

## **Alianzas Público Privadas en sanidad: Una amenaza global**

Abril 2014

### **Las Alianzas Público Privadas en la sanidad: una tendencia global**

#### **Qué es una Alianza Público Privada (APP)**

Las alianzas público privadas son una herramienta de colaboración entre el sector público y el sector privado con el fin de llevar a cabo proyectos, programas o prestación de servicios que tradicionalmente han sido proyectados y suministrados por las administraciones públicas, tales como los relativos a los servicios sociales, abastecimiento de servicios públicos e infraestructuras, entre otros.

.En el sector de la salud se pi

En el sector de la salud se pueden clasificar diversas tipologías:

- ✓ APP para construir infraestructuras
- ✓ APP para la provisión de servicios clínicos
- ✓ APP para la gestión de hospitales
- ✓ APP para la provisión de servicios no asistenciales
- ✓ APP para construir infraestructuras y proveer servicios sanitarios

Desde hace más de dos décadas, el Banco Mundial y otras organizaciones internacionales han culpabilizado a la sanidad pública de los países en desarrollo por no haber logrado mejorar la salud de sus ciudadanos.<sup>i</sup> Por esa razón, han promovido una mayor participación de la atención sanitaria privada como una alternativa viable y preferida. Como resultado las empresas han copado el espacio sanitario en numerosos países del Sur.<sup>ii</sup> En este contexto se ha construido por ejemplo el **hospital Reina Elizabeth II en Lesoto** en 2011. Una APP única en África donde la gestión de todos los servicios recae sobre la empresa.<sup>iii</sup>

Este enfoque también ha tenido un gran auge en los países desarrollados desde la década de los 90. Siendo Reino Unido el pionero en este concepto de alianza público privadas (APP) en el sector sanitario, muchos otros países de la OCDE han seguido sus pasos. Sólo en la primera mitad de 2010 se habían cerrado contratos por 4.000 millones de dólares en este grupo de países ricos.

#### **La privatización de la sanidad en España**

España el segundo país, tras Reino Unido, con uso más intensivo de las APP en el ámbito de la sanidad dentro de la Unión Europea.<sup>iv</sup> Aunque ha sido Valencia la pionera de este tipo de alianzas también se han promovido en otras comunidades autónomas. En la mayor parte de los casos el **hospital de Alzira**<sup>v</sup> ha sido el modelo a seguir y tomado como referencia tanto a nivel nacional como internacional por su particular idiosincrasia.<sup>vi</sup> Desde 1999, año en el que se inauguró este centro, el ritmo de partenariados ha ido en aumento en España. En la Comunidad Valenciana ya hay un millón de habitantes (20% de la población) cuya asistencia sanitaria pública depende de empresas. Cataluña, por su parte, cuenta con el mayor presupuesto sanitario para este tipo de contratación que asciende a los 2.450 millones de euros en 2014.<sup>vii</sup>

El revés a este proceso de privatización se ha dado recientemente en la Comunidad de Madrid donde se ha desactivado el mayor plan de privatización de gestión de la sanidad pública después de que el Tribunal Superior de Justicia de Madrid acordase mantener la suspensión cautelar que pesaba sobre el proceso desde septiembre de 2013.<sup>viii</sup> Este punto de inflexión se ha logrado gracias al movimiento ciudadano y a la presión social en contra de la privatización y ha suscitado que otros puntos de la geografía nacional se empiecen a plantear la reversión de los contratos público privados.<sup>ix</sup>

El potencial para nuevas APP es inmenso. Se calcula que en 2020 el gasto en infraestructura sanitaria para los países de la OCDE y los BRIC (Brasil, Rusia, China e India) incrementará en 397.000 millones de dólares. Y el mercado que excede la infraestructura se estima que estará en más de 7.5 billones de dólares en 2020.<sup>x</sup> Estas golosas proyecciones junto a la recesión global, ávida de fondos privados, provocará que los gobiernos sean más proclives a hacer partenariados con las empresas para superar su déficit presupuestario.

