

## **ESTATUTOS DE LAS EMPRESAS PÚBLICAS QUE GESTIONARÁN LOS SERVICIOS SANITARIOS Y PUESTA EN MARCHA DE LOS NUEVOS HOSPITALES**

Jaime Baquero (Miembro de la Coordinadora de Salud Antiglobalización de Madrid)

Los nuevos hospitales de la Comunidad de Madrid se están construyendo como Concesiones de Obra Pública. La Comunidad adjudica a empresas privadas la construcción y explotación de esos hospitales, pagándoles posteriormente un canon o alquiler por su uso durante un período de 30 años (prorrogables), sin cerrar la posibilidad de pagos adicionales a cargo del usuario por determinadas prestaciones (en un comienzo no directamente sanitarias). La propiedad del hospital y la gestión global son privadas, y todos los servicios no sanitarios quedan externalizados, en poder de esas empresas privadas. Los servicios sanitarios quedan en manos de la Comunidad pero su gestión será indirecta, realizándose a través de unas Empresas Públicas creadas al efecto.

En agosto de 2007, el gobierno del PP de la Comunidad aprobó el Reglamento por el que se van a regir las Empresas Públicas creadas en 2006 para gestionar los servicios sanitarios de los nuevos hospitales. El Reglamento dota a estas Empresas Públicas con personalidad jurídica propia, patrimonio propio, administración autónoma económica y financiera, y régimen de actuación de derecho privado (art. 2).

Pero el problema no se ciñe a los nuevos hospitales. La Ley de Acompañamiento de los Presupuestos para 2006 de esta Comunidad, permite que este tipo de gestión indirecta de los servicios sanitarios pueda extenderse al resto de hospitales públicos de la Comunidad en el momento que el gobierno de ésta lo decida.

Entre sus objetivos, estas Empresas persiguen dotarse de “*estructuras organizativas flexibles y competitivas*”, y de “*sistemas más ágiles y eficaces de gestión*” a fin de “*obtener ventajas competitivas*” (art. 5). Si primero se sustituyeron términos como eficacia y control del despilfarro por eficiencia, y posteriormente se colocó ésta como determinante del funcionamiento de los centros y en la definición de las prestaciones del sistema -situando así el coste como valor sanitario prioritario-, en esta nueva pirueta se sitúa la competitividad -que sólo tiene sentido en unas relaciones de mercado y competencia entre hospitales- como elemento central desde el que partirán las decisiones y la organización sanitarias.

De este modo la Consejería de Sanidad de la Comunidad se erige en árbitro de la competencia entre sus centros sanitarios, variando el enfoque público tradicional que persigue la coordinación y complementariedad del conjunto de hospitales y servicios sanitarios. Y está suficientemente demostrado que eliminar estos dos factores duplica las acciones, incrementa los costes inútiles y evitables, y deteriora la calidad de la atención.

Para cumplir sus objetivos, las Empresas Públicas podrán recurrir a “*medios propios y/o ajenos*” (art. 5), abriendo así la puerta a la supresión de medios públicos y la contratación de empresas privadas de servicios y/o de personal. La única razón para buscar medios ajenos radica en el coste de los mismos, y está también suficientemente comprobado por la experiencia, que la política de subcontratación de servicios disminuye su calidad, aumenta los riesgos, dificulta el control y diluye las responsabilidades jurídicas cuando el desastre aparece (como sucedió con el Jack 42).

Respecto al patrimonio (art. 16 y 17), estas Empresas podrán tener bienes y derechos cedidos por la Comunidad o propios, y pueden recibir aportaciones, donaciones y legados privados, lo que facilita el riesgo de influencia privada. Tienen capacidad de poseer y tener patrimonio propio, de comprar, vender, ceder o arrendar bienes y derechos de cualquier clase. Esto supone que con dinero público se pueden comprar bienes a título particular del centro o vender a manos privadas bienes adquiridos con dinero público, lo que contribuye a descapitalizar progresivamente el sistema público.

