



## [Análisis del modelo de privatización de la sanidad elegido por la Comunidad de Madrid \(el inglés\): La iniciativa de financiación privada y el National Health Service](#)

Por **Sally Ruane**. Subdirectora del Centro de Investigación Política de Sanidad, Universidad Montford de Leicester (UK) (fuente: [CAS Madrid](#))

Análisis de las consecuencias de la entrada del capital privado en la sanidad pública en Inglaterra. Es el mismo modelo que la Comunidad de Madrid ha adoptado. La sanidad inglesa es ahora peor, mas cara y menos accesible...

Publicado el 24 de Noviembre de 2008

### INTRODUCCION

La crisis de confianza en el Estado de bienestar que siguió a la conmoción económica producida por el aumento del precio del petróleo durante los años 70 así como el desprestigio de las teorías keynesianas como método de gestión macroeconómica, provocó la aparición de múltiples defensores del mercado libre como solución para afrontar tanto los problemas recurrentes como los que iban apareciendo en materia de bienestar (Pierson, 1998). Al mismo tiempo, el abandono del régimen de cambio fijo y del control del capital obligó a una reorientación de la economía en el Reino Unido. La reacción política del gobierno conservador de Margaret Thatcher para ser más competitivo fue atraer capital pero no para conseguir mano de obra altamente cualificada o mejores infraestructuras sino para conseguir una reducción en el gasto de los servicios públicos.

En cuanto a bienestar social, dicho objetivo significaba reorganizar el mercado de trabajo, intentar como fuera impedir el aumento de los costes de prestaciones sociales y de servicios de bienestar, y crear oportunidades para la inversión de capital en actividades rentables del Estado del bienestar. Recientemente, estamos observando una mayor disponibilidad a invertir más fondos estatales servicios públicos (Blair, 2002), mientras que las empresas están invirtiendo en sectores anteriormente desvalorizados (Nelson, 1995; Famsworth, 2004; Ferguson, Lavalette y Money, 2002).

Es evidente la considerable inyección de capital en el sector salud, el más desvalorizado de la economía británica, apoyada por determinados políticos contemporáneos. Hay que señalar el resurgimiento del mercado interior, preconizado por Thatcher, y actualmente cada vez más pujante, la creciente prestación de servicios clínicos subvencionados por el Estado, y la Iniciativa para la Financiación Privada (que, en adelante denominaremos PFI), objeto de estudio en el presente artículo.

El Servicio Nacional de la Salud (en adelante, SNS) es uno de los aspectos mas sensibles, desde el punto de vista político, en lo referente a la participación de organismos comerciales en el sector del bienestar en el Reino Unido. Desde la creación del SNS en 1948, los hospitales y su equipamiento pertenecían al Estado, los médicos, la enfermería y las matronas eran empleados públicos, y los servicios de salud eran subvencionados por el gobierno. Debido a la política en favor del mercado y del sector privado que llevó a cabo M. Thatcher durante la década de los 80, se pusieron en marcha un gran número de medidas provisionales encaminadas a aumentar la participación de empresas privadas: se recurrió a éstas para la prestación de servicios auxiliares en los hospitales tales como limpieza, alimentación y gestión de las instalaciones, se introdujeron técnicas de gestión privada, incentivos y mecanismos para fomentar la expansión del sector privado en los servicios de salud, se utilizaron cuantiosos fondos públicos para financiar residencias y centros de enfermería privados, algunos servicios, como los sistemas de información, se convirtieron en empresas mercantiles independientes. El regalo de despedida de M. Thatcher al SNS fue lo que se ha dado en llamar el “mercado interior”, que permitió separar la función “compra” (o “provisión”) de la función “prestación” (o “provisión”) en el sector sanitario.

Gran parte de estas actuaciones políticas se proyectaron y adoptaron a pesar de la permanente y



rigurosa oposición de los profesionales y trabajadores afectados, y pese a la desconfianza y el descontento de la población. Durante la década de los 90, se produjo una cierta pausa que se dedicó a analizar dichas medidas.

Con el siguiente gobierno conservador, se llevaron a cabo modificaciones en las condiciones de competencia del mercado interior. Posteriormente, el gobierno del nuevo partido laborista (1997) apoyó el abandono del mercado aunque, en la práctica, fue una medida temporal. A finales de los 90, los políticos y directivos de empresa tuvieron que reconocer que este tipo de prácticas habían tenido una repercusión desastrosa sobre la calidad de los servicios auxiliares. Sin embargo, se continuó fomentando la comercialización y el ánimo de lucro, comenzando una fase cualitativamente diferente que se caracterizó por la introducción y expansión del PFI, una forma de colaboración pública-privada.

A partir de 1992, como el sector público buscaba nuevas fuentes de financiación, se le alentó para que explotara la opción “financiación privada”, con el objetivo inicial de aumentar los fondos disponibles para las obras de infraestructura.

En 1994, el apoyo se convirtió en obligación y, al menos en el SNS, se hizo enseguida evidente que los fondos públicos para financiar el nuevos proyectos se iban a hacer esperar, y que la financiación privada iba a sustituir a la financiación pública. El mercado interior otorgó amplios poderes a las unidades de prestación de servicios del SNS (hospitales, en este caso), conocidos con el apelativo de agencias locales del NHS. Estas agencias, más que cualquier otro organismo regional o nacional, eran las encargadas de organizar, analizar y elaborar nuevos proyectos de inversión, incluyendo la renovación de los hospitales que ya existían y la construcción de nuevos hospitales. Estos proyectos costosos y complejos, que nunca antes se habían acometido con este tipo de estructura pública-privada, hicieron desconfiar a los directores de hospital más enérgicos, entusiastas y creativos, y no se pudo cerrar ni un solo proyecto de envergadura antes de 1997, año en que el nuevo partido laborista de Tony Blair llegó al poder.

