

SIMAP CUESTIONA EL BORRADOR DEL INFORME DEL SINDIC DE COMPTES. CONSIDERA PERJUDICIAL EL MODELO ALZIRA, DEFENDIDO POR RIBERA SALUD, YA QUE REPRESENTA LA “DESLOCALIZACIÓN” DE LA SANIDAD PÚBLICA VALENCIANA.

Las diferencias normativas que regulan la gestión pública y la privada hacen que los modelos de gestión sean tan diferentes que no permite comparaciones globales ni tampoco las extrapolaciones como resultado de eficiencia.

Como consecuencia, el borrador del informe de la Sindicatura de Comptes sobre costes y eficiencia del departamento de Manises no puede ser la base de la comparación entre ambos sistemas de gestión y sus conclusiones no soportarían el más mínimo análisis de los profesionales de la materia.

El modelo Alzira busca el rendimiento económico al menor coste, como hacen las empresas que optan por la deslocalización de su producción, pero esas premisas no sirven para gestionar la sanidad pública, ya que el ahorro en recursos humanos y las estrategias para el incremento de las ganancias actúan negativamente sobre los trabajadores y sobre la calidad de la asistencia sanitaria a los ciudadanos.

Salvo si se confrontan partidas idénticas como se realiza en el estudio SIMAP de sobrecostes del modelo Alzira, la comparación de los departamentos de salud gestionados en régimen de concesión administrativa con los departamentos de gestión pública directa, es errónea por realizar un análisis entre dos modelos sustancialmente diferentes, en términos de eficiencia y economía de asignación de recursos. Este es el defecto básico que subyace en el borrador del informe de la Sindicatura de Comptes, filtrado a la prensa.

- **Diferencias de peso en la masa salarial.**

Múltiples motivos definen la diferencia entre ambos modelos, como el peso de la **masa salarial** en comparación con los Departamentos de Gestión Directa. La

plantilla laboral propia de las concesiones es sustancialmente más joven y además presenta una mayor tasa de reposición de contratos, amén de unas tablas retributivas más reducidas por categoría laboral lo que comporta, obviamente, menor carga salarial para la concesión (complementos de antigüedad, carga SS, etc.).

La jornada laboral obligatoria de los trabajadores en las concesiones es también superior al menos en un 11 % anual respecto a los departamentos de gestión pública. Los trabajadores **públicos** tienen un número significativamente **mayor de días de descanso** respecto al personal de las concesiones. El **número de trabajadores es más bajo en los departamentos del Modelo Alzira** que tienen 7,63 trabajadores por cada mil habitantes, cifra que en los públicos es de 9,69 profesionales, lo que supone un 21% menor según ha podido constatar el SIMAP a través de la Memoria de Gestión 2015 de la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública.

- **Diferente régimen laboral y retributivo.**

El diferente régimen laboral y retributivo permite que la empresa concesionaria aplique un fuerte componente de **incentivos a la producción (trabajo a destajo) que no existe, ni debe existir, en la sanidad pública**. La eficiencia de este tipo de pago por desempeño en sanidad está cuestionada en numerosos estudios de actualidad en gestión sanitaria.

La diferencia entre el salario del personal estatutario y el personal laboral de las concesiones es bastante significativa. Esta **diferencia salarial** en los **médicos especialistas** supone, un **porcentaje del 15-20 %**, que en las concesiones viene condicionado a la **consecución de objetivos**. Estos objetivos marcados por la empresa son, en su mayoría, **mercantilistas**. En primer lugar, se requiere un balance económico positivo de la empresa y no priorizan objetivos asistenciales. **Este salario en forma de "incentivos" disminuye o desaparece si la empresa prevé pérdidas** y cuando se perciben sufren una gran dilación en el tiempo. La mayor flexibilidad en términos de incentivos supone una reducción de los costes laborales fijos a expensas del incremento de los variables que influye en el balance contable. En el caso de los departamentos de salud de gestión directa, les es de aplicación el régimen estatutario, normativa más garantista para el trabajador en relación a los derechos laborales y retributivos, por lo que el salario a percibir no está sujeto a esta variabilidad.

