

Interfaz pública-privada y prestación de servicios sanitarios

Juan del Llano Señarís

Introducción

Gestión pública: una evaluación crítica

Gestión privada y colaboración pública-privada

La externalización hospitalaria: colaboración pública-privada a través de iniciativa de financiación privada

Análisis del contexto de los contratos de colaboración entre el sector público y el privado en España

Conclusiones

Recomendaciones

Bibliografía

INTRODUCCIÓN

Los sistemas de salud de los países desarrollados se reparten entre dos modelos, aseguramiento obligatorio y servicio nacional de salud, con la excepción de Estados Unidos, que deja intervenir al mercado pero con dos programas federales que cubren las necesidades de los mayores y de las personas sin recursos.

Lo que caracteriza a la intervención pública es la equidad en el acceso y la cobertura universal, grandes ventajas, pero también presenta desventajas, como sobre demanda y sobreutilización por la gratuidad de las prestaciones en el momento de uso, la escasa orientación al usuario y los problemas de eficiencia. La intervención privada presenta como bondades la competencia vía precios y calidad, la existencia de incentivos y la libre elección generadora de satisfacción entre los usuarios. Como carencias, no menores, señalamos la inequidad, el riesgo moral, la selección adversa de ries-

gos y la posible inducción de la demanda. Una vez señalados los pros y contras, hemos de responder a la pregunta de por qué ha de intervenir el Estado en la financiación de los servicios de salud; nos encontramos con tres poderosas razones: evita los fallos de mercado, cuenta con costes de transacción bajos y produce efectos colectivos externos positivos (externalidades).

Ante la pregunta clave de qué debemos hacer para garantizar la perdurabilidad de un sistema de intervención pública como el nuestro, sugerimos tres cursos de intervención posibles:

1. Acciones para el control del gasto sanitario público con medidas regulatorias sobre medicamentos y otras tecnologías, ajustes de plantillas y educación sanitaria de la población en estilos de vida saludables.
2. Acciones sobre financiación del paquete básico de prestaciones, cuya financiación a cargo de los presupuestos públicos, que posibilite copagos en servi-

cios complementarios, garantice la misma póliza a todos los ciudadanos e impida deducciones a quien opte por el aseguramiento privado.

3. Acciones sobre la gestión de los recursos que incluyan la introducción de la competencia entre los equipos de atención primaria e información para que los usuarios puedan elegir libremente, y dotar de autonomía de gestión a los directivos de los hospitales con exigencia de responsabilidad y rendición de cuentas, junto a la libre elección de los usuarios.

Concluido este breve preámbulo, pasamos a revisar cómo optimizar la relación de lo público con lo privado. La interfaz pública-privada en sanidad ha sido y es un tema recurrente en el análisis de políticas de los sistemas sanitarios. Es un terreno pantanoso, confuso, plagado de tópicos y con riesgos para los «políticos». La intervención pública en el sector sanitario la justifican los fallos de mercado y el tratamiento que damos a la salud como bien tutelado o preferente semipúblico.

En la figura 1 se señalan las distintas funciones en sanidad: financiación, compra y producción.

El debate sobre este tema obedece a la necesidad de:

- Controlar y fomentar la calidad asistencial con acreditación común y comparación de sistemas de información, otorgando más poder a los ciudadanos y

motivando a los profesionales a través de carrera profesional y formación continua.

- Mejorar la eficiencia a través de la separación de funciones, con más autonomía de gestión e introducción de competencia interna regulada.
- Mejorar la equidad de nuestro sistema sanitario, tanto a nivel interterritorial como intraterritorial, en la asignación de recursos así como uniformando prestaciones sobre la base de igual acceso.
- Consolidar el sistema sobre la base de una provisión pública universal con cobertura con base financiera suficiente y convergencia real entre servicios regionales de salud.

La descentralización, con sus opciones políticas diferenciadas, abre un campo de emulación estimulante y de experimentación en acuerdos públicos y privados para la financiación de una nueva inversión, para la prestación como consorcios, entidades de base profesional, etc., para la gestión con nuevas personas jurídicas como fundaciones, empresas públicas, etc., y para el suministro de servicios como concertación, contratos de gestión, fórmulas de *leasing*, etc.

Además, a lo largo de las últimas décadas se ha abierto un debate político y académico sobre la eficacia y la eficiencia del Estado como proveedor de servicios a la ciudadanía. Obedece a un diagnóstico según el cual la administración pública es ineficaz, despilfarradora, lenta e insensible a las necesidades de los

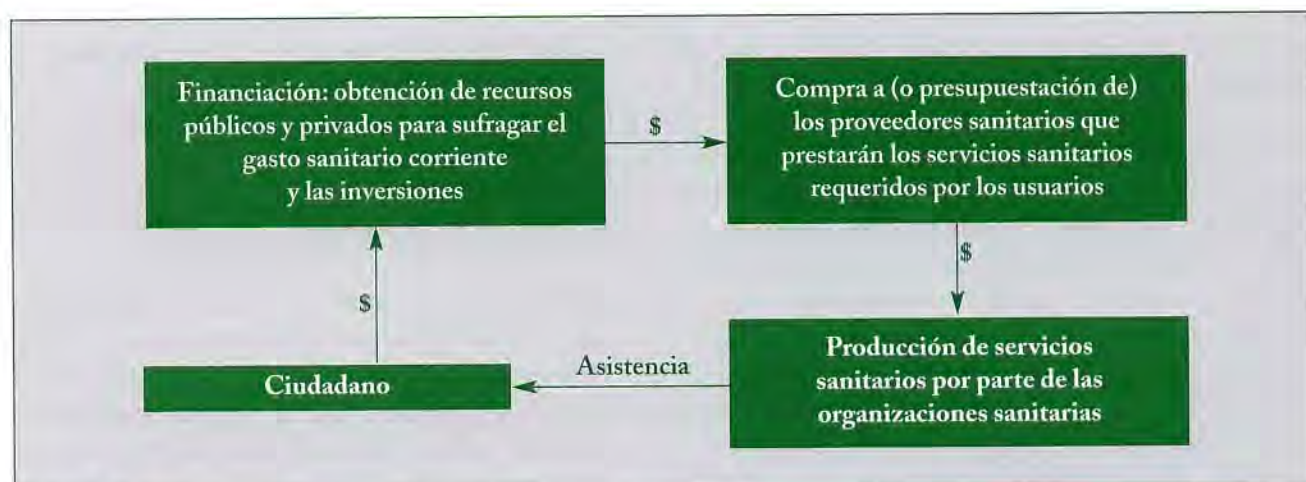


FIGURA 1. La máxima separación de funciones en sanidad.