Ante este crecimiento de contratos públicos privados, algunas compañías de asistencia sanitaria privada muy poderosas han hecho valer su creciente influencia en el diseño de las políticas sanitarias internacionales y nacionales (el Fondo Mundial de lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, y la Alianza Mundial para Vacunas e Inmunización son ejemplo de ello).<sup>xi</sup>

A esta tendencia también se han unido las agencias de desarrollo. Así por ejemplo, el Departamento de Desarrollo Internacional (DFID) de Reino Unido ha otorgado \$5 millones al brazo financiero del Banco Mundial (IFC) para apoyar las APP en materia de salud.<sup>xii</sup> Además otros países como Países Bajos, Sudáfrica y Japón están ofreciendo el mismo tipo de apoyo.<sup>xiii</sup>

## Los costes de privatizar la sanidad

De la misma manera que las APP están proliferando por todo el mundo, el tipo de costes de este instrumento se reproducen tanto en los países desarrollados (como España), como en los del Sur (caso de Lesoto). Aunque si bien es verdad que no siempre siguen el mismo patrón hay síntomas comunes que son inherentes a este tipo de partenariados.<sup>xiv</sup> Mayores costes en comparación con servicios públicos de la misma índole, deterioro de la calidad del servicio, un sistema excesivamente complejo y falta de información veraz y contrastable son algunas de estas similitudes.<sup>xv</sup>

### El coste para las arcas públicas:

- El argumento fundamental en defensa de las APP es el ahorro del 25% respecto a la fórmula tradicional de control público.<sup>xvi</sup> Pero los pocos estudios<sup>xvii</sup> que se han hecho comparando estas dos fórmulas apuntan que el gasto medio por habitante es muy similar<sup>xviii</sup> y que en todo caso favorecería a la gestión pública. Mientras que este ahorro no es tan evidente lo que sí que lo es el sobre coste para las arcas públicas.
- La administración paga a la empresa concesionaria una cantidad anual fija y preestablecida por cada uno de los habitantes adscritos al centro hospitalario. En caso de sobrepasarse es el Gobierno quien debe hacerse cargo de este coste. Esto ha supuesto para el Gobierno de Lesoto \$9.5 millones en 2013.<sup>xix</sup> Este es, por otro lado, el sistema a través del cual la compañía se lucra.<sup>xx</sup> Desde 2003 hasta la actualidad los beneficios del hospital de Alzira ascienden a 26 millones de euros.<sup>xxi</sup> Cifra marginal frente a los 273 millones de dólares de ingresos estimados de la empresa en el consorcio africano acumulados en sus tres años de vida.<sup>xxii</sup>
- Para atraer a una empresa, el Gobierno puede utilizar diversas medidas que tienen un coste presupuestario significativo. Por ejemplo, a través de exenciones fiscales o subsidios.<sup>xxiii</sup> Pero además puede detraer importantes sumas de dinero de las arcas públicas, tal y como se demuestra en el caso del hospital de Lesoto cuyos gastos actuales representan el 51% del presupuesto público de sanidad.<sup>xxiv</sup> Este gasto tiene un coste de oportunidad enorme para otras partidas públicas como la educación o la agricultura que en Lesoto se van a reducir en un 7% y 14% respectivamente en 2014.<sup>xxv</sup> Este sobre coste también tiene su réplica en el caso español pues se ha

estimado que por ejemplo, de haberse mantenido público el servicio de resonancia magnética que presta el hospital de Alzira, se hubiera ahorrado un 40%.<sup>xxvi</sup>

#### **El coste para el usuario:**

- Para las patologías más caras,<sup>xxvii</sup> los pacientes son dirigidos a centros públicos como sucede así en el caso del hospital de Alzira. Esto supone un alargamiento innecesario del tratamiento médico ya que el paciente debe ser trasladado.<sup>xxviii</sup> Pero además cuestiona la eficiencia de la provisión privada ya que no garantiza cualquier tipo de tratamiento.
- Para poder superar el déficit presupuestario generado por las APP se ha optado por reducir el número de camas y personal sanitario del sector público, lo que tiene un impacto directo sobre los cuidados del paciente. Esta medida se ha reproducido en los casos de España y Lesoto.<sup>xxix</sup>

