

5.4 Formas directa e indirecta de gestión institucional en centros y servicios sanitarios



¿Qué reformas organizativas de gestión directa e indirecta se están desarrollando en el Sistema Nacional de Salud, y qué ventajas e inconvenientes presentan cada una de ellas?

Autor: José Jesús Martín Martín

Profesor Titular del Departamento de Economía Aplicada.

Universidad de Granada.

Profesor Asociado Escuela Andaluza de Salud Pública

Se recomienda imprimir 2 páginas por hoja

Citación recomendada:

Martín Martín JJ. Formas directa e indirecta de gestión institucional en centros y servicios sanitarios [Internet]. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad; 2013 [consultado día mes año]. Tema 5.4 Disponible en: dirección url del pdf.



TEXTOS DE ADMINISTRACIÓN SANITARIA Y GESTIÓN CLÍNICA
by UNED Y ESCUELA NACIONAL DE SANIDAD
is licensed under a Creative Commons
Reconocimiento- No comercial-Sin obra Derivada
3.0 Unported License.



Resumen:

El objetivo del texto es exponer las distintas reformas organizativas producidas en el Sistema Nacional de Salud, que se pueden agrupar en cambios en la gestión directa y privatización o gestión indirecta de servicios sanitarios.

La gestión directa implica la producción del servicio público directamente por la Administración, aunque sea con persona jurídica interpuesta. Las innovaciones organizativas se han

centrado en la creación de empresas públicas, fundaciones en mano pública y consorcios.

La gestión indirecta se caracteriza porque la producción del servicio público es realizada por el sector privado (lucrativo o no),

manteniendo la Administración Pública la provisión y responsabilidad del servicio público mediante técnicas de contratación externa. Las principales innovaciones han sido dos diferentes fórmulas concesionales: las Iniciativas de Financiación Privada (PFI, Private Finance Initiative) y las concesiones sanitarias administrativas; y una fórmula de autogestión profesional: las entidades de base asociativa (EBAs) de Cataluña.

Introducción

1.- Reformas organizativas en el Sistema Nacional de Salud

2.- Gestión directa en el Sistema Nacional de Salud

3.- Privatización y gestión indirecta

4.- Evaluación de las reformas organizativas en el Sistema Nacional de Salud

Referencias bibliográficas

Las empresas públicas y los consorcios suponen en principio mayores niveles de autonomía y de eficiencia, pero

presentan problemas de regulación importantes y ausencia de evidencia empírica sobre sus supuestos mejores resultados. Las fundaciones en mano pública han constituido una experiencia que no ha logrado consolidarse como alternativa de gestión directa, quedando reducida a un papel testimonial.

Las fórmulas de gestión indirecta concesionales, tanto los modelos PFI, como las concesiones sanitarias administrativas están teniendo un desarrollo muy acelerado, impulsadas por la crisis económica, que no se corresponde con la evidencia empírica disponible. Aunque a priori presentan algunas ventajas, destacando la rentabilidad política a corto plazo, en el haber acumulan problemas sustanciales que desaconsejan la rápida expansión de las mismas que se está produciendo. Las EBAs presentan un balance positivo en satisfacción de los profesionales y rentabilidad económica, junto a resultados similares en actividad y calidad asistencial

Introducción

La Nueva Gestión Pública (NGP) surge a principios de los años ochenta del siglo XX, en el marco de las revoluciones neoliberales que regresando las intuiciones básicas del pensamiento económico neoclásico, someten a una crítica sistemática las distintas formas de intervención del Estado en la economía de mercado, particularmente las formas burocráticas de gestión pública.

La NGP aspira tanto a privatizar servicios públicos como a incorporar técnicas provenientes de la empresa privada para la gestión de los servicios públicos. En el sector sanitario su impacto es destacado, articulándose las reformas sanitarias en torno a esta filosofía, que aspira a mejorar la eficiencia en el funcionamiento de los sistemas sanitarios mediante los modelos "gerencialistas" y la privatización de determinados servicios. Los modelos gerenciales implican la importación de técnicas de gestión privada. El hospital es analizado como una empresa del sector servicios en el que las mejoras de eficiencia productiva se consiguen con una gestión "empresarial" del mismo.

