

Permítanme ponerles en antecedentes, con unas cifras rápidas que describen lo que es un sistema sanitario. Las cifras son probablemente muy semejantes a las que hay aquí en Cataluña. Estamos hablando de la atención sanitaria a algo más de seis millones de pacientes, que demandan cada año casi once millones de consultas en atención especializada, casi medio millón de ingresos, casi 400.000 intervenciones quirúrgicas, se atienden 2.600.000 urgencias y, en lo que se refiere a atención primaria, hay 53 millones de consultas. Todas estas cifras son referidas a 2008.

Hemos vivido en los últimos años un aumento muy importante de la población, en eso también, la situación de la Comunidad de Madrid es semejante a la de Cataluña y otras comunidades autónomas. Ha habido un crecimiento de más de un millón de personas en apenas una década. Y ese es el punto de partida a la hora de abordar un plan de infraestructuras tan ambicioso como el que la candidatura de Esperanza Aguirre incluyó en su oferta electoral de 2003 y que a lo largo de estos años hemos cumplido. La Comunidad de Madrid asume las competencias en materia sanitaria en 2002 junto con muchas otras comunidades autónomas. En ese momento encontramos una herencia con cosas buenas y con cosas menos buenas. Entre las buenas ocho hospitales muy importantes, con un alto grado de especialización, con todas las especialidades en su tercer nivel de complejidad, que venían atendiendo no sólo a la población madrileña, sino también al conjunto de España. Pero al mismo tiempo estos hospitales ocupaban y siguen ocupando infraestructuras, de las cuales la más moderna era de hace 40 años, hospitales pensados para otra medicina, para otro momento de la sanidad y para una demanda distinta a la sociedad a la que tienen que servir. Y además se daba la circunstancia de que estos hospitales estaban ubicados en la capital, tanto capital de España como de la comunidad de Madrid y, por lo tanto, alejados de gran parte de la población a la que prestaban servicio. En los últimos años, coincidiendo con ese aumento de la población, hemos visto crecer todas la ciudades del área metropolitana de Madrid, y hoy ciudades como Alcalá de Henares, Móstoles, Parla, Fuenlabrada, son ciudades de más de 200.000 habitantes, son ciudades mayores que muchas capitales de provincia y, por ello, no tenía sentido que estas ciudades no contasen con hospitales que prestasen la mayor parte de la atención sanitaria que demandan los habitantes de estos municipios. En parte, esa centralización de los hospitales en la capital se había resuelto mediante la creación de delegaciones de los hospitales, lo que antaño se llamaba ambulatorio y hoy se llama centro de especialidades, donde los médicos del hospital de diferentes especialidades van rotando para pasar consulta, para hacer algunas intervenciones de cirugía menor y alguna prueba diagnóstica, pero evidentemente no son capaces de resolver los problemas de sanidad de las poblaciones donde están ubicados. También se ejecutaron en los años 80 y a principios de los noventa algunos proyectos que estaban en la cartera del Ministerio de Sanidad desde finales de los años 70. Estamos hablando del Hospital de Móstoles, que nació como iniciativa privada y que después se convirtió en un hospital del sistema nacional de salud, el Hospital Severo Ochoa de Leganés, el Hospital Príncipe de Asturias en Alcalá de Henares o el Hospital de Getafe. Ya a finales de los 90, justo antes de las transferencias, se iniciaron y su pusieron en marcha otros dos hospitales que son la Fundación Hospitalaria de Alcorcón y el Hospital de Fuenlabrada, que está constituido como institución pública.

Hacía falta, por tanto, completar ese mapa sanitario. Y ese es precisamente el objetivo al que dio respuesta el Plan de Infraestructuras Sanitarias que puso en marcha la presidenta Esperanza Aguirre. Y nos pusimos manos a la obra. Hacía falta construir siete nuevos hospitales, finalmente fueron ocho: el Hospital Infanta Sofía, en San Sebastián de los Reyes, en el norte de la comunidad; el Hospital del Henares que está en el corredor del Henares, en la entrada de Madrid y da servicio a la ciudad de San Fernando y a la ciudad de Coslada, entre otras; el Hospital Infanta Leonor, que está en Vallecas, uno de

los distritos más poblados y de más demanda de servicios sanitarios de la comunidad de Madrid; el Hospital de Sureste, en Arganda, en el este de la comunidad; el Hospital del Tajo, en Aranjuez (anteriormente esta población para acudir al hospital tenía que recorrer un trayecto no inferior a 40 minutos de tráfico); el Hospital Infanta Cristina en Parla, una ciudad que hace sólo unos años era sólo un pueblo y ahora tiene 200.000 habitantes; y finalmente un proyecto que llevaba tiempo en la cartera del Ministerio de Sanidad y que estaba pendiente de las transferencias pero nunca se ejecutaba, seguramente por la envergadura y la demanda de fondos que exigía, que es el traslado del Hospital Puerta de Hierro del centro de Madrid a la ciudad de Majadahonda, y por tanto, al centro del área sanitaria en la que presta atención.

Este mapa de atención especializada todavía no está completo. En esta legislatura nos comprometemos a poner en marcha el Hospital de Torrejón de Ardoz, que es una ciudad que ya supera los 130.000 habitantes; el segundo hospital de Móstoles, que va camino de los 300.000 habitantes; el Hospital de Collado Villalba, que es una ciudad que se acerca a los 100.000 habitantes; y el Hospital de Carabanchel, que tiene que prestar servicios a los distritos de Carabanchel y parte del distrito de Latina y acercarse a las personas que atiende. Todo eso dentro de un proyecto más amplio, que incluye una rápida extensión de la atención primaria y también obras de ampliación y de mejora en esos hospitales que llevan ya mucho tiempo prestando servicio a la sociedad madrileña y a la sociedad española, particularmente en el ámbito de las urgencias y ampliando las zonas quirúrgicas y dotándolas de capacidad de aumentar la cirugía ambulatoria.

