



# COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN SOBRE LOS REPETIDOS SOBRECOSTES, EL ESTADO ACTUAL DE SU INFRAESTRUCTURA, LAS MODIFICACIONES DE LAS ADJUDICACIONES Y EL PRESUPUESTO FINAL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BURGOS

**PRESIDENCIA**  
**DON SALVADOR CRUZ GARCÍA**

Sesión celebrada el día 22 de febrero de 2018, en Valladolid

---

## ORDEN DEL DÍA

1. Comparecencia de D. Marciano Sánchez Bayle, Presidente de la Asociación para la defensa de la Sanidad Pública, para informar a la Comisión sobre los siguientes extremos:
  - Los modelos de colaboración público-privada en el ámbito de la gestión sanitaria. Evaluación y comparativa con otros modelos.

## SUMARIO

	<u>Páginas</u>
Se inicia la sesión a las dieciséis horas cinco minutos.	19783
<b>Primer punto del orden del día. Comparecencia.</b>	
El presidente, Sr. Cruz García, abre la sesión y da lectura al primer punto del orden del día.	19783



	<u>Páginas</u>
Intervención del Sr. Sánchez Bayle, presidente de la Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública, para informar a la Comisión.	19783
El presidente, Sr. Cruz García, abre un turno para la formulación de preguntas y observaciones por parte de los portavoces de los grupos parlamentarios.	19788
En turno de portavoces, interviene el procurador Sr. Sarrión Andaluz (Grupo Mixto).	19788
Intervención del Sr. Sánchez Bayle, presidente de la Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública, para responder a las cuestiones planteadas.	19791
En turno de réplica, interviene el procurador Sr. Sarrión Andaluz (Grupo Mixto).	19795
En turno de dúplica, interviene el Sr. Sánchez Bayle, presidente de la Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública.	19796
En un último turno, interviene el procurador Sr. Sarrión Andaluz (Grupo Mixto).	19798
Intervención del Sr. Sánchez Bayle, presidente de la Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública, para dar respuesta a la intervención final del procurador.	19798
En turno de portavoces, interviene el procurador Sr. Mitadiel Martínez (Grupo Ciudadanos).	19799
Intervención del Sr. Sánchez Bayle, presidente de la Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública, para responder a las cuestiones planteadas.	19801
En turno de réplica, interviene el procurador Sr. Mitadiel Martínez (Grupo Ciudadanos).	19804
En turno de dúplica, interviene el Sr. Sánchez Bayle, presidente de la Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública.	19805
En un último turno, interviene el procurador Sr. Mitadiel Martínez (Grupo Ciudadanos).	19806
En turno de portavoces, interviene la procuradora Sra. Domínguez Arroyo (Grupo Podemos CyL).	19806
Intervención del Sr. Sánchez Bayle, presidente de la Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública, para responder a las cuestiones planteadas.	19808
En turno de réplica, interviene la procuradora Sra. Domínguez Arroyo (Grupo Podemos CyL).	19810
En turno de dúplica, interviene el Sr. Sánchez Bayle, presidente de la Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública.	19811
En turno de portavoces, interviene la procuradora Sra. Martín Juárez (Grupo Socialista).	19812



	<u>Páginas</u>
Intervención del Sr. Sánchez Bayle, presidente de la Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública, para responder a las cuestiones planteadas.	19814
En turno de réplica, interviene la procuradora Sra. Martín Juárez (Grupo Socialista).	19815
El turno de dúplica del Sr. Sánchez Bayle, presidente de la Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública, no quedó registrado en la grabación.	19816
En turno de portavoces, interviene el procurador Sr. Ibáñez Hernando (Grupo Popular).	19816
Intervención del Sr. Sánchez Bayle, presidente de la Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública, para responder a las cuestiones planteadas.	19818
En turno de réplica, interviene el procurador Sr. Ibáñez Hernando (Grupo Popular).	19821
En turno de dúplica, interviene el Sr. Sánchez Bayle, presidente de la Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública.	19822
En un último turno, interviene el Sr. Sánchez Bayle, presidente de la Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública.	19823
El presidente, Sr. Cruz García, levanta la sesión.	19823
Se levanta la sesión a las dieciocho horas veinte minutos.	19823



*[Se inicia la sesión a las dieciséis horas cinco minutos].*

## Comparecencia

### EL PRESIDENTE (SEÑOR CRUZ GARCÍA):

Pues empezamos, si os parece. Buenas tardes. Primer punto del orden del día: comparecencia... Se abre la sesión. **Comparecencia de don Marciano Sánchez Bayle, presidente de la Asociación para la defensa de la Sanidad Pública, para informar a la Comisión sobre los siguientes extremos: los modelos de colaboración público-privada en el ámbito de la gestión sanitaria. Evaluación y comparativa con otros modelos.**

Doy la bienvenida a don Marciano Sánchez a esta Comisión de Investigación. Le cedo la palabra para un turno de intervención máximo... una primera intervención de diez minutos, con la... en la confianza que las aportaciones que nos pueda realizar serán de sumo interés para los integrantes de la Comisión de Investigación. Nada más y muchas gracias. Tiene la palabra don Marciano Sánchez.

### EL PRESIDENTE DE LA ASOCIACIÓN PARA LA DEFENSA DE LA SANIDAD PÚBLICA (SEÑOR SÁNCHEZ BAYLE):

Bueno, pues, en primer lugar, buenos días a todas y todos, ¿verdad? En primer lugar, agradecer a la Comisión de las Cortes de Castilla y León su invitación para estar aquí con todas y todos ustedes. Y, luego, señalarles que he visto algunas de las comparecencias anteriores, que abundaban en los aspectos generales de las contradicciones existentes entre el mercado, la provisión y gestión privada y la garantía de un derecho básico, como es el de la protección a la salud. Por lo que no voy a incidir más en el tema y voy a centrarme en la experiencia que existe sobre las denominadas colaboraciones público-privadas en nuestro país. Y esto con algunas limitaciones importantes, porque si, en general, la Administración sanitaria peca de escasa transparencia, en este tema la opacidad es casi total y las cosas se conocen porque ha pasado tiempo y porque se ha puesto mucho empeño en averiguar los datos.

En España se han desarrollado dos modelos de colaboración público-privada en los centros sanitarios: la denominada iniciativa de financiación privada, o PFI (por sus siglas en inglés), caso del Hospital de Burgos, que ya tenía un amplio recorrido en el Reino Unido; y las denominadas concesiones administrativas, también conocidas como modelo Alzira, por ser este el primer centro donde se implantaron.

Cuando se inicia los hospitales PFI en nuestro hospital... en nuestro país -perdón- ya existía amplia experiencia en otros países, y se había publicado en dos mil seis, en el Boletín de la Organización Mundial de la Salud, un artículo que señalaba que el modelo tenía muchos e importantes problemas y que la única ventaja conocida era que las construcciones se realizaban en el plazo señalado. En España, esta supuesta ventaja no se produjo de manera generalizada, llegando al extremo de un hospital que se abrió cuatro años... con cuatro años de retraso.

De los datos de la experiencia en nuestro país pueden extraerse los siguientes problemas para estos modelos de colaboración público-privada:



Uno. Incremento de los costes. Se ha constatado un notable aumento de los costes de estos centros. Por ejemplo, en el caso de los siete hospitales PFI de Madrid, con un coste de construcción de 701 millones de euros en el año dos mil once, las empresas concesionarias habían recibido 761,3 millones, de acuerdo con el contrato inicial, quedando pendientes 4.284 millones de euros más. Pero, es más, se descubrió, gracias a un informe del Tribunal de Cuentas, que en dos mil diez se les habían concedido 80 millones de euros sobre el contrato inicial y aprobado además un aumento de 9,1 millones de euros del canon. No es pues de extrañar que en dos mil diez el coste cama anual de estos hospitales PFI fuera de 434.868 euros, frente a 277.235 euros de los centros de gestión tradicional. Lo mismo puede decirse del Hospital de Burgos, cuyo sobrecoste inicial se ha disparado aún más con las sucesivas modificaciones, y del Hospital de Vigo, que ha pasado de un presupuesto de 331,7 millones de euros en su construcción por el modelo tradicional a un contrato de 1.566,4 millones de euros.

Por otro lado, en varios casos se ha demostrado que la inversión inicial que supuestamente realizan las empresas adjudicatarias no es tal, ya que recurren a créditos públicos de la banca europea de inversiones, avalados por los correspondientes Gobiernos de las Comunidades Autónomas, por lo que su aportación y riesgo de las empresas privadas es cero.

Otro hecho constatado, en el caso de Madrid, es que la parte pública de los hospitales PFI asumen costes que por contrato pertenecen a las concesionarias. Así se ha evidenciado en el Hospital de Majadahonda, donde el personal de mantenimiento, durante años, fue pagado por el servicio regional madrileño de salud, y en el Hospital de Vallecas, donde la jardinería y el personal administrativo eran de este servicio madrileño, a pesar de corresponder a las concesionarias, que, sin embargo, no pagaban ni recibían ningún recorte en el canon. En Alzira, el Hospital de Alzira, de Valencia, recientemente, la Consejería ha reclamado a la concesionaria 102 millones de euros correspondientes a salarios del personal estatutario, que durante tres años habían trabajado gratis para Ribera Salud.

Dos. Hipotecan la política sanitaria. Y lo hacen porque se trata de contratos a muy largo plazo, que impiden la necesaria flexibilidad y capacidad de adaptación que debe tener el servicio sanitario a las necesidades de la población. Y también porque los contratos garantizan actualizaciones automáticas de las cantidades a percibir, ligadas al IPC, al Euribor, etcétera, según cada caso concreto, que no tienen relación con la evolución de los presupuestos sanitarios públicos. Recuérdese que durante la crisis los recortes de los Presupuestos de las Comunidades Autónomas fueron de promedio el 20 %, lo que ha agravado los recortes de los centros públicos, acaparando los centros de gestión privatizada una parte cada vez mayor de una tarta más pequeña.

Tres. Mala calidad de la construcción y equipamiento. Otro aspecto reseñable y bastante generalizado es la mala calidad de la construcción y los equipamientos de estos centros. Así se ha comprobado en los hospitales PFI de Madrid, por la propia inspección del Ministerio de Trabajo, en el nuevo Hospital de Vigo, que tuvo incluso que paralizar su apertura por estos problemas, y en el Hospital de Burgos, con numerosas incidencias.



Cuatro. Disminuyen el número de camas y el personal sanitario. Los hospitales PFI han disminuido el número de camas y personal sanitario, no solo en ellos, sino de manera derivada en los centros de gestión tradicional. Así, en la Comunidad de Madrid, el número de camas financiadas públicamente pasaron de 15.531 en dos mil nueve a 15.035 en dos mil quince, un 3,19 % menos, y por el medio se habían abierto 11 nuevos hospitales; con lo que habíamos conseguido en España un récord Guinness de construir hospitales y en paralelo disminuir el número de camas, gracias a la reducción de camas en los centros de gestión tradicional, que pasaron en la Comunidad de Madrid de 14.749 camas en el año dos mil nueve a solo 13.504 en el año dos mil quince, lo que... -perdón- evidentemente, esta disminución fue producida para favorecer el negocio de los nuevos centros.

En el caso del Hospital de Vigo también se han producido una reducción importante de las dotaciones (camas, quirófanos, consultas, etcétera). También se ha detectado una disminución del número de profesionales sanitarios, tanto médicos como de enfermería, por cama y por habitante adscrito al centro, en estos modelos. Más acusado en el caso de las concesiones administrativas que en los hospitales PFI, que muy frecuentemente asume el personal de un centro preexistente.

Cinco. Eliminan personal no sanitario. En los centros PFI de Madrid se eliminó el personal no sanitario; desaparecieron 26 categorías, lo que supuso 19.500 trabajadores menos en el conjunto de la red sanitaria pública. Un hecho llamativo que se ha detectado es que el personal contratado por las concesionarias era netamente inferior al fijado en los pliegos de condiciones, así como que se producía una sistemática subcontratación de estas tareas, a veces con una intolerable retroacción de subcontratas. En uno de los centros PFI de Madrid, en un año se produjeron 11 subcontratas que se hicieron cargo de las mismas tareas.

Seis. Empeoran las condiciones laborales. En el Reino Unido, el 13 % de las enfermeras tituladas fueron reemplazadas por ayudantes de atención sanitaria. Como ustedes saben, en el Reino Unido los profesionales de enfermería tienen cinco o seis diferentes categorías, no como sucede en nuestro país, ¿verdad? Los hospitales PFI tenían entre un 20 y un 30 % menos de plantilla que los públicos, 14 % menos de médicos y... y de enfermería -perdón-, y 38 % menos de personal de apoyo. En el Servicio Nacional de Salud calculó en 100.000 el número de puestos de trabajo menos, gracias a la implantación de las PFI, el 10 % de la plantilla, y 36.000 de ellos en el año dos mil siete. De resultados de ello se produjo un éxodo de enfermería; el 45 % de las enfermeras tituladas en cuatro años se fueron al extranjero, lo que explica la elevada demanda de estos profesionales en otros países (Portugal, España, etcétera). En Madrid, las concesiones administrativas tienen más horario: 40 horas versus 37,5 de los centros públicos, y menores retribuciones, 300 euros mensuales al mes de promedio.

Externalizan, privatizan aspectos clave. De entrada, dejan en manos de empresas privadas, frecuentemente subcontratas, como ya se ha dicho, los almacenes y distribución, la documentación clínica y administrativa, poniendo en riesgo la confidencialidad de los datos sanitarios, el mantenimiento integral con resultados desastrosos en el caso de los hospitales de Madrid, la lavandería y esterilización, con graves problemas de abastecimiento y calidad, la limpieza y el *catering* -por cierto, tiempo antes privatizados en casi todos los centros también de gestión pública-, los residuos urbanos, el transporte interno-externo y la gestión auxiliar, el apoyo admi-



nistrativo, recepción y centralita, la cafetería, *parking* y tiendas, también privatizados en los centros de gestión tradicional, estos últimos.

Todo ello dificulta la coordinación entre esos aspectos, muchos de ellos clave, con la actividad sanitaria. Además, se han privatizado en otras empresas el laboratorio, en Madrid, en una... en un laboratorio centralizado, que se concedió a Ribera Salud; el control y el funcionamiento de los centros en Galicia y Madrid, la informática está privatizada, utilizando además distintos sistemas informáticos que el resto de la red pública, con problemas de accesibilidad de la información. El centro de Ila-madas está privatizado y se utiliza para derivaciones sistemáticas al sector privado. La extracción de sangre periférica se privatizó, con resultados negativos, y en salud mental se privatizaron centros de salud mental, hospitalización de agudos y larga estancia, centros de apoyo, etcétera.

La radiología, en el caso de los hospitales PFI de Madrid, se centralizó un anillo radiológico, empresa pública situada en uno de los hospitales, lo que supone, por ejemplo, que no hay ecografías en el turno de noche, y en la tarde funcionan uno de cuatro aparatos disponibles en los hospitales donde no se encuentra este anillo radiológico ubicado. Las privatizaciones recogidas en el... en este párrafo suponen un incremento de los costes que no están registrados en los costes calculados en los contratos, porque... con lo que el sobrecoste real es muy superior al descrito.

Aumentan los costes para la población. Los costes de los servicios, por ejemplo el *parking*, se incrementan de manera exponencial, dificultando seriamente la accesibilidad de las personas con menos recursos.

Nueve. Acaban en manos de grandes multinacionales, que hipotecan la soberanía y la prestación de un servicio básico. Aunque en las PFI, las concesiones inicialmente se concedieron a empresas nacionales, o grupos de empresas nacionales, estas han acabado vendiendo su participación, una vez realizada la construcción de los centros, a grandes multinacionales, que hipotecan la soberanía en la prestación de un servicio público básico. Que sepamos, hasta ahora son: hospitales de Parla, Coslada y Arganda, en manos de LBIP.BV, en manos de Lloyd Bank; Majadahonda, comprado por DIF, que es un fondo de pensiones holandés; Ribera Salud en manos de Centena... Centene -perdón-, fondo de USA de aseguramiento y provisión sanitaria; Valdemoro, Móstoles II, Villalba y Fundación Jiménez Díaz en manos de Fresenius, fondo de pensiones alemán que es mayoritario en la prestación privada en España con fondos públicos, más de 1.500 millones de euros facturados al sector público en el último año; Torrejón, que pertenece a Sanitas Bupa, multinacional inglesa con presencia en Europa, Latinoamérica, Australia, Nueva Zelanda y Arabia.

El gran problema de estas multinacionales es que, por un lado, tienen una gran capacidad de presión económica y política sobre las Administraciones sanitarias y intervienen también e interfieren en la fijación de precios, en muchos casos, ¿verdad? Y, por otro lado, si no les interesan las condiciones de rentabilidad, pueden desaparecer, cerrando centros y provocando un problema de cobertura asistencial.

Diez. Favorecen la corruptela. La gran opacidad que caracterizan estos modelos favorecen las corruptelas y la corrupción. En nuestro país se han identificado dos tipos; por un lado, las denominadas eufemísticamente "puertas giratorias". Así, dos exconsejeros madrileños que habían impulsado las privatizaciones acabaron de altos cargos en las empresas beneficiadas por esta, cuando su escasa cualificación y conocimientos sanitarios son notorios.



Por otro, varias de estas adjudicaciones, hasta el presente la del Hospital Son Espases de Baleares y la de los centros PFI en Madrid –el Hospital Son Espases también es un modelo PFI– se encuentran en los tribunales por presunto cobro de comisiones y/o derivación de fondos a campañas electorales.