Modificada de: López i Casasnovas¹.

ciudadanos. El modelo burocrático ha entrado en crisis por su excesiva rigidez procedimental. Se precisa flexibilidad que permita liberar las fuerzas del mercado con el objetivo de mejorar la competitividad.

Varios elementos se pueden identificar como inspirados en prácticas gerenciales: externalización de servicios, desregulación, creación de mercados internos, introducción de precios en el uso de servicios y divisionalización de determinados organismos públicos. En el ámbito de los recursos humanos se han introducido mecanismos de competencia tales como la remuneración variable y en función de la productividad, criterios basados en la capacidad y competencia para promociones, la introducción de la dirección por objetivos y la importancia que se le empieza a dar a los conceptos de calidad y cliente.

Si queremos modernizar la administración pública hemos de apostar por la aplicación de las siguientes herramientas:

- Medida del rendimiento.
- Flexibilidad en la gestión financiera.
- Delegación de responsabilidad con uso de contratos personalizados y salarios vinculados al rendimiento.
- Descentralización de la autoridad y la responsabilidad en niveles inferiores de la administración.
- Uso de mecanismos de mercado: subcontrataciones, mayor contribución de los usuarios.
- Privatización de la provisión y gestión de servicios manteniendo la financiación y el control público.

En las últimas dos décadas se ha venido hablando también de medidas para separar de verdad las funciones regulatorias (para el Estado) de las funciones de prestación de servicios (para la iniciativa privada). También promover e incentivar la competencia entre proveedores con más protagonismo de la iniciativa privada, identificando los objetivos de cada organismo y dándole libertad para alcanzarlos, evaluando el rendimiento para recompensar a los organismos que alcanzan metas e incorporan objetivos más ambiciosos, como la satisfacción de los usuarios, la rentabilidad económica de las organizaciones públicas procurándose nuevas y diversas fuentes de ingresos.

En la tabla 1 se apuntan cada una de las funciones sanitarias y el papel del Estado, el mercado y la empresa privada.

GESTIÓN PÚBLICA: UNA EVALUACIÓN CRÍTICA

En el sector público, un gran problema es la baja motivación que afecta tanto a los gestores responsables del desarrollo de las actividades públicas como a los empleados de ellos dependientes. La visión que prevalece en la función pública no ha ayudado en el tratamiento de los problemas de motivación.

Las retribuciones de los empleados públicos mantienen una escasa relación con la productividad aportada por el propio empleado público. Las carreras profesionales están basadas en el escalafón y la antigüedad, y poco en el mérito y en la capacidad. La selección mediante procesos estandarizados argumentados en la neutralización de la arbitrariedad, el acceso al puesto con carácter vitalicio y las restricciones de reasignación funcional o territorial ayudan poco a mejorar la eficiencia de las organizaciones públicas. Además, la ausencia de compromiso y liderazgo político fuertes dificulta la implantación de mecanismos de incentivos basados en la evaluación del desempeño. Se le suma que en el sector público no existen incentivos adicionales generados por la posibilidad de quiebra y cierre posterior. Si además se tiene en cuenta que los usuarios de los servicios públicos no pagan directamente por las prestaciones recibidas, resulta especialmente complicado introducir incentivos individuales o colectivos al desempeño. Todo lo anterior adquiere su máxima expresión en servicios tan sensibles socialmente como los sanitarios.

La existencia de fuertes interrelaciones entre diversas actividades públicas que incluyen la interdependencia de sus resultados, muy habitual en sanidad, puede ser tratada mediante la implantación de esquemas de compensación basados en los resultados de evaluaciones conjuntas, aminorándose la debilidad de incentivos que aparecen por problemas de identificación de los esfuerzos individuales ante producciones complejas, como el manejo de un paciente con varias dolencias crónicas y graves.

TABLA 1. Funciones sanitarias, Estado, mercado y empresas privadas

Función sanitaria	Papel del Estado	Mercado relevante	Rol de la empresa privada
Regulación y política de salud	Prácticamente exclusivo	Mercados políticos	Limitado
Financiación	Dominante	Seguros	Secundario
Financiación: caso particular de la financiación de infraestructuras hospitalarias	Dominante	Capitales	Despuntando
Compra de servicios sanitarios	Monopolio con experiencias de descentralización y desconcentración a las comunidades autónomas	Mercados geográficos de atención hospitalaria, atención sociosanitaria, salud mental, dependencia, etc.	Creciente, aunque con predominio de las entidades no lucrativas
Abastecimiento de factores de producción	Regulatorio	Mercados de inputs o factores de producción	Dominante
Innovación	Regulatorio y de política industrial	Mercado de inputs. Secundariamente, mercados geográficos de atención hospitalaria, atención sociosanitaria, salud mental, dependencia, etc.	Dominante

Modificada de: López i Casasnovas¹.

En definitiva, una gestión sanitaria pública que funciona con los palpitos electorales, el corto plazo, las medidas de choque, etc. puede llevar ineludiblemente a una disminución de la calidad de los servicios prestados.

GESTIÓN PRIVADA Y COLABORACIÓN PÚBLICA-PRIVADA

LA NUEVA MESOGESTIÓN: LAS DISTINTAS PERSONAS JURÍDICAS ENTRAN EN JUEGO

Concesión administrativa

La figura de la concesión administrativa era una fórmula para la prestación del servicio público sanitario hasta ahora inédita en España, aunque ha tenido importante expansión en otros países europeos.

