

Las empresas privadas amenazan con el colapso de los nuevos hospitales madrileños

Ángeles Maestro

El pasado 12 de abril, el presidente de SEOPAN remitió una carta al Consejero de Sanidad de la Comunidad de Madrid en la que solicitaba una entrevista urgente para reclamar el pago de 80 millones de euros adicionales y un aumento del canon anual que se les paga a las empresas concesionarias de los siete nuevos hospitales de gestión privada de Madrid.

Vale la pena tener en cuenta qué es y cuando surge SEOPAN. Es la Asociación de Empresas Constructoras de Ámbito Nacional de España, creada en 1956 para defender los intereses de las corporaciones que construyeron las bases militares para el Ejército de los EE.UU. En la actualidad, es el principal grupo de presión de las grandes empresas constructoras (ACS, FCC, Acciona, Ferrovial, OHL, Sacyr-Vallehermoso, etc), adjudicatarias de dos de cada cinco grandes obras públicas que se ejecutan en el mundo, de la inmensa mayoría de las del Estado español y, para lo que nos ocupa, de las concesiones administrativas para la construcción y gestión de los nuevos hospitales de Madrid.

La larga historia de la privatización de la sanidad en el Estado es también la de la constatación de la coincidencia de intereses entre PP, PSOE y derechas nacionalistas – la Ley 15/97 de Nuevas Formas de Gestión es el paradigma - y de la simbiosis cada vez más escandalosa entre poder político y empresa privada. Son ya innumerables los casos de cargos públicos que pasan a recibir astronómicos ingresos de multinacionales, que agradecen así los servicios prestados y que esperan seguir contando con la labor “facilitadora” del ex político de turno en las administraciones públicas.

Un ejemplo con repercusiones en la sanidad es el nombramiento, en 2008, de Nicolás Redondo Terreros como Consejero de FCC, empresa propietaria del hospital de Arganda, tras abandonar sus cargos en el Partido Socialista de Euskadi. Otro caso indicativo es el del presidente de SEOPAN, David Taguas. El firmante de la carta más arriba citada dirigida al Consejero de Sanidad, pasó directamente, en mayo de 2008, de ser Director de la Oficina Económica del Presidente Zapatero y miembro de la Comisión Delgada para Asuntos Económicos del Gobierno, con categoría de Secretario de Estado, a presidente del lobby más importante de la poderosa patronal de la construcción. Es el mismo que no se cansa de repetir alto y claro que la creación de empleo pasa por aumentar la jornada laboral y disminuir los salarios.

El desastre económico para las arcas públicas inherente al modelo de privatización de la sanidad en general, y en particular al conocido como Iniciativa de Financiación Privada, ocurrido en todos los lugares en los que se ha puesto en marcha y anunciado en repetidas ocasiones por las Plataformas Casmadrid y Matusalén[1], ya llegó. Lo sucedido en Gran Bretaña, Alzira y en las Fundaciones sanitarias gallegas, el fracaso económico y, sobre todo, la disminución abismal de la calidad en la atención sanitaria para asegurar el negocio, se ha producido en Madrid antes de lo previsto.

La amenaza de colapsar los nuevos hospitales es la gran baza de las concesionarias para

obtener un incremento sustancial de ingresos, tanto en concepto de deuda acumulada no satisfecha, 80 millones de euros, como por incrementos anuales de cerca de diez millones de euros, justificados en función de aumentos en las inversiones y en la actividad. El instrumento de chantaje que se ha puesto en sus manos es poderoso: la suspensión de la prestación de un servicio público tan esencial como la sanidad.

EL INMORAL “CONSEGUIDOR”

En la carta de David Taguas aparece, además, como primer elemento de reclamación, ampliamente desarrollado en el Anexo I y sin embargo no cuantificado, el siguiente: “Los efectos provocados por la entrada en vigor del nuevo Plan Contable que provocan una reducción de la rentabilidad del accionista del 11,2% al 7,61%”. Merece la pena detener la atención en este aspecto porque revela, no sólo el expolio de las arcas públicas que produce la privatización, sino el auténtico fraude de ley sobre el que se asientan las Concesiones Administrativas en la sanidad pública.