Once. Empeoran la atención sanitaria, al poner los intereses económicos y la rentabilidad por delante del derecho a la salud. Este es un tema de gran complejidad porque hay pocos datos; de nuevo, la sistemática opacidad de este tipo de empresas. Y existen diferencias entre los dos modelos de colaboración público-privada, PFI y concesiones. En cualquier caso, este empeoramiento viene por dos vías:

Por un lado, la directa, la más complicada de demostrar, aunque existen ejemplos, como el Hospital de Staffordshire, una fundación *trust* en el Reino Unido, donde sendos informes del Parlamento inglés y del... y de la Comisión Evaluadora del Servicio Nacional de Salud establecieron que se había producido un exceso de mortalidad, entre 400 y 1.200 personas en cuatro años, en este centro, debido a los incentivos comerciales que primaban. En nuestro país hay un informe de la Unión General de Trabajadores en la Comunidad Valenciana que cuantifica en un exceso de 2.752 personas la mortalidad atribuible a la... a la política privatizadora en esta Comunidad Autónoma.

La segunda vía es la del deterioro que producen los sobrecostes unidos a los recortes en el conjunto del sistema sanitario. Por ejemplo, en la Comunidad de Madrid se han disparado las listas de espera, pasando la lista de espera quirúrgica de 27.672 pacientes en junio de dos mil cinco a 82.758 en septiembre de dos mil diecisiete. Recuérdese...

**EL PRESIDENTE (SEÑOR CRUZ GARCÍA):**

Tiene que ir finalizando esta primera intervención. Le recuerdo que no tiene límite de tiempo en el resto...

**EL PRESIDENTE DE LA ASOCIACIÓN PARA LA DEFENSA DE LA SANIDAD PÚBLICA (SEÑOR SÁNCHEZ BAYLE):**

Me queda una página y media, ¿eh?

**EL PRESIDENTE (SEÑOR CRUZ GARCÍA):**

Vale, termínala.

**EL PRESIDENTE DE LA ASOCIACIÓN PARA LA DEFENSA DE LA SANIDAD PÚBLICA (SEÑOR SÁNCHEZ BAYLE):**

Recuérdese que, después de abrir 11 nuevos hospitales, y en esta misma fecha, el número de pacientes en lista de espera de consultas externas era de 403.338 personas y 118.273 en espera de prueba diagnóstica, lo que hacen un total de 604.369 personas en lista de espera, el 9,29 % de la población total. O sea, que la implantación de estos nuevos modelos no ha mejorado la situación asistencial, sino que la ha empeorado.



Doce. Las PFI pueden ser un primer paso para la privatización total. Una cuestión a tener en cuenta es que las PFI, al menos en la Comunidad de Madrid, han querido ser convertidas por el Gobierno regional en concesiones administrativas en el año dos mil doce, lo que se logró parar por la amplia movilización social y profesional.

Trece. La ciudadanía prefiere la gestión pública. No solo las movilizaciones expresan el rechazo generalizado de profesionales y ciudadanos ante estos fenómenos privatizadores, sino que las encuestas lo recogen también. Así, el último Barómetro Sanitario, dos mil dieciséis, ante la pregunta de cómo está mejor gestionada la sanidad pública, el 68,9 % contesta que está mejor gestionada si lo hace la Administración pública, frente al 13,3 % que piensa que lo hacen mejor las empresas privadas; por cierto, el 71,7 % en Cataluña y el 70,4 % en la Comunidad de Madrid, dos de las Comunidades Autónomas con mayor experiencia en centros de gestión privada.

Catorce. Gobiernos autonómicos están iniciando procesos de reversión y/o paralización de los proyectos de colaboración público-privada. Otro fenómeno a tener en cuenta es la reversión que se está produciendo de este tipo de experimentos. Así, en Aragón, el Gobierno, en ese momento del Partido Popular, reintegró el CASAR, un consorcio, en la red pública. Y en Valencia, el uno de abril de este año, se producirá la reintegración del Hospital de Alzira a la red pública. Además, se han paralizado muchos proyectos: cuatro hospitales de Castilla-La Mancha, dos en Extremadura, uno en Aragón y otro en Castellón, estos dos últimos casos con Gobiernos del Partido Popular. Es decir, muchas Administraciones públicas están reconociendo por la vía de los hechos que estos modelos no son buenas alternativas para la provisión de servicios sanitarios.

De todo lo expuesto, creo que queda bastante claro los muchos inconvenientes que tiene la denominada colaboración público-privada, que han sido también reconocidos a nivel internacional por múltiples estudios, el último en dos mil catorce, por el informe del Comité de Expertos Sanitarios de la Unión Europea. Y por ello entiendo que hay que volver a la gestión pública de los recursos sanitarios, paralizando las privatizaciones y recuperando los centros privatizados. Muchas gracias por su paciencia, y quedo a su disposición de las preguntas que quieran realizarme.

#### EL PRESIDENTE (SEÑOR CRUZ GARCÍA):

Muchas gracias, don Marciano. Iniciamos un turno de intervención por parte de los portavoces. Corresponde iniciar el turno en esta ocasión al portavoz del Grupo Mixto, al señor Sarrión Andaluz, por un tiempo máximo en esta primera intervención de ocho minutos. Tiene usted la palabra.

#### EL SEÑOR SARRIÓN ANDALUZ:

Bueno. Muchísimas gracias al compareciente, al señor Sánchez Bayle. En nombre de Izquierda Unida-Equo, agradecerle el esfuerzo, el desplazamiento, de preparación para esta sesión, y agradecerle que venga hoy a aclararnos y a explicarnos, ¿no? Varios de los portavoces en esta Comisión coincidíamos hoy en que, más que realizar preguntas concretas, lo que nos interesaba era escuchar su valoración acerca de este modelo.



Estamos en la segunda fase de esta Comisión de Investigación. La primera fase se centraba en torno a elementos mucho más concretos del Hospital de Burgos, como todos los problemas relacionados con los plazos; todos los problemas relacionados con la adjudicación; hablamos de una empresa adjudicataria que inicialmente quedó perdedora y después, después de una revaloración, termina siendo la empresa adjudicataria; hablamos de una empresa que tenía que realizar la obra del hospital en un determinado plazo, que no llega a tiempo, que cuando falta un mes y medio para terminar el plazo tenía la mitad de la inversión comprometida hecha, cuando tenía que tener, de acuerdo a los planos de obra, un 90 %; y que, sin embargo, la Junta de Castilla y León decide oportunamente cambiar el proyecto de obra, a un mes y medio de la fecha de entrega, no solo salvando así a la empresa de posibles sanciones por retraso, sino, además, costándonos un sobrecoste de 90 millones de euros, que hubo que pagarle en concepto de indemnización, en concepto de todo el retraso que les provocábamos por parte de la Administración pública, debido a este cambio en el contrato de obra; hablamos de un modelo que ha generado una importante respuesta social, una importante pelea política entre los grupos que nos encontramos hoy aquí, y que plantea... en lo que se refiere al menos al Hospital de Burgos, hay una importante uniformidad entre los grupos de esta Oposición, a excepción del Grupo Popular, en tener una posición crítica en torno al modelo PFI en general, pero muy especialmente me refiero a esta uniformidad en torno a este modelo que se ha aplicado en Burgos.

Hoy ya no estamos en esa fase de análisis de las cuestiones concretas del Hospital de Burgos, sino que hablamos de modelo. Hoy es una fase... estamos en una fase de estudio de modelo y de comparativa. Y lo que me gustaría es preguntarle por algunos elementos que hemos detectado a lo largo del Hospital de Burgos, y si usted nos puede comentar si forma parte, de alguna manera, de algo que sea habitual en el modelo PFI. Es decir, si los problemas del Hospital de Burgos tienen relación con el tipo de modelo que se ha aplicado y que nos ha explicado hace un momento.

Voy a centrarme en cuatro pilares básicos, cuatro preguntas principalmente, para que el resto de los grupos puedan profundizar como crean oportuno. Un primer bloque de problemas –y esto nos lo hemos encontrado ya en esta segunda fase de la Comisión, en la fase de expertos– es todo lo relacionado con la falta de transparencia. Es decir, lo primero es que la fórmula que se utiliza de concesión es extremadamente compleja, es decir, incluso para economistas, incluso para especialistas. Hablamos de una fórmula en la que divide todos los cálculos en tres grandes conjuntos, por simplificarlo (en la parte nuclear, en la parte accesoria y en una parte comercial), se crea una división enormemente difícil de calcular, por la cual se terminan generando unos desfases, como que no se paga la luz directamente a la empresa, sino que es la empresa concesionaria la que paga la luz y luego nos factura a nosotros por otra parte del canon. Que a la hora de arreglar un picaporte se termina realizando una facturación que va muy por encima del coste real del arreglo. Nos han llegado a comentar, anecdóticamente, arreglar una puerta, facturas de 300 euros, retrasándose un mes, puesto que ya no es tener un encargado del hospital que se ocupa del mantenimiento, sino que ahora vamos a una empresa, que tiene que recibir una queja por parte del sistema Mansis, que a su vez tiene que llamar a la empresa subcontratada para que proceda al arreglo, etcétera.



Hay que recordar que, además, con este modelo, todo lo que se paga, de alguna manera, está financiando también la construcción. Con lo cual, es enormemente difícil comprobar y calcular qué parte de lo que se está pagando va verdaderamente a manutención, electricidad, jardines, etcétera, etcétera, etcétera, todos los servicios que usted ha explicado que están externalizados, que básicamente son todos salvo los de asistencia sanitaria directa, y cuál es la parte que va a construcción, ¿no? Hay un elemento, por ejemplo, que fue muy polémico, que era cuando se hablaba de que estábamos pagando ya para la reposición de equipos informáticos... perdón, de equipos de atención sanitaria dentro de diez años.

Todo esto lo que nos provoca es una sensación de importante opacidad, de importante falta de transparencia. Y, por lo tanto, mi primera pregunta sería si usted considera que los modelos de concesión de obra pública se caracterizan por esta opacidad, ¿no?, por esta falta de transparencia.

Un segundo elemento sería preguntarle por las dificultades acerca del control y de seguimiento de la concesionaria, debido a muchísimos motivos. Hay muchos elementos que nos llevan a sospechar que hay dificultades a la hora de realizar este control y este seguimiento. En primer lugar, algún compareciente incluso llegó a utilizar un término interesante, hablaba de una “asimetría” entre las grandes compañías que asumen este tipo de contratos PFI y los Estados o las Administraciones públicas, que son las encargadas luego de asegurar el seguimiento del contrato, hablando de que las Administraciones públicas se encuentran en inferioridad de condiciones a la hora de realizar este tipo de seguimientos.

Por ejemplo, una anécdota muy cotidiana, pero yo creo que muy relevante, que nos explicaba el jefe de personal del Hospital de Burgos es que cuando un profesional encuentra un problema, tiene que realizarlo a través del sistema Mansis, que yo le decía hace un momento, es decir, un sistema informático, en el cual tiene que señalar una incidencia, y la entidad encargada de cerrar la incidencia es la propia concesionaria; no hay un sistema de doble *check* para que el propio profesional indique que esa incidencia se ha cerrado. Con lo cual vamos a procesos en los cuales, muchas veces, se dan por cerradas incidencias que no lo están y se genera una importante conflictividad, ¿no?, en este... en este sentido.

Por lo tanto, la segunda pregunta sería: ¿forma parte de los modelos PFI estas dificultades de control y de seguimiento de la concesionaria, de que realice todo lo que tiene que realizar?

Mi tercera pregunta, que estaría dividida en tres subpreguntas, sería en torno a la eficiencia. Esto es un debate, ¿no?, tradicional: la cuestión de si lo privado es más eficiente que lo público. Yo la distinguiría en tres grandes elementos. En primer lugar, la primera pregunta es: ¿es más barato externalizar? ¿Es verdad esta afirmación que se dice desde los partidos del Gobierno, a su juicio? En segundo lugar, ¿es mejor servicio? ¿Es más eficiente socialmente, no solo ya económicamente? Y en tercer lugar, y esto es muy importante, ¿es más caro el modelo PFI que el modelo de obra pública? Porque el modelo del Hospital de Burgos, a día de hoy, ya sabemos que es más caro que el de obra pública, ha sido reconocido incluso por el Gobierno a lo largo de esta Comisión. ¿Es normal que este tipo de hospitales sean enormemente más caros que los hospitales de obra pública directa?



Y, por último, querría preguntarle en torno a los problemas de calidad de construcción –porque me estoy quedando sin tiempo, y no quiero abusar-. Pero querría preguntarle por estos... este tipo de problemas, que ha sido otra de las quejas que se han encontrado. Y si tiene relación con el modelo de construcción. Porque el problema en torno a los desperfectos, que los desperfectos son normales en cualquier obra, sea pública o privada, el problema es que en este tipo de contratos no se conoce cuál es la parte imputable a los defectos por haber usado malos materiales por parte de la concesionaria, por haber usado calidades por debajo del compromiso con la Administración pública, y qué se debe al desgaste natural, puesto que todo forma parte del mismo contrato. Esa opacidad termina afectando a que estamos en manos de que la misma constructora es la que luego cobra, es la misma concesionaria que luego cobra por arreglar sus propios desperfectos. No sé si este se puede imputar, por lo tanto, también al modelo.

Son los cuatro bloques de preguntas que yo formularía por ahora. Muchas gracias.

**EL PRESIDENTE (SEÑOR CRUZ GARCÍA):**

Gracias, señor Sarrión. Para continuar... Doy por hecho... como usted quiera, conjuntamente o individualmente. Yo creo que es...

**EL PRESIDENTE DE LA ASOCIACIÓN PARA LA DEFENSA DE LA SANIDAD PÚBLICA (SEÑOR SÁNCHEZ BAYLE):**

Mejor de uno en uno, porque es que me ha hecho muchísimas preguntas. Si no, luego no me voy a... no me voy ni a enterar, ni a acordar.

**EL PRESIDENTE (SEÑOR CRUZ GARCÍA):**

Perfecto. Vale, pues uno a uno.

**EL PRESIDENTE DE LA ASOCIACIÓN PARA LA DEFENSA DE LA SANIDAD PÚBLICA (SEÑOR SÁNCHEZ BAYLE):**

Me las he apuntado, ¿eh? Si son redundantes, luego ya no contestaré, ¿no?

**EL PRESIDENTE (SEÑOR CRUZ GARCÍA):**

Vale, por eso. Pues tiene la palabra el compareciente para dar contestación al portavoz del Grupo Mixto.

**EL PRESIDENTE DE LA ASOCIACIÓN PARA LA DEFENSA DE LA SANIDAD PÚBLICA (SEÑOR SÁNCHEZ BAYLE):**

Usted ha hecho cuatro preguntas distintas, ¿no? El tema de la transparencia. Bueno, ya lo he señalado antes, yo creo que lo que caracteriza este modelo... este tipo de modelo de colaboración público-privada es que la transparencia es inexistente, ¿no? Es decir, que hay una gran... una gran opacidad. Una gran opacidad, porque la empresa adjudicataria procura ocultar, en la medida de lo posible, cualquier tipo de información, y, entonces, eso resulta muy complicado, sobre todo para



la gente que intentamos hacer evaluaciones de lo que está pasando, ¿no? Porque imagino que la propia Administración pública sí que tiene algún tipo de capacidad de enterarse de lo que está sucediendo, ¿no?

Lo que ha comentado de problemas de coordinación, etcétera, eso es el pan nuestro de cada día, ¿no?; problemas de coordinación cada vez que se pide cualquier cosa. Y eso no solamente pasa en este tipo de modelos, sino pasa casi siempre que se produce una adjudicación a una empresa externa del funcionamiento del hospital. Yo... en mi hospital, recientemente, se puso en marcha un sistema informático de historia clínica; cuando teníamos un problema con la historia clínica, teníamos que escribir una incidencia a la empresa adjudicataria, que no estaba en el hospital, y no teníamos ninguna otra fórmula de hacer nada con ella. Y el problema nos lo encontrábamos allí, y hacíamos lo que buenamente podíamos o se solucionaba solo, ¿no? O sea, yo creo que este tipo de cosas funcionan de manera clarísima, ¿no?

El tema de las reposiciones. Claro, no todos los... no todos los contratos son iguales. Es decir, el contrato de Burgos es un... es un contrato... yo me lo leí en su día, cuando se planteó la... el concurso, y ya se lo comenté a los compañeros... vamos, a las personas que estaban en Burgos -que entonces no me hicieron mucho caso, la verdad, todo hay que decirlo-, ya se lo comenté que era... que, aparte de ser un modelo lesivo, era especialmente lesivo, era el peor contrato posible, el peor que hay en el país. Es decir, hay montones de cánones que se pagan de manera redundante, ¿no?, es decir, se paga por entrar en el hospital; ahí, cada vez que entra una persona en el hospital, paga un canon, es un sinsentido. La mayoría de los... de los contratos PFI lo que establecen es un canon por habitante, ¿no?, por habitante adjudicado y ya está, no se andan con muchas más historias; en todo caso, por complejidad de la patología y poco más, ¿no? Pero el de Burgos era especialmente complicado, ¿no? Y, además, siempre, evidentemente, muy favorable a la concesionaria.