Destaca especialmente el caso del Reino Unido, donde surgió este tipo de colaboración de la mano de Margaret Thatcher y donde ha sido muy utilizada en el campo sanitario a partir de 1997 por el gobierno laborista para hacer frente a la importantísima renovación que precisaba el parque hospitalario británico, en el que, como consecuencia de la marcada desatención sufrida por el National Health Service a lo largo de casi dos décadas, existía un gran número de hospitales obsoletos, muy envejecidos y parcamente dotados de tecnología.

El régimen de concesión administrativa de los servicios públicos sanitarios se utilizó por vez primera en España en la Comunidad Valenciana, donde ha sido determinante para la construcción y gestión del Hospital de Alcira y de su área sanitaria, extendiéndose ulteriormente este modelo a los hospitales de Torrevieja, Denia, Manises y a sus respectivas áreas sanitarias. También ha sido objeto de aplicación en

otras autonomías, como la Comunidad de Madrid, donde ya se rige por ese sistema el Hospital Infanta Elena de Valdemoro. Esas concesiones se han otorgado mediante concurso público a entidades privadas, las cuales deben costear la construcción de las infraestructuras hospitalarias y de la atención primaria correspondiente al área sanitaria y cuya gestión integral se les concede por un plazo de tiempo determinado. Finalizado dicho plazo de la concesión, todos los activos, edificios, instalaciones, instrumental y demás elementos precisos para la prestación del servicio deben revertir a la administración sanitaria de la comunidad autónoma, que podrá decidir a partir de entonces si gestiona directamente el servicio o adjudica mediante concurso público una nueva concesión.

Colaboración pública-privada

En la actualidad, y con importantes matices locales, la fórmula de colaboración pública-privada cumple con el criterio del Sistema Europeo de Cuentas Regionales y Sectoriales o SEC-95 para que la inversión se sectorice como privada y la deuda no afecte al déficit del sector público. Al ser contabilizado como gasto corriente y sometido al rigor de los pliegos de condiciones técnicas, ha propiciado que se hayan construido los nuevos hospitales en comunidades distintas de la valenciana. En concreto, así se han construido en la Comunidad Autónoma de Madrid los hospitales de Aranjuez, Majadahonda, Arganda del Rey, Coslada, Parla, San Sebastián de los Reyes y Vallecas; el de Son Dureta, en las Islas Baleares, y el nuevo hospital de Burgos, en la Comunidad de Castilla y León.

Fundaciones públicas hospitalarias

Otra fórmula de gestión personificada es la que se realiza a través de fundaciones públicas hospitalarias, entidades que están ampliamente representadas en la Comunidad de Galicia, donde son varios los hospitales gestionados mediante esta figura (hospitales de Verín, del Salnés, Valedoras y Monforte); en la Comunidad de Madrid (Hospital de Alcorcón); en las Islas Baleares (hospitales de Manacor y Son Llàtzer); Murcia (Hospital de Cieza); La Rioja (Hospital de Calahorra), y en el Principado de Asturias (Hospital de Poniente).

Tales fundaciones se constituyen mediante la aportación del capital fundacional por parte de la administración autonómica, quien normalmente también construye el centro y lo dota materialmente, realizando su gestión a través de un patronato, que es quien directamente nombra a los gestores profesionales del establecimiento y quien contrata al personal asistencial que, en casos, puede ser también (al menos en parte) personal dependiente del servicio regional de salud correspondiente.

Empresas para la gestión de hospitales

Otras comunidades han optado por crear empresas para la gestión de hospitales, cuyo capital pertenece en un 100% a la comunidad autónoma. Ejemplo de ello es la empresa pública Hospital Costa del Sol de la Junta de Andalucía, que surgió como un proyecto piloto para introducir formas diferentes de organización hospitalaria en esa comunidad, aplicando las herramientas de gestión empresarial al sector hospitalario público, con el objetivo de mejorar su eficiencia y la calidad de los servicios. Similar experiencia existe en la Comunidad de Madrid, donde tiene esa configuración el Hospital de Fuenlabrada.

Las ventajas que tiene la fórmula de colaboración pública-privada para las administraciones públicas son tan numerosas como sus desventajas. Por un lado, no se les exige desembolso inmediato de fondos públicos para financiar la construcción ni el equipamiento de un hospital, mientras que para la explotación del establecimiento por un tiempo determinado es posible habilitar fórmulas muy variadas de capitación y de explotación, tanto de los servicios hospitalarios ligados con la hostelería y los servicios de apoyo, como de las unidades específicamente sanitarias, en las cuales se incluye el importe de las amortizaciones de las inversiones realizadas por los empresarios titulares de la concesión. Para las empresas, este tipo de concesión puede constituir una inversión atractiva si los plazos de explotación y los márgenes económicos de la capitación y de la explotación de servicios resultan adecuados y rentables.

Las desventajas se relacionan siempre con una hipotética pérdida de calidad del servicio sanitario público gestionado con ánimo de lucro, y también con la objetiva dificultad de convivencia que tienen las estructu-

ras sanitarias que prestan el servicio público si son gestionadas unas en régimen privado y otras conforme a los parámetros normales de las administraciones públicas sanitarias. También es evidente el riesgo de creación de monopolios zonales en manos privadas, que suelen tener muy difícil corrección a medio plazo.

La autoridad política es, pues, el garante último de los centros sanitarios configurados de esa manera, incluso en los casos en los que la fórmula tiene un carácter más privado, al menos cuando no existen mecanismos jurídicos y fondos patrimoniales que permitan la asunción de los déficits por la empresa. En realidad, las concesiones implican una mayor disciplina financiera y un mayor y más riguroso control económico sólo si el garante público es riguroso en su seguimiento y evaluación.

La implantación de todas esas figuras en la gestión de los hospitales públicos españoles es muy reciente. Por ello, y por la opacidad informativa que caracteriza al sistema sanitario y la dificultad que hoy existe para analizar datos estadísticos que proceden de fuentes muy distintas y elaborados con arreglo a criterios heterogéneos, es difícil realizar en la actualidad una valoración rigurosa sobre las ventajas e inconvenientes que plantean.