¿Cómo hacer esto y en un tiempo muy breve? Porque esa era la exigencia que teníamos: modernizar rápidamente el sistema sanitario que tenemos. Si hubiésemos recurrido al procedimiento hasta entonces usado por las administraciones públicas, hubiésemos tenido un plazo de ejecución de 10 años. El último hospital terminado en España que se ha ejecutado por una administración, ha tardado 14 años en hacerse. En 14 años puede cambiar hasta la forma en la que se construyen los hospitales y, de hecho, incluso hasta la forma en la que se hace la medicina y como es la sociedad.

Necesitábamos cubrir ese déficit al que me he referido, un déficit que se derivaba del aumento de la población y también de esa herencia de unos hospitales concentrados en la capital, y hacerlo rápido. Nos fijamos en algunos líderes en prestación de servicios hospitalarios públicos, particularmente en el National Health Service, que ya tiene más de 100 proyectos ejecutados a través de la colaboración público-privado. No es la primera vez que el sistema hospitalario nacional se fija en la sanidad británica como referencia a la hora de diseñar su configuración y la forma de hacer las cosas, pero también en otros países europeos. Estamos hablando de proyectos que tienen financiación pública, con prestación pública y con una gestión directa de los servicios sanitarios y una externalización de los servicios no sanitarios.

Aunque aparentemente esto no sea una novedad, es una novedad en cuanto a la forma jurídica, pero no en el fondo de la cuestión. En el Hospital 12 de octubre, un hospital que lleva funcionando en Madrid desde principios de los setenta, desde el año 73 su cafetería tiene una explotación privada porque da un mejor servicio. Y también la gestión de residuos urbanos y la limpieza desde el año 74. La jardinería, la desratización, la seguridad... casi todos los servicios no sanitarios del hospital están externalizados desde su nacimiento o bien se externalizaron en los primeros años del hospital, llegando a servicios más

sofisticados como el mantenimiento de las instalaciones de la electromedicina, a principio de la década de 2000.

Optamos por un tipo de concesión como las del National Health Service, con titularidad y prestación públicas y con una gestión privada de los servicios no sanitarios. Bajo esa modalidad se han construido siete hospitales. Son todos a los que me he referido anteriormente, pero queda fuera el Hospital Infanta Leonor al que me referiré después. Es un contrato de obra pública y bajo esa fórmula concesional, por treinta años y con una reversión de la infraestructura prevista al finalizar ese periodo a la administración, se ejecuta un contrato que incluye la redacción y la ejecución del proyecto, la ejecución y la dotación del equipo necesario para la prestación del servicio concesional, la explotación de las obras y de las zonas complementarias y, por supuesto, todos los servicios residenciales, los no sanitarios, entre los que se incluyen los que han visto antes, incluido el 12 de Octubre y alguno más, propio de los hospitales modernos. Quedan fuera de la concesión la prestación de servicios clínicos, de todos los servicios sanitarios y todos los de diagnóstico, la previsión y mantenimiento del equipamiento clínico de alta tecnología, que lleva un contrato a parte y la previsión y mantenimiento de las tecnologías de la información, que también hemos innovado en colaboración con alguno de los líderes del sector para crear el proyecto más ambicioso en materia de nuevas tecnologías de la sanidad europea.

Quisiera destacar una novedad para las administraciones públicas y es que la retribución de todos estos servicios se hace a través de un canon anual máximo, porque dependiendo de la calidad del servicio prestado por las empresas que colaboran con la sanidad pública madrileña el canon puede disminuir. Y no estamos hablando de penalizaciones sino de deducciones que se aplican de forma sistemática y que se refieren al grado de disponibilidad de la infraestructura, a los fallos que se pueden producir y que están tipificados y en el tiempo que tarden las empresas en reparar dichos fallos, en devolver la disponibilidad de la infraestructura. Además, las empresas adjudicatarias de la prestación de los hospitales, en general explotan el aparcamiento, los televisores, algo que se hace ya por parte de las administraciones en los hospitales de gestión directa. Eso nos ha obligado a crear una figura nueva, que es la unidad técnica de control, que hace una valoración sistemática de la calidad de los servicios no sanitarios, de su disponibilidad y, por tanto, propone a la administración las deducciones que se aplican periódicamente a ese canon anual máximo.

Finalmente, creamos un octavo hospital en Valdemoro, en el sur-oeste, en la carretera de Andalucía, que está alcanzando una dimensión importante ya que atiende a 100.000 usuarios de la comunidad y a un número indeterminado de Castilla-La Mancha. Está en una zona limítrofe y muchos ciudadanos de Toledo pueden acudir al hospital a través de urgencias. Esto comporta que estemos tratando de conveniar con Castilla-La Mancha, lo que también sería una innovación. Este hospital sí tiene también como objeto del contrato todo lo anterior y además la asistencia sanitaria, con las salvedades como los trasplantes, que no están incluidos en su cartera de servicios, ni la oxigenoterapia, ni el transporte sanitario ni la dispensación hospitalaria a pacientes ambulatorios, como los antiretrovirales para el tratamiento del VIH. Tiene también un claro incentivo a la calidad, que es que la retribución a la adjudicataria de esta concesión se hace a través de un pago per cápita de la población que tiene preasignada en el área sanitaria, pero está sujeto a un sistema de facturación intercentros, de tal manera que cualquier paciente de Valdemoro, de Titulcia o de Ciempozuelos (que son las poblaciones que inicialmente atiende el hospital Infanta Elena de Valdemoro) que no quiera ser atendido por el hospital de Valdemoro, y quiera ir al de Getafe, tiene que pagar a la administración el 100% del coste del tratamiento