Bien. El control de la concesionaria. Bueno, yo creo que el control de la concesionaria no se hace... -esto es un problema de voluntad política- no se hace porque no se quiere hacer; no se hace porque es más cómodo no hacerlo y porque es mucho más favorable a la concesionaria que no se haga. Y esto lo hemos... en Madrid, desde luego, está clarísimo. Es decir, hace poco, hace poco, hace... ayer -tan poco como ayer- comentaba con unos compañeros de la Plataforma del Henares, que hablaban del hospital de... de Coslada, que es un hospital también de modelo PFI, entonces ellos se habían entrevistado con el gerente y le habían planteado, por ejemplo, los TIGAS, no se... los TIGAS es lo que en las concesionarias PFI de Madrid son el equivalente a los celadores en un centro de gestión tradicional. Les decían: "Oiga, pero es que los TIGAS que hay no son los suficientes". "Ya, yo no tengo por qué controlar eso", les dijo el gerente. "Yo, que se haga el servicio y lo demás no me interesa". Hombre, no es así. En el contrato figura un número mínimo de TIGAS que tiene que haber. Y es una obligación del gerente, y si no del gerente, de la inspección sanitaria, que eso se cumpla; y si no se cumple, tiene que poner una penalización en el canon. Bueno, pues eso se hace de manera generalizada, ¿no? O sea, que yo creo que aquí lo que hay es una dejación de funciones. Una dejación de funciones de la Administración, que debería de establecer un control continuado sobre el cumplimiento o el incumplimiento, en su caso, de las condiciones del contrato. O sea, que no es que no se pueda hacer, es que no se hace, ¿no?



Habla de eficiencia. Bueno, más barato, evidentemente, no lo es, ¿no?, ya lo... Cuando se hizo este modelo en España, nosotros... se hicieron las primeras... la primera idea de que se iba a poner las PFI en España, que ya saben que fue en el Gobierno de Esperanza Aguirre en la Comunidad de Madrid, nosotros hablamos con... con la gente de... que trabajaba en el Reino Unido, que tenían mucha experiencia sobre eso, y todos nos dijeron... dicen “esto es un desastre”; y, además, estaba ya publicado en el *British Medical Journal*; si ustedes se molestan en buscarlo, hay 20 o 30 artículos publicados sobre el desastre que han sido las PFI en el Reino Unido, ¿no? Y dice... esto más barato no es, siempre es mucho más caro, siempre es mucho más caro. Y ellos ya comentaban, por ejemplo, esto que usted comentó de que cuando se quiere cambiar una cerradura, ¿no?, pues resulta que esa cerradura, para cambiarla, hay que hacer como la obra del Escorial, ¿no?, hacer 17 papeles, no sé qué, y además te la cobran como si la pusieran de oro, ¿no?, como si estuvieses en la torre de Trump, ¿no? O sea, que yo creo que esto... esto es una cosa que ya se sabía, ¿no?, esto no es una novedad. Cuando se puso en marcha se conocía, ¿no?

¿Mejor servicio? Por supuesto, no se da mejor servicio, claro. Hay... los hospitales PFI, hay muy variados; hay hospitales PFI donde, como el caso de Burgos, lo que se hace es trasladar la plantilla de un centro a otro. Claro, lógicamente, la plantilla sanitaria es la misma, y, bueno, pues lo que son las atenciones... la calidad de los cuidados asistenciales pues es muy similar. Hay otros hospitales PFI que son hospitales de nueva... de nueva construcción, en Madrid tenemos varios de estos, y ahí la situación empeora notablemente, porque normalmente son hospitales que, como ya he señalado antes, tienden a tener una plantilla muy reducida, con muy pocas personas y con muchos problemas. Cuando se pusieron en marcha los hospitales PFI en Madrid, al mes hubo una instrucción desde el propio Servicio Madrileño de Salud señalándole al servicio de ambulancia que a estos hospitales no trasladasen una veintena de patologías porque no tenía sentido, porque en los hospitales lo único que podían hacer es recibirlos en urgencias, echarles un ojo, estabilizarles, en todo caso; pero bueno, Madrid es una Comunidad... no como Castilla y León, ¿no?, que puede tener sentido de que a alguien le atiendan en Ponferrada para que luego lo trasladen a Valladolid, ¿no?, porque no tiene... no tiene lógica, a lo mejor, trasladarle directamente, ¿no?; pero en Madrid eso no... no parece normal. Y que eso debería derivarse directamente a los hospitales de gestión tradicional, porque estos hospitales no reunían condiciones.

Hubo muchos incidentes, ¿eh? Un incidente famoso fue el de las ginecólogas del Hospital de Arganda, que se fueron todas de golpe, dijeron “nos vamos”, porque había una ginecóloga de guardia, y esa ginecóloga de guardia estaba de ginecóloga para los partos, para las mujeres que estaban ingresadas y presentaban alguna complicación y para urgencias, ¿no? Y entonces, bueno, pues la única posibilidad de cuando se producía una incidencia en los tres sitios a la vez es que, bueno, pues que se pudiera demostrar de una manera práctica que lo de la Santísima Trinidad era un hecho, ¿no?, y que además se producía en una ginecóloga de ese hospital, ¿no? Entonces, cuando se encontraron estos temas, pues al final... Y hubo un momento en que se cerró ginecología del hospital y hubo... hasta que volvieron a reponerlo. Y esto pasaba también, por ejemplo, con pediatría. Pasaba con varias especialidades básicas, donde había una persona de guardia para atender muchas cosas, que era sumamente improbable que se pudiera hacer, en cuanto al mejor servicio.



¿Más caro que los...? Es evidente, es más caro. En todo el mundo son más caros, esto hay consenso internacional. Hay... todos los informes, en todo el mundo; hay cosas en el Reino Unido, en España, en Australia, o sea, en todos los sitios donde se ha puesto en marcha, y ya lleva un tiempo funcionando, se ha demostrado que esto es inequívoco, ¿no?

La calidad de la construcción. Bueno, yo creo que la calidad de la construcción tiene dos temas diferentes, ¿no? Hay un tema que está relacionado con el control de la Administración, porque, claro, la obra la recibe la Administración pública, ¿no?, y si la Administración pública no da el visto bueno a esa obra, pues no se recoge. Entonces, bueno, pues si... claro, si se hace la vista gorda, pues eso ya es un problema distinto.

Y luego yo creo que hay otro problema más de fondo, que es que estos... al menos en Madrid, yo no sé aquí, en Burgos -creo que también, porque he visto las fotos del hospital por fuera y tal, ¿no?-, es que se concedieron a empresas constructoras que no tenían experiencia en construir hospitales, ¿no? Y entonces, construyeron estos hospitales como si fueran otro tipo de edificios, como este mismo edificio, ¿no?, edificios muy vistosos, muy grandes, con muchos pasillos; no estaban pensados para hospitales. Y, de hecho, cuando la Inspección de Trabajo en la Comunidad de Madrid hizo su informe, lo que señalaba eran cosas de este tipo: que, por ejemplo, pues no habían previsto bien que el circuito de lo sucio y lo limpio estuviesen separados, sino que iban por el mismo sitio. Por ejemplo, las puertas de los quirófanos no eran la típica puerta esta que hay de... que se... -es que no sé cómo se llama el material-, bueno, que es un material...

#### EL PRESIDENTE (SEÑOR CRUZ GARCÍA):

Batientes.

#### EL PRESIDENTE DE LA ASOCIACIÓN PARA LA DEFENSA DE LA SANIDAD PÚBLICA (SEÑOR SÁNCHEZ BAYLE):

Sí, no, no. Que... estos que son como de plástico, o de cuero, ¿no?, que se empuja la camilla y pasa, ¿no?, que son como unas tiras. Entonces, habían puesto las típicas puertas que hay en un aeropuerto o en cualquier otro sitio, y en varios casos pues la camilla acabó empotrándose contra la puerta, ¿no?, porque iba más deprisa de lo que la puerta se habría, ¿no?, cosas de este tipo. Es decir, que eran cosas que, bueno, son, digamos, pequeños detalles, pero son importantes.

Luego, eran hospitales de... con unas superficies inmensas, unos pasillos grandísimos. Claro, en un hospital pues la gente, como ustedes saben, ¿no?, pues se tiene que trasladar a radiología, se tiene que trasladar a otro servicio para que le hagan una exploración, se tiene que trasladar a una consulta para que le hagan una interconsulta, y eran muy poco... muy poco operativos y muy disfuncionales. Y yo creo que ese... en el Insalud antiguo y en... había... y en los servicios, muchos servicios sanitarios, había un grupo de arquitectos especializados en construir hospitales, ¿no?, que tenían mucha experiencia y que sabían muy bien cómo hacerlo, ¿no? Y no se contó con esta gente, lo hicieron gente que seguro que muy bien intencionada y con diseños muy aparatosos y muy bonitos, pero no... poco prácticos, ¿no?, para el tema. Y yo creo que esas dos cosas se mezclaron, ¿no?



Ya está, ¿no?

#### EL PRESIDENTE (SEÑOR CRUZ GARCÍA):

¿Ya está? Lo que usted considere. Para un segundo turno, tiene la palabra el portavoz del Grupo Mixto, señor Sarrión Andaluz, por un tiempo máximo de cinco minutos.

#### EL SEÑOR SARRIÓN ANDALUZ:

Bueno, pues con mucha brevedad, porque debo agradecer enormemente que responde con muchísima nitidez, claridad y, además, yo diría que sintéticamente, para todos los datos que aporta. Yo creo que muy interesantes las reflexiones que plantea, ¿no?, y hay varias cuestiones muy importantes.

Ahora, cuando le escuchaba acerca de la falta de experiencia de las empresas, estaba recordando diferentes datos que nos han ido aportando a lo largo de la Comisión, ¿no?, como cuando nos explicaban... aquel exgerente nos explicaba que el hospital, en el primer proyecto que se realizó, no tenía depósito de sangre, que era una cosa que, para los no iniciados en medicina, ya nos parecía sorprendente, pero a los profesionales les ha sorprendido mucho más cuando le hemos llevado este detalle, ¿no? O algunos elementos que nos explican trabajadores y trabajadoras del hospital. Insisto que la Junta de Personal del Hospital de Burgos es enormemente crítica con este modelo, empezando por su presidente, que estuvo aquí compareciendo, ¿no?, y que son... -no lo olvidemos- son las juntas de personal quienes representan a los trabajadores y trabajadoras de la sanidad, no los jefes de servicio ni son... tal. Los que representan a los trabajadores son las juntas de personal, que son las que han sido votadas por las mismas, ¿no? Nos explicaban ascensores donde no cabían determinadas formas de camilla o donde no encajaban bien determinadas sillas, o la existencia de quirófanos con ventana, salas de boxes poco adecuadas, etcétera.

Es decir, que, efectivamente, no solamente ya en los primeros proyectos, sino que incluso una vez abierto el hospital se encontraron algunos defectos enormemente graves, ¿no?, y propios de, efectivamente, empresas sin experiencia, y yo diría que de poco control por parte de la Administración pública, porque, en algunos casos, yo creo que es francamente sorprendente, ¿no?, que se diera paso a estos... a estos elementos.

Además de ser empresas sin experiencia, añadiría un elemento que es otra de las cuestiones que ha... que han centrado parte de esta Comisión de Investigación, que era que una de las supuestas ventajas que tenía el modelo PFI es la idea de poder acceder a una liquidez que en este momento las Administraciones públicas les podía costar más y que, por lo tanto, aunque fuera un modelo más caro, permitía adelantar el disfrute de las infraestructuras antes que si se realizara con obra pública. Este, que es el supuesto argumento de la ventaja que se esgrime en defensa de este tipo de modelos, sin embargo, lo que nos encontramos es que... poco después de la adjudicación del contrato a esta concesionaria, lo que nos encontramos es que precisamente lo que tenían era una clamorosa falta de liquidez, y que tuvieron que acudir a un préstamos del Banco Europeo de Inversiones, que tuvo que realizar la Junta de Castilla y León de avalista, ¿no?



Con lo cual, parece evidente que esta supuesta ventaja no la hemos encontrado. No sé si hay algún caso similar en el que se hayan encontrado elementos de este tipo, pero aquí, desde luego, fue francamente... francamente sorprendentemente, ¿no?, en torno a este modelo y a sus supuestas ventajas.

Y una última cuestión que le querría preguntar. Aquí, las empresas concesionarias principalmente están ligadas con el sector de la construcción, sector que, por un lado, como usted ha dicho, muy poca experiencia puede tener en construcción de hospitales, en la mayoría de los casos; pero no digamos ya de prestar servicios que tienen relación con el ámbito sanitario. Claro, al final, yo creo que es muy difícil distinguir dentro de un hospital qué tiene elemento sanitario y cuál no. Quiero decir, parece que la lavandería de un hospital tiene una importancia sanitaria, parece que la limpieza tiene una importancia sanitaria, parece que la alimentación, sin duda alguna, tiene una importancia sanitaria. Cómo afecta todo este proceso de externalizaciones; cómo afecta el hecho de que la externalización del servicio de lavandería, por ejemplo, genere problemas. Y no pienso solo en el Hospital de Burgos, sino, por ejemplo, en el caso del Hospital de Salamanca, donde se ha comprobado incumplimiento de la... el pliego de condiciones, incumplimiento de los convenios laborales, sobrecarga de la carga de trabajo y realización de demasiada carga en poco tiempo, lo que redundaba en la calidad del servicio; cómo afecta, por ejemplo, la línea fría, que ha sido un tema muy debatido en el tema de las cocinas, la sustitución de las cocinas tradicionales por la línea fría, etcétera. Es decir, cómo afecta la externalidad en este tipo de servicios, que se dice que no son sanitarios, pero que yo entiendo que tienen una influencia, al final, en la forma en que un paciente se encuentra en un hospital. Cómo afecta este tipo de elementos.

Y, por último, o conclusión de esta última tanda de preguntas, cómo afecta el que empresas que generalmente están ligadas a la construcción se encuentren de repente trabajando en algo tan delicado como es la gestión de un centro hospitalario.

#### EL PRESIDENTE (SEÑOR CRUZ GARCÍA):

Gracias, señor Sarrión. Para dar contestación a este segundo turno, tiene la palabra el compareciente.

#### EL PRESIDENTE DE LA ASOCIACIÓN PARA LA DEFENSA DE LA SANIDAD PÚBLICA (SEÑOR SÁNCHEZ BAYLE):

Bueno, pues a ver, yo, tres cuestiones, ¿no? Bueno, por un lado, el tema de la liquidez, es evidente, no solamente sucedió aquí, ¿no?, también sucedió, por ejemplo, con el Hospital de Vigo. El Hospital de Vigo estuvo paralizado durante un año porque las... las empresas que le habían concedido los créditos a la UTE quebraron, ¿no?, que fue la Caja de Ahorros del Mediterráneo, etcétera, ¿no? Y también se... tuvo que salir un crédito del Banco Europeo de Inversiones, por cierto, que garantizado por la Xunta de Galicia, ¿no? Como es lógico, el riesgo que corría la empresa era desconocido, ¿no? Bueno. Bien. Aparte de los sobrecostes que se habían incurrido en el medio, ¿no? Yo creo que eso también está claro.

Luego, también ha habido un problema, y esto también es otra experiencia, ¿no?, en la Comunidad de Madrid, cuando se pusieron en marcha los siete primeros hospitales PFI -los hospitales PFI que se pusieron, porque los que se han hecho



después han sido concesiones administrativas-, eran hospitales que no eran... como ya he señalado -he querido señalar antes, no sé si con buen o mal... me he explicado bien o mal-, no eran estrictamente necesarios, puesto que tantas camas se abrieron en esos hospitales, tantas camas se cerraron en los hospitales de gestión tradicional.

Y como... vuelvo a insistir, la Comunidad de Madrid es como la provincia de Valladolid, ¿no? -imagino-, de extensión, ¿no?, o sea, que es una extensión relativamente reducida, con unas comunicaciones sobresalientes, y que no... que no justifican el hacer un hospital en cada... en cada esquina, ¿no? Bueno, mejor, aumenta la accesibilidad, pero muy relativamente, ¿no? Entonces, evidentemente, estos hospitales se podían haber hecho con el dinero que se pagó... con el dinero del canon se podían haber hecho de manera espaciada, abriendo un hospital cada año, se hubiesen abierto los mismos hospitales, si es que se consideraba necesario, y no hubiese habido ninguna hipoteca con nadie, ¿no? El problema es que se optó por este modelo por motivos no sé si desconocidos o demasiado conocidos, ¿no? Tómelo usted como quiera, ¿no? Por motivos que no... que no se pueden explicar de una manera racional, ¿no?, al menos con pruebas sobre ello, ¿no? Entonces, yo creo que esto fue lo que sucedió ahí.

Y luego, el otro tema, es decir, las externalizaciones, ¿qué impacto tienen sobre el funcionamiento sanitario? Bueno, yo creo... esto es un tema que hay mucha discusión, ¿no?, sobre qué cosas se pueden externalizar, qué cosas no y qué impacto pueden o no tener. Hay algunas cosas que, bueno, que parece que están bastante claras, ¿no?; es decir, por ejemplo, pues el tema de la alimentación, ¿no? La alimentación de los pacientes es un tema muy importante, que... las dietas que tienen que seguir, que tiene que ver con la evolución de su estado de salud, con su recuperación, etcétera, y eso parece lógico que haya un servicio de dietética que es el que controle estas dietas.

El tema... a nosotros nos preocupa mucho, por ejemplo, una cosa muy importante, que es el tema de la información clínica, ¿no? La información clínica son datos muy muy relevantes. Ustedes saben que hace poco se ha denunciado que datos clínicos de pacientes españoles estaban en manos de varias multinacionales, extraídos de algunas de estas concesiones administrativas que se han producido con centros privados, ¿no? Y luego, también hay un artículo, relativamente reciente, que relacionaba la externalización de los servicios de limpieza en el Reino Unido con la presencia de brote de estafilococo meticilino resistentes también en estos hospitales, ¿no? Bueno, pues yo creo que hay bastantes dudas, ¿no?, sobre si realmente se puede colocar una línea, esto es lo que es estrictamente sanitario, esto es lo que no lo es.