Dice David Taguas que la aprobación de las nuevas normas del Plan General de Contabilidad, en diciembre de 2010, por transposición de la normativa europea, aplicables a las empresas concesionarias de infraestructuras públicas, supone para las empresas adjudicatarias de los siete hospitales de Madrid pasar de ser consideradas “activo inmovilizado material” a “activo financiero”. Las consecuencias de este cambio son las siguientes:

- * Deben empezar a pagar impuestos desde el año 2 de la Concesión, cuando antes no debían hacerlo hasta el año 17. El incremento del valor de los impuestos a pagar durante todo el periodo de concesión es del 43,6%.

- * Este adelanto en la tributación conlleva una reducción del flujo de caja libre, que es a su vez el indicador en función del cual se calcula la Tasa Interna de Retorno (TIR), es decir, los beneficios del accionista.

- * Los cambios contables pueden derivar en incumplimientos de los contratos suscritos por las empresas con los bancos que podrían llevar a la pérdida de la financiación, el colapso de las Concesiones y “la ejecución de la responsabilidad Patrimonial de la Administración Pública”. Es decir, el pago de la deuda no satisfecha y el reintegro de los hospitales a la sanidad pública.

Estos cambios contables, que tantas desgracias dice Taguas que han ocasionado a sus representados, tienen una base material importante. Son dos condiciones las que han hecho pasar a las empresas concesionarias de los nuevos hospitales de “activo inmovilizado material” a “activo financiero”, con las consecuencias tributarias y contables descritas:

- * La ausencia total de riesgo de demanda por el hecho de tener la “clientela” asegurada en la población que tiene asignado el hospital correspondiente para recibir la asistencia sanitaria pública.

- * El tener el derecho incondicional a recibir un canon de la Administración, independientemente del mayor o menor uso de la infraestructura.

Las Concesiones Administrativas para la prestación de un servicio público cumplen el sueño dorado de cualquier empresario: financiación pública asegurada, sin condiciones, y clientela cautiva. Esto se produce a costa de pervertir la sustancia misma de la figura jurídica de la Concesión que consiste precisamente en que el empresario concesionario asume el riesgo del contrato. De hecho la doctrina jurídica de la UE establece que si tal asunción de riesgos no existe, no puede existir Concesión.

Como puede deducirse, lo que David Taguas plantea en nombre de la patronal de las constructoras es que sea la administración sanitaria la que pague “el lucro cesante” derivado

del cambio de tratamiento tributario y contable aplicable por el hecho de no asumir riesgos. ¿Alguien da más? Eso se llama, no ya “disparar con la pólvora del rey”, sino que el dinero no del rey, sino público, pague también el transporte de los artilleros.

No es fácil que SEOPAN consiga sus objetivos, no por falta de voluntad por parte de la Administración, sino porque no hay dinero en las arcas públicas y no se va a tocar un pelo a quienes lo tienen. No obstante, todo es posible cuando, como ocurre en este caso y en la inmensa mayoría de los contratos públicos que mueven importantes cantidades de dinero, se cuenta con “conseguidores” de la talla de David Taguas que se saben bien los vericuetos de la Administración y las “debilidades” de sus gestores.

Esta reducción de los beneficios previstos, que ni siquiera cuantifican, es la que puede reproducir lo sucedido en Alzira (propiedad de Ribera Salud, principal grupo empresarial de la sanidad) a mayor gloria del capital privado: la vuelta temporal a propiedad pública del hospital para después devolverlo a la misma UTE que lo quebró, incrementando la cantidad pagada “per cápita” por la administración sanitaria.

Lo que reclaman la sensatez y los más elementales intereses públicos, es que vuelva a manos públicas para ser gestionado con la participación de usuarios y trabajadores y con todos los mecanismos de control de la calidad y del gasto que requiere un servicio público, lo que nunca debió ponerse en manos de quienes indefectiblemente – porque es su naturaleza – buscan el beneficio por encima de cualquier otra consideración.

