clientes son fijos y obligatorios (todos los ciudadanos del departamento de salud correspondiente deben acudir al hospital designado). No hay competencia (sólo existe un hospital público al que acudir). No hay impagados (el erario público siempre paga, y a las UTEs, sin demora). Los gastos de difícil gestión los paga directamente el erario público. **Los ciudadanos deben saber que con sus impuestos se está pagando una sanidad pública dónde empresas privadas van a obtener beneficios.** En caso de no tenerlos, las pérdidas se sufragaran vía impuestos. De forma imperceptible quizá estemos caminando hacia unas formas de medicina como la existente en los EEUU, donde la calidad de la asistencia médica depende del nivel de ingresos del ciudadano.

Y encima, como se trata de empresas de seguros las que obtienen las concesiones administrativas, todas se han hecho un reaseguro. Cada empresa de seguros ha cogido sólo un Departamento de salud. La composición

accionarial supone que la empresa de seguros participa en el 51% (con lo cual tiene garantizada la toma de decisiones) y el dinero público participa en el 49% (las Cajas de Ahorro asumen la mitad de las pérdidas, a pesar de que son entidades sin ánimo de lucro). La participación de este dinero público garantiza la viabilidad del sistema, y además repercute negativamente en la sociedad al montarse una infraestructura burocrático-administrativa ideal para proporcionar cargos apetecibles a los afiliados al partido político que gobierna.

Actualmente nos encontramos ante un punto muerto en espera de que la Ley 15/97 sea modificada, ya que recientemente se presentó en el Congreso de los Diputados una proposición de ley por parte de Izquierda Unida y que fue apoyada por el partido gobernante de la nación, el PSOE. Está pendiente de enmiendas y de resultar modificada finalmente en la línea de limitar la privatización de la sanidad pública, pudiera suponer fecha de caducidad a la ya existente en la sanidad de la Comunidad Valenciana y volver a un sistema tradicional de gestión directa de la sanidad pública que ha sido siempre ejemplo y referencia de otros países.