Tampoco parece tarea fácil establecer pautas de comparación incontestables sobre la calidad de la asistencia que se presta en los centros hospitalarios gestionados por concesionarios en relación con la propia de los establecimientos que se gestionan directamente por parte de las administraciones sanitarias, y aún menos, sobre la percepción que tiene la población asistida en relación con la asistencia que recibe en ambos tipos de hospitales.

En este sentido, ya hay trabajos publicados sobre la influencia de la persona jurídica en la gestión de procesos asistenciales habituales como el infarto agudo de miocardio, el cáncer de mama y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica². Se evidencia que la calidad asistencial es similar en todas las fórmulas jurídicas; sin embargo, la gestión de la lista de espera quirúrgica es más eficaz en los centros con persona jurídica propia, a lo cual parece contribuir el alto porcentaje de intervenciones realizadas mediante cirugía mayor ambulatoria (CMA). En aquellos hospitales con mayor cartera de servicios, mayor número de unidades

especializadas, existencia y utilización de recursos más ajustada a protocolos y guías de práctica clínica, la atención parece más adecuada. Estos aspectos parecen favorecer a los hospitales de nueva fórmula jurídica, que han mostrado ser más eficientes gracias a su mayor dotación tecnológica, incentivación y horarios.

La utilización por los distintos servicios de salud de las comunidades autónomas de estos entes y personas jurídicas responde básicamente a dos criterios. En primer lugar, su creación suele ser consecuencia de razones muy coyunturales, de orden financiero y presupuestario, en bastantes casos derivadas de la necesidad de intentar compensar el déficit sanitario. En otros casos se pretende conseguir mayor flexibilidad y libertad en la gestión de los establecimientos, acudiendo a lo que se conoce como «la huida del derecho administrativo», que permite utilizar el sistema de contratación privada y gestionar la actividad normal de los hospitales con arreglo a un régimen de gestión presupuestaria menos exigente que el tradicional público en términos de legalidad. Esta fórmula podría servir, si el paciente pudiera elegir, para mejorar la eficiencia al verse aumentada la competitividad.

LA NUEVA MICROGESTIÓN: LOS INSTITUTOS Y UNIDADES CLÍNICAS

A lo largo de la última década, en los centros mencionados se han implantado nuevas fórmulas de microgestión que han facilitado la realización de unas actividades de investigación que, tanto en cantidad como en calidad, son superiores a las que realiza la mayor parte de los centros hospitalarios españoles, una docencia excelente a todos los niveles y una labor asistencial puntera, basada en institutos, llamados *áreas de gestión clínica*.

En nuestro estudio «Análisis cualitativo de las innovaciones organizativas en hospitales públicos españoles» tratamos de analizar la respuesta de gerentes y clínicos frente a preguntas sobre las innovaciones organizativas que afectan a más de un nivel de intervención de la gestión sanitaria³. Como aspectos positivos se puso de manifiesto un cambio cultural en todos los clínicos implicados, con mayor participación de los profesionales médicos en la gestión, y una mejora sustancial en la comunicación entre la gerencia y las direcciones de los «institutos». Los institutos han conseguido

do implantar el modelo de dirección por objetivos, logrando rediseñar los procesos asistenciales más frecuentes. Se constató una mejora en los indicadores de actividad, que marcó un aumento en la producción y una mejora en la calidad asistencial, disminuyendo los tiempos de demora de pruebas complementarias.

Sin embargo, también se constataron deficiencias: los participantes manifestaron que el INSALUD (Instituto Nacional de la Salud) ofrecía poca claridad en la forma de implantar y desarrollar el modelo de institutos y, a la vez, paradójicamente, la reticencia del propio INSALUD a ver fracasar el proyecto convivía con una falta de directrices estratégicas potentes, un alto grado de incertidumbre y una situación comprometida para la asunción de riesgos.

El estudio evidenció cómo el desarrollo de uno de estos institutos generó la aparición de «islas funcionales» en su correspondiente hospital, ya que las transferencias de riesgos y la asunción de riesgos no habían sido reales, los presupuestos que se gestionaban no eran los propios del instituto y los sistemas de información se mostraron frágiles y poco funcionales.

Estas áreas de gestión clínica parten de la filosofía de centrarse en los procesos de enfermar del paciente (área del corazón, área de urgencias, área renal, etc.) y no en la estructura jerarquizada clásica de los servicios sanitarios tradicionales establecida en función de las especialidades médicas aisladas.

Este tipo de gestión surgió como reacción frente a la gestión desarrollada por las gerencias y demás estructuras hospitalarias y con la finalidad de «devolver poder de gestión al médico» (de ahí el nombre de microgestión), en una práctica que está basada en las condiciones del paciente, y que dirige por «vías y guías clínicas» el periplo que sigue el enfermo desde que contacta con el sistema sanitario, y continúa por todas sus diferentes instancias asistenciales, en las que se protocolizan según la evidencia científica las pruebas diagnósticas y los tratamientos.

Es aquí, en el nivel de la microgestión o gestión clínica, donde cabe proponer que las unidades de nutrición clínica más inquietas se organicen. Desde un punto de vista práctico, la mejor aproximación para entender

el funcionamiento de una organización es la que nos permite «ver» y representar los diferentes procesos que identifican su modelo de negocio.

El punto de partida para lograr la implantación eficiente del modelo es la existencia de un plan estratégico en el centro hospitalario que se convierte en el «director» de los cambios que efectuar en la organización y la creación de los indicadores estratégicos que permitan medir el logro de los objetivos.

Es importante transmitir la importancia que tiene entender las organizaciones como una suma de procesos (agregación de subprocesos y actividades), estructuradas y medibles, diseñadas para obtener un determinado producto o servicio, para clientes intermedios o finales y que crean valor. Esto es de sentido común, y si lo aplicamos a la gestión asistencial podemos realizar una, pero importante, definición previa que nos ayude a avanzar en la aplicación del cuadro de mandos integral (CMI) como modelo de gestión: «La atención sanitaria es un proceso cuyo producto, la prestación sanitaria, debe producir salud o ayudar a restablecerla». Esta definición recoge, implícitamente, la existencia de elementos clave que permiten establecer criterios para medir la calidad del producto obtenido del proceso. Podemos hablar de la probabilidad de que un paciente reciba la «adecuada» asistencia sanitaria o el soporte nutricional idóneo para su enfermedad, o podemos plantear la relación entre lo conseguido en términos de resultados sobre los pacientes ingresados y lo invertido en términos de recursos para conseguirlo, o podemos proponer un modelo que sea equitativo priorizando en igual acceso a igual necesidad sanitaria.