Mediante el sistema PFI, la financiación de un nuevo desarrollo de infraestructuras no proviene del Ministerio de Hacienda (cuyos préstamos tienen una solvencia AAA), que antes financiaba un proyecto “directamente”, sino que proviene de los “socios” del sector privado, que forman un consorcio; éste generalmente está integrado por una institución financiera, una empresa de construcción y una empresa para el mantenimiento de las instalaciones. Los socios privados solicitan préstamos en el mercado, generalmente con una solvencia BBB, menos ventajosa y más costosa, y así pueden financiar el nuevo proyecto (Gosling, 2004).



Aunque el sistema se denomina Iniciativa para la financiación privada, las funciones del consorcio privado son mucho más amplias, y engloban el diseño y construcción del nuevo proyecto, la explotación de las nuevas instalaciones una vez finalizada la construcción así como la prestación de servicios no sanitarios (mantenimiento de instalaciones, conserjería, limpieza, comunicaciones, etc.), que se llevará a cabo mediante el traspaso del personal de las categorías mencionadas a las correspondientes empresas del consorcio.

Este modelo difiere totalmente del modelo tradicional de inversión de capital, sobre todo en dos aspectos. En primer lugar, el organismo del sector público (en este caso, la agencia del SNS) debe pagar por la utilización de las instalaciones y prestación de los servicios durante la duración del contrato (generalmente, 30 años). En segundo lugar, la “propiedad” de las instalaciones tiene características muy distintas: la agencia del SNS tiene derecho a la utilización de las nuevas instalaciones, mientras que las empresas privadas tienen derecho a los beneficios generados durante la duración del contrato. En consecuencia, estas nuevas instalaciones “públicas” son utilizadas por el sector público sin que le pertenezcan.

Es más, el presidente del Foro sobre las PFI declaró que “estos bienes inmuebles no forman parte de los elementos del activo público sino de concesiones otorgadas al sector privado. En consecuencia, mientras dure la concesión, el sector privado es el propietario del hospital” (Gosling, 2004).

A mitad de la década de los noventa, el nuevo partido laborista, que todavía no había llegado al poder, decidió mantener el PFI como modelo de financiación del sistema. Esta decisión contrarió a algunos miembros del partido que sostenían que un gobierno laborista nunca debería apoyar la “privatización progresiva” del sistema nacional de salud. Posteriormente, esta decisión tuvo una enorme repercusión ya que el sector en el que más se utiliza el sistema PFI es en el de la sanidad.

Aunque durante 2004, el PFI haya representado el 10% de la inversión bruta en el sector público, este sistema ha sido utilizado (siendo la única opción que se daba a los gestores del SNS), entre 1997 y 2004, en la realización de 64 de los 68 proyectos de envergadura (Walker, 2004). En julio de 2004, el secretario de estado de Sanidad anunció la puesta en marcha de 15 nuevos proyectos de hospital, lo que iba a suponer una inversión total de 16 miles de millones de libras entre 1997 y 2004. Excepto 250 millones, dicho presupuesto iba a ser financiado en su totalidad mediante el sistema PFI (Andalo, 2004). El plan de inversión del SNS tiene previsto construir 100 nuevos hospitales hasta 2010, con el fin de sustituir buena parte del activo actual (Departamento de Salud, 2001). La mayoría de estos hospitales no serán propiedad del SNS, en el sentido tradicional de la palabra.

Durante los primeros años del partido laborista en el poder, el Ministerio de Hacienda adoptó medidas urgentes y enunció nuevos principios y guías técnicas destinados, por una parte a ayudar a los gestores del sector público a trabajar en un mundo complejo y desconocido para ellos y, por otra, a disminuir los riesgos de las empresas privadas que firmaran

contratos a largo plazo con los organismos públicos. Este segundo punto se plasmó, de forma aislada, en una ley que obligaba a la agencia del SNS a hacer frente, de forma prioritaria, a sus obligaciones económicas con el consorcio privado (arrendamiento) antes de comprometerse a cualquier otra inversión (incluidas las prestaciones sanitarias). Durante esa época, se produjo una fuerte oposición política a los PFI en el sector, y los primeros proyectos importantes de hospitales se llevaron a cabo de forma más o menos secreta, sobre todo en lo referente a los aspectos financieros.



Durante esos años, entrevisté a muchas personas que participaban en el proyecto PFI para que me informaran sobre sus puntos de vista al respecto; entre ellas se encontraban 11 directores de hospital, implicados en 8 proyectos.

Para algunos, el aspecto positivo del PFI, desde el punto de vista político, era la renovación de la infraestructura del sector sanitario tras muchos años de infra-inversión. En su opinión, no habría que subestimar la capacidad del PFI para movilizar un capital lo suficientemente importante como para poder finalizar rápidamente y con éxito proyectos de gran envergadura; además, creían que se iban a realizar en el tiempo previsto y con el presupuesto inicialmente asignado. Sin embargo, el PFI es un ejemplo digno de estudio a la hora de analizar algunas dificultades prácticas y el disparate que supone, desde el punto de vista socio-económico, la movilización de capital en el mismo núcleo del sistema social de bienestar. Aunque estos directores de hospital no hayan sido capaces de interpretar obligatoriamente los obstáculos con que se han encontrado como una prueba de irracionalidad (y, evidentemente, no hayan entendido el PFI como una forma de privatización), sus comentarios representan una valiosa percepción de la relación entre el sistema público y el privado.