[1] Al respecto, consúltese el Comunicado de las citadas Plataformas en <http://www.casmadrid.org/index.php?idsecc=comunicados&id=69&limit=&titulo=COMUNICADOS>

La sanidad en época de crisis

Financiación antisocial

Carmen San José Pérez

□ Muchas personas se preguntan cómo se ha podido llegar a la actual disparidad en las

partidas de gasto sanitario per cápita entre las distintas CCAA. En el reciente “Informe SOBRE LOS SERVICIOS SANITARIOS DE LAS CCAA” de la FADSP 2008 podemos ver que la diferencia entre Extremadura - la que más gasta, 1.658 euros - y la Comunidad Valenciana, - la que menos, 1.135 euros -, es de 523 euros. Madrid, una de las CCAA con mayor PIB per cápita, se encuentra a la cola en gasto sanitario, con 1.157 euros.

Estas diferencias en la financiación sanitaria derivan básicamente del modelo de financiación estatal impuesto por un gobierno del PP el año 2001 y todavía vigente, que define una fórmula finalista en las transferencias de los impuestos cedidos a las CCAA. Esto es, la cantidad dedicada a la sanidad no va independizada del resto del paquete que recibe cada CCAA, por lo que son éstas últimas las encargadas de dedicar a cada servicio público lo que estimen.

Las medidas destinadas a paliar esta situación han sido meros parches, muy alejadas todas de lo que realmente se debería haber emprendido, una reforma de la normativa de financiación sanitaria. Porque todas las personas que viven en el Estado español tienen el mismo derecho a que se les proporcione una sanidad pública de calidad y, por lo tanto, a las mismas prestaciones sanitarias y esto cada día está menos garantizado..

El papel redistributivo que juegan los servicios públicos y en especial la educación, los servicios sociales o la sanidad es innegable y, sobre todo, en épocas de crisis económica como la que comenzamos a vivir. Sin embargo, de cómo se financian estos servicios y de cómo se organizan dependerá precisamente que se comporten a modo de colchón amortiguador de las desigualdades.

Actualmente, la financiación de la sanidad se realiza a través de los impuestos transferidos, un 33 % del IRPF, un 35 % del IVA, más otros impuestos indirectos como el del tabaco, venta de viviendas, etc. Como se puede deducir en fases de crisis económica, todos ellos, en diferente medida, se pueden ver afectados por la menor recaudación y la disminución de la actividad económica en general, lo que incidiría en menos recursos para los sistemas públicos sanitarios. Se puede anunciar una y otra vez, por parte del gobierno, que las cantidades destinadas a gasto social no se verán mermadas... pero quien determina el presupuesto destinado a sanidad son las CCAA y en esto no existe transparencia, porque el modelo elegido no lo propicia ni interesa a las CCAA.

Por otra parte, la carrera emprendida desde hace años para abrir al mercado los servicios públicos, y en especial el sanitario, porque es el que recibe más presupuestos públicos, ha llevado a algunos servicios de salud a una situación de desmantelamiento importante.

ESPERANZA AGUIRRE: LA OBSESIÓN PRIVATIZADORA

Esta es la situación en la Comunidad de Madrid, donde los sucesivos gobiernos del PP han ido privatizando parcelas del Servicio Madrileño de Salud hasta concluir con un cambio de modelo sanitario. Los iniciales cambios de gestión en los centros sanitarios, conciertos con entidades privadas y externalización de servicios han dado paso a dejar en manos de la iniciativa privada los nuevos hospitales, ambulatorios y en breve los centros de salud.

En esta situación, donde prima el negocio, es imposible una planificación para mejorar las necesidades de salud, porque la inversión en promoción y prevención no es rentable, como tampoco lo es atender a enfermos crónicos y ancianos.

Las reformas de los sistemas sanitarios públicos de las últimas décadas, enfocadas al mercado, han fracasado en aspectos como la mejora en la equidad en el acceso a las prestaciones, o en la eficiencia, como han demostrado numerosos estudios. Sin embargo, a quien únicamente ha beneficiado esta transformación ha sido a las empresas constructoras,

bancos, aseguradoras, fondos de capital riesgo, etc, que están recuperando en un tiempo record las inversiones realizadas en los centros sanitarios.

Tampoco han salido ganando los numerosos trabajadores sanitarios que han visto empeorar sus condiciones labores, con mayores cargas de trabajo, pérdidas del poder adquisitivo y precariedad. Hoy día es uno de los sectores en los que existe mayor frustración y “queme” profesional.