- **Diferente régimen jurídico para la contratación y adquisición de bienes y servicios.**

Existe un diferente régimen jurídico para la contratación y adquisición de bienes y servicios entre las concesiones y las administraciones públicas. Las concesiones sanitarias no están sometidas a la disciplina de la Ley de Contratos Públicos y sistemas de control que afectan a los departamentos de gestión directa. Esta rigidez es necesaria para garantizar una gestión transparente y eficaz a los ciudadanos. Sin embargo, además de la dejación durante años en la obligación de la administración en el seguimiento de la actividad de las concesiones, las adaptaciones normativas del Plan General de Contabilidad, que afecta a las empresas concesionarias, han incorporado serias dificultades de seguimiento y control de las actuaciones de gasto por parte del regulador (Conselleria de Sanidad).

Se ha dificultado o imposibilitado el adecuado control por parte de la Conselleria de Sanidad por algunas prácticas de las empresas concesionarias en cuanto a subcontratación de determinado servicio o aprovisionamiento mediante centrales de compras. En este sentido, podría darse el caso de desvío de beneficios a otras empresas (que pueden ser del mismo grupo empresarial) mediante el pago de comisiones u otras formas de alteración de precios, que llevarían a una modificación de los resultados declarados por las empresas concesionarias, modificando con ello la rentabilidad obtenida. Es conocida la existencia de la empresa B2B, propiedad de Ribera Salud, que está siendo investigada por el juzgado de instrucción número 4 de Valencia. También está acreditado el caso de externalización de servicios esenciales como el laboratorio, hematología, microbiología y anatomía patológica en el hospital de Denia que suponen un incumplimiento de contrato, ya que se han realizado sin autorización de la Conselleria y sin estudio previo que lo justificara.

- **Diferente oferta de servicios básicos (camas, especialidades)**

Existe también diferencias en la oferta de servicios básicos para la población asignada, como sería el número de camas hospitalarias. De la Memoria de Gestión 2015 de la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública se deduce que los departamentos del Modelo Alzira tienen 1,42 camas por cada mil habitantes, cifra que es muchos más baja que la de los hospitales comarcales públicos que tienen una media de 1,77 camas. Es decir, los hospitales **modelo Alzira tienen un número de camas 20 % inferior que los comarcales públicos**. Aunque el indicador de camas por habitante hoy en día está modulado por la presencia de servicios como la cirugía sin ingreso, la UHD (unidad de hospitalización domiciliaria) u otros factores, un 20%

inferior es significativo y explica los colapsos reiterativos de los Servicios de Urgencia hospitalarios.

Por otro lado, las concesiones prácticamente no utilizan los hospitales públicos de media y larga estancia, prefiriendo remitir a pacientes que requieren cuidados crónicos a centros privados y residencias de ancianos, con las diferencias asistenciales que este hecho conlleva, por una cuestión de ahorro de costes.

Un último dato destacable es que las concesiones de Modelo Alzira, a pesar de contar con menos camas y menos trabajadores, **tienen una media de 67 especialidades, similar a la de los hospitales generales públicos**, y muy por encima de las 50 especialidades de los comarcales públicos. Los departamentos de salud del **Modelo Alzira cuentan con un 34% más de especialidades que los comarcales públicos**, a pesar de contar con menos recursos humanos y de camas de hospitalización. Esta situación, que en principio podría interpretarse como algo positivo, no es así de forma general, ya que **el motivo de la superespecialización es fundamentalmente económico**, con el objetivo de evitar la derivación de los enfermos a la sanidad pública y también para la captación de pacientes de fuera del área asignada. De esta forma, se soslaya tener que pagar a la Conselleria por esta atención especializada y se añade ingresos a la cápita por la atracción de nuevos clientes.