de ese paciente en otro hospital de la red pública. Si otro paciente acude al hospital Infanta Elena de Valdemoro, pongamos el caso, un paciente de Pinto, una población cercana, entonces la administración sólo paga el 80% del coste de ese proceso al gestor del Infanta Elena de Valdemoro. Es un buen trato para la administración y para los pacientes, que conservan la libertad de elección del centro hospitalario y desde luego supone un poderoso incentivo para que la adjudicataria preste un servicio de calidad. En este caso el adjudicatario, Capio, es una empresa de origen sueco, que ha crecido extraordinariamente con la adjudicación del sistema sanitario sueco, principalmente en Estocolmo y que se ha expandido por Europa, con una gran presencia en toda España. En Cataluña gestiona el Hospital General de Cataluña.

Hoy esos 8 nuevos hospitales son una realidad, han aportado al sistema sanitario madrileño un aumento extraordinario de la prestación asistencial: son más de 2.000 camas nuevas, en habitaciones individuales, con sofá-cama para el acompañante, 75 quirófanos dotados con última tecnología, 48 nuevos puestos de hospital de día, 749 consultas y una capacidad diagnóstica extraordinaria, con 11 TAC, 10 resonancias magnéticas, 10 mamografías además de toda la radiología convencional. Y, por supuesto, un aumento de la dotación de los aceleradores lineales de unidades de radioterapia. Un aumento muy significativo de la capacidad diagnóstica de la sanidad madrileña.

Son hospitales que están, además, funcionando de forma extraordinaria, después de un proceso de apertura que algunos pensaron que era imposible. Porque cuando tuvimos los 8 hospitales, nos encontramos con el reto de ponerlos en marcha. Hacerlos no es una empresa fácil pero tampoco lo es ponerlos en marcha. El primero de ellos, el Infanta Elena de Valdemoro, se puso en marcha a finales de 2007 y los siete siguientes, salvo Puerta de Hierro, se pusieron en marcha en un periodo de seis semanas. En todos sus apartados, preventiva, prevención de riesgos laborales, anillo radiológico, consultas externas, reanimación, cirugía, hospitalización y, finalmente, las urgencias, que requieren que todo el hospital esté en pleno funcionamiento. Cada semana se abrieron las puertas de un hospital, y entre el 11 de febrero y el 27 de abril estaban puestos en marcha todos los servicios de 7 hospitales de la comunidad. En estos meses de funcionamiento han realizado 40.000 ingresos, 68.000 consultas de atención especializada, 31.000 intervenciones quirúrgicas, 370.000 urgencias y han nacido más de 7.000 niños. Son unos hospitales que han encontrado su lugar, algunos de ellos, no sólo están desplegando una intensa actividad clínica, sino que están incluso innovando y, de alguna manera, enseñando al resto del sistema sanitario madrileño técnicas quirúrgicas, tratamientos, la forma de organizar los circuitos dentro del hospital y proporcionando una satisfacción a los usuarios de esos hospitales.

No era una empresa fácil tampoco para la presentación a los pacientes. Hemos estado hablando de logística, de profesionales, pero la parte verdaderamente importante son los pacientes, y es que en ese periodo, un tercio de los pacientes de la comunidad de Madrid ha estrenado hospital. Es un periodo inferior a dos meses y cuando el paciente llega exige no sólo una infraestructura, sino unos profesionales y un buen funcionamiento. Espera un hospital nuevo, con unas estructuras extraordinarias, con unos estándares de confort semejantes o superiores a los convencionales en la sanidad privada, toda la calidad que se espera de la atención sanitaria en la prestación pública y no están dispuestos, como es lógico, a que se produzca ni el más mínimo fallo. Dimos a los pacientes, a los usuarios, la oportunidad de elegir libremente el hospital. Piensen ustedes que la puesta en marcha de estos hospitales ha supuesto una reducción de área de la Paz, de la Princesa, del Gregorio Marañón, de hospitales que venían sirviendo a esa población desde hacía años.

A los pacientes se les dijo: “Estrena usted el hospital Infanta Leonor, pero si quiere continuar asistiendo al Gregorio Marañón, hágalo. Eso depende de su voluntad y de su libertad de elección. Tiene usted cerca de su casa el Hospital Infanta Sofía de San Sebastián de los Reyes, pero si usted prefiere seguir yendo a La Paz, hágalo”. Y creímos que esa era la manera de presentar estos nuevos hospitales a los ciudadanos de la comunidad de Madrid y creo que no nos equivocamos. La gente elige con criterio, hace lo más sensato, lo que más le conviene, y en 99% de los casos acude a los nuevos hospitales, que es la garantía que están funcionando.

Además, muchos estuvieron dispuestos a poner en cuestión el funcionamiento de los nuevos hospitales. Aquí tenemos una encuesta realizada por la Asociación de Víctimas de Negligencias Médicas. Nos dijo: “¿Están seguros que los nuevos hospitales funcionan correctamente?”. Y nosotros les dijimos: “Vayan ustedes a comprobarlo”. “¿Podemos entrar en los hospitales?”; “Sin ningún tipo de restricción”. Y decidieron hacer una encuesta con la colaboración de la Asociación Europea de Víctimas de Negligencias Médicas. Y preguntaron a los pacientes, sobretudo los aspectos relativos a la calidad del servicio. Incluso hicieron una pregunta cuya respuesta ya conocíamos, conociendo las preferencias de nuestros pacientes a través de su libertad de elección: “¿Ha mejorado usted respecto a la atención que recibía anteriormente?” Y en todos los casos fue extraordinariamente positiva por parte de todos los usuarios de los nuevos hospitales.