Aunque los primeros movimientos de resistencia contra el PFI no hayan tenido éxito ni en el plano ideológico ni en el práctico (Ruane, 2000), sería falso decir que el PFI ha dejado de suscitar polémica ya que sigue siendo muy criticado en informativos y en publicaciones de interés general o de negocios. Los debates sobre optimización de recursos y capacidad de financiación, que son los principales elementos de oposición a los PFI, siguen estando de actualidad y señalan la preocupación de los ciudadanos por las repercusiones del fracaso de las empresas privadas en los servicios públicos, la imposibilidad para determinar quién es el propietario del activo del sector público, las consecuencias de la reestructuración y reforma de los servicios en lo que se refiere a las calidad de las prestaciones, la situación deficitaria de los hospitales PFI, la realidad de la “transferencia del riesgo”, la pérdida de control sobre los servicios de los directivos, los errores y fallos en el diseño y construcción de edificios y, en general, la demostración práctica de lo que se puede describir como un conflicto de intereses entre el sector comercial y el de los servicios públicos. Muchos de estos problemas aparecen claramente en la primera etapa de proyectos financiados por los PFI. A continuación, expongo algunas controversias que están surgiendo en la actualidad, que se desprenden de estudios, documentos oficiales, artículos de prensa recientes y, en ocasiones, de observaciones hechas por las personas que he entrevistado.

## INYECCIÓN DE CAPITAL EN UN SISTEMA DE SALUD NACIONALIZADO

### • Escasez de camas, modificación y reestructuración de las prestaciones a los pacientes

La advertencia de que el sistema PFI pudiera generar una reducción de servicios o prestaciones surge a mediados de los 90, y, sencillamente, se deduce del verdadero coste del sistema y de su financiación así como de los ingresos previstos por parte de la empresa privada. Cualquier construcción nueva, independientemente del tipo de financiación, resulta muy cara porque se lleva a cabo según las características del diseño moderno. Un proyecto PFI será más costoso debido a los costes de lanzamiento y al elevado interés del préstamo. Además, los proyectos iniciales, que, de hecho, eran proyectos de restauración, se convirtieron en proyectos de construcción debido a la inclinación de la empresa privada por la construcción y al impuesto sobre el valor añadido (17,5% en el Reino Unido), que sólo se aplica a la restauración de edificios y no a los de nueva construcción.



La complejidad y la extensa duración de los contratos PFI, junto con la falta de experiencia en este modelo de desarrollo, generaron una situación en la que los gestores del SNS se vieron obligados a recurrir, con mucha mayor frecuencia, a los costosos servicios de consejeros jurídicos, financieros y demás especialistas. Los primeros 15 hospitales construidos por la agencia del SNS costaron 45 millones de libras más en asesoría, es decir, una media del 4% del valor del capital (Unison 2002-4). Dicho importe oculta una desviación entre el coste de los proyectos y el presupuesto inicialmente comprometido, e incluso en ocasiones, ha excedido las previsiones de la propia agencia (Boyle y Harrison, 2000). Es más, los pagos que la agencia realiza al consorcio o a la empresa montada con este fin, generalmente cubren los gastos del consorcio destinados a asesoría. Pollock y colaboradores analizaron tres proyectos llegando a la conclusión de que el presupuesto que el SNS tuvo

que dedicar a financiar los costes del PFI era tres veces mayor que si los proyectos hubieran sido financiados con fondos públicos (Pollock, Shaoul y Vickers, 2002). Los elevados costes de la movilización de fondos ligados a elevados tipos de interés, los gastos de financiación, los honorarios de los profesionales y el importe de la preparación de las licitaciones representaron para la agencia el 39% del coste total del proyecto.

Es probable que, debido a las nuevas características del PFI en el seno del SNS, los primeros proyectos carecieran de la necesaria transparencia en cuanto a planificación de camas. Algunos análisis de rentabilidad omitieron datos fundamentales e incluyeron definiciones de cama no estandarizadas (Pollock et al., 1999). Recientes estudios realizados a partir de entrevistas a personal hospitalario, han demostrado que la escasez de camas existe en todos los hospitales PFI. Algunos de ellos ya han construido unidades móviles (portakabins) o bien han utilizado edificios antiguos o camas del sector privado para aumentar su capacidad, e incluso otros están planificando ampliaciones (Lister, 2003). Pollock y sus colaboradores (1999) descubrieron que 11 de los proyectos de la nueva etapa habían llevado a cabo un recorte del número de camas del 30%.

El fondo del encarnizado debate consiste en saber si esta disminución de prestaciones se debe a una modernización racional del sistema o a las repercusiones del PFI. Desde hace varios años, el aumento de casos que sólo requieren un día de estancia así como la utilización más eficaz de los recursos ha generado una disminución en el número de camas.

La profesora de la Universidad College London, A. Pollock, muy crítica desde hace años con el sistema PFI, mantiene que éstos, por definición, conllevan una disminución del número de camas así como de los servicios vinculados a éstas (Dunnigan y Pollock, 2003).