#### **El coste para el personal sanitario:**

- El sobrecoste de las APP ha llevado a reducir puestos de trabajo, condiciones de trabajo y salarios. Se estima que el hospital de Alzira tiene un 25% menos de personal que un hospital público equivalente,<sup>xxx</sup> y que los médicos cobran un 45% menos por hora de guardia que en hospitales gestionados por la red pública.<sup>xxxi</sup> Todos estos factores han provocado que dimitan 40 médicos del hospital de Alzira de un total de 400 desde 2007, algo considerado insólito por el Sindicato de Médicos de Asistencia Pública.<sup>xxxii</sup>

#### **El coste para el sistema democrático:**

- Un denominador común tanto en las APP ya en funcionamiento como las que se están planificando es la falta de transparencia. No hay casi información ni evidencia sobre estos proyectos, imposibilitando así el escrutinio público y la rendición de cuentas. Así incluso lo ha señalado la Comisión Europea sobre el hospital de Alzira donde, a pesar de sus 15 años de vida, no hay información clara y disponible para evaluar los resultados económicos y sanitarios de la experiencia.<sup>xxxiii</sup>

#### **La privatización de la sanidad aumenta la inequidad.**

La provisión privada de los servicios sanitarios puede aumentar la inequidad en el acceso porque favorece por naturaleza a los que pueden permitirse pagar un tratamiento.

En 2010, más de 280.000 mujeres murieron al dar a luz en el mundo. Esta cifra equivale a 800 muertes cada día, de las cuales tan sólo cinco se produjeron en países de altos ingresos.<sup>xxxiv</sup> Y en algunos de los países más pobres del mundo (incluidos Bolivia, Burkina Faso, Haití y Mali), la tasa de mortalidad infantil cae mucho más rápidamente entre el 10% más rico de la población que entre el 20% más pobre, lo que subraya cuán desigual puede ser el progreso.<sup>xxxv</sup> Los altos costes producidos por la privatización del sistema de salud en Vietnam significan que los que no pueden pagar están siendo cada vez más excluidos: la automedicación es la forma más barata y más frecuente de asistencia sanitaria entre los más pobres del país.<sup>xxxvi</sup> En el caso de España, la reducción de las prestaciones sanitarias (parte de las cuales iban destinadas a la población más vulnerable<sup>xxxvii</sup>) ha sido la causa, entre otras medidas, del aumento de la desigualdad.

En cambio, se ha demostrado que las políticas de acceso universal en países como Sri Lanka, Malasia y Hong Kong benefician más a los pobres que a los ricos.<sup>xxxviii</sup> De hecho, en 30 estudios de países en desarrollo examinados por el Fondo Monetario Internacional se descubrió que las prestaciones totales del gasto gubernamental en salud redujeron la desigualdad<sup>xxxix</sup>. En Argentina los servicios públicos de salud (y educación) tienen un impacto cuatro veces superior en la reducción de la desigualdad que los impuestos y las ayudas.<sup>xl</sup>

## Posicionamiento de Oxfam Intermon sobre las Alianzas Público Privadas

La privatización de la salud se ha ofrecido como antídoto para resolver los problemas que atraviesan los sistemas de salud públicos en los países en desarrollo y para poder insuflar con fondos las mermadas arcas de los países desarrollados. Pero las evidencias disponibles para cualquier de estos países muestran que hacer funcionar los servicios de salud públicos es la única forma probada de alcanzar la asistencia sanitaria gratuita, universal y equitativa.<sup>xii</sup> Y esta es una fórmula clave para reducir la inequidad tanto dentro de los países como entre ellos.

Los ejemplos del Lesoto y Alzira demuestran que una alianza público privada que basa la gestión completa<sup>xiii</sup> del servicio sanitario en la empresa concesionaria tienen un coste muy elevado. Para las arcas públicas, para los usuarios del hospital y para los propios trabajadores. Pero especial y fundamentalmente para el buen funcionamiento del contrato social entre gobierno y sociedad civil y para la lucha contra la inequidad.