La gestión indirecta con la privatización de servicios sanitarios ha tenido su expresión más rotunda en distintas fórmulas de parternariado público-privado (*Public Private Partnership*, PPP), que son distintos tipos de acuerdos institucionales y estables entre dos o más organizaciones públicas y privadas, para desarrollar conjuntamente productos o servicios, compartiendo riesgos, costes y beneficios. Aunque los esquemas de PPP son muy amplios y variados, todos se desarrollan mediante algún tipo de negociación y acuerdo entre los que controlan activos en el sector privado con objetivos privados y los que controlan activos en el sector público con objetivos públicos.

El objetivo de este texto es analizar las distintas formas de gestión directa e indirecta surgidas en el SNS. El primer epígrafe contextualiza las reformas organizativas de gestión en el SNS español. Los dosepígrafes siguientes analizan respectivamente las distintas formas de gestión directa e indirecta. Finalmente, el epígrafe 4 evalúa el proceso de reformas.

1.- REFORMAS ORGANIZATIVAS EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.

Los problemas de eficiencia de los modelos burocráticos de gestión pública sanitaria motivaron la necesidad de reformas en los años 80, como respuesta a las crecientes presiones para la contención de costes en el sector. El hospital público clásico había venido funcionando relativamente bien en un contexto expansivo en el que los incrementos presupuestarios eran la norma y permitían acomodar los intereses profesionales de los médicos y los pacientes. De hecho, no había propiamente directivos ni gestores, sino responsables administrativos que canalizaban las demandas de recursos de los líderes clínicos y ejercían una función de arbitraje.

Los primeros modelos gerenciales estuvieron inspirados en las estructuras directivas de los hospitales de Estados Unidos, que funcionaron como referente en el Informe Griffiths para la reforma del *National Health Service* británico en 1983. A partir de 1985 se inicia el proceso de adaptación de la estructura de gestión de los hospitales del INSALUD, y se impulsan tanto la formación de equipos directivos como la implantación de procesos y técnicas gerencialistas, con un fuerte conflicto con las élites médicas, que perciben una alteración del balance de poder preexistente.

El desarrollo de estas reformas se impulsa a partir del Informe Abril (1991), que propuso separar las funciones de financiación, compra y provisión de servicios y configurar a los centros sanitarios como empresas públicas regidas por el Derecho Privado, y fuera, por tanto, del ámbito del Derecho Administrativo.

La Ley 15/1997 sobre habilitación de nuevas formas de gestión del SNS sancionó legislativamente a nivel estatal, dada su condición de legislación básica, esta estrategia de innovación organizativa, acabando con el potencial conflicto que pudiera suponer con la opción organizativa establecida en la Ley General de Sanidad (LGS) de 1986. La Ley 15/1997 no excluye ninguna forma jurídica concreta para la gestión de centros sanitarios, siempre y cuando tengan naturaleza o titularidad pública y mantengan el carácter de servicio público de la asistencia. También recoge

Los primeros modelos gerenciales estuvieron inspirados en las estructuras directivas de los hospitales de Estados Unidos, que funcionaron como referente en el Informe Griffiths para la reforma del National Health Service británico en 1983. A partir de 1985 se inicia el proceso de adaptación de la estructura de gestión de los hospitales del INSALUD, y se impulsan tanto la formación de equipos directivos como la implantación de procesos y técnicas gerencialistas.

La gestión directa implica la producción del servicio público directamente por la Administración, aunque sea con persona jurídica interpuesta. La dotación de personalidad jurídica propia a los centros sanitarios es la principal innovación organizativa en gestión directa. Dos estrategias pueden distinguirse: la transformación en varias Comunidades Autónomas de la forma jurídica de sus servicios de salud en entes de derecho público, frente a su caracterización habitual y dominante en el Estado Español de organismos autónomos de carácter administrativo; y la dotación de personalidad jurídica individual a hospitales y centros sanitarios mediante distintas fórmulas jurídicas, fundamentalmente entes de derecho público, fundaciones en mano pública y consorcios

explícitamente la gestión indirecta de servicios, remitiéndose a la LGS.