Un estudio realizado en el Royal Infirmary de Edimburgo demostró que el número de pacientes ingresados para cirugía especializada, que debía de haber aumentado un 8%, de hecho había disminuido un 13% durante los cinco primeros años del proyecto PFI, debido a importantes limitaciones de capacidad. La planificación del PFI se había realizado sobre la base de una disminución en la duración de la estancia en el hospital, lo cual se demostró imposible en la práctica. Por otra parte, si el recorte de camas se llevó a cabo en toda Escocia, en Lothian y en Lanarkshire el recorte fue del doble. Dunnigan y Pollock aseguran que es necesario realizar un recorte del 24% de las camas y de los servicios asociados para poder hacer frente a los costes del PFI. Recientemente, se ha demostrado que el nuevo hospital PFI de Worcester, con un coste de 95 millones de libras, no tenía el número de camas suficiente para responder al aumento de los ingresos en urgencias, y que 800 intervenciones quirúrgicas tuvieron que ser aplazadas, e incluso algunas de ellas realizadas en el sector privado (Revill, 2004<sup>a</sup>).



#### · **Menor capacidad de resolución en la gestión de recursos**

Hay dos aspectos clave en los proyectos PFI que reducen la intervención por parte de los gestores del sector público.

El primero se refiere al control de las finanzas. En un proyecto PFI, una parte fundamental del beneficio anual de la agencia debe aplicarse al “pago unitario” a la sociedad creada para este fin. Básicamente, este pago sirve para cubrir los costes de utilización de las instalaciones construidas (lo que se denomina pago por la disponibilidad de las instalaciones) así como el uso de los servicios ofertados por el consorcio (mantenimiento, limpieza, servicios de alimentación, etc). Como el pago al PFI está previsto en la ley, no es modificable. En consecuencia, si se producen presiones económicas que influyen en los costes de funcionamiento del hospital (por ejemplo, costes suplementarios generados por un aumento del número de ingresos o por un incremento de

los salarios negociado a escala nacional), éstos deben ser resueltos de forma que no afecten al PFI, es decir, mediante reducción de plantillas, disminución de la calidad de los servicios o del número de prestaciones sanitarias ofertadas. En consecuencia, la flexibilidad en la gestión de recursos se limita, y las presiones económicas son asumidas por el sector sanitario.

El segundo aspecto está relacionado con la gestión de recursos humanos en el caso de que los servicios (y el personal correspondiente) hayan sido transferidos al consorcio privado. El gestor del SNS sólo puede influir en el modelo o en la calidad de la prestación mediante una complicada negociación de la concesión. Negociar cambios en las cláusulas previamente pactadas es un proceso arduo, lento y costoso, y puede generar costes suplementarios en asesoría jurídica o en otro tipo de consultas. Además, si se renegocia el contrato para disminuir el pago anual, se producen costes suplementarios. Como me comentó un gerente, es mucho más sencillo ir a ver al director del servicio de alimentación y decirle: “Lo siento, pero lo que tenemos que hacer es esto” (Ruane, 2004).

Algunos boletines informativos recientes, han conmocionado a los ciudadanos al desvelar que algunos contratos PFI contenían cláusulas desconocidas hasta el momento; según éstas, la agencia debía pagar una penalización al consorcio privado cuando un hospital trataba a más pacientes de los previstos en el contrato aunque lo hiciera en un plazo más corto que el establecido. Por ejemplo, el Hospital Worcester Royal, que arrastraba un déficit de 15 millones de libras, tuvo que pagar una multa de 200.000 libras porque la ocupación de camas superaba el porcentaje del 90% previsto en el contrato (Revill, 2004b).

Estas multas, que parece que penalizan a la agencia por la utilización eficiente de las camas de hospital y por su eficacia

para disminuir las listas de espera, en algunos casos se han disfrazado para que aparezcan como problemas de alimentación o de lavandería porque se habían consumido más alimentos o se había utilizado más ropa de cama al tratar a mayor número de pacientes que el previsto. Estas cláusulas no se han puesto en práctica hasta que las agencias creadas en el marco de los proyectos PFI no se han visto obligadas a compartir sus dificultades económicas.



### · **Calidad del rendimiento del sector privado**

El Ministro de Hacienda ha alabado el sistema PFI como el medio que permite que los servicios públicos se beneficien de la competencia del sector privado en cuanto a innovación, gestión y rendimiento. Sin embargo, los directores de hospital que han negociado proyectos PFI han sido siempre mucho más precavidos al evaluar la experiencia con sus “socios” privados.

Los directores han descubierto muchas lagunas. Inicialmente, aunque se creyó que el PFI estaba en condiciones de asegurar una mayor superioridad en el diseño del proyecto, pronto algunos gestores del SNS empezaron a dudar e incluso a negar este extremo, en base a su propia experiencia. Tanto el Ministerio de Hacienda como la dirección del Ministerio de Sanidad (NHS Estates) reconocieron estas críticas (Headley, 2001).

En general, las características de diseño que se introdujeron en los nuevos hospitales, hubieran existido también si su construcción hubiera sido financiada con fondos públicos (por ejemplo, mejoras en las conexiones entre las diferentes estructuras de un hospital, corrientes de circulación separadas, etc..) Por otra parte, las promesas relacionadas con la flexibilidad de los proyectos fueron muy exageradas. Según muchas opiniones, la misma estructura del PFI es la que dificulta la innovación y la calidad en el diseño. Por ejemplo, a los directores de hospital no se les permite elegir un proyecto o un equipo de arquitectos sino que es la agencia la que elige, en primer lugar, a un determinado consorcio. Después, el consorcio designa a los miembros de su equipo, y son muchas las razones por las que prefieren un equipo de arquitectos a otro, e incluso puede que no tenga ninguna relación con su capacidad para llevar a cabo un determinado proyecto.