Es importante señalar que hay otras fórmulas de APP que son muy comunes (como la compra de productos médicos por el sector privado) y a las que no nos oponemos. Pero no por ello se puede asumir una mayor eficiencia, efectividad o calidad de la empresa frente al sector público dado que, tal y como se ha expuesto, esta evidencia no existe. Lo que no cabe duda es que aquellos países que han avanzado más para lograr un servicio sanitario universal y equitativo han priorizado el gasto y el servicio público.

El blindaje de los derechos sociales (entre ellos el acceso a un sistema sanitario universal, gratuito y equitativo) es una pieza fundamental para alcanzar una sociedad igualitaria. Y como se ha evidenciado la privatización de la sanidad es la espada de Damocles para conseguirlo, tanto en Lesoto como en España.

---

<sup>i</sup> Save the Children (2004) "Bucking the trends"

[http://www.savethechildren.org.uk/sites/default/files/docs/bucking\\_the\\_trend\\_1.pdf](http://www.savethechildren.org.uk/sites/default/files/docs/bucking_the_trend_1.pdf); Oxfam Internacional (2009) "Optimismo Ciego. Los mitos sobre la asistencia sanitaria privada en países pobres"

<sup>ii</sup> Oxfam Internacional (2009) "Optimismo Ciego. Los mitos sobre la asistencia sanitaria privada en países pobres" <http://www.oxfam.org/sites/www.oxfam.org/files/bp125-blind-optimism-spanish.pdf>

<sup>iii</sup> Oxfam (2014) "A Dangerous Diversion. Will IFC flagship health PPP bankrupt the Lesotho Ministry of Health?"

<sup>iv</sup> En 2010 se contabilizaron 14 proyectos por un valor de \$3.300 millones, a distancia de Reino Unido con \$23.600 millones. John Lister (2012) "Global Health versus Private Profit"

<sup>v</sup> El hospital Alzira es una APP que se basa tanto en la privatización de la construcción de la infraestructura como en la prestación de servicios. Fue creado en 1999 y desde 2003 está gestionada por la Unión Temporal de Empresas (UTE) Ribera Salud, formada por Adeslas -51%, Bancaja y la CAM -45%, ACS-Dragados y Lubasa -un 2% cada una.

<sup>vi</sup> Acerete, Stapleton & Stafford (2012) "Spanish Healthcare Public Private Partnerships: the Alzira model" University of Manchester

<sup>vii</sup> <http://www.abc.es/sociedad/20140312/abci-comunidades-sanidad-publico-privada-201403121851.html>

<sup>viii</sup> Este plan incluía el paso a manos privadas de seis hospitales públicos inaugurados en 2008 ( Infanta Sofía, Infanta Leonor, Infanta Cristina, Del Henares, Del Sureste y del Tajo), afectaba a unos 5.000 trabajadores sanitarios y cambiaba la gestión a 1,2 millones de madrileños.

[http://ccaa.elpais.com/ccaa/2014/01/27/madrid/1390839012\\_137715.html](http://ccaa.elpais.com/ccaa/2014/01/27/madrid/1390839012_137715.html)

<sup>ix</sup> <http://www.20minutos.es/noticia/2042003/0/hospitales-gestion/privada-sanidad/valencia/>

<sup>x</sup> PwC (2011) "Build and Beyond: The (r)evolution of healthcare PPPs"

<http://www.pwc.co.nz/KenticoFiles/a2/a218fd7c-9563-473c-a165-dfd471bb539e.pdf>

<sup>xi</sup> Existe una serie de grandes compañías multinacionales relacionadas con la prestación de servicios sanitarios con una creciente implicación en países pobres. Faros Healthcare Limited gestiona cerca de 7.300 camas en Suráfrica, Botsuana y Zimbabue. Compañías médicas aseguradoras también están

---

expandingo sus portafolios de negocio para incluir suministros o asociaciones con proveedores privados. British United Provident Association (BUPA), por ejemplo, es una especialista en salud y asistencia internacional que proporciona seguros y servicios de asistencia a cerca de cuatro millones de personas, con socios en más de 180 países.