La gestión directa implica la producción del servicio público directamente por la Administración, aunque sea con persona jurídica interpuesta. La dotación de personalidad jurídica propia a los centros sanitarios es la principal innovación organizativa en gestión directa. La personificación jurídica de centros sanitarios aspira a escapar de los aspectos más engorrosos del Derecho Público mediante la utilización del Derecho Privado, constituyendo una vía para conseguir aumentar la flexibilidad y libertad en su funcionamiento y mantener simultáneamente su naturaleza pública. Dos estrategias pueden distinguirse: la transformación en varias Comunidades Autónomas (CCAA) de la forma jurídica de sus servicios de salud en entes de derecho público, frente a su caracterización habitual y dominante en el Estado Español de organismos autónomos de carácter administrativo (OACA); y la dotación de personalidad jurídica individual a hospitales y centros sanitarios mediante distintas fórmulas jurídicas, fundamentalmente entes de derecho público, fundaciones en mano pública y consorcios.

La gestión indirecta se caracteriza porque la producción del servicio público es realizada por el sector privado (lucrativo o no), manteniendo la Administración Pública la provisión del servicio público mediante alguno de los variados instrumentos jurídicos de contratación externa que contempla la legislación. Básicamente, tres tipos de experiencias se han desarrollado en España; por un lado, dos diferentes fórmulas concesionales se están desarrollando en diversas CCAA, los modelos denominados PFI (*Private Finance Initiative*), las concesiones sanitarias administrativas (también denominadas modelo Alzira, en referencia a la experiencia decana), y por otro, las entidades de base asociativa (EBAs) de Cataluña.

2.- GESTIÓN DIRECTA EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.

Tradicionalmente los SRS se han configurado como OACA

(recordamos: organismos autónomos de carácter administrativo). Esta figura característica del Derecho Administrativo se crea por Ley, tiene personalidad jurídica y patrimonio propio, actúa en régimen descentralización administrativa y tiene como función la organización y administración de un servicio público. Ha sido derogada por la Ley 6/1997 de Organización y Funcionamiento de la Administración General del Estado (LOFAGE; BOE núm. 311, de 29 de diciembre de 1997), en el ámbito de la Administración Central, pero sigue en vigor en las CCAA que tengan desarrollada esta forma jurídica en su legislación. En algunos casos como Andalucía, se ha modificado su denominación manteniendo sus rasgos jurídicos y organizativos básicos¹.

La gestión de recursos humanos se rige por el régimen estatutario en todas las CCAA excepto en Navarra, donde se ha optado por la funcionarización. La transformación a otro régimen jurídico como el laboral, es muy difícil tras el proceso extraordinario de consolidación de empleo aprobado por la Ley 16/2001. La gestión de compras y contratación de bienes y servicios se rige en todos los aspectos por la Ley 30/2007 de Contratos del Sector Público (LCSP). Los OACA disponen de presupuestos propios, si bien integrados en los presupuestos de la CA. Tienen tesorería propia, aunque carecen de la posibilidad de endeudamiento mediante créditos u otras operaciones financieras. Su régimen de contabilidad es el de la contabilidad presupuestaria pública y el control es ejercido por la Intervención General o Autonómica a través de intervención previa del gasto o bien mediante control financiero permanente².

En definitiva, esta forma jurídica de organización implica esencialmente una regulación similar al resto de la Administración Pública, sometiéndolas a un corsé de tipo administrativo de vocación garantista que prioriza la legalidad frente a la eficiencia y que alcanza a las principales materias de contenido económico: régimen presupuestario, de personal, retributivo, de contratación, contabilidad, control previo de legalidad y tesorería.

La búsqueda de mayores márgenes de autonomía es lo que ha

¹ Once CCAA tienen definidos sus Servicios de Salud como OACA o figura jurídica similar, con personalidad jurídica propia adscrito al Departamento de la administración autonómica competente en sanidad: Andalucía, Aragón, Canarias Cantabria, Castilla la Mancha, Castilla-León, Comunidad Valenciana, Extremadura, Galicia Navarra y la Rioja.

² La intervención en el control financiero "permanente" actúa a posteriori, e incorpora sistemas de muestreo.