El Modelo Alzira ofrece más especialidades a partir de plantillas más escasas sustrayendo recursos a las actividades propias de un hospital comarcal y no garantizando, en muchos casos, la correcta atención especializada y el seguimiento necesario de los pacientes. Se han dado casos en los que los hospitales del modelo Alzira han ampliado y ofertado a la población especialidades sin la necesaria dotación para garantizar la correcta asistencia sanitaria y la Conselleria ha tenido que intervenir denegando la autorización de dichas especialidades, por ejemplo, cirugía cardíaca y neurocirugía en el hospital de Marina Salud, que se habían instaurado también sin autorización de la Conselleria de Sanitat.

Estos hechos pueden conducir a que el sistema de concesiones desatienda el ámbito de atención primaria con menor dotación de médicos y dificulta el acceso a la atención especializada de la población protegida con la implantación de un "protocolo de rechazos" ante las consultas realizadas por los médicos de atención primaria, en muchos casos más allá de lo admisible, que no se aplica cuando el paciente que solicita consulta de especializada es de fuera del área, al que le basta con pedir cita telefónica. De nuevo, se puede constatar la perversión del sistema que busca el rendimiento económico.

La captación de clientes externos a los del área protegida exige al modelo Alzira una gran inversión en *marketing* y publicidad, para la obtención de ingresos más allá

de la cápita asignada por cada ciudadano de su departamento, hagan o no uso del sistema sanitario.

- **Conclusiones**

Desde el SIMAP insistimos en que la revisión de la literatura científica sobre economía y gestión sanitaria, nacional y extranjera, llega a la conclusión de que no pueden encontrarse evidencias empíricas que permitan identificar con rigor científico-técnico las ventajas e inconvenientes de las diferentes formas de gestión. Por este motivo, nuestro estudio económico de sobrecostes del modelo Alzira que demostraba ventajas a favor de la gestión directa se realizó en partidas circunscritas y comparables. Por ello, y de forma general, podemos afirmar que, si el informe definitivo del Sindic de Comptes, relativo únicamente al Departamento de Manises, incluye comparaciones en relación a la eficiencia y costes con los departamentos de gestión pública directa, deberíamos afirmar que ha errado en la base de su elaboración, por intentar contrastar dos modelos de gestión incomparables por la diferente naturaleza de los mismos.

Si añadimos que las encuestas de satisfacción que aparecen en el informe no han seguido un procedimiento independiente, y han sido realizadas por las empresas sin ningún tipo de supervisión; si el propio borrador del informe de la Sindicatura de Comptes afirma que no hay control adecuado; si las comisiones de seguimiento son inútiles y no se cumplen los cometidos asignados; si reconoce la falta de tutela efectiva en materia de inversiones y, finalmente, si confirma la falta de auditorías integrales, además de cuestionar el contrato inicial y su ampliación, se infiere de todos estos hechos que no hay forma de argumentar a favor de la gestión privada y que es palmaria la falta de transparencia en la gestión del modelo Alzira durante estos años.

En conclusión, los modelos de gestión de la sanidad pública y en régimen de concesión administrativa no pueden ser comparables de forma global con criterios económicos ya que tienen importantes diferencias en su estructura nuclear, fundamentalmente en el régimen normativo en los que asientan.

Si los defensores del modelo Alzira quieren hablar de eficiencia, habría que recordarles que la eficiencia es la capacidad para realizar o cumplir adecuadamente una función, y que lo que este modelo podría esgrimir como "ahorro" de la gestión privada respecto a la pública se basa, principalmente, en la menor inversión en recursos humanos: menos trabajadores y de menor edad, más jornada laboral, menos derechos laborales, menos retribuciones con un porcentaje significativo vinculado a la concesión de incentivos y políticas de contrataciones por obra y servicio que no tienen cabida en las administraciones públicas.

Se podría expresar que las concesiones son una **deslocalización funcional de la sanidad pública**, ya que siguen las mismas premisas de una empresa que decide trasladar su producción a otro país donde pueda aplicar a sus trabajadores unas condiciones laborales más ventajosas para el incremento de sus beneficios. Porque toda actuación que realicen, lícita o no, va a ir encaminada a aumentar sus beneficios que serán para sus accionistas y no se invertirán para mejorar la asistencia de los ciudadanos. En este modelo de gestión, el objetivo de menor coste no incrementa la eficiencia, sino que es sinónimo de explotación laboral.