Aunque las sinergias producidas por el modelo construcción-explotación del PFI (en comparación con el modelo construcción-transferencia del mercado público tradicional) deberían de haber generado innovación y disminución de los costes de mantenimiento, las expectativas no se han cumplido.

Esta situación se ha debido, en parte, a que los miembros del consorcio trabajan de forma individual (diferentes empresas en despachos independientes), lo que impide que el reparto de tareas, la puesta en común y la producción de nuevas ideas se materialice. También se debe a que el elevado coste del capital inicial trae consigo características de diseño que se consideran demasiado arriesgadas para el consorcio y demasiado costosas para la agencia (como la regeneración de la calefacción, cuyo período de recuperación es de 10 a 15 años).

Por otro lado, algunos directores de hospital se han visto sorprendidos por el escaso grado de conocimiento de sus “socios” privados, en particular en lo que se refiere al sector hospitalario. Un director señaló que varios gestores privados habían alardeado de conocer perfectamente el sector pero que, posteriormente, no tuvieron más remedio que recurrir al asesoramiento de los equipos internos para conocer el funcionamiento del hospital. Se descubrieron numerosos errores de diseño en los primeros proyectos PFI debido a la falta de conocimiento en el campo sanitario por parte del sector privado así como a la falta de coordinación entre el equipo encargado del proyecto del edificio y el equipo que iba a trabajar en éste. De hecho, en el sistema PFI, el cliente del equipo que realiza el proyecto es la sociedad privada y no la agencia del SNS. Más aún, el equipo de la agencia del SNS no tenía experiencia previa en el ámbito del proyecto arquitectónico y la construcción.

En otro caso, un gerente señaló que la Oficina Regional de Salud había vendido los antiguos “equipos de diseño” del SNS. La empresa de construcción con la que se había asociado su agencia, había contratado a algunos de los antiguos trabajadores del SNS pero no estaba dispuesta a contratar a los mayores de 50 años, debido al régimen de jubilación del SNS. Desgraciadamente, los empleados de más edad eran los que tenían la experiencia más importante y eficaz. Posteriormente, se confirmó que la empresa había recurrido a directores de proyecto que no habían estado a la altura de la misión encomendada.

Los problemas de diseño denunciados por el personal que ha trabajado en la primera fase de proyectos incluyen la falta de espacio en las salas comunes, los baños, los pasillos, los despachos y los espacios para almacén, el peso de las puertas corta-fuegos que no tenían el mecanismo diferido necesario para permitir la salida de los pacientes en camilla, e incluso la falta de ventilación o de aire acondicionado en los edificios modernos acristalados (Lister, 2003; Carvel, 2003).

Algunos de estos problemas ha perjudicado la prestación de los servicios sanitarios, tal y como demostraron las enfermeras que participaron en el Congreso del Real Colegio de Enfermería de 2002, mientras que otros han ocasionado costes suplementarios a las agencias. La ausencia de participación de los profesionales y de los pacientes en la planificación y en el proyecto, ha sido un elemento crítico en el origen de los problemas (Noticias de la BBC, 2002). Además, dichas dificultades no parecen derivarse de la inexperiencia en nuevos proyectos ya que un informe abrumador de otoño de 2002, publicado por el Ministerio de Hacienda, el Ministerio de Sanidad y la Intervención del Estado, reveló la existencia de costes suplementarios por valor de 400 millones de libras durante la fase de planificación de un proyecto estrella PFI

(Revill, 2004c).

Otro problema importante, ha sido, en muchos casos, la mala calidad de los servicios de limpieza, alimentación, etc. cuya prestación corre a cargo del sector privado del PFI. Muchos directores de hospital han relacionado la pésima calidad de dichos servicios con la falta del personal necesario para realizar adecuadamente su trabajo. Un gerente ha señalado que cree firmemente que los márgenes de los servicios no sanitarios son tan pequeños, y las presiones sobre la agencia para que mantenga los costes tan bajos como sea posible son tan grandes, debido a la escasa capacidad financiera de los proyectos PFI, que la viabilidad de las empresas concesionarias les obliga a prestar un servicio de calidad mínima.

Ya es tradicional que, después de más de 20 años de experiencia, en la prestación de servicios no sanitarios sean habituales las restricciones en cuanto a rentabilidad, calidad y remuneración. El estudio de Lister (2003) ha develado que ha habido trabajadores del sector público que hacían la limpieza de las salas comunes sin que les pagaran por ello. Actualmente, la relación entre el nivel de limpieza de las salas comunes y la propagación del estafilococo resistente a la meticilina (SARM) se ha evidenciado de forma explícita (Sanai, 2003).



### • **Conflicto de intereses entre servicios con ánimo de lucro y servicios públicos**

Los argumentos anteriores alimentan un debate que consiste, en último término, en saber si los intereses del consorcio privado y los de los organismos públicos son o no compatibles.

Lo que es evidente es que no son idénticos, a pesar de las declaraciones que hizo el ministro de Hacienda poco tiempo después de la llegada al poder del nuevo partido laborista (Treasury TaskForce, 1997), idea que igualmente defendió el Instituto de Investigación en Política Pública (CPPP, 2001), organismo muy próximo al nuevo partido laborista. Los intereses de ambas partes son compatibles siempre que puedan llegar a un acuerdo en el que una de ellas pueda aportar un hospital de calidad, digno del siglo XXI, así como una optimización de los recursos y la otra, una rentabilidad económica permanente (Ruane, 2002).