La gestión indirecta se caracteriza porque la producción del servicio público es realizada por el sector privado (lucrativo o no), manteniendo la Administración Pública la provisión del servicio público mediante alguno de los variados instrumentos jurídicos de contratación externa que contempla la legislación. Básicamente, tres tipos de experiencias se han desarrollado en España; por un lado, dos diferentes fórmulas concesionales se están desarrollando en diversas CCAA, los modelos denominados PFI (Private Finance Initiative), las concesiones sanitarias administrativas (también denominadas modelo Alzira), y por otro, las entidades de base asociativa (EBAs) de Cataluña.

Tradicionalmente los SRS se han configurado como organismos autónomos de carácter administrativo (OACA). Esta figura característica del Derecho Administrativo se crea por Ley, tiene personalidad jurídica y patrimonio propio, actúa en régimen descentralización administrativa y tiene como función la organización y administración de un servicio público.

Se pueden distinguir dos modalidades de empresas públicas, las entidades de derecho público, cuya actividad se sujeta al derecho privado y las empresas públicas de tipo societario, básicamente sociedades anónimas de capital público, cuya titularidad corresponde a una administración pública.

propiciado la migración de varios SRS a fórmulas jurídicas de naturaleza más empresarial como los entes de derecho público o entes públicos, así como la personificación jurídica de centros sanitarios de nueva creación.

2.1.- Empresas Públicas.

Se pueden distinguir dos modalidades de empresas públicas, las entidades de derecho público, cuya actividad se sujeta al derecho privado y las empresas públicas de tipo societario, básicamente sociedades anónimas de capital público, cuya titularidad corresponde a una administración pública.

Los entes de derecho público se definen como organizaciones con personalidad jurídica pública, pero que actúan en la gestión de sus recursos conforme al ordenamiento jurídico privado, creadas para la prestación de un servicio público o para el ejercicio de funciones de autoridad. La regulación de los entes de derecho público se establece básicamente en su Ley de creación, lo que le otorga una enorme plasticidad como instrumento al servicio de los responsables políticos sanitarios.

La gestión de recursos humanos está sometida en general al derecho laboral, aunque podrá aplicarse el régimen funcionarial, o incluso el estatutario, si así se establece en su Ley de creación. En relación a la gestión de recursos materiales y contratación de bienes y servicios, están sujetos a lo establecido en la LCSP 30/2007.

En el ámbito de la gestión financiera y presupuestaria no están sometidos al régimen presupuestario de la administración pública, sino a un programa de actuación, inversión y financiación. Están obligados a presentar unos presupuestos de explotación y de capital según el sistema contable mercantil que se integra en los presupuestos de la CA. Disponen de tesorería propia, capacidad para gestionar sus propios ingresos y cierta capacidad de endeudamiento que se regula en la normativa presupuestaria de cada CA. El régimen de control realizado por la intervención es el de auditoría o control financiero permanente.

Su importancia en el ámbito sanitario ha sido creciente en el Estado Español, siendo utilizada inicialmente por los diferentes responsables políticos de las CCAA al servicio de dos objetivos estratégicos distintos, la migración de los SRS a esta forma jurídica, y la personificación jurídica bajo esta fórmula de centros de nueva creación. Sin embargo actualmente esta doble estrategia está convergiendo en diversas CCAA.

Seis CCAA han optado por configurar sus Servicios de Salud como entes públicos: Asturias, Baleares, Cataluña, Madrid, Murcia, y el País Vasco, iniciando un importante proceso de innovación organizativa, aunque dado su origen y evolución histórica, heredan algunos de los rasgos organizativos burocráticos.

La configuración jurídica de estos SRS como entes de derecho público tiene como objetivo la modernización de la gestión pública, buscando mayor autonomía y flexibilidad, y una tutela menos asfixiante de las Consejerías de Hacienda. Dos rasgos característicos de estas innovaciones son por un lado el mantenimiento de una única personalidad jurídica, y por otro, garantizar los derechos adquiridos por los trabajadores, mantenido como referente básico de regulación laboral el marco estatutario.