<sup>xii</sup> Ver <http://www.hanshep.org/our-programmes/pilot-health-ppp-advisory-facility>

<sup>xiii</sup> idem

<sup>xiv</sup> Partenariados donde la gestión de los servicios y la construcción de la infraestructura están delegadas a la empresa

<sup>xv</sup> M. McKee, N. Edwards and R. Atun (2006) "Public Private Partnerships for Hospitals" Boletín de la OMS 2006: 84:890–896

<sup>xvi</sup> Ver por ejemplo <http://www.who.int/bulletin/volumes/87/12/09-031209/es/>

<sup>xvii</sup> Blog de Salvador Peiró y Ricard Meneu (2012) <http://www.fedeablogs.net/economia/?p=27263>

<sup>xviii</sup> En los hospitales de gestión pública, el gasto medio por ciudadano se sitúa entre 608 y 707 euros (la horquilla corresponde a los márgenes de confianza). En los centros bajo control de una empresa privada, las cifras van de 672 a 733 euros

<sup>xix</sup> Oxfam (2014) "A Dangerous Diversion. Will IFC flagship health PPP bankrupt the Leshoto Ministry of Health?"

<sup>xx</sup> [http://sociedad.elpais.com/sociedad/2013/01/21/actualidad/1358795220\\_595513.html](http://sociedad.elpais.com/sociedad/2013/01/21/actualidad/1358795220_595513.html)

<sup>xxi</sup> <https://aseguradorassanidad.wordpress.com/tag/hospital-alzira/>

<sup>xxii</sup> Oxfam (2014) "A Dangerous Diversion. Will IFC flagship health PPP bankrupt the Leshoto Ministry of Health?"

<sup>xxiii</sup> En Suráfrica, la deducción fiscal por contribuciones a planes médicos reduce los ingresos fiscales del gobierno considerablemente. En 2001, este subsidio ascendió hasta mil millones de dólares en ingresos perdidos. Extraído de McLeod, H. (2005) 'Mutuality and solidarity in health-care in South Africa'. South African Actuarial Journal 5: 135-67

<sup>xxiv</sup> El gobierno ha aumentado el presupuesto de sanidad en un 64% para los próximos tres años para poder hacer frente a todos los pagos que tiene con la empresa Netcare. Poco de ese aumento va a llegar a otros destinos que no sean la APP ya que el 83% del aumento se destinará a pagar dicho instrumento. Oxfam (2014) "A Dangerous Diversion. Will IFC flagship health PPP bankrupt the Leshoto Ministry of Health?"

<sup>xxv</sup> Idem

<sup>xxvi</sup> [http://ccaa.elpais.com/ccaa/2013/08/01/valencia/1375356463\\_609852.html](http://ccaa.elpais.com/ccaa/2013/08/01/valencia/1375356463_609852.html)

<sup>xxvii</sup> Como radioterapia, quimioterapia o cirugía vascular.

<sup>xxviii</sup> <http://vozpopuli.com/actualidad/38073-el-modelo-alzira-sanitario-ese-coco-que-cumple-15-anos-y-que-se-usa-en-media-espana>

<sup>xxix</sup> idem

<sup>xxx</sup> <http://www.who.int/bulletin/volumes/87/12/09-031209/es/>

<sup>xxxi</sup> [http://elpais.com/diario/2007/02/13/cvalenciana/1171397877\\_850215.html](http://elpais.com/diario/2007/02/13/cvalenciana/1171397877_850215.html)

<sup>xxxii</sup> <http://www.who.int/bulletin/volumes/87/12/09-031209/es/>

<sup>xxxiii</sup> Panel de Expertos sobre Formas Efectivas de Invertir en Salud (EXPH, siglas en inglés) de la Comisión Europea en el informe «Salud y Análisis Económico para una evaluación de los sistemas de colaboración público-privada