En cualquier caso, yo creo que lo que sí que está claro es que, para que funcione la atención sanitaria, lo que tiene que haber es una actitud de colaboración de un conjunto de trabajadores sanitarios, donde están los profesionales estrictamente sanitarios, médicos, profesionales de enfermería, pero también los otros trabajadores (administrativos, celadores, etcétera). Para que las cosas funcionen bien, todo el mundo tiene que estar colaborando, y colaborando de una manera muy muy estrecha, ¿no? El hecho de que... de que haya dependencias funcionales de empresas distintas genera problemas que el informe este al que he hecho referencia, de la Organización Mundial de la Salud, ya del año dos mil seis, lo señalaba claramente, es decir, esta... la existencia de dos empresas gestionando el mismo centro genera muchísimo conflicto y muchísima incoordinación a la hora de la atención sanitaria.

**EL PRESIDENTE (SEÑOR CRUZ GARCÍA):**

Gracias, compareciente. Para un último turno, tiene la palabra el portavoz del Grupo Mixto, por un tiempo máximo de dos minutos.

**EL SEÑOR SARRIÓN ANDALUZ:**

Nada, ahora sí con muchísima brevedad, porque ha respondido a todas mis preguntas con muchísima claridad. Simplemente quería hacer una pregunta, porque este modelo nació en Reino Unido; por lo que hemos podido observar, parece que este modelo, según nos informaban, está dejando de utilizarse -no sé si esta información es correcta-, precisamente por los costos, ¿no?, que se habían calculado, o que está en una cierta... que está en una cierta decadencia. No sé si nos puede ampliar esta información o hasta qué punto es correcta. Y qué tipo de informaciones hay, o qué tipo de estudios se han realizado en torno a su... a la medición del impacto que tiene este tipo de modelos, de modelos PFI o de modelos colaboración público-privada.

Por mi parte, nada más. Simplemente agradecerle la comparecencia y la claridad expositiva, así como su trabajo cotidiano en la defensa de la sanidad pública en España.

**EL PRESIDENTE (SEÑOR CRUZ GARCÍA):**

Muchas gracias. Tiene la palabra el compareciente para culminar este primer turno de intervenciones.

**EL PRESIDENTE DE LA ASOCIACIÓN PARA LA DEFENSA DE LA SANIDAD PÚBLICA (SEÑOR SÁNCHEZ BAYLE):**

Bueno, no me atrevería yo a hablar muy bien de lo que ha pasado en el Reino Unido. El Reino Unido ha sido un cúmulo de desastres encadenado, ¿no? Es decir, un Servicio Nacional de Salud que era un modelo de excelencia y un paradigma de los servicios sanitarios públicos en el mundo, ahora mismo se ha convertido en un modelo francamente en una situación muy poco valorada a nivel internacional, y eso se ha producido precisamente por esta introducción continuada de criterios de mercantilización dentro del sistema sanitario.

En cualquier caso, en el Reino Unido hay situaciones muy diferenciadas, dependiendo de los... -no sé cómo se llaman allí exactamente, creo que son regiones, ¿no?- de las diferentes regiones. Es decir, en Gales y en Escocia se ha renunciado totalmente al modelo PFI; en lo que es Inglaterra, el modelo PFI no es el que está predominando en estos momentos, pero el modelo que está predominando no es mejor, ¿no?, la introducción de lo que sería algo parecido a lo que es aquí el modelo Alzira, de concesiones administrativas. A mí me parece... -esto es una opinión, ¿eh?- a mí me parece que el modelo PFI ha sido una transición entre el modelo de gestión pública y un modelo de privatización sanitaria total, ¿no? Y por eso, por ejemplo -y lo he dicho inicialmente-, en la Comunidad de Madrid hubo un momento en que se quiso pasar del modelo PFI a las concesiones administrativas. Yo creo que lo que le interesa a las grandes multinacionales de provisión sanitaria, a las grandes aseguradoras, es el modelo puro y duro, ¿no?, de concesión administrativa, donde una empresa privada, eso sí, con dinero público, ¿no? -porque aquí ya se sabe que los



negocios hay que hacerlos, a ser posible, que pague otro, ¿no?, y que no se corra ningún riesgo en el negocio, ¿verdad?, solo... que solo se esté a los beneficios-, pues esto yo creo que es lo que se está primando en esa situación, ¿no? O sea, que yo creo que Reino Unido no es... es un mal ejemplo, o es un buen ejemplo de cómo las cosas que van mal pueden ir a peor.

#### EL PRESIDENTE (SEÑOR CRUZ GARCÍA):

Gracias. Para continuar con el turno de portavoces, le corresponde ahora el turno al portavoz del Grupo Ciudadanos ante la Comisión, el señor Mitadiel Martínez, por un tiempo máximo de ocho minutos en esta primera intervención.

#### EL SEÑOR MITADIEL MARTÍNEZ:

Muchas gracias, presidente. Y muchas gracias al compareciente. La verdad es que ya se han tocado un buen número de temas, con lo cual, en algún caso, no me va a quedar más remedio que repetirme, sobre todo en aquellos aspectos que me gustaría que quedasen bien fijados.

Primero, vamos a analizar el que estamos hablando de dos modelos que son bastante distintos, por un modelo... por un momento, el modelo PFI y el modelo de concesiones. La diferencia, como usted perfectamente conoce, es que en las concesiones podemos hablar de unas diferencias de mortalidad, por ejemplo, de tasas de mortalidad, porque, efectivamente, digamos, hay determinadas circunstancias que son distintas, como que el personal sanitario no es un personal que depende directamente del público. No es el caso del modelo que estamos analizando, el de Burgos, donde el personal depende de la Junta, y es similar, en cuanto a sus características, al de cualquier otro. Entonces, nos vamos a centrar -aunque usted puede ampliarnos con el resto de los modelos cuando considere- en el modelo PFI. Ya se ha hecho una valoración sucinta, pero yo le quiero dar algún aspecto más, sobre todo por que quede claro que ninguna de las expectativas de las fortalezas del modelo se han cumplido en el Hospital de Burgos.

Primera cuestión. Se plantea que, ante situaciones de restricción presupuestaria, es decir, no es posible endeudarse para la construcción del hospital, y considerando que es absolutamente necesario el modificar el antiguo, se va a hacer un hospital, presuntamente con dinero privado. Al final esto no se cumple, el dinero no es privado... -perdón- sí es... sí es privado, pero siempre que el dinero público tenga que apoyarlo por medio de avalar los créditos del Banco Europeo de Inversiones, que, efectivamente, coincide con los modelos que usted ha reseñado. Se iba a construir de una manera mucho más eficaz que nuestra... que nuestra construcción directa; se demora 48 meses, es decir, como los que construimos nosotros. Se iba a hacer con unos determinados niveles de calidad, porque resulta que, como lo construían constructores, para ellos, iban a tener más calidad que los nuestros; tuvieron los mismos defectos que hemos tenido en casi todas las construcciones. ¿Y qué más decirle como características del modelo? Que cuando la empresa está contra las cuerdas porque le falta financiación, no puede reanudar las obras, allá llega la Administración a rescatarles, mediante la fórmula de asumir todas las causas de la demora, y, en lugar de rescindir el contrato, darles una compensación. Bien. Estas son las características de nuestro modelo, que coincide con lo que usted ha planteado.



Me voy a centrar en temas como, en primer lugar, la relación entre las partes, la asimetría. Es decir, usted ha mencionado que la empresa tiene una posición negociadora fuerte, entre otras cosas, porque tiene como rehenes –y perdón por la utilización de esta expresión, pero es bastante entendible– a los pacientes. Y, por lo tanto, nadie va a permitir, ninguna Administración va a permitir problemas en la... en la asistencia sanitaria, porque ya se encargará de atender todas las peticiones que haga la empresa... la empresa que en estos momentos hizo la construcción.

Además, tiene otra posición... otra posición importante, que es la asimetría en la información; es decir, nadie sabe mejor que la propia empresa constructora lo que está pasando en el propio hospital, aunque, en este caso, haya que discernir con respecto a que, sobre la sanidad, debiéramos nosotros, Administración, tener toda la... digamos, toda la información.

Discutirle o que me matice el tema de... dijo que el modelo era precisamente el más... el más perjudicial. Entendí que, frente a este sistema de retribución, que es por actividad, a usted le parecía mejor el capitativo. Yo le ofrezco una consideración que le puede resultar interesante: el problema del modelo capitativo es que al Hospital de Burgos –por poner... ya que estamos hablando del Hospital de Burgos– acceden pacientes de distintas especialidades de otras zonas, por ejemplo, y además tiene que apoyar otras zonas. Caso de Aranda; Aranda tiene un problema con la oncología y, entonces, tiene que derivar en un momento determinado oncólogos hacia Aranda. Esto, en el modelo de actividad, a lo mejor es fácilmente reconducible, porque, evidentemente, nadie hace nada gratis, y si, al final, prestas un servicio, no es una ONG quien está administrando eso. Con lo cual, en el modelo capitativo puede ser más problemático, incluso generar más eficiencias. Me gustaría que comentase sobre el tema.

Después, otra cuestión, y es la incardinación con la Atención Primaria. ¿Conoce usted o ha visto modelos –que seguramente en el Reino Unido ha habido– de cómo se produce la relación entre Primaria y Especializada? Porque, vamos a ver, la especializada funciona en función –y perdón por la redundancia– de cómo funcione la Primaria; si la Primaria deriva mucho, colapsa la Especializada; si la Primaria resuelve más, digamos que la Especializada se resuelve, o resuelve más o menos razonablemente. ¿Qué relaciones existen en esos modelos entre la Primaria y la Especializada?

¿Qué más comentarle con respecto al tema del número de camas? Le diría que lo matice, en el sentido de que el número de camas, dada la introducción de técnicas menos invasivas y de técnicas, digamos, que requieren menos hospitalización, no es... no podemos hacer el mismo análisis que hacíamos hace 30 años. Seguramente el número de camas es un factor importante, pero no tiene la misma importancia en los análisis que el que tenía en su momento.

Y, por último, me gustaría que hablase, o nos hablase, sobre las posibilidades de recuperación. Es decir, yo creo que todos los que han intervenido en este tipo de modelos, por los menos los sensatos, efectivamente, han entendido que no ha aportado eficiencia al sistema, y aquí de lo que estamos tratando es de ver si el sistema privado es más eficiente que el sistema público, ese es el fondo de la cuestión. Creo que no nos ha aportado eficiencia, desde luego, desde el punto de vista asistencial, ninguna, al revés; y desde el punto de vista económico, posiblemente tampoco. Creo que esa es la cuestión fundamental. Con lo cual, todas las Administraciones sensatas se plantean...



EL PRESIDENTE (SEÑOR CRUZ GARCÍA):

Tiene que finalizar, señor Mitadiel, por favor.

EL SEÑOR MITADIEL MARTÍNEZ:

(Acabo, presidente). ... todas las Administraciones sensatas se plantean cómo rescatarlo. ¿Qué me puede decir con respecto al rescate de este tipo de entidades? Gracias.

EL PRESIDENTE (SEÑOR CRUZ GARCÍA):

Muchas gracias, señor Mitadiel. Para dar contestación a las cuestiones planteadas, tiene la palabra el compareciente.

EL PRESIDENTE DE LA ASOCIACIÓN PARA LA DEFENSA DE LA SANIDAD PÚBLICA (SEÑOR SÁNCHEZ BAYLE):

Bueno, yo, vamos, he apuntado cuatro cosas, ¿no?, me parece. El primero, el tema de la asimetría de información. Bueno, la asimetría de información existe, pero, como ya he dicho en algún momento, también tiene que ver con la... con el interés de la Administración por tener la información, ¿no? Es decir, la información existe y está en el centro, y se supone que todas... estos convenios, todos estos contratos, existe un sistema de coordinación, algún sistema de control, que lo que pasa es que hay que ejercerlo. Si no se ejerce, pues evidentemente, no tenemos ninguna información. Pero, claro, esto no es un problema conceptual, ¿no?, es un problema de dejación de funciones, ¿no? Y yo creo que la Administración sanitaria, en los modelos PFI, en general, ha hecho dejación de funciones continuada, ¿no?, porque, por unos motivos u otros, les interesaba que el modelo funcionara y no fuese... y no fuese atrás.

En algún caso, en algún caso ha habido asimetrías en cuanto al poder. Y esto lo he señalado yo en algún momento, pero esto yo creo que, más que en el Hospital de Burgos, que entiendo que sigue en manos de la compañía a la que se le hizo la concesión inicialmente, y, por lo tanto, es una compañía, bueno, de tamaño relativamente importante en la autonomía, pero no excesivamente, donde realmente se plantea este caso es, por ejemplo, en aquellos centros que están en manos de... que han acabado en manos de grandes multinacionales, que sí que tienen una gran capacidad de influencia y de poder. Fíjese, pongo un ejemplo -no es un hospital PFI-, cuando se ha planteado el tema de la reversión de Alzira al sistema público de la Comunidad Valenciana, el embajador de Estados Unidos fue a hablar con el presidente de la Comunidad, a decirle que qué es lo que estaba haciendo, ¿no? O sea, que... claro, porque hablaba en nombre de Centene, ¿no?, que es una de las grandes multinacionales, que está cotizada a nivel mundial, no sé en qué número, pero desde luego que no tiene parangón, ¿no?, con el tipo de empresa. El problema... ya digo, aquí parece que no ha pasado, pero en el resto de los hospitales PFI, las empresas que inicialmente hicieron la construcción han desaparecido todas y han vendido sus activos a grandes multinacionales que tienen... que se dedican a esto, ¿no?, y, por lo tanto, tienen una experiencia de negocio muy diferente, y tienen una capacidad de presión también muy distinta.



El tema del pago capitativo. Bueno, yo, cuando decía lo que he dicho, me refería, por ejemplo, si no recuerdo mal, en el contrato inicial de Burgos, pues se pagaba por cada persona que entraba en el hospital, por cada enfermo hospitalizado, por cada radiografía que se hacía, por cada análisis de laboratorio; bueno, la complejidad era tremenda. El modelo capitativo, el modelo capitativo que hay en otros modelos de PFI, son un modelo capitativo donde aquellas personas que no pertenecen a la población asignada inicialmente al hospital y que se atienden en el centro se la factura a cargo del presupuesto del hospital de referencia, y ya está; eso es relativamente sencillo, sí funciona y no tiene ningún problema. El problema de Burgos es que, ya digo, había... o sea, que una misma persona producía 15 o 20 criterios de facturación distintos, ¿no? Yo creo que eso está fuera de lugar, ¿no?, porque además favorece sobreutilización redundante, ¿no?, de cosas que son innecesarias.

Algo que ha habido una tendencia grande cuando se han hecho facturaciones entre centros o facturaciones en los servicios sanitarios es establecer estándares bastante concretos, ¿no?, que no se... Por ejemplo, paradigma de esto es los Estados Unidos, ¿no?, donde los GRD, ¿no?, que facturan el Medicare, el Medicare, ¿no? Es decir, facturan pues por una enfermedad, por un enfermo que tiene una neumonía, y, en todo caso, si tiene una neumonía con un derrame pleural, ¿no? Y si tiene una neumonía con... y tiene una neumonía en menores de 6 años o en mayores de... menores de 14 años o mayores de 65; es decir, hay algunos factores, pero no se factura por cada ecografía, por cada radiología que se le hace, por cada antibiótico que se le pone, por si vienen a visitarle 5 familiares o 22, ¿no? Yo creo que eso no tiene lógica, porque eso permite establecer una gran arbitrariedad en los modelos de facturación, ¿no?, que pueden ser muy fácilmente alterados, ¿no?, por cualquiera de las partes, ¿no? Yo creo que es mejor un sistema que sea lo más sencillo posible, que, teniendo criterios, lógicamente, de complejidad de la actuación sanitaria, estén así establecidos. Yo eso es lo que quería decir.

En cuanto a la relación Atención Primaria y Especializada, bueno, esto se ha planteado en los modelos de concesión administrativa, pero en los modelos PFI no se ha planteado, en la medida que la parte sanitaria depende de la gestión del servicio sanitario correspondiente; y, por lo tanto, lo gestiona, en teoría, el mismo servicio que gestiona la Atención Primaria, y, por lo tanto, los mecanismos de coordinación, etcétera, no planteaban problemas, ¿no? Porque otro de los problemas que plantean estos sistemas, digamos, de colaboración público-privada es que se pueden hacer transferencias de costes desde un nivel a otro de la atención sanitaria. En el caso de Valencia, hay muchas... ahora están ya en los tribunales muchas denuncias que ha hecho la Consejería de Sanidad de la Comunidad Valenciana sobre los hospitales de concesiones administrativas, sobre manipulación de los costes, debido a... pues eso, a transferencias de costes de los que tenían que ser en Atención Primaria hacia Atención Especializada cuando la favorecían, o viceversa, ¿no? O de transferencias incluso de costes de enfermos que transferían a otras áreas sanitarias porque le era más rentable que lo atendiera un centro de otra área sanitaria que atenderlo ellos. Bueno, es un asunto complejo que hay que ir sobre datos concretos, creo yo.

**EL PRESIDENTE (SEÑOR CRUZ GARCÍA):**

La recuperación, era lo que le faltaba.