En definitiva, un proceso asistencial público genera calidad asistencial si es eficaz, eficiente y equitativo. Por lo tanto, la existencia de procesos (asistenciales) obliga a «medir» lo que hacemos y cómo lo hacemos, y estos aspectos, que constituyen los elementos clave del proceso, son las premisas básicas que permiten la construcción e implantación de un CMI en una organización. Uno de los aspectos clave, y de enorme importancia, es la existencia de un plan estratégico que dirija la organización hacia una nueva situación y que permita valorar su «estado actual» y proponer los cambios necesarios para lograr un «estado futuro». Esto nos lleva a una reflexión previa: ¿se puede definir un

plan estratégico, explícito, orientado a resultados y desarrollado sobre metas y objetivos medibles para un centro asistencial público? Creemos que sí, no sólo porque obliga a realizar una reflexión cuidadosa y práctica de su misión y objetivos. Es, además, una herramienta de gran valor en la consecución de mejoras en los aspectos clave que definen la calidad asistencial de cualquier hospital.

Ahora que tenemos los ingredientes necesarios para entender y aplicar el CMI a la gestión asistencial pública, las preguntas que deberíamos contestar para poder continuar son:

- ¿En qué tipo de centro hospitalario vamos a aplicar el CMI?
- ¿A qué nivel organizativo?
- ¿En qué procesos del hospital?

Las respuestas, en este caso, son:

- En un centro hospitalario público.
- A nivel estratégico: desde la visión estratégica del hospital.
- En un proceso asistencial: el soporte nutricional.

Un sencillo CMI en la unidad de nutrición clínica nos permite hacer un seguimiento de aquellos aspectos de la actividad asistencial que son estratégicos para lograr los objetivos propuestos. Sin embargo, el modelo no se «agota» con la definición de los indicadores y su vinculación a los factores clave de la actividad. Una desviación medible sobre un objetivo previamente establecido debe generar una respuesta casi automática que permita su corrección. Por lo tanto, el modelo debe integrar en su desarrollo los mecanismos adecuados que permitan poner en marcha las iniciativas o proyectos que corrijan estas desviaciones. Estos proyectos pueden afectar a personas, procesos o tecnología y se estructuran sobre lo que se denomina «gestión del cambio». La gestión asistencial pública con este práctico enfoque estratégico mejorará en la dimensión «calidad asistencial». Estas herramientas son válidas y útiles tanto para el sector privado como para el público.

Los resultados de la diversidad organizativa en términos de mejora de la calidad de la asistencia y de mayor

eficiencia económica son muy diversos y, en realidad, poco concluyentes. De hecho, los resultados económicos de la sanidad catalana, donde para la gestión de los hospitales de la red de utilización pública coexisten todas las fórmulas organizativas posibles conocidas, no son especialmente mejores ni muy distintos de los que ofrecen los servicios regionales de salud cuyos establecimientos se rigen básicamente por pautas tradicionales⁴.

No es infrecuente que cualquier reforma en el terreno de la gestión que se pueda plantear, por beneficiosa que objetivamente resulte o pueda resultar, sea tachada de privatizadora y con ello extraordinariamente difícil de hacer, dadas las inmediatas repercusiones mediáticas y políticas que conlleva cualquier alteración del *statu quo* laboral en un servicio público como el sanitario.

De hecho, en un reciente análisis sobre el sector sanitario público español descentralizado, en el que participaron 141 directivos y ex directivos del Sistema Nacional de Salud (SNS) se destaca el pesimismo que existe entre los cuadros directivos del SNS, principalmente gerentes hospitalarios, sobre la posibilidad de realizar cambios en el sistema, conscientes de que en este terreno «querer no es poder», pues el inmovilismo organizativo en materia laboral tiene enorme fuerza en el sistema sanitario, resultando frecuentemente inamovibles las cuestiones problemáticas relacionadas con el estatuto del personal, por disfuncionales que éstas sean⁵.

La verdad es que ello hace muy difícil que el sistema sanitario español sitúe al ciudadano en el nivel central de preocupación, que es lo que teóricamente correspondería hacer, pues por encima de esa preocupación suelen primar cuestiones e intereses más prosaicos, como los laborales, los ligados a los salarios del personal o los corporativos.

LA EXTERNALIZACIÓN HOSPITALARIA: COLABORACIÓN PÚBLICA-PRIVADA A TRAVÉS DE INICIATIVA DE FINANCIACIÓN PRIVADA

La contratación externa en los hospitales españoles no ha sido muy estudiada desde el punto de vista econó-

mico o de gestión. No son muchas las referencias que se encuentran en la literatura⁶⁻¹⁴. La utilización de iniciativas de financiación privada en las inversiones del sector público fue introducida por el gobierno conservador del Reino Unido de 1992 para construir y renovar hospitales y determinadas unidades. España se incorpora a la moda en 2005, mediante el concurso para la construcción y el equipamiento de siete hospitales de la Comunidad de Madrid y, con un esquema similar, los hospitales General Yagüe en Castilla León y Son Dureta en Baleares. Consiste, en líneas generales, en la concesión de explotación de servicios por 30 años a las empresas o unión temporal de empresas que hayan invertido en poner en marcha el nuevo hospital, revirtiendo al final de ese período los inmuebles y los equipamientos en el sector público. La concesión comprende la construcción, la dotación inicial y la reposición de mobiliario, no incluyendo en general la tecnología informática ni sanitaria. Durante este período la empresa privada mantiene un contrato para gestionar los servicios no clínicos.