La puesta en marcha de los hospitales ha tenido un impacto extraordinario, no sólo sobre las ciudades, no sólo sobre los pacientes que atienden, casi 2.000.000, sino sobre los hospitales que hasta ahora atendían a esa población. Estamos hablando de gigantes de la sanidad madrileña, española y europea. Algunos de los mejores hospitales que existen, con más alto grado de especialización, pero que estaban sobrepasados por una frecuentación y una presión asistencial extraordinaria.

El Hospital Gregorio Marañón tenía una población de área asignada de 757.000 pacientes. Con la apertura del hospital Infanta Leonor de Vallecas y del Hospital de Arganda vemos como el Gregorio Marañón hoy tiene una población de área de 325.000 pacientes. ¿A qué se dedica entonces el hospital? Está volviendo a hacer aquello para lo que fue concebido, está concentrando cada vez más recursos que ya no tiene que dedicar a atender patología poco compleja, propia de un hospital de área y está dedicándolos a atender la patología más compleja, es decir, la auténtica vocación del hospital y dedicando cada vez más recursos también a los otros dos pilares de la sanidad pública, que tienen un impacto extraordinario no sólo sobre la sanidad sino sobre el futuro y la actividad económica de la comunidad de Madrid, que son la docencia y la investigación biomédica. El hospital de la Princesa perdió 169.000 pacientes con la apertura del Hospital del Henares; el Hospital de la Paz 269.000 como consecuencia de la apertura del Infanta Sofía, pero también el Materno Infantil de La Paz ha perdido los 550.000 pacientes que antes atendía por encargo del Hospital de Puerta de Hierro, que no tenía materno infantil, pero que ahora sí tiene, en Majadahonda. El Hospital de Getafe ha perdido población, pero era un hospital que ya tenía una presión asistencial agobiante, y ha perdido la mitad de la población asistencial, con la inauguración del Infanta Cristina de Parla. ¿Qué ha supuesto este hecho? Que el Hospital de Getafe pueda ser un hospital universitario vinculado a una nueva facultad de medicina, de la Universidad Europea de Madrid, y que además haya multiplicado su participación en proyectos de investigación biomédica, y en colaboración con la industria farmacéutica y con el resto de hospitales. El Hospital 12 de Octubre es otro hospital que ha visto como se reducía su presión asistencial como consecuencia del Hospital del Tajo, en Aranjuez, y del Hospital Infanta Elena de Valdemoro.

Vemos como se ha producido un enorme aumento de la capacidad asistencial de la comunidad de Madrid. En general, todos los hospitales que han perdido población han perdido una parte importante de su actividad, tanto si lo medimos en ingresos hospitalarios como en consultas, urgencias o intervenciones quirúrgicas. Han ganado complejidad y en conjunto el sistema sanitario ha ganado en actividad. Sólo en el primer mes del año, el número de urgencias atendidas ha crecido un 12%, lo que nos da una idea del aumento de capacidad que se ha producido. Además este año hemos conseguido evitar una imagen clásica, no exclusiva de la comunidad de Madrid, que sucede en casi todos los sistemas hospitalarios, que es la saturación de las urgencias y de las camas en los pasillos. Eso afortunadamente ha desaparecido. No quiere decir que no tengamos problemas porque la urgencia no se puede prever, y el flujo de pacientes es absolutamente impredecible, pero este año lo hemos tratado con más holgura como consecuencia del aumento en la capacidad asistencial.

Vamos a seguir hacia adelante con los objetivos de garantizar la sostenibilidad del sistema, de seguir aumentando la calidad y de estar a la altura de las expectativas de los ciudadanos, y también produciendo una modernización y una innovación en los sistemas de gestión que nos permitan conseguir esos objetivos. En este sentido, durante esta legislatura, como les decía anteriormente, nos proponemos poner en marcha el Hospital de Torrejón, que tiene que acercar la atención especializada a esa ciudad, que antes les decía que ya alcanza 130.000 habitantes, pero además tiene que aliviar la presión asistencial del Príncipe de Asturias de Alcalá de Henares, que perderá esa población de área aumentando la calidad asistencial y que además podrá reforzar su misión de hospital docente y hospital de investigadores. Es un hospital vinculado a la Universidad de Alcalá de Henares y que está en un enclave donde se está produciendo una gran expansión de la biotecnología, con parques empresariales y que, indudablemente, el hecho de que hospital pueda dedicarse a la investigación biomédica tendrá un gran impacto sobre la mejora de la sanidad y también sobre la economía de la comunidad.

El Hospital de Collado-Villalba aliviará la presión sobre el de Majadahonda. El segundo hospital de Móstoles, que nace con la vocación universitaria, está en el campus de la universidad Rey Juan Carlos y vendrá a aliviar la presión asistencial del Hospital de Móstoles, que el año pasado cumplió un cuarto de siglo. El Hospital de Carabanchel tiene como misión acercar la sanidad a este distrito de Madrid y aliviar la presión sobre el Hospital 12 de Octubre, particularmente sobre el Clínico San Carlos y, también, en alguna medida sobre la Fundación Jiménez-Díaz. Todos ellos son hospitales que tienen encomendadas misiones sanitarias e investigadoras y docentes.