**EL PRESIDENTE DE LA ASOCIACIÓN PARA LA DEFENSA DE LA SANIDAD PÚBLICA (SEÑOR SÁNCHEZ BAYLE):**

No, me falta otra cosa. El número de casos... ¡ah!, número de camas, número de... Perdón. Es que mi letra es como la de... la de M., a veces no me la entiendo, qué le vamos a hacer, la vida es así; también soy M., ¿no? Vale. El número... el número de camas... claro, es verdad, el número de camas... el criterio sobre el número de camas necesaria ha ido cambiando en el mundo, por supuesto. Pero el número de camas que hay en España está muy por debajo del promedio de la Unión Europea y de la OCDE, muy por debajo. Es decir, nosotros hemos pasado de 5 camas por 1.000 habitantes a 3 camas, que estamos ahora, ¿eh? Y los países de la OCDE han pasado de 10 camas a 5 y pico. O sea, que nosotros seguimos teniendo un decalaje muy grande con el número de camas. Y eso no hace falta explicarlo mucho, ¿no? Hace 20 días se da usted una vuelta por cualquiera de las urgencias de los servicios hospitalarios prácticamente de cualquier hospital del país, y se dará cuenta de que camas hospitalarias faltaban, porque la gente estaba dos y tres días en urgencias esperando una cama. O sea, que yo creo que no nos tenemos que engañar.

Nosotros tenemos un gran déficit de camas, es probable que ese gran déficit de camas sean sobre todo camas de media y larga estancia, pero lo es. Y, claro, un enfermo que, si tuviéramos camas de medio y larga estancia, se podría trasladar a esos hospitales, pues está en un hospital de agudos, porque es que no hay otra alternativa; la otra alternativa es mandarle, pues no sé, a... a Covarrubias, ¿no?, a que le atiendan allí su madre anciana, ¿no? Por poner un ejemplo, ¿no? Estamos hablando del Hospital de Burgos, ¿no?; Covarrubias es uno de los pueblos que imagino que atiende el Hospital de Burgos, ¿o no?, ¿eh? Yo conozco Covarrubias... [murmurando] ... ¡ah, Covarrubias!, sitio precioso, ¿eh?, sitio precioso, por cierto; tiene usted mucha suerte de vivir allí o de haber nacido allí, ¿eh?, sitio precioso. Pero bueno, que le quiero decir que es un sitio muy pequeño, muy alejado de los hospitales de referencia, con unas comunicaciones más o menos, ¿no? -por decirlo de alguna manera-, ¿eh?, y que, evidentemente, pues hay muchas cosas de las que no se puede hacer cargo, ¿no?, porque hay enfermedades que, aunque no tengan que estar ingresados en un hospital de agudos altamente especializado, seguramente sí que necesitan un atención especializada que no se puede dar en muchos sitios del área rural, ¿no? Yo soy extremeño, y en Extremadura pasa exactamente igual en muchos sitios, ¿no?

¡Ah!, la recuperación. Bueno, la recuperación es un tema complicado y bastante complejo, ¿no? Es decir, hay, digamos, tres modelos de recuperación, ¿no? Hay un modelo de recuperación que es el modelo de la extinción del contrato, lo que va a pasar en Alzira; que es muy complicado, ¿eh?; Ribera Salud le ha planteado 14 pleitos a la Comunidad Valenciana para impedir la recuperación, cuando se acababa el contrato, ¿no? Bueno, ya le digo, el embajador de Estados Unidos se ha ido allí, a la Comunidad Valenciana, para evitar que se extinguiera un contrato que tenía una fecha fijada de finalización. Bueno. Está eso.

Está una segunda vía, que es la vía de... para mí me parece que es una vía que podía ser altamente eficaz, ¿no?, que es la vía de exigir el cumplimiento estricto de los contratos. Es decir, usted coloca dos inspectores -la Junta de Castilla y León- de sanidad en el Hospital de Burgos velando por que haya el personal administrativo que tiene que haber según el contrato, los celadores... los TIGAS que tiene que haber según el contrato, el personal de mantenimiento, recogiendo todas y cada una de las



incidencias y estableciendo las penalizaciones oportunas cuando no se cumple con los contratos, y seguramente la empresa se replantearía si le sigue mereciendo la pena estar allí, ¿vale?

Y luego hay otra vía, que también es una vía que en la Comunidad Valenciana también se quiere explorar, que es la compra... la compra de la empresa concesionaria, ¿no? Porque las empresas concesionarias, muchas de ellas... muchas de ellas han entrado en crisis y han hecho suspensión de pagos. En la Comunidad de Madrid, si no recuerdo mal, ha habido cuatro empresas que hicieron suspensión de pagos, de las que estaban en las UTES iniciales. Bueno, pues es un momento ideal de recomprar el centro, ¿no? Porque la vía... la vía más clásica, que sería recuperación de acuerdo con lo que dice el contrato, es una vía muy onerosa y realmente poco efectiva, ¿no?, porque le va a costar más dinero a la Comunidad Autónoma de lo que merece la pena. Habría que valorar cada caso concreto, ¿no? Porque a algunos compañeros de Burgos les he oído yo decir que incluso esta última vía podría merecer la pena. No lo sé, ¿eh?, pero habría que verlo, habría que leer exactamente cuáles son los costes, qué situación hay y si merece o no la pena, pensando sobre todo en la duración que va a tener ese contrato, ¿no?

#### EL PRESIDENTE (SEÑOR CRUZ GARCÍA):

Para un segundo turno, tiene la palabra el señor Mitadiel, por un tiempo máximo de cinco minutos.

#### EL SEÑOR MITADIEL MARTÍNEZ:

Muchas gracias, e intentaré ser breve. Con respecto al tema de las camas, estoy de acuerdo con usted, y sobre todo estoy de acuerdo en que el déficit lo tenemos fundamentalmente en media y larga estancia. Eso es un tema claro.

Con respecto a la retribución, digamos, independientemente de que coincido con usted en una cosa, y es que la fórmula de retribución es compleja, yo diría que casi diabólica, porque es muy difícil de controlar, al final solamente lo controla el que la emite y alguien en el Hospital de Burgos, que es el que da el visto bueno. Espero que, efectivamente, lo esté controlando. Sin embargo, bueno, no estoy tan de acuerdo con usted, porque... con respecto al tema de retribución mediante actividad. Posiblemente no hay otra solución mejor cuando lo que se retribuye es, por una parte, la construcción, el equipamiento, que también va incluido, y los servicios auxiliares. Con lo cual, evidentemente, hay que hacer un reflejo con respecto a la actividad, y sobre todo... [*murmillos*] ... y sobre todo por el hecho de que está incardinado en un sistema donde el cambiar las estructuras capitativas daría otros... otro tipo de efectos; entre otras cosas, el capitativo tiene otra contraindicación y es las posibilidades de ahorro, ¿me explico? Es decir, por una parte, el otro tiene como efecto perverso el incremento de la actividad innecesaria, pero el otro... Bien.

Y la... efectivamente, la fórmula de retribución, que es lo que le quería comentar, es extremadamente compleja. No sé si en el resto de los modelos será así o es mucho más sencilla. En todo caso, las complejidades a veces no esconden nada bueno.

Y le quería hacer una nueva... una nueva pregunta, y es sobre algo que usted mencionó en la primera... en la primera intervención. Unas... una de las características de este modelo, teóricas, es que transfiere riesgos; mentira; o sea, como los



rescates nos han podido comprobar, y como lo hemos podido comprobar en el HUBU, como ya le decía; cuando la empresa estuvo con problemas, ya salió la Administración al rescate. Y sobre todo por algo que no le queremos liar, con el tema del TIR, ¿no?, que aquí nos dio muchas discusiones, el tanto interno de rendimiento, que, en definitiva, algunos pensamos que esto, junto con el equilibrio de la concesión, hace que, si existen déficits, ya se encargará la Administración de sufragarlos. Me imagino que esto es un elemento común al modelo, que la teoría habla de transferencia de riesgos, pero la realidad no tiene nada que ver con ninguna transferencia de riesgos.

Y, por último, para finalizar esta intervención, con respecto al cumplimiento del contrato. Efectivamente, creo que, en la mayor parte de las ocasiones, el exigir un cumplimiento exacto del contrato, un cumplimiento riguroso del contrato, puede ser el mejor elemento para conseguir alguna recuperación. Gracias.

#### EL PRESIDENTE (SEÑOR CRUZ GARCÍA):

Gracias, señor Mitadiel. Para dar contestación a las cuestiones planteadas, tiene la palabra el compareciente.

#### EL PRESIDENTE DE LA ASOCIACIÓN PARA LA DEFENSA DE LA SANIDAD PÚBLICA (SEÑOR SÁNCHEZ BAYLE):

Bueno, claro, el tema de los riesgos... que eso es de libro, ¿no? Es decir, en el... el problema de la provisión privada con fondos públicos de la atención sanitaria, el problema fundamental que tiene es que el proveedor no tiene ningún riesgo, porque nadie puede cerrar... hipotéticamente sí, pero es real... en la práctica, prácticamente imposible que vaya... alguien vaya a cerrar un hospital, un club de hemodiálisis o cualquier otra cosa. Es decir, algo que está dando servicio a la ciudadanía, y que da un servicio, mejor o peor, pero que le asegura una cierta atención sanitaria, es incesante. Y el día que desaparezca la empresa -valga la expresión-, el marrón se lo va a comer la Consejería de Sanidad correspondiente, la Administración pública.

Es decir, la empresa está solo para los beneficios, pero nunca para los perjuicios. Claro, y si esto es así en atención sanitaria, pues fíjese si será así cuando hay cosas, como las autopistas, que al final las acaba rescatando el Estado cuando no dan beneficios, ¿no? Algo que en teoría sí que se podía cerrar, ¿no?, porque las autopistas radiales de Madrid no las usa casi nadie, y si se cierran, pues no pasa nada, se podían plantar allí incluso unos olivos, ¿no? O sea, que está claro, ¿no? Pero esto no está siendo así, ¿no? Si una cosa tan poco... que causa tan poco conflicto social no se puede cerrar y la tiene que asumir el Estado, pues un servicio sanitario público pues esto es imposible, o sea que... El problema es que el riesgo es cero, ¿no? Y yo creo que este también es otro de los problemas que señalan que este tipo de modelos son imposibles, ¿no? De todas maneras, antes, que me preguntó el Reino Unido alguien -no sé si fue usted o fue el anterior-, en el Reino Unido sí se han cerrado hospitales, ¿eh?, se han cerrado varios hospitales. Algunos no se... que lo intentaron cerrar, porque hubo quiebra, no lo cerraron porque hubo una gran conflictividad social, ¿no?, un par de ellos en la periferia de Londres, pero otros hospitales se cerraron, o sea que... Pero bueno, yo creo que eso aquí, en España, no parece que esté en el horizonte razonable.

**EL PRESIDENTE (SEÑOR CRUZ GARCÍA):**

Gracias. Para un último turno, por un tiempo máximo de dos minutos.

**EL SEÑOR MITADIEL MARTÍNEZ:**

Únicamente para decir que, además... en el Reino Unido, además de cerrar hospitales, en uno de los Gobiernos de la señora Thatcher, se cerró algún hospital en el noroeste de Inglaterra, creo recordar, en el mes de septiembre porque se había acabado el presupuesto. No sé si llegaron a hacerlo por segunda vez, por la contes-tación social; posiblemente hasta lo harían por segunda vez. O sea, ese es uno de los... Efectivamente, y tenía relación precisamente con este tipo de modelos. Si se había agotado el presupuesto, ya no se podía atender.

Nada más. Darle las gracias por su... por sus aportaciones. Y sin más. Gracias.

**EL PRESIDENTE (SEÑOR CRUZ GARCÍA):**

Muchas gracias. Para continuar con el turno, que le corresponde a la porta-voz del Grupo Parlamentario Podemos, la señora Domínguez Arroyo, por un tiempo máximo de ocho minutos en esta primera intervención.

**LA SEÑORA DOMÍNGUEZ ARROYO:**

Bueno, pues ya muchas de las cuestiones que son ítems que se repiten, aparte ya es el décimo compareciente, entonces hay cuestiones que han venido repitiéndose en otros comparecientes y que, por tanto, todos los portavoces creo que planteamos. Así que voy a intentar ser escueta y no repetirme demasiado.

En primer lugar, sí que, como cuestión previa, quería plantear... porque de la primera intervención deduzco que, más o menos, todo lo que ha dicho es producto de la experiencia, de lo que han significado los modelos privatizadores, con datos en la mesa, en España en concreto; pero sí que es verdad que una de las cuestiones que nos han repetido diversos comparecientes es la falta de evaluación real que hay de comparación, digamos, entre modelos. La falta, primero, porque no se puede com-parar entre países, porque nada tiene que ver el Reino Unido, que sería el máximo exponente quizá de este tipo de modelos, con España, y ni siquiera tiene que ver lo que ha pasado en la Comunidad Valenciana con la Comunidad de Madrid, con el modelo del HUBU, que yo creo que es único en toda... en todo el país.

Entonces, en ese sentido, yo sí que le preguntaría, como cuestión previa, si ha habido una falta de evaluación de este tipo de modelo, si realmente se han tomado acciones y opciones políticas sin evaluar realmente ni los resultados, ni los benefi-cios, ni las ventajas, ni las desventajas de los modelos privados sobre el modelo, digamos, público. Y, en ese sentido, si se puede comparar o si hay una posibilidad de comparación entre países y entre diferentes Comunidades Autónomas, lo que han significado este tipo de modelos.

Aludía ya en una segunda cuestión a los cambios de accionistas, que esto es una cuestión que supongo que, sobre todo, se ha dado en la Comunidad de Madrid, pero que es cierto que en el HUBU, por ejemplo, se ha dado. En torno al 22 % de las acciones ahora del Hospital de Burgos son de Concesia, que es también una multina-cional que se dedica a la gestión de la sanidad, porque, en principio, había una serie



de accionistas que eran las cajas de ahorro, que es otro gran problema que ha habido en la Comunidad Autónoma. Ante la desaparición de las cajas de ahorro como accionistas del Hospital de Burgos, una gran parte se la queda Concesia, y otra parte es de las constructoras, una parte de OHL y otra parte de Urbanizaciones Burgalesas, que es la otra. Entonces, en este sentido, que yo creo que es una cosa que hasta ahora no habíamos valorado, al menos con otros comparecientes, sí que cabe interpretar que hay una sucesión en que esas empresas van entrando y van comiéndole el terreno a empresas que, en principio, eran afincadas en el territorio, que podría hasta verse como una cierta fortaleza del modelo, la capacidad, digamos, de generar tejido empresarial a partir de esto. Ya luego podríamos debatir si nos parece mejor o peor, ¿no? Pero yo he escuchado como esto podría ser una fortaleza del modelo, y por eso lo pongo sobre la mesa.

Luego, bueno, ya se ha hablado un poco de la, digamos, incapacidad de supervisión por parte del financiador, que en este caso es la Administración, pero aquí yo añadiría una pregunta: si es que si esto supone un coste añadido para la Administración. Hay una cuestión que sucede en el Hospital de Burgos, y es que durante todo el proceso de construcción la Administración contrata a una empresa externa para que evalúe, digamos, o controle a la propia concesionaria a la que previamente ha contratado. Por eso pregunto lo del coste añadido, porque, ante la imposibilidad de la Administración para controlar a quien ellos mismos han contratado, parece que se puede dar la situación de que, además, ya aparte de todo lo que se ha comentado antes, pueda haber un coste añadido.

Otra cuestión, ya se ha comentado un poco, es la incapacidad de establecer sanciones. Aunque el contrato las prevea, son raras las ocasiones, tanto en el HUBU como en otros hospitales, de sancionar. Y, además, me ha parecido interesante la cuestión de que es una vía de recuperación del contrato. Pero, de hecho, en la práctica, hay una imposibilidad por parte de la Administración para sancionar.

En lo de la no transferencia de riesgo creo que ya no voy a ahondar, porque ya lo ha hecho el anterior.

Y sí que me gustaría remitirme a dos comparecientes que... José María Abellán y Fernando Sánchez, que ponían de manifiesto que la eficiencia, en principio, era una fortaleza del modelo y creían que esta podría ser una de las posibles ventajas. Desde nuestro grupo no compartimos, evidentemente, esta afirmación, por múltiples cuestiones. Cuestiones como por ejemplo -que todas las ha mencionado- el problema de los derechos laborales de las personas de los servicios privatizados, la centralización de servicios, que puede derivar en un monopolio por parte de la concesionaria matriz. Y luego una cuestión que no se ha planteado, que es la... bueno, creo que quizá lo ha planteado el portavoz de Izquierda Unida, que es la adquisición de material, la sucesiva adquisición de material, no solo la primera que hubo, sino las múltiples renovaciones que dan con un monopolio en la compra del equipamiento que va a haber en ese hospital, por ejemplo, en este caso, de aquí a dos mil treinta y seis. Entonces, en ese sentido, no nos parece que esto sea eficiente, tanto en la adquisición de material en el equipamiento como en la propia contratación. Y le pregunto al respecto de esta cuestión.

Y yo creo que eso es todo, porque la otra cuestión que tenía era sobre la complejidad del contrato, que creo que también ya se ha preguntado.

**EL PRESIDENTE (SEÑOR CRUZ GARCÍA):**

Muchas gracias, señora Domínguez. Para dar contestación a las cuestiones planteadas, tiene la palabra el compareciente.