Los servicios tradicionalmente externalizados (limpieza, mantenimiento, seguridad, cocina o lavandería) se han visto superados con la llegada de las iniciativas de financiación privada o también denominadas contratos de colaboración entre el sector público y el privado. Con estas iniciativas, el número y la importancia de la externalización de servicios generales (no sanitarios), ha crecido. Si uno de los principales problemas de la externalización es el «control» del servicio por parte de la administración, es interesante que se reflexione acerca de estos nuevos modelos de relaciones entre la administración y la concesionaria de la infraestructura sanitaria. Estos modelos llevan todavía un tiempo insuficiente para extraer conclusiones basadas en el conocimiento práctico.

La decisión de externalización de los servicios no asistenciales en los nuevos hospitales españoles va ligada al modelo de financiación de la propia infraestructura y no a una decisión motivada, ante la disyuntiva de «comprar o producir» (*make or buy*).

Los «estados del bienestar» se caracterizan por el carácter colectivo y proteccionista del Estado, que incrementa su ámbito de la actividad gubernamental y su dimensión administrativa. El aumento competencial

de los poderes públicos ha venido parejo con el incremento del aparato administrativo y de las actividades públicas que presta.

Los servicios públicos se caracterizan por ser prestados de un modo regular y continuo para satisfacer necesidades generales, utilizando procedimientos jurídicos públicos y sometiendo las relaciones creadas a un régimen especial. Estos servicios vienen siendo prestados directamente por la administración, es decir, por su propio aparato burocrático, o a través de la gestión indirecta, utilizando figuras jurídicas mediante las que se encomienda a una persona jurídica la gestión del servicio público, sin perder la administración la titularidad, pero siendo la entidad privada la que se hace responsable del mismo mediante contrato, asumiendo los resultados económicos de su explotación.

Los presupuestos escasos y la contención del déficit público, de acuerdo con los criterios de convergencia europeos, han obstaculizando gravemente las inversiones para obras e infraestructuras por parte de los poderes públicos. Será en este contexto restrictivo donde surja la necesidad de buscar innovadoras fórmulas de financiación extrapresupuestaria que canalicen nuevas formas de externalización de servicios públicos y de gestión indirecta de los mismos.

El desarrollo económico sostenido y la mejora de la calidad de vida no pueden desvincularse de la creación de obras públicas y de la prestación a los ciudadanos de servicios esenciales, funciones ambas que tienen los diferentes gobiernos. Pero considerando, además, la enorme rentabilidad política que se obtiene mediante la creación de infraestructuras, se entiende el empeño de los poderes públicos por buscar nuevas soluciones ante los problemas de financiación de proyectos muy costosos.

Las administraciones se encuentran con presupuestos escasos, que deben estar equilibrados dentro de la legislación vigente. Los restrictivos criterios de Maastricht relativos al déficit y la deuda de las administraciones públicas han obligado a los estados miembros de la Unión Europea a limitar el recurso al endeudamiento para la financiación de las obras públicas y la prestación de nuevos servicios. En virtud del Pacto de Estabilidad y Crecimiento acordado en 1996, los

gobiernos europeos se comprometieron a ajustar sus niveles de endeudamiento y déficit cero en el año 2001. En el caso español estas restricciones se materializaron en el establecimiento de los escenarios de consolidación presupuestaria y en la aprobación de la Ley General de Estabilidad Presupuestaria (2001), que coartó la posibilidad de recurrir al endeudamiento.

Las fórmulas alternativas a las presupuestarias van ganando terreno a la hora de afrontar el desarrollo de infraestructuras sanitarias. Las fuentes principales financieras de las comunidades autónomas, el ahorro corriente, las transferencias de capital recibidas y el endeudamiento adolecen en los últimos años de cierta debilidad, ya sea por el propio comportamiento presupuestario de las comunidades autónomas o por razones externas. La menor transferencia de capital de fondos europeos o fondos de compensación interterritorial, la restricción para el establecimiento de tributos propios y la normativa de estabilidad presupuestaria abocan a la necesidad de encontrar alternativas financieras, que permitan a las comunidades autónomas realizar inversiones en infraestructuras.

ANÁLISIS DEL CONTEXTO DE LOS CONTRATOS DE COLABORACIÓN ENTRE EL SECTOR PÚBLICO Y EL PRIVADO EN ESPAÑA

Las debilidades, fortalezas, amenazas y oportunidades de la externalización de los servicios no asistenciales vinculada a las nuevas formas de financiación emanadas de la colaboración pública-privada son, entre otras, a nuestro entender, las recogidas en la tabla 2.

El debate de este modelo en nuestro país tiene un importante componente ideológico, ya que al afectar directamente a la gestión de las funciones esenciales del SNS (planificación, gestión y control), se discute acerca del modelo de sistema sanitario en su conjunto, con la salvedad no menor de que la financiación es enteramente pública. Es deseable dotar a los hospitales públicos de herramientas normativas y organizativas eficientes que mejoren el posicionamiento y la competencia de los centros, a la vez que se aseguren la equidad, el control, la perdurabilidad y la sostenibilidad del sistema.

CONCLUSIONES

- Muy probablemente la razón de ser de dichos modelos no sea la búsqueda de nuevas formas de gestión, más ágiles y eficaces, sino la obtención a corto plazo de la financiación necesaria para la construcción de hospitales, sin alterar el equilibrio presupuestario impuesto desde Europa. En todo caso, al no existir todavía experiencias contrastadas en el tiempo en nuestro país, no podemos saber de sus bondades y problemas.
- El modelo ha resultado en principio polémico, encontrándose con detractores y partidarios del mismo. Parámetros como rentabilidad, eficacia o calidad son esgrimidos desde ambas posiciones con razonamientos opuestos. Si para los partidarios esta fórmula permite a los ciudadanos disfrutar de importantes infraestructuras que de otro modo sería difícil realizar, para los opositores lo que en realidad se ocasiona es la hipoteca de los presupuestos sanitarios futuros y la cesión de la gestión de gran parte de estos servicios a manos privadas, con cautelas, pero a manos privadas.
- La fórmula, en principio, no tiene por qué ser buena ni mala. Dependerá de cómo se haga y sobre todo de para qué tipo de servicio se aplique. En el caso de una infraestructura sanitaria puede resultar cuestionable. Si la figura contractual que lo sustenta exige como seña de identidad que el concesionario asuma el riesgo de su construcción, conservación y explotación, lo cierto es que ese nivel de riesgo es mínimo cuando se trata de servicios vinculados con el funcionamiento de un hospital y, por tanto, con un servicio público esencial que parece difícil imaginar que pueda ser clausurado. La experiencia muestra que la validez de esta clase de iniciativas en las que el riesgo es más formal que real, se encuentra a expensas del modo en que sea calificada por las autoridades sanitarias de las comunidades autónomas competentes. El riesgo real se produce cuando la retribución del contratista depende de los pagos de los usuarios, y no es el caso.
- En el caso de los servicios sanitarios, que deben ser prestados en condiciones de igualdad efectiva en todo el SNS, la externalización de su gestión plantea algunas dudas. Los poderes públicos deben ser garantes de ofrecer servicios sanitarios de calidad, y su cesión a terceros obliga a contar con unas efica-