En cierta forma, los intereses entran en conflicto. En primer lugar, las empresas (el consorcio) obtienen con frecuencia enormes beneficios de los organismos públicos, ya que exigen tarifas elevadas para compensar la transferencia de riesgo mientras que, en la práctica, una vez finalizada la construcción y estando el edificio en funcionamiento, el riesgo real es muy pequeño. Como el PFI es mucho más costoso que el recurso a los mercados públicos, los que justifican esta política ponen todo el énfasis en la optimización de los recursos. Esto depende, esencialmente, del valor financiero atribuido a los riesgos financieros transferidos al consorcio privado y este asunto ha sido objeto de un minucioso estudio en las páginas del *British Medical Journal*, entre otros.

Pollock y sus colaboradores (2002) descubrieron que, en seis de los proyectos de la primera fase, el valor financiero atribuido a los riesgos transferidos variaba considerablemente de uno a otro (del 17,4 al 50,4% de los gastos en bienes inmuebles totales). Andersen (2000) ha demostrado que se han utilizado varias hipótesis con respecto al riesgo. Es más, antes de la transferencia de riesgo, el valor actualizado neto del PFI era superior al del equivalente en el sector público. La elección del PFI como mejor opción se hizo una vez analizado el valor financiero de los riesgos a transferir y, en todos los casos, dicho valor se debía, básicamente, a la diferencia entre la financiación privada y la pública (Pollock, Shaoul y Vickers, 2002). Los gerentes que yo entrevisté no habían pasado por alto esta situación, y dos de ellos criticaron explícitamente el sistema contable establecido por el PFI.

Ahora bien, en caso de que el consorcio fracase, tanto en el sentido económico como en el de eficacia, el SNS tendrá que cubrir el coste de financiación ya que el consorcio ha solicitado préstamos en el mercado con aval del SNS. Y a la inversa, las empresas privadas recogen importantes beneficios de los contratos con el sector público, a cambio de riesgos realmente limitados.

Otro asunto inquietante es que se reconoce que la relación entre las primas de riesgo pagadas (y, en consecuencia, los beneficios privados que se originan) y los riesgos reales (principal justificación del IPF) no ha sido nunca evaluada en su justa medida por la Intervención General del Estado (Pollock y Price, 2004), así como que se están encontrando importantes obstáculos para llevar a cabo dicha evaluación.

No sorprende constatar que, una vez terminada la construcción, el nivel de solvencia del consorcio cambia considerablemente, pasando de BBB a nivel AAA (Gosling, 2004). La consecuencia es que las empresas venden su deuda para refinanciar el proyecto una vez terminada la construcción, y que pueden hacerlo de la forma más beneficiosa. Para el sector privado, representa un “beneficio no previsto” ya que, hasta finales de 2002, el organismo del sector público estaba obligado a respetar el contrato inicial y tenía que continuar pagando como si el riesgo del proyecto siguiera siendo mucho más elevado para el socio privado de lo que en realidad era. La normativa actual para nuevos proyectos establece que los beneficios derivados de la refinanciación deben ser repartidos a partes iguales. Sin embargo, las empresas continúan teniendo importantes ganancias: la refinanciación de la sociedad creada para la explotación del Hospital Norfolk and Norwich (Octagon Healthcare) ha comunicado 4,1 millones de beneficio neto para Serco, uno de sus accionistas (Gosling, 2004).

Existe una preocupación añadida, y es la existencia de un mercado secundario en el que los inversores iniciales pueden vender las participaciones de capital y obligaciones, adquiridas mediante contratos PFI, a otros inversores tales como

compañías de seguros o fondos de pensiones que, posteriormente, adquieren los derechos a los flujos de renta, que están prácticamente garantizados durante la duración del contrato. Un ejemplo: en noviembre de 2003, Carillion vendió a Barclays Capital el 30% de las acciones que tenía en el hospital Darent Valley, lo que le permitió obtener un beneficio único de 11 millones de libras. Aunque este tipo de operaciones aporta nuevo capital al mercado del PFI y posibilita la realización de nuevos proyectos, es muy difícil averiguar a quién pertenecen los elementos activos públicos y, por tanto, proceder a una evaluación de optimización de recursos (Gosling, 2004).

Con los cambios que se avecinan, pueden aparecer más diferencias problemáticas entre los intereses de los socios privados y de los públicos. Dado que la agencia se ha embarcado en un proyecto complejo y multidimensional, cualquier cambio importante en el funcionamiento de un hospital, incluso el número de pacientes atendidos, le obligará a efectuar pagos suplementarios al consorcio o a volver a la mesa de negociación para modificar las cláusulas de la concesión.

De nuevo habrá que recurrir a juristas u otros especialistas, reunir datos y pruebas para negociar eficazmente e invertir más tiempo y trabajo. Por ejemplo, un gestor comentó que, aunque el servicio de endoscopia estaba situado en el hospital, se debería considerar la posibilidad de desplazarlo dentro de la comunidad. Esto supuso que se acusara al PFI de mantener a las agencias en estructuras sanitarias que no se corresponden con el mundo moderno. El presupuesto empleado para modificar las cláusulas de la concesión es capital que se descuenta de la prestación de servicios sanitarios. Incluso podemos prever que las próximas decisiones que se tomen en cuanto a planificación, harán que el futuro de los hospitales no financiados por el PFI será menos seguro que los PFI, aunque se perjudique el interés público.