Y junto a todo ello, la redefinición de los grandes hospitales de la comunidad, de los gigantes de la sanidad, la investigación y la docencia, estamos hablando de hospitales como el 12 d'Octubre, La Paz, Gregorio Marañón, Clínico San Carlos, Ramón y Cajal, Puerta de Hierro y La Princesa. Todos ellos, a lo largo de los próximos años van a reforzar la calidad de la asistencia, pero todos los planes van a ir específicamente orientados a su capacidad docente e investigadora.

Debat

Pregunta: —*Estamos acostumbrados al modelo de colaboración público-privado en el sector de transporte y grandes infraestructuras pero a mi me gustaría conocer, en este otro ámbito, qué pros y contras se han encontrado y si este modelo se puede exportar a otros ámbitos como educación, y en otras comunidades.*

Sr. Güemes: —Cuando hablamos de la colaboración público-privado, a veces pensamos que es una novedad, pero ya Felipe IV financió parte de su flota, incluso de la marinería, encargando sus naves a Martín de Arana, y hablamos de 1625, hace 400 años, y desde entonces esta colaboración no ha parado de crecer. Es verdad que ha empezado por los campos más obvios, por las infraestructuras, transportes y se ha expandido desde aquí. Uno podría pensar que la colaboración es bastante obvia y elemental en la producción de bienes privados. Hablo de bienes privados en el sentido económico, aquellos que no son públicos, como las comunicaciones, la educación o la sanidad. Pero hasta en la producción de estos bienes, cada vez más, estamos viendo esta colaboración, por lo menos en la parte de la cadena de valor de ese bien que no pertenece a lo indelegable por parte de las administraciones. Estamos viendo como el Ministerio de Defensa ha anunciado hace poco, a semejanza de los ejércitos del Reino Unido o de Estados Unidos, que está delegando todas las cuestiones logísticas que no tienen que ver con las operaciones militares en sentido estricto. En el ámbito de la justicia, hay una delegación de parte de trabajos de esta cadena en aquello que no se refiere a lo indelegable: la administración de justicia en sentido estricto. Y en el sanitario, cuando uno saca las cuentas de un hospital como La Paz o el 12 de Octubre, podemos ver que lo construyó una empresa privada. No hay ninguna comunidad que tenga una constructora. No ha habido empresas constructoras públicas porque ha habido empresas muy diligentes en España. En ningún hospital público se presta el servicio de cafetería, de limpieza, de cocina o de desinfección, seguridad o jardinería, por funcionarios. Son empresas especializadas, se hace o bien desde el nacimiento del hospital o a lo largo de los 80. Pero si profundizan en la cuenta de gastos de un hospital, la luz no la producen por sí mismos, o el agua. Son empresas privadas que producen esos suministros. Pero si siguen profundizando en los suministros sanitarios o fármacos no se conoce un solo caso de una empresa pública que los produzca. Estamos ya en el 60% del gasto de un hospital, como mínimo de la mitad del gasto de un hospital, y la otra mitad o 40% es el gasto sanitario en personal sanitario, que en la mayor parte de los hospitales de la comunidad excepto en 2, el Infanta Elena de Valdemoro y la Fundación Jiménez-Díaz, de siempre privado, son funcionarios de la administración. Los grandes centros hospitalarios de Cataluña hace muchos años que están gestionados por organizaciones que conciertan con la administración pública. Lo mismo puede decirse de Andalucía o más recientemente de la Comunidad Valenciana. ¿Puede extenderse a otros ámbitos como la educación? De hecho, ya está. ¿Qué es la educación concertada? En Madrid, el 30% de la oferta, y no es una decisión del gobierno sino que es una cuestión histórica es concertada, el 30% de las plazas están concertadas. Son inversores privados que han construido un colegio del que han concertado las plazas con la administración y que están perfectamente integrados en la red de educación. Y así podríamos seguir en muchos ámbitos. Esta colaboración no sólo es plausible en la producción de bienes privados sino también como estamos viendo, en los ministerios de justicia y defensa para la producción de bienes públicos.

Pregunta: —*Por alusiones al sistema sanitario catalán, unas consideraciones y una pregunta. La primera consideración, es una premisa del sector que represento. Un sector no es público porque es*

financiado y controlado por las autoridades correspondientes; no tanto porque el proveedor del servicio sea de titularidad pública. Partiendo de esa premisa hemos visto con simpatía, la evolución de la reforma de Madrid, de la gestión, la inversión ligada a lo público-privado. También hemos visto un efecto colateral en Cataluña, no muy intenso, pero una cierta repercusión para reabrir la discusión sobre qué es público y qué es privado. Nosotros tenemos muy claro que el modelo por el que avanza Madrid es un modelo con algunas analogías con el catalán, y es bueno en el sentido amplio de la palabra. Lo que sucede es que lo bueno es bueno o malo en función de con qué se compara. En Cataluña hemos hecho una defensa de la gestión indirecta, mejor que la directa y nos dotamos en cierto momento de un pacto, de un sistema de comparación, la central de balances de los centros sanitarios, que me parece que es el único que hay en España. Nos permitía avanzar en una comparación en como podía mejorar la gestión directa respecto a la indirecta. Hemos dado un segundo salto cualitativo incorporando a estos datos económicos, los sanitarios, a través de una central de datos que este año va a emitir los primeros indicadores que permitan a todos los interesados, ciudadanos, profesionales y al propio sistema, valorar cómo se comportan los sistemas de gestión, su titularidad e instrumentos. Lo digo porque lo que nos falta a veces es, cuando defendemos delante de los grupos de interés el estar a favor o en contra, el complemento necesario que ponga en valor el resultado. Si el modelo de Madrid hubiese ido en una vertiente u otra hubiese tenido resultados diferentes. La pregunta es si en el modelo de Madrid está prevista la incorporación de evidencias. Para que el ciudadano, como decía el consejero, pueda tener explicaciones y para que la resistencia sindical, que no deja de ser un modelo de un stay holder, hace y confunde mucho a la ciudadanía. Estamos más anclados en el debate ideológico o conceptual sobre lo público y lo privado o quien defiende qué sin que haya evidencias de qué es mejor y qué es peor. Insisto en las palabras del consejero: cuando se le da la palabra al ciudadano muestra su satisfacción en la seguridad, pero estaríamos todos más seguros con resultados a corto, medio plazo, con transparencia...