TABLA 2. Fortalezas y debilidades de la colaboración pública-privada en España

Debilidades • Es notable el mayor coste incurrido para el sector público al tener que financiar el beneficio de la empresa, los intereses, los costes de elaboración y gestión de ofertas y complicados sistemas de control y seguimiento del contrato • Convivencia de culturas de dirección diferentes, con intereses no siempre alineados • Pérdida de transparencia y de control sobre operaciones del sector público que hará muy complicada la penalización real por incumplimiento de contrato • La administración tendrá que velar por el buen funcionamiento y verificar incumplimientos, lo que implicará generar estructura administrativa <i>ad hoc</i> • Disminución de la capacidad instalada con reducciones del 25-30% de las camas y menos metros cuadrados por cama, respecto a estándares convencionales • La rapidez en la puesta en marcha es un incentivo inverso a canjear por réditos electorales a corto plazo	Amenazas • Limitación de la función de planificación sanitaria por el largo plazo de la concesión • Riesgo de endeudamiento de la concesionaria y seguro rescate ulterior del sector público en insolvencias, rompiendo la disciplina del mercado • Mayor gasto para el sector público • Evolución temporal desconocida • No siempre es posible transferir totalmente el riesgo; de hecho, si la infraestructura no se puede mantener al precio pactado, al tratarse de servicios públicos esenciales éstos incurrirán en nuevos costes al ser el garante • Tampoco se transfiere el riesgo del uso de determinadas unidades por posibles modificaciones en la utilización de servicios o tecnologías, ya que estas modificaciones no conllevan ajustes en los pagos
Fortalezas • Transmisión de riesgos al proveedor privado y no consolidación de deuda dentro del balance de la administración que contrata (Sistema Europeo de Cuentas) • Aceleración en la dotación de las nuevas infraestructuras hospitalarias • Diferir el coste de la infraestructura a lo largo del período de utilización de la misma	Oportunidades • Se estiman mejoras de eficiencia debidas a la rapidez de la obra, riesgos transferidos al proveedor y supuesta mayor eficacia de la empresa privada, aunque pudiera ser alcanzada por el sector público bajo estrictos criterios de competencia y control • Gestión de carácter más empresarial, lo que implicaría una mayor eficiencia • Existen mecanismos de control sobre la calidad de los servicios prestados

ces medidas de control y evaluación. Los pliegos de condiciones establecen regímenes de penalidades en caso de incumplimientos y los posibles supuestos de secuestro, rescate e incluso resolución de la concesión. Pero pese a la implantación de estas medidas, parece lógico pensar que el control de los servicios sanitarios por parte del titular de los mismos no podrá ser ejercido con la misma intensidad y cercanía que cuando se realiza sobre la gestión directa de los mismos. Será importante valorar el nivel de información y transparencia de la gestión.

- Hay que recordar que, aunque el origen del modelo nace de la búsqueda de financiación privada, de hecho éstos son modelos de financiación y no modelos de gestión, lo cierto es que la financiación de las obras se hace con recursos públicos presupuestarios, sólo que diferidos en cuanto al momento de pago, que son abonados por la administración concedente como pagador único.
- El modelo, debido a su incuestionable rentabilidad política inmediata, es cada vez más usado por los poderes públicos. Para poderlo evaluar con rigor

habrá que esperar a su efectiva aplicación y unos años de rodaje.

- Parece evidente que estos nuevos modelos de financiación de infraestructuras sanitarias generarán unos costes de transacción elevados (especificación y redacción de contratos, evaluación de ofertas, negociación, seguimiento y evaluación de resultados), que pueden llevar al incremento en los precios de los contratos y que, con seguridad, se debiera tener en cuenta a la hora de evaluar la eficiencia de estos modelos. La administración acude a empresas consultoras para la asistencia en la redacción de los pliegos de condiciones técnicas y precisa órganos de control (Unidad Técnica de Control para los hospitales, Oficina de Seguimiento de las concesiones, etc.).
- Los diferentes comités previstos para la relación entre administración y empresa no están todavía en marcha y no puede evaluarse su operatividad, pero se anticipan problemas derivados fundamentalmente de la complejidad de los mecanismos de deducción y de la prueba y de la gestión de los incumplimientos de las concesionarias.
- La experiencia de los institutos en el nivel de gestión clínica es interesante, se debiera monitorizar y comparar con servicios similares no transformados, y comprobar si realmente son motores dentro de organizaciones muy pesadas (grandes hospitales) que propicien la modernización y sirvan de estímulo para médicos y personal de enfermería.

RECOMENDACIONES

- Los pocos estudios que comparan eficiencia relativa de distintas formas organizativas constatan que, para la mejora de la competencia en el mercado de servicios, afecta más el comportamiento de las organizaciones que la propiedad, dependiendo sobre todo de los incentivos existentes. Parecería saludable que ninguna nueva forma organizativa tenga garantizada la inmortalidad y que se le exigiera calidad y eficiencia contrastadas periódicamente.
- Seguramente no se toleraría que el aseguramiento sanitario no fuera obligatorio. Si existiera la posibilidad de desertar de lo público, nuestro «estado de bienestar» sería sólo para los más desfavorecidos, con pérdida de la universalidad y de su arraigo social.