La percepción de que los beneficios del sector privado dependen literalmente del organismo del sector público, se ha hecho evidente cuando un gerente del SNS escuchó, por casualidad, una conversación entre socios privados. Decían que ya “no había más dinero que ganar en la construcción de carreteras porque el gobierno dominaba todas las fórmulas”, y que las grandes fortunas estaban esperando en el sector sanitario. Estas palabras demuestran que la empresa privada obtiene beneficios porque los gestores del sector público no tienen los conocimientos adecuados. Algunos de ellos han señalado que se sienten en desventaja durante las negociaciones porque trabajan en equipos que, a menudo, carecen de formación técnica y comercial. Esto contribuye a que exista una gran preocupación por las operaciones futuras, incluso aunque el sector público intente recuperar el tiempo perdido. La guía técnica y la normativa del Ministerio de Sanidad ([www.dh.gov.uk](http://www.dh.gov.uk)) no contribuye absolutamente nada a disipar el malestar existente.

## CONCLUSIONES

Este documento se ha centrado en algunos problemas prácticos y en aparentes errores que los organismos del sector público tienen que solucionar para integrar los intereses comerciales en los servicios de bienestar colectivo. Aunque el partido laborista insiste en demostrar que los intereses de ambas partes son, al menos, compatibles, y que las competencias y los recursos de una pueden utilizarse para que la otra parte pueda alcanzar sus objetivos, los datos aportados en este documento nos llevan a la conclusión de que existen conflictos reales de intereses así como contradicciones fundamentales.

De hecho, el sistema PFI obstaculiza la consecución de los objetivos del sector público, debido a factores como:

- la disociación entre el equipo de la agencia del SNS y el encargado del proyecto del edificio
- la opacidad que oculta la diferencia entre los riesgos transferidos reales y las primas de riesgo abonadas.
- El elevado coste de la financiación privada destinado a amortización durante la etapa de mayor riesgo del proyecto.
- La prioridad que se da a las obligaciones económicas con los socios privados en vez de dar preferencia a los servicios sanitarios.
- El protagonismo del consorcio que impide alcanzar sinergias.
- La sensibilidad del cálculo de optimización de recursos ante cambios mínimos en la evaluación de riesgos.
- La extensa duración del contrato que hace que la mayoría de los reajustes necesarios causados por cambios en el entorno, incluida la demanda, generen importantes costes.

Aunque conozcamos las razones por las que los directores de hospital insisten en que se termine con este tipo de contratos (principalmente, a causa de la ausencia de financiación pública), la razón por la que los políticos, sean conservadores o laboristas, siguen defendiendo el sistema PFI para la inversión de capital, exige una explicación. Un gerente del SNS ha llegado a la conclusión de que los ministros han considerado que no había otra solución financiera de recambio, ante la realidad de los hechos. En efecto, cuando el partido laborista llegó al poder, se mostraba contrario al PFI porque lo consideraba un mecanismo de privatización, pero parece que se han visto obligados a separar las razones ideológicas de las pragmáticas.



Las protestas del electorado obligaron al gobierno a ratificar los éxitos alcanzados en el Sector Nacional de Salud. Una de las principales justificaciones durante los primeros años del PFI era que este sistema (controvertido) permitía que las nuevas instalaciones no aparecieran en el balance del sector público y, por tanto, favorecían las inversiones de capital en salud. Si así fuera, podríamos deducir que la entrada del PFI en las infraestructuras públicas ha permitido realizar muchos nuevos hospitales y sólo en el plazo de media generación.

Sin embargo, dicho argumento ha sido rebatido ya que endeudarse mediante inversiones de capital puede llegar a transgredir la “regla de oro” que el Ministro de Hacienda impuso, y que establece que la deuda pública no debe sobrepasar el 40% del PIB (Comité del Tesoro, 2000).



El Comité Especial de Finanzas determinó que, en lo sucesivo, la principal justificación del PFI debería ser la optimización de recursos. Sin embargo, ya hemos visto que tanto este argumento como los de los que defienden que el sector privado ofrece servicios de calidad superior, han sido muy discutidos como justificación para los PFI.

El coste del PFI para el sector público y los errores cometidos, algunos de los cuales tendrán graves repercusiones a largo plazo en el sector público, llevan a pensar que dicha política se basa en el pragmatismo, y que es evidente el carácter ideológico de las decisiones políticas. El ministro laborista, Gordon Brown, igual que sus predecesores conservadores, defiende absolutamente un régimen económico de tipo neo-liberal. A pesar del elevado coste de devolución de la financiación privada, no recurre a los préstamos públicos y se muestra muy reticente a aumentar los impuestos de los más ricos, incluso aunque estos ciudadanos se benefician de una tasa de impuesto global relativamente baja, y mientras tanto, subsisten desigualdades que ya se constataban hace 40 años.

El PFI incluye y favorece un compromiso ideológico para fomentar el papel del mercado y del comercio en los servicios públicos así como para convertir a éstos en compradores de servicios en vez de en propietarios de activos. El PFI generó excelentes ocasiones para acumular capital. Las empresas de los sectores financieros, construcción y gestión de instalaciones se han aprovechado de esta política (incluso aunque una o dos empresas, como Jarvis, se hayan visto envueltas en un escándalo por haber sobrepasado los límites razonables). Esta situación se ha producido en el sector sanitario porque se ha dejado de lado el acceso a los fondos públicos menos costosos (incluso aunque los excedentes presupuestarios ofrecían soluciones de recambio). En este contexto, los gerentes del SNS se han visto presionados para cerrar contratos con empresas veteranas carentes de formación, de medidas de protección, obligaciones jurídicas o mecanismos para rendir cuentas de su actuación, que hubieran permitido preservar el interés público. Por el contrario, los contratos de larga duración, las garantías jurídicas y el respeto por la confidencialidad de los acuerdos, favorecen de forma desmesurada los intereses del sector privado.