También tienen capacidad para pedir préstamos y endeudarse con empresas nacionales y extranjeras y para invertir en Bolsa (en el art. 23 se admite que dispongan de una Cartera de Valores). En caso de pérdidas o quiebra (no debe olvidarse que los controles se ejercen a posteriori, cuando el daño está hecho), y ante el riesgo de dejar de dispensar el servicio a la población, las instancias públicas se verían obligadas a intervenir y correr con los gastos -no debe olvidarse que legalmente es la Administración en último término la responsable de la prestación sanitaria-. El negocio está servido, los beneficios que se generen serán a título privado en tanto que las pérdidas serán públicas.

La actividad de las Empresas Públicas se adecuarán a un Contrato-Programa elaborado de conformidad con las directrices de la Consejería de Sanidad, pero éste Contrato se adaptará a las previsiones del Plan Estratégico definido por la Empresa Pública (art. 20). En otras palabras, se adaptará a los intereses de competitividad de la Empresa. Por tanto, no es la empresa la que ciñe sus actividades a los objetivos de salud de la Comunidad, sino la Comunidad la que rebaje éstos a los intereses económicos de la Empresa Pública.

El personal sanitario de estas Empresas podrá ser laboral, estatutario -*“salvo si voluntariamente opta a su integración directa como personal laboral”*-, y funcionario. Su vinculación con la Consejería, como en todas las nuevas formas de gestión, no será directa sino a través de las Empresas Públicas. Las retribuciones del personal dependerán de la naturaleza de su relación y estarán sometidas a las limitaciones del presupuesto asignado a estos centros (art. 32). Las políticas de personal serán definidas por el Consejo de Administración de la Empresa Pública, como en todo tipo de gestión indirecta, que será quien establezca las condiciones laborales. Por el contrario, el personal directivo tendrá *“un contrato de alta dirección”* (art. 31).

Si tenemos en cuenta que en los pliegos de condiciones de las Concesiones Administrativas se establece que las empresas concesionarias cobrarán más si la actividad aumenta, es imaginable las presiones de esas empresas privadas sobre las Empresas Públicas que gestionan la parte sanitaria para que incrementen los índices de actividad. La tendencia que se genera va a favorecer las altas prematuras (los reingresos contabilizan como nueva actividad), y la sobrecarga del personal, incrementando los riesgos para la población.

Para dotar de personal sanitario a los nuevos hospitales no se crea empleo, pretendiendo la Consejería de Sanidad reasignar los efectivos de la Comunidad. Reasignación que en un primer momento adopta la forma de voluntaria -promoviendo que los trabajadores de los centros directamente públicos soliciten una plaza en los nuevos-, para recurrir a una reasignación forzosa -a través de un Plan de Ordenación de Recursos Humanos- si no logra completar las plantillas.

Abrir nuevos hospitales y nuevas camas sin crear más empleo significa disminuir aún más el personal sanitario por cama, aumentando las cargas y ritmos de trabajo por encima de lo aconsejable para la seguridad de los pacientes. Destaca que no se convoquen plazas de médicos radiólogos ni de laboratorio.

No generar nuevas plazas significa trasvasar empleo público, con un mínimo de derechos y vinculado directamente a la Consejería de Sanidad, a unos servicios de gestión privada insertados en unos hospitales de propiedad privada, cuya vinculación con la Consejería será indirecta, y donde salarios y condiciones de trabajo dependerán en buena medida de un Consejo de Administración íntimamente relacionado con los empresarios privados dueños del hospital. La atención a la población y las condiciones laborales en los nuevos hospitales va a empeorar y en los ya existentes también, al ver disminuir sus efectivos.

La reciente muerte de al menos 90 pacientes en hospitales gestionados privadamente en el Reino Unido, provocadas por infecciones relacionadas con la falta de higiene, es el espejo donde debe mirarse la sanidad madrileña si los nuevos hospitales prosperan. Trabajadores sobrecargados y quemados, más ocupados en cumplir los objetivos económicos del dentro que en cuidar a los pacientes. Suciedad, dejadez y abandono, este es el futuro sanitario al que nos acercan gobernantes y gestores en la Comunidad de Madrid.