**EL PRESIDENTE DE LA ASOCIACIÓN PARA LA DEFENSA DE LA SANIDAD PÚBLICA (SEÑOR SÁNCHEZ BAYLE):**

Bueno, me dice el tema... claro, comparación de modelos. Los... -esto es una opinión, claro-. ¿Por qué surge el sistema de PFI? El sistema PFI surge básicamente porque cuando se diseña una estrategia, que no es una estrategia que suceda en España, sino que sucede a nivel de todo el mundo, de desmantelamiento y privatización de los servicios públicos, eso tiene muchas dificultades de implementarse en servicios nacionales de salud, ¿no? Porque son servicios públicos generalizados, donde establecer un modelo de seguro sanitario, ¿no?, que es lo que se pretende en el fondo, ¿no?, tipo Estados Unidos, pues choca directamente, ¿no?, con la forma de funcionamiento del sistema. Y entonces hay que encontrar modelos o vías transitorias que vayan... que vayan permitiendo la ruptura de un modelo integrado para crear empresas de diferente tipo y donde vaya habiendo una... un protagonismo o una participación cada vez mayor del sector privado, ¿no? Y por eso... -en mi opinión, ¿eh?, que no solo es mía, es de mucha otra gente, pero bueno, en este caso mía- por eso surge... por eso surge el modelo.

El modelo PFI tiene poca virtualidad, inicialmente, fuera de este tipo de modelo de Servicio Nacional de Salud y servicios públicos, y, de hecho, los hospitales PFI siempre se implantan en aquella... sistemas que son sistemas públicos generalizados, o en aquellas partes de un sistema de provisión más múltiple, pero partes que tienen financiación y cobertura pública, ¿no?, ¿eh?, porque lo que pretenden es arrancar de... una parte importante de beneficio dentro de la provisión de un servicio público, ¿no?, que está financiado con los impuestos o con los modelos de Seguridad Social, dependiendo de los países.

Claro, todos los... todos los países tienen... los modelos sanitarios son muy distintos, ¿no?, y, de hecho, todos los países tienen alguna diferencia. No sé, hay una frase famosa, ¿no?, de Tolstói, ¿no?, que dice "todas las familias felices son iguales y las infelices lo son cada una a su manera", ¿no? Bueno, pues los sistemas sanitarios son infelices cada uno a su manera. O sea, que siempre hay alguna especificidad de un sitio a otro, y realmente en nada son iguales. Pero sí que hay un... características que homogeneizan bastante los sistemas sanitarios, por ejemplo, de los Servicios Nacionales de Salud. En ese sentido, España y el Reino Unido son muy parecidos, o eran muy parecidos, ¿no?, porque el Reino Unido ha ido moviéndose hacia otras derivadas, pero eran en principio muy parecidos, ¿no? Y yo creo que eso permite tener una cierta... unos ciertos sistemas de comparación. Los problemas fundamentales de comparación tienen que ver con la falta de transparencia de los modelos, tanto PFI como modelos privatizados totalmente, ¿no? Porque no están disponibles... Por ejemplo, le pongo un ejemplo: yo, hace poco, he intentado hacer una comparación pues de los profesionales que hay por cama en los distintos hospitales de la Comunidad de Madrid con financiación pública. Bueno, pues en los hospitales de gestión pública eso es relativamente fácil, relativamente, ¿no?, porque ahí siempre van con un par de años de retraso, pero bueno, aparecen en las memorias y tal; y en los otros



hospitales, algunos ofrecen los datos y otros simplemente no los ofrecen, y no sabes cuántas enfermeras, cuántos... y cuántos médicos o cuántas médicas tiene el hospital. Y, entonces, pues ya ahí te quedas ya vendido, ¿no? No sabes, por ejemplo, una cosa tan elemental como esa, ¿no? Eso no lo conocemos, ¿no?

Y lo mismo que no conoces eso, por ejemplo –que eso ya sí que depende de la Comunidad de Madrid, y no depende solo de los hospitales–, no conoces los flujos de pacientes, es decir, bueno, cuántos pacientes... cuántos pacientes y qué diagnósticos tenían los pacientes que se derivan de un centro a otro, ¿no?; porque esto es fundamental para hablar de la calidad de la atención sanitaria, si se está haciendo o no selección de riesgos o si se están trasladando los malos riesgos de unos centros a otros, ¿no?, como sospechamos y como vemos en casos concretos. Pero, claro, una cosa es lo que yo veo... o lo que yo veía en mi hospital, cuando trabajaba, que ya sabía los niños que venían, pues no sé, de Torrejón o de otros hospitales de estos, de concesiones administrativas, pues ya se sabía que eran niños que tenían, en principio, un pronóstico de que se iban a estar dos o tres días ingresados más que los que los que no los trasladaban, ¿no?, con la misma patología, digamos, aguda, y esto... como mínimo, ¿no?, y esto era una cosa habitual, ¿no?, entonces...

Pero, claro, eso necesita datos... datos más concretos y tal. Y estos... esto, nos hemos quejado nosotros y se ha quedado, pues yo qué sé, Félix Lobo, que ha intentado también hacer un trabajo sobre... que es un economista de la salud... vamos, que trabaja en la Universidad Carlos III, que también intentó hacer un trabajo sobre comparabilidad, ¿no?, de los centros, también se ha encontrado con esta barrera. Es decir, no sabemos realmente los movimientos que hay de pacientes y en relación a qué se hacen. Bueno, esto es lo que hay. No podemos... en todo caso, quejarnos, ¿no?, de que haya tan poca transparencia. Y yo creo que esto lo tenemos que tener claro, ¿no? Y, bueno, tenemos que ser conscientes de las limitaciones, es decir, y si alguien no quiere que estas cosas sean... si alguien oculta algo, por algún motivo será, ¿no? Es el principio de sospecha, ¿no? No podemos llegar mucho más lejos, ¿no? Yo creo que, bueno, hay que ser sinceros con las cosas, ¿no?

En cuanto a la... claro, la privatización que se está haciendo pues tiene que ver con eso, es decir, lo que se quiere hacer es un estado mínimo, donde todos los servicios sean provistos por empresas privadas con ánimo de lucro, ¿no? Y, bueno, esto parte de una consideración ideológica; es decir, oiga, hay gente que cree en esto, bueno, contra toda evidencia, porque todas las pruebas que hay en todos los países del mundo indican exactamente lo contrario, es decir, la privatización, en el caso concreto de los servicios sanitarios, incrementa los costes de una manera muy notable y no mejora... no mejora la atención sanitaria, porque crea muchísimas desigualdades.

Dice: cuáles son las... la eficiencia. La eficiencia, en principio, significa dar el mismo servicio al menor coste posible. Yo creo que eso se puede decir de una manera absolutamente cierta, con todas las pruebas en la mano, de que eso no se ha producido. Es decir, los nuevos modelos de gestión no están dando eficiencia al sistema sanitario; al contrario, de una manera agregada, lo están haciendo más ineficiente. Yo les he señalado antes, por ejemplo, en el tema de las listas de espera en la Comunidad de Madrid, una prueba derivada y a nivel global, pero que yo creo que es bastante valiosa, ¿no? Y, oiga, pues resulta que hemos triplicado la lista de espera quirúrgica por tres, después de abrir 11 hospitales. Eso es inaudito. Cualquiera que lo piense dice: ¿pero cómo es posible? Ah, pues mire, esto es lo que ha sucedido. O



sea, que posible es, lo que es difícilmente explicable, ¿no? Pero, desde luego, eso es... indica que el sistema no ha sido eficiente, ¿eh?; y si vemos los costes, el dinero que se ha derivado a pagar esto, pues clarísimo.

Me dice usted: costes de la evaluación. Pues sí señor... -perdón, sí señora- en Madrid... en Madrid también se ha producido, se hizo un contrato con una empresa externa por 2,9 millones de euros para hacer la evaluación del funcionamiento de los centros privatizados. Un contrato que no... que no se volvió a prorrogar, pero que, además, se hizo tan mal que la empresa ha conseguido 1.000.000 de euros de... de penalización, que ha tenido que pagar la Administración, por no... por no haber rescindido el contrato a tiempo, ¿no? O sea, todo son despropósitos, uno detrás de otro. En Vigo también se hizo... se hizo un contrato con una empresa externa, que, por esas casualidades de la vida -que son casualidades, por supuesto, que no tiene ninguna relación con ningún hecho de ningún tipo-, se le adjudicó a una empresa que un mes antes acababa de crear una señora que había sido un alto cargo de la Xunta de Galicia, y que estaba domiciliada en su domicilio, y que tenía un capital social creo que de 5.000 euros, ¿no?, y que era el primer contrato que tenía, de 300 o 400.000 euros, bueno, ¿no? Bien. Pasemos página, ¿no?

¿Son imposibles las sanciones? No, las sanciones no son imposibles. Las sanciones no se hacen porque el que tiene la responsabilidad de vigilar y de controlar no ejerce su función. No son imposibles, las sanciones están contempladas en el contrato y se tienen que llevar a cabo, y, si no se hacen, pues oiga, hay un responsable, ¿no?, o unos responsables, los que usted quiera, y búselos donde sea, ¿no?

Y en cuanto al material de adquisición, claro, el problema del Hospital de Burgos, que también eso es otra peculiaridad que tenía este contrato, es que todo lo que es el aparataje médico tecnológico quedaba en manos de la concesionaria, lo cual es una cosa bastante extraña, porque todas las demás concesiones PFI no figura así, ¿no?, no figura así. Claro, eso crea hipotecas muy importantes, ¿no?, porque ese aparataje puede no coincidir con las necesidades de salud y puede hacerse la adquisición sin tener en cuenta pues lo que son los intereses de la atención sanitaria, sino los intereses económicos de la empresa que lo adquiere, ¿no? Yo creo que esto también es un tema irregular, que no... que no se produce en otros sitios y que llama la atención, ¿no?, pero bueno. El Hospital de Burgos es un caso muy interesante, como una experiencia única, ¿eh?, porque es un contrato que, ya digo, en el resto del... Yo me los he leído prácticamente todos los contratos que hay; los de Baleares no son así, el de Vigo tampoco es así, los de Madrid no eran así. Es un caso muy específico, ¿no?, tanto con el sistema de calcular el canon como el tema, por ejemplo, que la tecnología queda en manos... yo creo que es un diseño especialmente inapropiado para el asunto. Bueno, quien lo... quien hizo... quien elaboró el contrato sabrá por qué lo hizo, yo... a mí me resulta inexplicable. Desde luego, es inhabitual. Es un caso...

#### EL PRESIDENTE (SEÑOR CRUZ GARCÍA):

... compareciente. Entiendo que ha culminado usted este turno. Tiene la palabra la portavoz del Grupo Podemos ante la Comisión, la señora...

#### LA SEÑORA DOMÍNGUEZ ARROYO:

Sí. Muy rápidamente, porque yo creo que...

**EL PRESIDENTE (SEÑOR CRUZ GARCÍA):**

... Domínguez Arroyo, por un tiempo máximo de cinco minutos.

**LA SEÑORA DOMÍNGUEZ ARROYO:**

(Perdón, Salva). ... creo que no hay muchas más cuestiones que... a mayores que plantear. Solo en esta... en esta última cuestión, ¿no?, el hecho de que el equipamiento no suela ser una cosa que entra dentro de este tipo de contratos, que yo creo que ya algún otro compareciente nos lo ha comentado, y la persona que firmó el contrato vino aquí a comparecer y tampoco es que nos diese mucha luz sobre por qué se firmó ese contrato. Así que tampoco lo podemos llegar a saber muy bien.

Pero sí que es verdad que esto genera que haya ahora, y habrá, cuando haya que ir renovando sobre todo equipos de alta tecnología y demás, un problema, sobre todo porque cuando se hace, digamos, la... en el proceso de contratación, una de las cuestiones en las que la concesionaria no aprobaba era en la renovación de equipamiento, que no tenía un plan de renovación de equipamiento, cuando el equipamiento es una de las cuestiones que, digamos, no gestiona directamente la concesionaria. Entonces, en este sentido, sí que entendemos que esto va a ser, con el tiempo, una desventaja clara, en el HUBU especialmente, pero que, bueno, llama la atención, como dice, que no suela ser así.

Y le voy a hacer una pregunta, porque decía, ¿no?, la incapacidad o el problema que hay en la Comunidad de Madrid, que yo creo que, en principio, con algunos matices, quizá no se da tanto en la Consejería de Sanidad de Castilla y León, pero el hecho es que ahora acaba de aprobar la Comunidad de Madrid un portal de transparencia, o lo que aquí es el equivalente de un portal de transparencia, y me pregunto si la Consejería de Sanidad no va, a partir de ahora, quizá, a colgar ahí sus cuestiones. No sé si tiene alguna opinión al respecto; es solo porque me ha llamado la atención. Eso es todo. Muchas gracias.

**EL PRESIDENTE DE LA ASOCIACIÓN PARA LA DEFENSA DE LA SANIDAD PÚBLICA (SEÑOR SÁNCHEZ BAYLE):**

Bueno, pues, realmente, en el portal de transparencia de la Comunidad de Madrid lo único que... el único avance significativo que ha habido en materia sanitaria ha sido el tema de las listas de espera, ¿no?; los datos que les he contado antes de lista de espera quirúrgica, de pruebas diagnósticas y de consultas externas están ahí. No contemplan el tema de las derivaciones de enfermos de unos hospitales a otros, los motivos, los diagnósticos, ¿no?, de esos enfermos, ¿no?, ¿eh?, no lo contemplan. Que sería un punto clave, ¿no?, porque eso es lo que te permite saber...

Ya sabe que en Madrid hay una situación también un poco excepcional, que es el tema del área única, que cualquier persona, en principio, puede acceder a cualquier hospital situado en cualquier sitio de la Comunidad, y una persona puede vivir en Aranjuez, tener el pediatra en Carabanchel Alto, el médico de familia en... al lado del puerto de Guadarrama y la enfermera pues en Buitrago... digo, perdón, yo qué sé, al lado del Valle del Tiétar, ¿no? Cosas que tenemos. Puede hacerlo, ¿eh?, porque se lo permite la ley. Algún caso hay... son, evidentemente, excepcionales, ¿no?, pero hay algún caso registrado en que se producen este tipo de extrañas elecciones.



### EL PRESIDENTE (SEÑOR CRUZ GARCÍA):

Gracias. Entiendo que renuncia al último turno. Tiene la palabra la portavoz del Grupo Socialista ante la Comisión, la señora Martín Juárez, por un tiempo máximo de ocho minutos en esta primera intervención.

### LA SEÑORA MARTÍN JUÁREZ:

Pues gracias, señor presidente. Y yo, lo primero es agradecerle, en nombre del Grupo Parlamentario Socialista, su presencia en esta Comisión, porque, desde luego, para nosotros son un auténtico referente la organización de la que usted es portavoz, y usted mismo. Y, desde luego, pues es un privilegio poder escucharle, por el respeto y el valor que nos suponen sus informes, sus publicaciones, sus opiniones, sus estudios y sus reflexiones.

Yo, con lo que nos ha aportado, prácticamente casi no me atrevo a preguntar, desde luego. Y, además, es que me atrevo a compartir con usted una... una grata sorpresa: ahora, incluso el Partido Popular se rinden en este Parlamento a los informes, de los que hacen uso, que ustedes publican, lo cual significa el peso y el valor que le damos todos los grupos parlamentarios. Hombre, habrá interpretaciones más o menos libres, pero, en cualquier caso, que la Federación de Asociaciones de Defensa de la Sanidad Pública pues tiene el peso que corresponde, y que se lo... se lo han ganado.

Por lo tanto, nosotros teníamos aquí, en principio, un análisis de fortalezas y debilidades, según la experiencia, y yo creo que con la intervención inicial, en la que usted contextualizó el tema, bueno, pues todas las debilidades, que, por supuesto, compartimos, han quedado claros. Por lo tal, esos mitos de un modelo rápido, barato y la octava quintaesencia, pues claramente queda absolutamente desmontado. Con lo cual, yo le pregunto si, como nuestra conclusión, podemos considerar que este modelo ha fracasado y que es un modelo claramente perjudicial, por no decir ruinoso, para el interés público, el modelo PFI del Hospital de Burgos, que es en el que nos estamos centrando en esta Comisión. Y si en otras experiencias, en España, cuando se han investigado estas concesiones, aparentemente, en la mayoría, con sentido común y velando por el interés público, pues parece que se podría concluir en la imperiosa necesidad de revertir o de recuperar estas concesiones; Con esas serias dificultades en los tres ejemplos que nos ha puesto usted, que tienen... pues ahora mismo, lo que está pasando con el modelo de Alzira, ese sinfín de pleitos, o esa vigilancia estricta y rigurosa para que fuera la propia concesionaria que trabaja en la trampa, ¿eh?, el que dijera: oye, aquí tienes el contrato, que si no hago trampas, no me interesa.

Nosotros, una pregunta más. Claramente, aquí, de forma sorprendente, han pasado representantes de las empresas, que más bien parecían, en lugar de empresarios, pues representantes de las ONG, y todo su interés cuando optan a estas concesiones es el interés general y el interés público. Nosotros entendemos que, claramente, cuando estas empresas optan a estas concesiones, pues tienen un interés de negocio y de sacar beneficio, porque, si no, pues se dedicarían a otra cosa. Por lo tanto, si a su juicio también esto es algo que puede quedar demostrado.

Y como... más que nada como una reflexión, que, desde luego, para nosotros, la reflexión, incluso su opinión, es una conclusión de muchísimo peso, que, a la vista



de estos resultados y de... y de cómo se han ido desarrollando estos modelos, pues es evidente que están menoscabando y perjudicando la asistencia sanitaria pública, no solo en el conjunto del Estado español, sino en todas las Comunidades Autónomas donde esto se está aplicando.