Sr. Güemes: —Estamos a su disposición para someternos al escrutinio, no sólo de los pacientes sino de las asociaciones de pacientes, de la universidad, etc., para hallar evidencias empíricas de lo que hacemos. Lo que subyace en su pregunta y en su comentario es una queja que tenemos, no sólo los responsables de la sanidad, sino todos los actores, y es el falso debate que hay entorno a la sanidad. Conviene acotar los términos del debate, que son muy precisos. ¿Conocen ustedes a alguien que ponga en cuestión la sanidad pública? Yo no conozco ningún partido con representación parlamentaria que la cuestione. El marco constitucional que nos hemos dado, que es de una sanidad pública y universal, nadie lo pone en cuestión, ningún partido. ¿De qué estamos discutiendo? ¿De quién tiene que ser el proveedor del servicio sanitario? Pero es que tampoco hay debate ahí. España tiene una larguísima historia de colaboración público-privado. La MUFACE es un sistema con la garantía y la financiación pública, pero es un sistema donde se transfiere al sector privado incluso el riesgo de aseguramiento. Por supuesto, la producción, la prestación del servicio sanitario. Si saben ustedes como funciona la MUFACE, se da a elegir a los usuarios, bien que estén en la Seguridad Social, bien que puedan suscribir un seguro privado, de aquellas entidades de seguros que aceptan los precios y las condiciones de MUFACE, y están ASISA, ADESLAS. El 90% de los funcionarios eligen estar asegurados por estas compañías, y es un aseguramiento y una prestación totalmente privada. Lamentablemente, la ley de presupuestos que ha entrado en funcionamiento el 1 de enero ha derogado un sistema de colaboración público-privado también extraordinario que es el de las entidades colaboradoras. En Cataluña no tenía tanta tradición pero en Madrid la entrada en vigor de esa norma ha privado de su libertad de elegir a 200.000 madrileños, que querían ese sistema de colaboración con garantía pública y con prestación de servicios privada. Pero si recorren el mapa sanitario español que esa tradición es muy intensa, aquí en Cataluña, conocen la

colaboración en el ámbito de la atención especializada. En Cataluña se puso en marcha una experiencia que ha dado muy buenos resultados en la atención primaria, desde las entidades de base asociativa; la Xarxa, en Tarragona, que gestiona una veintena de centros de atención primaria. En Baleares en estos momentos se están planteando también esta colaboración en la atención primaria. Pero si van ustedes a otras comunidades como Andalucía ya a principios de los ochenta, el consejero de Sanidad Griñán, cuando presento el Libro Blanco de la Sanidad en Andalucía, decía que la colaboración público-privado debía suponer al menos el 25% de los servicios sanitarios. Y dicho y hecho, el siguiente paso fue invitar a la iniciativa privada a adquirir el antiguo Hospital de la Defensa de Málaga, y hoy es un hospital de referencia en esta provincia. Pero no sólo Clínicas Pascual está gestionando clínicas para el sistema andaluz de salud, sino que por ejemplo, en el Hospital de Aljarafe, que es el de referencia para 300.000 andaluces, está gestionado por la Orden de San Juan de Dios, que también gestiona muchos hospitales de área en Cataluña. Capiro, que es la empresa que gestiona el Hospital Infanta Elena de Valdemoro y la Fundación Jiménez-Díaz, gestiona también el Hospital General de Cataluña, pero también en Castilla-La Mancha y Extremadura. En Asturias, los nuevos hospitales se han construido bajo un modelo muy similar al de Majadahonda. En Baleares, quienes criticaban el proyecto del nuevo Hospital de Ibiza, pues han seguido la hoja de ruta del gobierno anterior de distinto signo, y es un hospital construido y gestionado bajo un modelo PFI. Esto no es una cuestión de ideologías, esto va en esta dirección porque tiene que ir en esta dirección y porque las administraciones públicas, a la hora de producir bienes privados debemos confiar y hacerlo en alianza con la sociedad y no excluyendo a la sociedad. Y no sólo eso, allí donde no podamos colaborar con la sociedad, tenemos que imitar a la sociedad, sus prácticas, sus incentivos, las normas que imperan en la vida cotidiana de los contribuyentes que financian la sanidad y todos los servicios públicos. Y por tanto, debemos estar abiertos a la investigación, a nuevos sistemas retributivos que premien el esfuerzo, el talento y el mérito individual. I que vamos a encontrar refractarios de esto, naturalmente. Usted señalaba las organizaciones sindicales de clase. Es verdad, la administración pública es el último reducto de poder real que les queda a las organizaciones sindicales de clase. Y vaya si lo ejercen. En la sanidad pública madrileña tenemos 1.000 liberados sindicales, que cuestan 30.000.000 de euros a los contribuyentes, es decir, en el término de una legislatura se podría construir un hospital como los mencionados sólo con el dinero que se paga a los liberados sindicales. No está mal. Entenderán ustedes porqué son refractarios a que un hospital se gestione como se gestionan los hospitales de la Orden de San Juan de Dios en Cataluña. No quiero poner en un compromiso al representante de la Orden de San Juan de Dios, pero estoy convencido de que no tiene la proporción de liberados que hay en la sanidad pública madrileña o en otras sanidades públicas. Estoy convencido que en Hospital de Aljarafe, no hay esa proporción de liberados sindicales. O en Andalucía en los gestionados por Clínicas Pascual o por otras empresas privadas tampoco se da ese nivel de privilegio sindical. A mí me parece que hacen lo que les toca, defender el privilegio. Lo que no es razonable es que cuando se mira desde la perspectiva del contribuyente o del gestor de lo público, que tiene que velar por dar un servicio público de la máxima calidad, teniendo en cuenta que eso no es gratis sino que se financia con el dinero, con el esfuerzo de los bolsillos de los ciudadanos...