Las administraciones públicas que están propiciando estos negocios no sólo han hipotecado durante varias décadas – en la CM durante 30 años, prorrogables...- los fondos públicos, sino que están poniendo en peores condiciones sanitarias a todas las personas que vivimos en esta comunidad.

Por un lado, porque las nuevas infraestructuras hospitalarias dotadas con menores plantillas de las necesarias, sin servicios centrales como radiología o laboratorios, no pueden atender a la población como lo hacían los antiguos hospitales públicos. Por otro, porque los Centros de Salud van a depender de estos hospitales privados que controlarán las derivaciones de los enfermos, peticiones de pruebas, analíticas, etc. que realicen los profesionales de Atención Primaria.

Por último, porque los grandes hospitales públicos y ambulatorios van a ser reformados según unos “planes funcionales” que responden a las exigencias de las empresas privadas que posteriormente los van a gestionar.

Las verdaderas causas de la epidemia por escherichae coli

De nuevo se ocultan datos sanitarios

▣ **Concepción Cruz** ▣

(Epidemióloga. Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Sevilla)

▣ **E**n este, como en cualquier otro tema, la historia parece repetirse machaconamente. La historia de una epidemia mal detectada y tratada (en cualquier sentido de su acepción) y también se repite la propia historia de las epidemias, en la que los microorganismos van mutando y cambiando de forma más o menos rápida, letal o contagiosa. Son seres vivos que, como todos, se adaptan a las nuevas circunstancias, y en concreto a las nuevas y ventajosas condiciones que las sociedades humanas promueven. ¡Para los microorganismos, claro!

A pesar del desarrollo de la tecnología, hay veces que ésta no se ve acompañada por un verdadero avance de la sociedad y de la ciencia. Ya desde un primer momento se observaba que esta epidemia no ha sido bien estudiada, con rapidez y eficacia, por parte de las administraciones sanitarias alemanas. Sin embargo, cuando no se interviene pronto y analizando todas las posibilidades de transmisión y fuentes de infección, en este caso de la infección por Escherichae Coli, los enfermos se multiplican, el problema se embrolla y las posibilidades de conocer las verdaderas causas de la epidemia se alejan día a día.

Además, en estos ejemplos de incompetencia y falta de autocrítica, es habitual asistir a lo que de hecho ha ocurrido, a “salirse por la tangente”, creando un chivo expiatorio, en este caso los pepinos andaluces (y sin entrar a analizar si de forma interesada o inocente, amén de racista, dado los intereses comerciales y de imagen que tanto cuidan los gobiernos, como ahora hace el alemán). Mientras tanto, se hace gala del “avance tecnológico” en su sentido más mecanicista y estrecho de miras, como es el análisis minucioso del microorganismo patógeno, ahora posible con las sofisticadas técnicas de identificación genética, dando una imagen de que se “descubren” elementos de la epidemia, cuando en realidad solamente muestran de forma descriptiva y precisa cómo es el nuevo microorganismo, la nueva cepa de E.coli. De esta forma se quiere transmitir una falsa sensación de que avanzamos en el conocimiento de la epidemia, cuando en realidad se desconoce prácticamente todo, y especialmente lo más importante, sus causas.

RESISTENTE A LOS ANTIBIÓTICOS HABITUALES

El mayor conocimiento del microorganismo, tras su identificación genética, da lugar a clasificaciones a su vez cada vez más específicas en relación con la composición y características de las nuevas cepas, afirmándose que la nueva variante O104:H4 de la E. coli tiene como peculiaridades clínicas una supuesta mayor virulencia. Supuesta, porque es conocido que las cepas anteriores también han causado graves complicaciones urémico-hemolíticas, mortales en algunos casos, cuando afecta a personas muy mayores o a niños muy pequeños. Otra peculiaridad es que la nueva cepa se hace resistente a los antibióticos habituales y por ello es más difícil de tratar y de curar.