<http://www.levante-emv.com/comunitat-valenciana/2014/03/22/comision-europea-cuestiona-rentabilidad-modelo/1092509.html>

<sup>xxxiv</sup> Observatorio Mundial de la Salud, „Maternal mortality”, Organización Mundial de la Salud, [http://www.who.int/gho/maternal\\_health/mortality/maternal\\_mortality\\_text/en/index.html](http://www.who.int/gho/maternal_health/mortality/maternal_mortality_text/en/index.html)

<sup>xxxv</sup> K. Watkins (2013) „Leaving no-one behind: an equity agenda for the post-2015 goals”, Instituto de Desarrollo Exterior (ODI), pág.4, <http://www.odi.org.uk/sites/odi.org.uk/files/odi-assets/publications-opinion-files/8638.pdf>

Cálculos basados en la base de datos de las Encuestas Demográficas y de Salud

(<http://dhsprogram.com/>) realizadas en estos países en dos periodos posteriores a 2003 con el fin de evaluar la reducción de las tasas de mortalidad en niños menores de 5 años en el quintil de la población más rica y el quintil de la más pobre.

<sup>xxxvi</sup> El sistema de salud público de Vietnam, aunque con pocos recursos y mal gestionado, garantizaba prácticamente el acceso universal a los servicios básicos hasta finales de la década de los ochenta. Como resultado, en sólo 40 años, la mortalidad infantil cayó un 90 por ciento y la esperanza de vida

---

casi se duplicó. Las reformas de mercado y el importante crecimiento del sector privado desde entonces han conducido a un aumento desproporcionado de los costes para los pobres. En 2003, un único episodio de hospitalización le costaba a una persona pobre el equivalente a 42 meses de salario, en comparación con los ocho meses de salario que costaba para las personas no pobres. Esta diferencia en el coste relativo entre ricos y pobres por el mismo servicio es casi el doble que la que había en 1993. En Huong, D., Phuong, N. et al., (2007) 'Rural health care in Vietnam and China: conflict between market reforms and social need', *International Journal of Health Services* 37(3).

<sup>xxxvii</sup> Las medidas incluyen aumento del copago farmacéutico, supresión de la atención gratuita a personas inmigrantes en situación irregular, y otras medidas de supresión de servicios etiquetados como "no prioritarios". Oxfam Intermon (2013) "Crisis, desigualdad y pobreza).

[http://www.oxfamintermon.org/sites/default/files/documentos/files/Informe\\_IO\\_Crisis\\_desigualdad\\_y\\_pobreza\\_300113.pdf](http://www.oxfamintermon.org/sites/default/files/documentos/files/Informe_IO_Crisis_desigualdad_y_pobreza_300113.pdf)

<sup>xxxviii</sup> Rannan-Eliya, R. y Somantnan, A. (2005) 'Access of the Very Poor to Health Services in Asia: Evidence on the role of health systems from Equitap'. Reino Unido: DFID Health Systems Resource Centre

<sup>xxxix</sup> Chu, K., Davoodi, H., y Gupta, S. (2000) "Income Distribution and Tax and Government Social Spending Policies in Developing Countries". Documento de trabajo del FMI (WP/00/62).

<sup>xl</sup> Oxfam (2014) "Gobernar para la mayoría. Servicios Públicos contra la desigualdad."

<sup>xli</sup> La acción comprometida de gobiernos para organizar y suministrar servicios sanitarios fue la causa del reducción de entre el 40 y 70% de las muertes de niños en sólo 10 años en Botsuana, Mauricio, Sri Lanka, Corea del Sur, Malasia, Barbados, Costa Rica, Cuba y en el estado indio de Kerala. Oxfam Internacional (2009) "Optimismo Ciego. Los mitos sobre la asistencia sanitaria privada en países pobres" <http://www.oxfam.org/sites/www.oxfam.org/files/bp125-blind-optimism-spanish.pdf>

<sup>xlii</sup> Incluyendo construcción de la infraestructura y provisión de los servicios