Pregunta: —*Ha hecho una declaración y no tengo más remedio que intervenir, porque ha dicho que no conocía a nadie que estuviera en contra de que el servicio nacional fuese público y sin límites. Quisiera que conociera a uno, que soy yo, y además milito en un partido que no es que lo tenga muy claro, alguna duda tenemos ahí. Y la tenemos porque los del lado liberal, aunque yo creo que lo que estáis haciendo es muy interesante, creo que estamos dejando de lado la cuestión más importante de todas, que es ver si, globalmente esta concepción que puede haber un ámbito en la sociedad, económico, en el*

cual nadie mire el gasto: esto, ¿puede existir o no? Y, sobretodo, cuando se hace desde el ámbito público, que coge el dinero que se produce en el privado para gastarlo en función de sus intereses. Todos reconocemos que en el ámbito de la sanidad como en el de la educación la colaboración es imprescindible, pero una cosa es que sea imprescindible y otra que nadie se plantee cuáles son sus límites. En este sentido, me gustaría saber si desde la comunidad de Madrid o desde el Partido Popular se lo están planteando o no y cómo se lo plantean. Y otra pregunta: ¿el año que viene el presupuesto de sanidad del año que viene de la comunidad de Madrid se incrementa por encima de la producción de riqueza o no lo hace? Si no, supongo que coincidiremos, eso alguna vez dejará de tener que pasar, porque yo tampoco no sé cómo se cuadra el círculo, que por cierto parece ser que los del Cercle d'Infraestructures estaban intentándolo pero no lo han conseguido porque han dejado el círculo por un lado y el cuadrado por el otro.

Sr. Güemes: —Lo que he dicho es que nadie en España discute una sanidad pública y universal en el sentido de que no conozco nadie que defienda que una de las bases del estado de bienestar no sea la equidad. Es decir que nadie en España sea cual sea su nivel de renta o estado de salud, quede sin recibir ese servicio. Ese es el modelo que nos hemos dado en España. Tenemos un sistema que, si se lo tuviésemos que explicar al equipo de Obama, le diríamos que este es un sistema de aseguramiento obligatorio, financiado con los impuestos de todos los contribuyentes, y a partir de ahí tendríamos que empezar a matizar muchas cosas. En el sentido de cómo se prestan esos servicios... Hay un panorama con muchos actores, des de la mutualidad de funcionarios, entidades colaboradoras, hospitales concertados, que se gestionan bajo un modelo de concesión, hospitales que sirven a los sistemas públicos y privados... Creo que ese modelo de equidad, que nadie quede sin asistencia sea cual sea su nivel de renta, creo sinceramente que no lo discute nadie. A partir de aquí, el sistema sanitario tiene muchos retos. Todos los responsables de gestión ponemos en la mesa la parte de financiación. Aquellas comunidades que hemos visto como crecía la población pero que hemos visto como no se reconocía esa población en el modelo de financiación, que se supone que tiene en cuenta la población como principal variable de reparto de recursos, en esa situación, y comparten preocupación Madrid y Cataluña, en los últimos años ha aumentado en más de un millón de personas la población y son más de un millón de ciudadanos pagando impuestos, IVA, IRPF, impuesto de sociedades, de hidrocarburos, impuesto de bebidas alcohólicas... Pagando impuestos, ese millón de ciudadanos y demandando servicios de educación, de transporte, de sanidad... Sin embargo esos ciudadanos no han sido reconocidos por el gobierno a efectos del reparto de la caja común. Eso ha llevado a comunidades como Cataluña o Madrid y Valencia a una situación de tensión financiera muy importante. Está sobre la mesa, ese debate. Yo he insistido que no se trata sólo de financiación sino que tenemos que pensar en los desafíos del sistema, en una población más demandante de recursos, que envejece, un sistema que tiene que afrontar innovaciones tecnológicas que lo mejoran y encarecen, y de hacerlo pronto. Y nuevos retos que no son sólo los del Informe Abril, que ha quedado en un cajón después que lo impulsara Julián García Vargas. Tenemos desafíos como encontrar médicos de especialidades como pediatría, ginecología, radiología... Y estamos tratando de organizar las cosas como podemos. Madrid es probablemente la comunidad autónoma con menos dificultades. No quiero pensar qué debe suponer llevar un pediatra al Valle de Boí, que es un sitio precioso pero, si cuesta a la comunidad de Madrid llevarlo a San Agustín de Guadalix, aquí debe ser una verdadera complicación. ¿Cómo afrontamos eso? Y eso es algo que debe estar en el centro de debate ya que pone en entredicho la sostenibilidad del sistema habida cuenta que hay un tercio de los médicos en España que se van a jubilar a lo largo de la próxima década. Y que formar a un radiólogo o a un pediatra cuesta diez años. Podemos encontrar atajos, pero la solución no puede venir por el atajo

permanente. O, simplemente, en un sistema nacional de salud único, pero que está gestionado por 17 comunidades, cómo lo hacemos para no perder sinergias en materia de docencia, investigación, de no reproducir en todas las comunidades los servicios de mayor complejidad, transplantes, enfermedades raras, ¿cómo se retribuye a Barcelona o Madrid, que reciben pacientes de otras comunidades? Lo hacemos y lo hacemos aunque nos cuesta dinero, en Madrid, más de 300.000 de euros al año la atención de pacientes desplazados que nadie retribuye. Sería muy difícil mantener servicios de especialización sólo con las patologías de la comunidad de Madrid. Nos merece la pena, pero a lo mejor sería sensato que se dotara el fondo de cohesión y que eso se hiciera con más fluidez...