La reacción del nuevo partido laborista ante los problemas de las nuevas formas de gestión ha consistido en llegar a acuerdos con empresas privadas de servicios sanitarios, tanto nacionales como internacionales, mediante una especie de “convenio” y en establecer medidas políticas que afectan a los Centros de Diagnóstico y Tratamiento. Esta medida confirma su inclinación a defender al sector privado y a continuar facilitando la mercantilización del sector de la salud.

## BIBLIOGRAFÍA

- Andalo, D. (2004). «Reid to announce new PFI health projects », in *The Guardian*, July 27th.
- Andersen, A. (2000). *Value for Money Drivers in the Private Finance Initiative*, A Report by Arthur Andersen and Enterprise LSE, commissioned by the Treasury Taskforce. London.
- BBC News (2002). *Nurses Highlight PFI Pitfalls*, London : BBC, [en ligne], <http://news.bbc.co.uk/1/hi/health>
- Blair, T. (2002). *The Courage of our Convictions*, Fabian Ideas 603, London : Fabian Society.
- Boyle, S., et A. Harrison (2000). « PFI in health : the story so far », in G. Kelly and P. Robinson (eds) *A Healthy Partnership : the Future of Public Private Partnerships in the Health Service*, London : Institute of Public Policy Research.
- Carvel, J. (2003). « Inspectors slam PFI hospital in report », in *The Guardian*, February 27th.
- CPPP (2001). *Building Better Partnerships : the Report of the Commission on Public Private Partnerships*, London : Institute of Public Policy Research.
- Department of Health (2001). *The NHS Plan : Investment and Reform for NHS Hospitals*, London : Department of Health.
- Dunnigan, M., et A. Pollock (2003). « Downsizing of Acute Inpatient Beds Associated with the Private Finance Initiative : Scotland's Case Study », in *British Medical Journal*, 326 :905-908.
- Farnsworth, K. (2004). *Corporate Power and Social Policy in a Global Economy*, Bristol : Policy Press.
- Ferguson, I., M. Lavalette, et G. Mooney (2002). *Rethinking Welfare : A Critical Perspective*, London : Sage.
- Gaffney, D., et A. Pollock. (1997). *Can the NHS Afford the Private Finance Initiative ?* London: British Medical Association Health Policy and Economic Research Unit.
- Gosling, P. (2004). *PFI : Against the Public Interest. Why a 'Licence to Print Money' can also be a Recipe for Disaster*,

London: Unison.

Headley, B. (2001). Design in PFI, presentation to The Private Finance Initiative and the NHS Conference, London : April.

Lister, J. (2003). The PFI Experience : Voices from the Frontline, London : Unison.

Nelson, J. (1995). Post-Industrial Capitalism, Thousand Oaks : Sage.

Pierson, C. (1998). Beyond the Welfare State, Oxford : Polity

Pollock, A., M. Dunnigan, D. Gaffney, D. Price et J. Shaoul (1999). « Planning the “new” NHS : downsizing for the 21st century », in *British Medical Journal*, 319, 17th July, 179-184.

Pollock, A., J. Shaoul et N. Vickers (2002). « Private finance and “value for money”, in NHS hospitals : a policy in search of a rationale ? », in *British Medical Journal*, 324 : 1205-1209, 18th May.

Pollock, A., et D. Price (2004). Public risk for Private Gain ? The Public Audit Implications of Risk Transfer and Private Finance, London : Unison.

Revill, J. (2004a). « NHS hospitals sink into debt to pay off PFI », in *The Observer*, March 14th.

Revill, J. (2004b). « NHS hospitals “fined” for success », in *The Observer*, March 28th.

Revill, J. (2004c). « Blunders send NHS flagship costs soaring », in *The Observer*, October 3rd.

Ruane, S. (2000). « Acquiescence and opposition : the private finance initiative in the NHS », *Policy and Politics*, 28,3, 411-424.

Ruane, S. (2002). « Public Private Partnerships - the case of PFI », in C. Glendinning, M. Powell and K. Rummery (eds) *Partnerships, New Labour and the Governance of Welfare*, Bristol : Polity Press. TÉLESCOPE • Février 2005 52

Ruane, S. (2004). « “It’s a leap of faith, isn’t it?”, Managers’ perceptions of PFI in the NHS », in M. Dent, J. Chandler and J. Barry (eds) *Questioning the New Public Management*, Aldershot : Ashgate.

Treasury Select Committee (2000). The Private Finance Initiative, Fourth Report of the House of Commons Treasury Select Committee

Sanai, L. (2003). « “I was gobsmacked by the filth” », in *The Guardian*, January 21st.

Treasury Taskforce (1997). Partnerships for Prosperity : the Private Finance Initiative, London : Treasury Taskforce.

Unison (2002-4). Private Finance Initiative : The Case Against PFI, London : Unison.

Walker, D. (2004). « Capital asset », in *The Guardian*, May 12th.

*TRADUCCION: CAS Madrid*