De la transparencia ya se ha preguntado en otros turnos. A mí, esto, como una pregunta más, ¿sí que se correría el riesgo en el Sistema Público de Salud Español, con el auge que han tenido en Comunidades Autónomas como la de Madrid, el Hospital de Burgos, el de Vigo, etcétera, etcétera, de que pudiéramos caer en esos tristes antecedentes del Reino Unido? Usted explicaba -y, desde luego, nosotros lo compartimos- que, en el fondo, lo que se pretende con este modelo PFI es un desmantelamiento y privatización de los servicios públicos y establecer un modelo sanitario de aseguramiento, y que pague quien pueda, y el que no, que vaya a la beneficencia o se las arregle, y que eso es lo que se pretende en el fondo; y que estos modelos pues, efectivamente, estén, tristemente, preparando el terreno para esto, que ojalá no llegue, pero, desde luego, tendríamos la obligación de concluir, si esas son las amenazas, más allá de todas las debilidades, que están muy claras, la obligación que tendríamos todos de defenderlo. Como, prácticamente, en lo que se refiere a la transparencia, al desmontar los mitos, a la mala calidad de la construcción, a cómo hipotecan la política sanitaria y agravan los recortes, a que esas empresas que optan, luego, curiosamente, no tienen liquidez. En fin, una serie de mitos que se caen ellos solos, y muchísimo más cuando vemos la experiencia.

Yo, un matiz más. En esos 14 servicios privatizados o externalizados que gestiona aquí esta UTE del Hospital de Burgos, a nosotros siempre nos ha preocupado muchísimo; se basan en que no son servicios sanitarios, pero un servicio como la esterilización es un servicio troncal en el conjunto del funcionamiento diario de un hospital, y está directamente relacionado con todos los servicios claves, llámense unidades de hospitalización, todo el área quirúrgica, las unidades de intensivos, absolutamente con todo. Cómo se puede privatizar para ir facturando, como si estuviéramos en un supermercado, un kit de ropa, un kit de sistema de curas. Es decir, que a nosotros particularmente esto nos parece un atropello y un error de bulto y una dejación más por parte de la Administración de -es un muy serio- la gestión de los archivos y de la historia clínica, de la documentación, por supuesto; las lavanderías está claro que han funcionado muchísimo mejor cuando era un servicio de los propios hospitales y centros sanitarios; exactamente igual que la comida que comían los enfermos, no hay color, cuando las cocinas eran de los propios hospitales, a estas bandejas de velos baratos y plastificados, no hay color. Pero, desde luego, un servicio como la esterilización, como todo lo demás prácticamente nos lo ha aclarado, qué valoración hace usted de una facturación... Vamos, yo no quiero imaginarme una intervención quirúrgica, donde puede haber protocolizado las batas, los guantes, los equipos, o la caja estándar de instrumental, y que se complique y haya que abrir otras cinco, que es muy habitual, y cómo se puede comparar el coste de una apendicectomía o una laparotomía exploratoria en un hospital modelo PFI, con la esterilización privatizada, o en un hospital público.

**EL PRESIDENTE (SEÑOR CRUZ GARCÍA):**

Tiene que acabar, señora Martín Juárez, por favor.



LA SEÑORA MARTÍN JUÁREZ:

(Sí, sí, acabo ahora mismo, señor presidente). Muchas gracias.

EL PRESIDENTE (SEÑOR CRUZ GARCÍA):

Muchas gracias. Para dar contestación a las cuestiones planteadas, tiene la palabra el compareciente.

EL PRESIDENTE DE LA ASOCIACIÓN PARA LA DEFENSA DE LA SANIDAD PÚBLICA (SEÑOR SÁNCHEZ BAYLE):

Bueno, yo voy a empezar... que he visto que no había contestado a algo que había dicho la anterior compareciente, perdóneme, ¿eh? Claro, cuando se hace... cuando se traspasa los activos de una empresa a otra empresa de la concesionaria, eso necesita la autorización de la Consejería de Sanidad o de la Comunidad Autónoma, no se puede hacer autónomamente, ¿no?, ojo. Quiero decir que... que bueno. Y ese es el momento en el que se pide esa autorización, es el momento en que la Comunidad Autónoma se puede hacer con la empresa, ¿no? O sea, que yo creo que este es un tema... es otra de las vías por las que se puede entrar en... una vía más complicada, pero que también es una vía de tener protagonismo dentro de la recuperación.

Bueno, yo estoy... tengo clarísimo, ¿no?, estoy de acuerdo con usted, en que hay algunos aspectos de las... de las actuaciones dentro de un hospital, que el dejarlas en manos de empresas privadas, o subcontratas, etcétera, no tiene ningún sentido y pueden deteriorar gravemente la calidad de la atención sanitaria. Hablaba de esterilización, de la alimentación, etcétera; o sea, que hay bastantes cuestiones que son totalmente ilógicas. Y eso significa una idea yo creo que equivocada, ¿no?, que es fragmentar la atención sanitaria como si fuera pues, no sé, una cadena de montaje de automóviles, ¿no?, donde uno pone un tornillo y el que está más allá, el siguiente, pone otro tornillo, o pone una biela, o lo que sea, ¿no? Es decir, la atención sanitaria depende de una colaboración de un colectivo de profesionales de titulaciones variadas, que trabajan sobre una persona, ¿no?, y que le tienen que dar una atención integral, y que si cada uno... esa atención se va segmentando y, sobre todo, si se va condicionando a los costes económicos que tiene, pues se hace muy difícil que se dé una atención sanitaria de calidad, ¿no? Yo creo que esto es un tema muy importante.

Yo creo que está claro, ¿no?, es decir, el modelo, en mi opinión -ya lo dije en la primera intervención-, ha fracasado claramente. Es decir, es un modelo que solamente produce perjuicios a la atención sanitaria, que incrementa de manera muy importante los costes y que, además, pues abre muchos interrogantes sobre otras cosas, ¿no?, que algunos pues parece que se van despejando con el paso del tiempo, ¿no? Pero bueno, yo creo que es un mal modelo, ¿no?, que si queremos que haya un buen sistema sanitario que funcione y que garantice una atención de calidad a la ciudadanía, ese modelo sanitario debe de basarse en una provisión sanitaria pública y una provisión integrada, donde Atención Primaria y Especializada trabajen al unísono, donde el mercado no sea el que regule las relaciones entre las diversas partes del sistema sanitario y donde lo que... lo que prime sea la complementariedad y la colaboración entre todos los trabajadores del sistema y entre todos los centros sanitarios, ¿no? Yo creo que ese es el tema central.



Claro, nos encontramos con la situación de que están estos centros sanitarios privados y semiprivados encima de la mesa, y qué plan utilizamos para recuperar la situación. Hombre, yo creo que lo primero que hay que hacer es paralizar las privatizaciones, ¿no?, porque esto es lo primero y fundamental, ¿no? Es decir, que no nos encontremos con más casos. Y luego, caso a caso, hay que analizar cuáles son los contratos que hay y qué actuaciones, en virtud de esos contratos, se pueden hacer para que haya una reversión del sistema al modelo público de gestión tradicional, ¿no?

El Hospital de Burgos yo creo que es un ejemplo muy muy particular, pero precisamente porque tiene tantas particularidades, probablemente tenga muchas más posibilidades de incidencia que modelos que son más sencillos, más simples, y donde los incumplimientos son más difíciles de evaluar, ¿no? Yo creo que todas las cosas que entran en el canon, en principio, se pueden... se pueden verificar todas, ¿no? Lo que... claro, hay que molestarse en verificarlas, y eso significa ponerse a trabajar para hacerlo, eso es una decisión política, no... nada imposible, si se quiere hacer, ¿no?; vamos, nada... casi nada; en este caso, desde luego, no.

#### EL PRESIDENTE (SEÑOR CRUZ GARCÍA):

Gracias, compareciente. Para un segundo turno, tiene la palabra la señora Martín Juárez, por un tiempo máximo de cinco minutos.

#### LA SEÑORA MARTÍN JUÁREZ:

No, si no vamos a utilizar mucho más. Está claro que este... estos contratos derivan en una dependencia absoluta del interés público de cara a la concesionaria. Y a nosotros... pues estamos convencidos y compartimos sus opiniones y sus reflexiones: que van a... que perjudican la atención sanitaria, que incrementan los costes y que es un mal modelo. Y, desde luego, nosotros compartimos plenamente que, el modelo, esto no puede volver a repetirse y que hay que acabar con estos modelos y que el modelo debe ser pues donde no... no solo donde no prime, sino donde no asome ni la cabeza el concepto del mercado y los beneficios y otro tipo de intereses que se antepongan a la salud. Por lo tanto, compartimos la paralización de privatizaciones, y, bueno, pues ese análisis caso a caso en cada uno de los modelos. No perderemos la esperanza de que, a pesar de lo complejo, y lo farragoso, y lo especial, y único, y excepcional que es el contrato de Burgos, en alguno de los supuestos, nosotros estamos convencidos que aquí sería una vigilancia estricta del cumplimiento del contrato, en lo que le interesa a la concesionaria y lo que no. Y si ahí, el día que haya voluntad política por parte de la Administración autonómica de hacer una vigilancia estricta, pues a lo mejor parte del camino estaría allanado.

Por lo demás, no tenemos más preguntas concretas, sino, una vez más, agradecerle profundamente sus aportaciones y darle las gracias por el indudable enriquecimiento y aportación que para nuestro grupo supone su presencia hoy en esta Comisión. Muchas gracias.

#### EL PRESIDENTE (SEÑOR CRUZ GARCÍA):

Gracias, señora Martín Juárez. Interpreta además este presidente que renuncia ya al último turno. Tiene la palabra el compareciente para dar contestación a las cuestiones planteadas.



EL PRESIDENTE DE LA ASOCIACIÓN PARA LA DEFENSA DE LA SANIDAD PÚBLICA (SEÑOR SÁNCHEZ BAYLE):

*[Intervención sin micrófono].*

EL PRESIDENTE (SEÑOR CRUZ GARCÍA):

... turno de intervención por parte de los portavoces, tiene la palabra el portavoz del Grupo Parlamentario Popular, el señor Ibáñez Hernando, por un tiempo máximo de ocho minutos.

EL SEÑOR IBÁÑEZ HERNANDO:

Buenas tardes. Gracias, presidente. En primer lugar, quiero darle también un agradecimiento muy sincero desde el Grupo Parlamentario Popular, porque para nosotros ha sido la verdad es que muy ilustrativo todo lo que nos ha indicado, y, además, coincidimos con la portavoz del Grupo Socialista que nosotros somos también consumidores de los informes que se elaboran desde la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública, y a alguno de ellos haré alusión en esta intervención.

Yo quiero permitirme -aunque no es algo mío, pero seguro que estoy convencido de que así va a ser- invitarle a que conozca un día, o un par de días, el Hospital de Burgos, y que le puedan explicar muchas de las cuestiones sobre las cuales... usted habla de la especificidad, pero a lo mejor no conoce en profundidad. Porque seguro que, además, previa visita al pueblo de Covarrubias, que es la gran verdad de lo que hoy se ha dicho aquí, que es un magnífico pueblo de la provincia de Burgos, igual que muchos otros, pero va a conocer muchas de las cuestiones, y además va a poder poner en comparación algunas de las afirmaciones que ha hecho, que no voy a poner en duda, con la realidad del Hospital de Burgos.

Porque fíjese... yo me voy muy contento, me voy a ir muy contento de esta comparecencia, porque fíjese que ha dicho, basado sobre todo en el conocimiento profundo que tiene de la situación del modelo especialmente en Madrid, que creo que es donde más ha conocido, ¿no?, cómo ha evolucionado este modelo; probablemente, en Castilla y León el conocimiento de eventuales problemas o cuestiones que se hicieron previamente permitió mejorar todos los aspectos relacionados con el diseño y la ejecución de un contrato. Porque le voy a poner de manifiesto que, por ejemplo, mientras hablaba de la hipoteca de la... de la política sanitaria, fíjese, en Castilla y León, el Plan de Infraestructuras Sanitarias, que tenía una previsión de 1.300 millones de euros, gracias a poder hacer este hospital a través de este modelo, permitió invertir 1.600 millones de euros, es decir, un 23 % más, lo cual fue muy positivo para Castilla y León.

O cuando se ha hablado, por ejemplo, de la influencia en la privatización de los servicios, el informe de... el informe suyo, de la Federación de Asociaciones, sitúa a Castilla y León como la tercera Comunidad que menos servicios privatiza, solo por detrás de Cantabria y Aragón, y con un porcentaje exclusivamente del 4,1 %, lo cual significa que, a pesar de que tengamos este modelo, aquí se ha sabido hacer bien, y no significa que se esté externalizando.



Cuando se hablaba de cuestiones como, por ejemplo, el empeoramiento de la atención, quiero también de nuevo poner de manifiesto que la Comunidad de Castilla y León, en este informe de la Federación para la Defensa de la Sanidad Pública, nos coloca, quitando evidentemente las Comunidades que no tienen régimen común, que tienen otro sistema de financiación, pero estamos en los últimos años la tercera mejor valorada, la segunda mejor valorada, y yo creo que eso es muy positivo, y nosotros en Castilla y León nos sentimos muy orgullosos, por lo menos el grupo parlamentario que sustenta al Gobierno, y estoy convencido que también el resto de portavoces están muy orgullosos de la sanidad que tenemos en Castilla y León.

Ha hablado de un problema que generaban estos modelos, que es el tema del número de camas, el tema de sanitarios. Fíjese, en el informe, el número de camas por 1.000 habitantes, Castilla y León es la tercera mejor situada de las 17 Comunidades Autónomas. Pero es que en médicos de Atención Primaria y en profesionales de enfermería está en la primera posición, que es muy positivo. Porque, claro, ha dado pie a que yo intervenga en este sentido, ¿verdad?, porque cuando en otros sitios han hecho demasiados hospitales, a lo mejor -yo no lo pongo en duda-, a través de este modelo, esto no ha influido, porque, hombre, si no, no estaríamos yo creo en Castilla y León los primeros, ¿no?

Y sobre la opinión ciudadana, por ejemplo, que se habla de que se suele tener una percepción negativa, la percepción sobre las preferencias para hospitalizarse en la sanidad pública es la segunda más alta de toda España, la que hay en Castilla y León. Y el porcentaje de personas que señala que han mejorado las listas de espera es el segundo más alto. Lo cual yo creo que es un dato positivo, y por eso quiero agradecerle que haya puesto o haya hablado de estas cuestiones.

Ha hablado también que esto ha conllevado recortes en la época de crisis. Usted conoce perfectamente también los datos. La Federación de Cajas de Ahorro hizo una intervención y un informe sobre la evolución de cómo habían sido el gasto sanitario entre los períodos... el período más complicado de la crisis, dos mil nueve-dos mil trece; mientras que la media de los recortes de España estaban situados en el 12 %, aproximadamente, en esa época, en Castilla y León fue casi 8 puntos de media por debajo, la segunda que menos redujo su presupuesto en materia sanitaria en toda España. Lo cual yo creo que también es un dato positivo y que acredita que el modelo que aquí se aplicó no implicó necesariamente la aplicación de ningún tipo de reducción en materia presupuestaria.

Cuando se ha hablado de la posible pérdida de efectivos sanitarios, yo creo que aquí, en Burgos, se hizo bien, porque, mientras que en dos mil trece los efectivos médicos que había era 476, en dos mil dieciséis eran de 487; la del personal de enfermería, de 888, han sido 896 en dos mil dieciséis; y otros sanitarios, que eran 812, han pasado a 819. Es decir, en todos los casos se ha aumentado el número de efectivos, lo cual significa que este modelo no ha estado reñido con la posibilidad de ampliar el número de efectivos.

En el ámbito de calidad asistencial y la satisfacción respecto a los servicios externalizados, yo creo que se está viendo -las encuestas lo están diciendo, se están publicando- un alto ratio de porcentaje de valoración de estos servicios: empezó con un 6,10 y ahora ha superado ya el 7 de media; valoraciones hechas por los propios profesionales del Hospital de Burgos, lo cual es positivo.



Y también me ha agradado mucho que haya hecho hincapié en la cuestión relacionada con la existencia de control por parte de la Administración. Es verdad que si un contrato de esta naturaleza no se controla puede generar un problema, pero también aquí se ha puesto de manifiesto que la monitorización que existe en el Hospital de Burgos marca más de 700 indicadores que son controlados por la Administración autonómica. Y que, efectivamente –usted lo ha puesto de manifiesto también–, ha conllevado sanciones económicas para la empresa, porque controlar todos y cada uno de los aspectos que forman parte del canon es una obligación que la Administración, por un especial control, se ha puesto como objetivo, y así lo está haciendo.

No haré tampoco especial alusión a algunas cuestiones que ha comentado que han ocurrido en otras Comunidades en relación con la falta de experiencia de las constructoras o de quien gestiona los servicios, porque, por ejemplo, aquí formaban parte de la UTE OHL, que ha construido centenares de hospitales por todo el mundo –por tanto, yo creo que no se le puede acusar de falta de experiencia–, o el Grupo Norte, que también ha sido una referencia en gestión de servicios.

Para ir finalizando, solamente me referiré a que cuando ha indicado que se ha asegurado la rentabilidad de la adjudicataria en este tipo de contratos, en el del Hospital de Burgos no ha ocurrido así. De hecho, la acreditación de riesgo y ventura ha quedado puesta de manifiesto cuando han empeorado las condiciones de financiación, que les ha hecho perder 22 millones de euros a la adjudicataria; o la caída del riesgo de demanda, que les ha hecho perder un... 12,5 millones; o la evolución de los costes de explotación. Y ya son más de 200.000 euros en sanciones que ha habido por parte de la adjudicataria por incumplimientos de determinados estándares.