Porque desde que sabemos identificar con más precisión los diferentes microorganismos patógenos, se detectan más fácilmente estos nuevos cambios genéticos, bien para adaptarse a las nuevas condiciones (uso y abuso de antibióticos en animales y humanos), bien como consecuencia de una mayor posibilidad de cambios genéticos adaptativos. En el reciente comunicado emitido por la OMS, confirmando esta nueva cepa, su portavoz reconoce que las cepas de bacterias provenientes tanto de humanos como de animales fácilmente cambian sus genes, similar a lo que ocurre con los virus de animales como el Ébola. En este caso particular también se reconoce que la variante no ha sido resultado de un proceso adaptativo lento sino por cambio brusco o mezcla de cepas de E.coli ya conocidas anteriormente.

La realidad es que el paso de cepas de los animales a los humanos y los cambios en dichos reservorios se está produciendo con mayor intensidad en las últimas décadas, coincidiendo con la expansión de las grandes explotaciones agropecuarias. El reciente caso de la epidemia por la nueva variante de gripe A, que se originó en una de las mayores granjas porcinas del mundo (Granjas Carroll de México, perteneciente al grupo estadounidense Smithfield), es el ejemplo más paradigmático, pero existen otros recientes como la alerta sanitaria provocada por los casos de gripe aviar en humanos (de alta letalidad), debido al “paso” de virus gripales propios de las aves a los humanos.

Por tanto, volvemos al “quid” de la cuestión, que es saber cuáles han sido las verdaderas causas de la aparición y difusión de esta nueva epidemia. Comprender este proceso pasa por investigar suficientemente todas las posibles fuentes de infección. Más que las verduras (en ellas es imposible que mute el germen), deberemos indagar en las carnes (los productos cárnicos de vacuno es la fuente más frecuente de infección por E. Coli enterohemorrágica), en el ganado y en las explotaciones pecuarias de procedencia de dichas carnes, y continuar en todo el largo proceso de la cadena de producción (con su componente humano) y distribución. ¿De verdad que esto se está haciendo así? Y si es así, ¿realmente no se sabe nada de todos estos resultados posibles? ¿O será que otra vez se nos vuelve a ocultar información esencial?

VACAS LOCAS Y POLLOS BELGAS

Debemos recordar que la “avanzada” y “civilizada” Unión Europea ha sido testigo de otros episodios similares relacionados con la salud animal y humana. Después de las “vacas locas” y la “contaminación por dioxina de los pollos belgas” de hace más de una década, han sido continuas las alertas sanitarias por intoxicación de animales y personas. Tenemos reciente el flagrante escándalo de una nueva contaminación por dioxina producida por la empresa alemana Harles & Jentzsch, fabricante de piensos para grandes explotaciones avícolas y porcinas de la región. A lo escandaloso del hecho en sí, se añadió su consciente ocultación, como parece que está ocurriendo ahora, por parte de las autoridades alemanas.

Ya entonces se continuó con las exportaciones de huevos y otros derivados sin garantías de su inocuidad. Y estos son únicamente los ejemplos más significativos de brotes epidémicos que se han originado, debido y potenciado por las prácticas antinaturales de hacinamiento animal, de tratamientos continuados con antibióticos, y de fabricación insana de piensos, que facilitan las mutaciones víricas y bacterianas. Esto se ha producido en el mismo corazón de los principales Estados europeos y, ni que decir tiene, se produce a nivel mundial controlado por las grandes transnacionales del sector. Sin olvidar que a estos peligros de abuso de productos químicos se añade la manipulación genética para la industria de transgénicos: curiosamente, la E. coli es muy utilizada para la fabricación de hormonas transgénicas de crecimiento bovino.

Ahora, igual que antes, subscribimos lo que entonces decíamos con el escándalo de intoxicación por dioxinas en los piensos alemanes: “Existe un denominador común en todos estos problemas señalados, la creciente avaricia por obtener rápidos beneficios es una máxima del capitalismo que está por encima de la salud de las personas. Luchar y denunciar de forma sistemática la base socioeconómica en la que se sustenta este sistema, que solo genera destrucción de la naturaleza y de los seres vivos, debe ir acompañada de las propuestas sociales y ecológicas que desde distintos ámbitos locales y globales emergen de las clases campesinas y oprimidas tanto de los países más empobrecidos como de los países enriquecidos de nuestro entorno”.