Si el desarrollo de un país viene muy condicionado por su riqueza institucional, en términos de efectividad del gobierno y universalidad de los servicios públicos, parece conveniente preservar el componente sanitario pleno del «estado del bienestar». Dejemos pues al albor de lo privado en España, por el escaso uso de los mercados en la producción sanitaria, la externalización de aquellas funciones respecto a las cuales los centros sanitarios no tienen ventaja alguna.

- Hay que modular la oferta hacia los servicios de efectividad probada, y ello corresponde en Europa al Estado. La legitimidad democrática permite influir sobre la asignación de recursos a través de instrumentos tales como la planificación, la presupuestación o la necesaria autorización previa de cambios sustanciales de la oferta de equipos e instalaciones.
- Los programas de modernización de la administración pública responden a dos tendencias globales: limitación del gasto público por la creencia de que el déficit fiscal es excesivo y requiere control político y el renovado entusiasmo ideológico hacia las prácticas privadas. Se presentan así como una necesidad técnica para la mejora de los servicios públicos, pero qué duda cabe, son consecuencia de opciones políticas que buscan reestructurar el papel que juega el Estado y, sobre todo, los trabajadores públicos. Estamos instalados en proceso de gerencialización que busca atenuar la rigidez de la gestión pública y prestar mejor atención a los usuarios, con escasa participación de los trabajadores. Los cambios se justifican como un hecho inevitable a las políticas de racionalización de los recursos basadas en la reducción del gasto, intentando hacer más con menos coste, difícil empeño para unos profesionales sanitarios sometidos ya a una fuerte presión asistencial. El incremento de la demanda de servicios sanitarios por los cambios demográficos (hemos pasado de una población de 39 millones de habitantes en 1998 a 44,5 en 2008) genera un incremento de la carga de trabajo y de la voluntariedad, con la cual el personal facultativo intenta suplir el déficit de servicios atribuible a las políticas de racionalización y reducción de gasto público.
- Finalizamos con preguntas que tienen que contestar las autoridades sanitarias de cada comunidad

autónoma donde se están implantando estos modelos:

- Los criterios que se plantean en estos modelos para aplicar las deducciones, ¿son los mismos criterios que se exigen a los hospitales públicos o a los privados concertados?
- ¿La atención primaria terminará siempre formando parte de la concesión?
- ¿Cómo se garantiza la efectiva y real transferencia del riesgo a la concesionaria?
- ¿Por qué es más rentable negociar con un proveedor único-socio estratégico que con múltiples empresas?
- ¿Cómo van a ser o cuáles son los mecanismos de corrección por desviaciones en la actividad prevista en los servicios vinculados a la actividad? ¿Y en los servicios no relacionados con ésta?
- ¿Cuál es el papel del Banco Europeo de Inversiones y qué garantías exige a la administración? ¿Y a las concesionarias?
- Algunos contratos contemplan, para la concesionaria, el mantenimiento, la actualización y la reposición del equipamiento del hospital. ¿Cuándo y quién decide si un equipo debe renovarse? ¿Quién decide la obsolescencia o baja del equipo? ¿Qué nuevas tecnologías se introducen?
- ¿En qué situación quedarían futuros gobiernos si ante la generalización de estas fórmulas con pago diferido se encuentran con presupuestos congelados como consecuencia de la crisis económica en curso?

BIBLIOGRAFÍA

1. López i Casasnovas G. El interfaz público-privado en sanidad. Barcelona: Masson; 2003.
2. Coduras A, del Llano J, Raigada F, Quecedo L, Rodríguez M, Aranda I, et al. Gestión de tres procesos asistenciales según persona jurídica hospitalaria. *Sedisa sXXI*. 2008;8: 44-55.
3. Del Llano J, Martínez JF, Gol J, Raigada F. Análisis cualitativo de las innovaciones organizativas en hospitales públicos españoles. *Gac Sanit*. 2002;16(5):408-16.
4. López i Casasnovas G, director. Evaluación de las políticas de servicios sanitarios en el Estado de las autonomías. Análisis comparativo de las comunidades autónomas del País Vasco, Andalucía y Cataluña. Tomo I. Bilbao: Fundación BBVA; 2001.
5. Artells JJ, Castellón E, Sevilla F, Cervera S, García A, directores. Desarrollo y sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud descentralizado. Análisis prospectivo Delphi. Barcelona: Fundación Salud, Innovación, Sociedad; 2005.
6. Puig-Junoy J, Pérez-Sust P. La integración vertical y contratación externa en los servicios generales de los hospitales españoles. *Gaceta Sanitaria*. 2002;16(2):145-54.
7. López Casasnovas G, Valor J, Artal R. Distribución equitativa de recursos y ajuste por variaciones geográficas en el coste de provisión de servicios públicos: el caso de los servicios sanitarios. *Economía Pública*. 1998;3:53-65.
8. González B, Barber P, Pinilla J, Álamo F, Casado D. Evaluación de las políticas sanitarias en el estado de las autonomías. Análisis comparativo de las CC.AA. del País Vasco, Andalucía y Cataluña. En: López Casasnovas G, editor. Evaluación de las políticas de servicios sanitarios en el Estado de las autonomías. Tomo II. Bilbao: Fundación BBV e Institut d'Estudis Autònoms de la Generalitat de Catalunya; 2001.
9. Villar FJ. La concesión administrativa de obra pública como nueva fórmula de gestión de servicios sanitarios. Ponencia, XIV Congreso Derecho y Salud; 2005.
10. Gimeno Feliu JM. La normativa reguladora de los contratos de concesión de obra pública (reflexiones críticas tras la reforma de 2003). *RArAP*. 2005;26:53-75.
11. Canalda A. Las inversiones en centros sanitarios: participación de la iniciativa privada y de las instituciones internacionales. Conferencia Euro mediterránea, 2005.
12. Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública. Análisis de la Iniciativa de Financiación Privada. Concesiones de obras para construir hospitales. FADSP; 2007.
13. McKee M, Edwards N, Atun R. Public-private partnerships for hospitals. *Bull World Health Organ*. 2006;84(11): 890-6.
14. Moracho O. Modelos de desarrollo de centros hospitalarios: tendencias y propuestas. Fundación Alternativas, Documento de Trabajo 138/2008.