Por tanto, vuelvo a insistir, muchas gracias, porque los datos que nos ha ofrecido de cómo está funcionando este modelo en el resto de España nos han permitido poner de manifiesto que en Castilla y León el modelo del Hospital Universitario de Burgos permitió en su momento poner en marcha un magnífico hospital, magníficamente gestionado, hospital público, por otra parte, y que eso no ha hecho mella en ninguno de los indicadores que en otros lugares sí que ha hecho mella. Por tanto, estamos muy orgullosos, y, de verdad, le agradezco mucho todos los datos que nos ha dado en el día de hoy. Gracias.

#### EL PRESIDENTE (SEÑOR CRUZ GARCÍA):

Gracias, señor Ibáñez. Para dar contestación, tiene la palabra el compareciente.

#### EL PRESIDENTE DE LA ASOCIACIÓN PARA LA DEFENSA DE LA SANIDAD PÚBLICA (SEÑOR SÁNCHEZ BAYLE):

Bueno, no sé si lo que pretende es que hagamos una cuestación para favorecer a la empresa, ¿no? Los veo que van a... van a entrar en quiebra mañana. Pero bueno, si la empresa va a entrar en quiebra mañana, la Consejería de Sanidad lo tiene... tiene la oportunidad de oro: que lo compre a precio de saldo, ¿no? Porque, claro, si pierden tantos millones de euros, pues ninguna empresa que pierda tantos millones de euros seguirá queriendo gestionar ese servicio. O sea, que, bueno, pues, si es así, qué le vamos a hacer. Realmente, me ha... –¿cómo se dice eso?– me ha impresionado. Yo estoy... no sé si ponerme a llorar o qué, o darle el pésame al empresario, que, de manera tan altruista y generosa, mantiene en marcha un hospital a



pesar de que no hace más que perder dinero. Esa es la gente que necesita el país, ¿no? Bueno.

Ahora, bromas aparte, no, yo no he hablado prácticamente del Hospital de Burgos, o he hablado muy poco porque pienso... pienso que mucha otra gente con muchos más conocimientos que yo ha expresado aquí la multitud de problemas que se han evidenciado en ese hospital, y que parece que no tienen la misma opinión que tiene usted sobre cómo funcionan las cosas. Alguna de las dos partes se equivocará, dejémoslo en eso.

En cuanto al tema de los profesionales médicos y de enfermería, pues claro, yo ya lo he señalado antes, es decir, los hospitales que reducen significativamente el número de profesionales médicos y de enfermería son aquellos hospitales de concesiones administrativas, pero no las PFI, que, en realidad, lo que hacían es abrir un nuevo edificio trasladando el mismo personal, porque tenían el personal preexistente, ¿no?, y normalmente, esos, ha habido pocas variaciones en cuanto a los trabajadores de uno y otro lugar, ¿no?

Y bueno, luego pues están las valoraciones... los informes que hace la Federación, que yo me esperaba que saliera en algún momento, ¿no? A ver, la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública lo que hace es comparar, comparar las diferentes Comunidades Autónomas, y además comparar los datos globales de esas Comunidades Autónomas. Eso significa lo que significa, ¿no?; es decir, si a nosotros, los que estamos aquí, nos hacen, pues no sé, un examen sobre ingeniería aeronáutica, imagino que todos quedaríamos muy mal, pero alguien quedaría mejor, ¿no? Pero eso no significa más que eso, ¿no?, que es el que sabe un poquito más que los que no saben casi nada, ¿no? O sea, que esta es la situación. Si usted hace una carrera de 17 tortugas, pues alguna quedará la quinta, ¿no?, pero, desde luego, va muy lenta, y eso es un hecho objetivo. Es decir, el Sistema Sanitario Público en el país, y lo decimos en el informe de una manera muy clara, ha sufrido un proceso muy continuado, ¿no?, de recortes, deterioro y privatización. Y esto lo ha pasado en todas las Comunidades Autónomas sin excepción, en algunas más y en otras menos, ¿no? Y la Comunidad Autónoma de Castilla y León no ha sido de las que más y, por lo tanto, tiene la posición que tiene, que más o menos mantiene la misma desde que empezó la crisis, o sea que no es que... no es que haya mejorado su posición, sino que se mantiene prácticamente estable. Eso quiere decir que ha empeorado lo mismo que el promedio de las demás, con lo cual, su situación sigue siendo la misma, ¿no? O sea, que yo creo que, si nos vemos dentro de dos años, todos seremos dos años más viejos, y el más joven, que, si seguimos los mismos, seguirá... -perdón- siendo esta señora, pues seguirá siendo la más joven, pero no por eso dejará de ser dos años más mayor, ¿no? O sea yo creo que estas cosas tienen el sentido que tienen, y así hay que intentar entenderlas, ¿no?

Luego, en cuanto a lo que son las privatizaciones, pues, hombre, claro, la Comunidad de Castilla y León, pues, evidentemente, ha hecho menos privatizaciones que otras, ¿no? Es decir, hay una hospital, que es el Hospital de Burgos, en un conjunto de... -son siete provincias, ¿no?, si no recuerdo mal- ... [murmillos] ... ¿eh?, ¿nueve provincias?, pues fíjese, nueve provincias, y habrá una veintena de hospitales públicos, ¿no?, quizás, ¿no?, ¿eh? ... [murmillos] ... 14 hospitales públicos. Es decir, bueno, pues esa es la... esa es la relación que hay. Una relación muy diferente pues de la que hay en la Comunidad de Madrid o de la que hay en Valencia, ¿no?,



evidentemente, ¿no? Y el peso y el daño que haya podido hacer la situación del Hospital de Burgos pues está en relación con eso, ¿no?

Y luego, yo creo que hay otra cosa que también tenemos que entender. Cuando tú haces una valoración global, pues utilizas los promedios de esa Comunidad Autónoma. Y esos promedios, cuando vas a las situaciones más concretas, pues evidencian muchísimas desigualdades, que hay, por ejemplo, pues dentro de la Comunidad de Madrid, pero también hay en la Comunidad de Castilla y León, más todavía, ¿no?, porque es una Comunidad muy extensa, con situaciones muy diferentes de unos sitios a otros. En la comida, creo recordar, o antes hablábamos, pues eso, la despoblación que hay en determinadas zonas de la Comunidad. Eso también la ha favorecido, ¿no?, porque el personal sanitario, por ejemplo, el personal sanitario de Atención Primaria, pues no se ha... no se ha modificado mucho y, en cambio, la población, desgraciadamente, pues ha disminuido, ¿no?, y eso hace que sus ratios se hayan mejorado mucho en relación a los que tienen otras Comunidades Autónomas que sí que han tenido crecimiento de la población, donde, pues, el personal sanitario tampoco se ha modificado en el número global, pero sí se ha modificado en el ratio por habitante, ¿no? O sea que yo creo que estas son las cosas que explican lo que hay. Yo creo que lo que no se puede utilizar es algo que está pensado para comparar Comunidades Autónomas con algo que no tiene nada que ver, que es el funcionamiento del modelo PFI, y en concreto del Hospital de Burgos.

Yo sigo manteniendo que el modelo de contrato es significativamente distinto del resto de los modelos de contrato. Vamos, eso es una evidencia, y se lo puedo demostrar cuando quiera, ¿eh?, porque los tengo y se lo puedo pasar; o sea, es significativamente distinto. En mi opinión, empeora mucho la situación, ¿no?, porque al ser tan complejo hace muy difícil el control, lógicamente, ¿no?, porque hay muchas variables que están ahí, y luego, porque yo creo que muchas de las variables son muy redundantes y no favorecen la claridad del establecimiento del canon, ¿no?

Yo creo que ese es el problema fundamental. Y luego, por lo que yo tengo entendido, ha habido un par de modificaciones, ¿no?, que se hicieron sobre el contrato oficial, que ha disparado los costes de una manera muy importante. Si yo no estoy equivocado, sobre un coste inicial de unos 1.000 millones de euros, que creo que era el coste inicial del primer contrato, se ha colocado en 1.600 millones de euros; eso es una desviación muy significativa y muy elevada, probablemente de las mayores que haya habido sobre los contratos iniciales en los modelos PFI en este país, ¿no? Eso no es una buena situación, sin lugar a dudas, ¿no?

Que esté o no justificada, a mí se me escapa un poco, pero no lo entiendo que una desviación tan amplia pueda tener una justificación razonada. Pero, vamos, si quiere, yo estoy encantado de documentarme más sobre el caso concreto de Burgos, y creo que la Plataforma de Defensa de la Sanidad Pública de Burgos tiene hechos varios informes muy detallados sobre todas y cada una de las... de los problemas que se han evidenciado en el hospital, sobre las desviaciones económicas, etcétera, etcétera. Y yo, con mucho gusto, se lo comento, porque, si no, así de... lo que tengo son ideas generales sobre ese centro y nada más. También porque pensaba que en el Hospital de Burgos se había aquí... [*murmulló*] ... se había aquí detallado de una manera muy concreta...

**EL PRESIDENTE (SEÑOR CRUZ GARCÍA):**

Respeten el turno del resto de los portavoces, por favor.

**EL PRESIDENTE DE LA ASOCIACIÓN PARA LA DEFENSA DE LA SANIDAD PÚBLICA (SEÑOR SÁNCHEZ BAYLE):**

... y muy significativa, ¿no?, que yo no... que yo no tenía... que no tenía analizado. Pero, si quiere, con mucho gusto se lo comento aquí o en otra ocasión.

**EL PRESIDENTE (SEÑOR CRUZ GARCÍA):**

Gracias, compareciente. Para un segundo turno, tiene la palabra el portavoz del Grupo Popular... [*Murmulllos*]. Señora Martín, es usted la única que interviene con el resto. Yo... luego dice que tengo fijación, pero ha habido un silencio absoluto por parte de todos. No establezcan un debate entre ustedes, por favor. Tiene la palabra el señor Ibáñez Hernando, por un tiempo máximo de cinco minutos.

**EL SEÑOR IBÁÑEZ HERNANDO:**

Gracias, presidente. Pues muy brevemente. En cualquier caso, yo entiendo que lo que hace, porque he leído el informe, es una comparativa. Pero soy de los que tiende a pensar en positivo sobre nuestro país. Y yo creo que nuestro país es uno de los que mejor sanidad pública presta, si lo comparamos con cualquiera del mundo. Usted, por ejemplo, ha hablado del Reino Unido, que acabó siendo un desastre. Yo creo que, si nos pusiéramos en comparativa con otros países, la sanidad pública de España es mucho mejor que la de otros países. Y si esa sanidad pública es muy buena, cuando se comparan las autonomías, que nosotros estemos al frente también en esa comparación, para mí resulta positivo; llámeme optimista. Pero bueno, quiero acogerme a esos datos. No... les pongo, evidentemente, en su contexto, ¿eh?, en el contexto de la comparación. Y en el hipotético caso que fuéramos una tortuga, prefiero ser la segunda tortuga que llegue también antes que la última. Eso es... eso no me lo podrá... no me lo podrá negar.

Mire, el incremento de los costes es real, son las cifras que usted ha dado. Pero aquí se ha puesto de manifiesto que no han existido -lo han dicho muchos expertos- sobrecostes -que podríamos calificar así aquellas cuestiones que, siendo idénticas, acaban costando más-, sino que lo que ha habido es mayores inversiones y mayores prestaciones. Todas ellas justificadas, incluso algunas judicializadas a través del Tribunal de Cuentas, que acreditó que todos los modificados se hicieron conforme a derecho, que todos cumplieron con la normativa, con los controles previos de legalidad y que estuvieron todos completamente justificados.

Y eso es una cuestión que quería también poner de manifiesto, porque ha hablado de que este modelo daba lugar a eventuales corruptelas -creo que ha dicho eso en una de sus primeras intervenciones, dentro de los bloques de los que hablaba-. Aquí han pasado los órganos de contratación, los jurídicos, los técnicos, los economistas, han pasado los responsables del Consejo Consultivo de Castilla y León, que son... es un órgano independiente de la Administración de la Comunidad, que ha evaluado todas y cada una de las cuestiones relacionadas con el contrato. Y a mayores, ha pasado por el Tribunal de Cuentas, previa denuncia hecha por un grupo



político. Y el propio auto de archivo de esa denuncia indicaba que todos los modificados y resoluciones fueron tramitados cumpliendo todos y cada uno de los requisitos y procedimientos exigidos.

Por tanto, nada más que poner de manifiesto estas cuestiones. Y, de nuevo, le insisto en que sí que sería positivo que pudiera conocer cómo está funcionando el día a día, porque estoy convencido de que se va a llevar una agradable sorpresa del funcionamiento, del control, de lo que ha supuesto para la ciudad de Burgos la puesta en marcha de un hospital con este modelo, que, de no haberlo hecho así, probablemente todavía los burgaleses estaríamos esperando a tener un hospital nuevo en Burgos, y que, probablemente, nada tiene que ver con una situación donde se tienen siete hospitales a la vez. Esto hay que medirlo todo en su justa medida, y yo sí que le invito a que pueda profundizar, porque valorará mucho mejor el modelo PFI, por lo menos el que se ha hecho en Burgos. Nada más. Y muchas gracias.

#### EL PRESIDENTE (SEÑOR CRUZ GARCÍA):

Muchas gracias. Tiene la palabra el compareciente para dar contestación... *[Murmulllos]*. Señora Martín, señora Domínguez, todos respetan los turnos del resto, salvo cuando interviene el Grupo Parlamentario Popular. Pero sean ustedes... sean ustedes flexibles... *[Murmulllos]*. Tiene la palabra el compareciente.

#### EL PRESIDENTE DE LA ASOCIACIÓN PARA LA DEFENSA DE LA SANIDAD PÚBLICA (SEÑOR SÁNCHEZ BAYLE):

Nada, Burgos es un lugar estupendo y me encantaría ir a Burgos, ¿no? Y a Covarrubias, por supuesto, donde también he estado, que es un sitio precioso. Santo Domingo de Silos, maravilloso.

Bueno, a ver, yo creo... yo creo que... el tema de las corruptelas. Yo lo que he dicho es que el modelo favorece las corruptelas. De hecho, en este país, hay al menos dos procesos judiciales abiertos, en uno de ellos el propio presidente de la Comunidad Autónoma reconoció que había intervenido en el intento de alteración de una adjudicación, ¿no?, o sea que... así de sencillo; y el otro... y el otro tema judicial está relacionado con la concesión de siete hospitales en la Comunidad de Madrid, ¿no?, y está ahí, o sea que es un hecho también objetivo. Yo no he dicho nada del Hospital de Burgos porque se me... ya se me escapa de si ahí se han producido anomalías legales, corrupciones, o corruptelas, o no. Se me escapa y, bueno, pues... Pero que el modelo favorece esto, pues estamos hablando de 15 hospitales, y en 8 hay temas de corrupción y de corruptelas que están en manos de los tribunales, pues hombre, algo parece que el modelo es proclive a que sucedan estas cosas. ¿El Hospital de Burgos puede ser una excepción? No lo sé, lo será, o no, pero yo lo desconozco. Bueno, dejémoslo ahí, ¿no? Yo creo que no tenemos que darle más vueltas.

Y entonces, yo creo que el problema del modelo, que yo creo que es lo importante, es que es un modelo en el cual se está haciendo complejo el funcionamiento de un centro sanitario, haciéndolo más complejo de lo que es, y se le está encareciendo de una manera muy notable, ¿no?, y se está... se está desarticulando la red sanitaria. Y yo creo que esos... solamente esos tres motivos serían motivos suficientes para que no se contemplara como una alternativa; y, además, está encareciendo de una manera muy notable los costes. Y yo creo que todas estas cosas pues tienen



que tener consideración; y esto ha pasado prácticamente en todo el mundo donde se ha implicado y se ha puesto en marcha. Bueno, y yo creo que esto es lo que dice el sentido común, ¿no?, que dice mi homónimo.

**EL PRESIDENTE (SEÑOR CRUZ GARCÍA):**

Entiendo que el portavoz renunció al tercer turno, ¿o quiere intervenir? Muchísimas gracias. ¿Quiere hacer una última intervención, alguna cuestión? ¿O damos por concluida la comparecencia?

**EL PRESIDENTE DE LA ASOCIACIÓN PARA LA DEFENSA DE LA SANIDAD PÚBLICA (SEÑOR SÁNCHEZ BAYLE):**

Bueno, yo creo que el problema de fondo no es tanto... no es tanto el modelo concreto en que se quieren privatizar los centros sanitarios, que también lo es, ¿verdad?, como el hecho de que... de que se quieren introducir criterios mercantiles dentro del funcionamiento del Sistema Sanitario Público. Es decir, cuando lo que se pretende es garantizar un derecho, en este caso el derecho a la protección de la salud y a una atención sanitaria de calidad, el dejar en manos del sector privado y de los intereses comerciales y mercantiles la garantía de ese derecho, al final, acaba siendo una situación desastrosa. Y yo creo que ese es el problema, ¿no? Es decir, por eso este modelo y muchos otros modelos que se han puesto en funcionamiento pues han ido demostrando que eran ineficaces para mantener una atención sanitaria de calidad, a unos costes razonables y asumibles por el propio país, ¿no? Y yo creo que este es el problema, ¿no? Nada más. Muchas gracias.

**EL PRESIDENTE (SEÑOR CRUZ GARCÍA):**

Muchas gracias, compareciente. Doy por finalizada la comparecencia, agradeciendo a don Marciano Sánchez Bayle las aportaciones que ha hecho en esta segunda fase de los trabajos de la Comisión para la elaboración de las conclusiones a las que tenemos que llegar. Nada más. Y muchísimas gracias. Se levanta la sesión.

*[Se levanta la sesión a las dieciocho horas veinte minutos].*