Y todos esos desafíos los hemos llevado al consejo interterritorial. Y no ha habido grandes diferencias entre comunidades. Los problemas de Marina Geli son muy similares a los se puede enfrentar la comunidad de Madrid. Todos miramos cómo reducir el crecimiento del gasto sanitario y cómo meterlo en una senda... Porque el PIB no crece indefinidamente, trabajaríamos sólo para financiar la sanidad y eso es algo que no tiene ningún sentido. Todos esos desafíos están ahí, pero vuelvo al principio. No hay nadie que discuta la equidad. Pero sin discutir el significado de la sanidad pública y universal, cabe una amplia colaboración con el sector privado y medidas que racionalicen en sistema. Yo soy liberal. Mis adversarios dicen que liberal radical. Ya saben ustedes que la izquierda siempre tiene que adjetivar las ideas. Y como tal creo que la intervención de los poderes públicos está justificada en muy pocos casos. Cuando veo un ayuntamiento dando clases de tricotar gratis pienso, ¿por qué yo como contribuyente tengo que pagar estas clases? El objetivo es muy loable, pero que se lo pague cada cual. Por supuesto que contribuyo a la sanidad, y si es un enfermo renal crónico que requiere un tratamiento de 36.000 euros al año, ahí estamos todos, pero las de tricotar no.

Creo como liberal que garantizar la libertad de oportunidades exige que los poderes públicos intervengamos para garantizar que todo el mundo tenga acceso a los dos pilares de la igualdad de oportunidades, educación y sanidad. El debate que hay en EEUU es: "no me imponga un seguro obligatorio, porque está restringiendo mi libertad de elegir; no me diga quien me va a asegurar porque quiero decidirlo yo", ese es el debate. Pero los argumentos de ese debate han quedado tan superados en España que nadie sabe cuáles son. Ningún partido representa eso. Estamos centrándonos en la colaboración público- privado.

Pregunta: —Yo quería hacerle un comentario y una pregunta. Ayer, cuando acabábamos la inauguración del master, un grupo de alumnos me dijo, si viene el señor Güemes, déle las gracias. La segunda es una pregunta que se ha tocado y apuntado. No es de infraestructuras ni de sanidad pero es algo que nos afecta a todos. El punto negro que es la justicia, ¿cabría la posibilidad de privatizarlos o agilizarlos? Antes de que me conteste, tranquilizaría al señor de la cuadratura del círculo. No intentamos cuadrar el círculo, sino al revés, hacer circular el cuadrado. Tenemos la ciudad, el ladrillo, el verde del campo, el azul que es el mar y el aire. De fuera nos sigue quedando cuadrado y de fuera circular.

Sr. Güemes: —La justicia desde el punto de vista económico es un bien público, en el sentido de que el coste marginal de acercar la justicia a un ciudadano más tiende a cero. Y excluir a un solo ciudadano de la administración de justicia tiene un coste infinito. Por tanto, desde un punto de vista filosófico es indelegable, por lo menos en su núcleo duro. La administración de justicia, en lo que se refiere a la causas penales es absolutamente independiente, como en los pleitos con la administración. En el ámbito mercantil existe el arbitraje, que es una especie de privatización de la justicia, se resuelven los conflictos de manera privada, siempre que se acepte por las dos partes. Pero los jueces han de seguir siendo funcionarios y se ha de preservar su independencia. ¿Qué se podría hacer con la justicia? Desde

luego, colaborar con el sector privado en los grandes desafíos. Pensemos en la informatización de la justicia o en su modernización tecnológica. Es absurdo pensar que la administración puede hacer eso sin recurrir a la colaboración del sector privado, con las mejores empresas especialistas del mundo... Es absurdo, y podría solucionar las infraestructuras de la justicia, en público-privado. Pero es que además, en la parte de la administración de la justicia que es indelegable y que entra de lleno creo que tendría que imitar al sector privado en lo que se refiere a los incentivos. ¿Por qué todos los jueces de un juzgado o de una misma sala tienen que cobrar lo mismo más un plus por el tiempo que llevan en el trabajo? ¿Por qué no retribuir a los jueces que más asuntos resuelvan y con más calidad en sus resoluciones? Si eso está en la vida cotidiana de las personas que acuden a los juzgados para que les administren justicia, de los contribuyentes que financian la justicia. ¿Por qué la función pública no se rige por las mismas normas que imperan en la vida de los ciudadanos que financian con sus impuestos la administración? Es decir, en todos los ámbitos, en aquellos en los que la responsabilidad se puede delegar y en aquellos donde no, creo que las administraciones públicas, si queremos servir a los contribuyentes, a los usuarios, tenemos que colaborar con ellos, no excluirlos, no pretender asumir toda la responsabilidad en todo, más allá de la garantía y la calidad del servicio. Y en aquello que no podamos delegar, como las resoluciones judiciales, debemos tratar de incorporar al funcionamiento de la misma los incentivos que imperan en la vida cotidiana de los contribuyentes.