Si a todo esto le sumamos el oscurantismo y la falta de control que han tenido las concesiones por parte de la administración pública en todos estos años, que se ha comportado como el cómplice necesario para garantizar estos beneficios apoyando a las concesiones y desmontando a los departamentos limítrofes de gestión pública, y los temas por los que están siendo investigados, se llega fácilmente a la conclusión de que ni a los ciudadanos ni a los trabajadores nos interesa el modelo Alzira para nuestra sanidad pública.

No queremos empresas "deslocalizadas funcionales" que hagan negocio con nuestra sanidad pública y que obtengan beneficios a expensas del menoscabo de sus trabajadores, sin garantías para la salud de la ciudadanía que tienen encomendada y con una gestión de los recursos públicos basada en fórmulas que escapan a su control y de las que vamos teniendo noticias graves de presuntas irregularidades que están en vía de investigación judicial.

En definitiva, el modelo Alzira no puede funcionar por su propia genética. Las cuentas no salen, salvo que se adopte una situación de monopolio. La sanidad es muy cara y la aplicación de un modelo a departamentos sin una carga poblacional elevada hace que el modelo capitativo no cumpla con la economía de escalas y no obtenga una rentabilidad económica. Hay que buscar beneficio, y así no se logra. Por ello, el foco se dirige a los trabajadores y a la asistencia prestada.

Por lo tanto, a los que proclaman que la reversión de las concesiones administrativas es una decisión política y no económica, tal y como vienen insistiendo aquellos que defienden el modelo Alzira, les decimos que tienen razón. Es una decisión política, pero con mayúsculas y en el mejor de los sentidos de este término, porque lo que busca es el interés general de todos los ciudadanos y acabar con un sistema perverso que parasita nuestra sanidad pública. El camino de la reversión ha comenzado por su paradigma, el departamento de la Ribera, y no tiene vuelta atrás. Deben asumirlo, es un derecho de los ciudadanos y un deber de la administración.

DATOS DE CONTACTO:

Concha Ferrer

Presidenta del SIMAP

Teléfono:601156563

info@simap.es

	Retribución concesión*	Retribución Consellería	% Inferior
Médico especialista	26.783,90	43.896,86	-38,98
Enfermero	23.284,09	25.579,74	-8,97
Auxiliar Sanitario	17.181,28	17.911,32	-4,08

El análisis no deja lugar a dudas como se puede apreciar en las tablas adjuntas.

PUBLICICO	HABITANTES	CAMAS	TRAB	C/1000 H	T/1000 H	Especialidad
Xàtiva-Ontenient	198.287	327	1.753	1,65	8,84	41
Alcoy	137.410	287	1.519	2,09	11,05	53
Orihuela	166.173	336	1.594	2,02	9,59	48
Gandia	180.255	315	1.652	1,75	9,16	51
Sagunto	151.135	252	1.577	1,67	10,43	46
Elda	190.607	414	2.020	2,17	10,60	57
Sant Joan	219.448	390	2.011	1,78	9,16	63
Requena	53.049	113	722	2,13	13,61	42
Villajoyosa	185.068	270	1.641	1,46	8,87	53
Vinaroz	93.087	152	996	1,63	10,70	48

La Plana	187.634	258	1.587	1,38	8,46	49
MEDIA +/- SD				1,77	9,69	50,1 +/- 6,4

MODELO ALZIRA	HABITANTES	CAMAS	TRAB	C/1000 H	T/1000 H	Especialidad
La Ribera	259.537	301	2.102	1,16	8,10	73
Manises	203.429	354	1.595	1,74	7,84	67
Torreveija	190.878	277	1.264	1,45	6,62	67
Denia	168.503	*221	1.299	1,31	7,71	68
Elche- Crevillente	152.462	230	1177	1,51	7,72	60
MEDIA +/- SD				1,42	7,63	67 +/- 4,6

NB * Dato corregido a partir de las memoria de Marina Salud.