Sin embargo estos dos rasgos están siendo modificados en Cataluña. El Instituto Catalán de Salud (ICS) convertido en una empresa pública en el año 2007 ha iniciado un proceso de descentralización para transformarse en veinte empresas públicas. Estas empresas se regirán por dos marcos laborales diferentes, el correspondiente al personal estatutario y el del personal laboral. A este último se le aplicará el mismo convenio de los 45.000 trabajadores del sector concertado. El personal estatutario mantendrá su régimen jurídico, pero está destinado a desaparecer, dado que no se van a convocar más plazas. Los interinos y eventuales se convertirán en personal laboral de forma que el colectivo supondrá cuando termine el proceso cerca de un 40% de la plantilla³.

El ente de derecho público como forma jurídica también ha

³ El Hospital Arnau de Vilanova en Lérida y toda la atención primaria del ICS en Gerona, serán los primeros centros sanitarios en transformarse en empresas públicas.

Los entes de derecho público se definen como organizaciones con personalidad jurídica pública, pero que actúan en la gestión de sus recursos conforme al ordenamiento jurídico privado, creadas para la prestación de un servicio público o para el ejercicio de funciones de autoridad.

La importancia de los Entes de Derecho Público en el ámbito sanitario ha sido creciente en el Estado Español, siendo utilizada inicialmente por los diferentes responsables políticos de las CCAA al servicio de dos objetivos estratégicos distintos, la migración de los SRS a esta forma jurídica, y la personificación jurídica bajo esta fórmula de centros de nueva creación. Sin embargo actualmente esta doble estrategia está convergiendo en diversas CCAA.

La configuración jurídica de estos SRS como entes de derecho público tiene como objetivo la modernización de la gestión pública, buscando mayor autonomía y flexibilidad, y una tutela menos asfixiante de las Consejerías de Hacienda.

sido utilizado para personificar jurídicamente centros sanitarios de nueva creación, por ejemplo, la Comunidad de Madrid con el Hospital de Fuenlabrada (2003) o diversas experiencias en Cataluña.

Andalucía ha sido particularmente activa en esta estrategia mediante la personificación jurídica de la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias y los nuevos hospitales comarcales cuyo personal se rige por el derecho laboral y el Estatuto Básico del Empleado Público⁴. Estos entes de derecho público se han convertido en Agencias Públicas Empresariales⁵. Estas agencias públicas empresariales hospitalarias están inmersas en un proceso de integración vertical, que aun manteniendo la personalidad jurídica de cada una son coordinadas por la Agencia Pública Empresarial de la Costa del Sol (Decreto 98/2011, de 19 de abril).

El objetivo de esta estrategia ha sido la obtención de mayores grados de libertad en la gestión y la posibilidad de desarrollo de políticas laborales y retributivas específicas en los centros sanitarios para obtener mayores niveles de eficiencia en la provisión de servicios sanitarios.

La personificación jurídica de estas organizaciones sanitarias como empresas públicas permite la aplicación de políticas laborales específicas y diferenciadas en cada centro. A priori el marco jurídico laboral supone una mayor flexibilidad en las políticas de personal, particularmente las retributivas, con un componente importante de incentivos económicos.

Las Sociedades Mercantiles Públicas son sociedades reguladas por el Derecho Mercantil, basadas en títulos representativos del capital, cuya titularidad pertenece a la Administración Pública, o a alguno de sus organismos y que no pueden disponer de facultades que impliquen el ejercicio de autoridad pública.

⁴ *La Agencia Sanitaria Costa del Sol, la Agencia Pública Empresarial Sanitaria Hospital de Poniente, la Agencia Sanitaria Alto Guadalquivir y la Agencia Sanitaria del Bajo Guadalquivir.* http://www.juntadeandalucia.es/compromisos20082012/principal_medida.php?id_medida=67.

⁵ *Según el artículo 68.1.b) de la Ley 9/2007, de 22 de octubre, de la Administración de la Junta de Andalucía, conforme a lo dispuesto en la Disposición transitoria única de la misma, modificada por la Ley 1/2011 de Administración de la Junta de Andalucía.*

La LOFAGE establece que "las sociedades mercantiles estatales se regirán íntegramente, cualquiera que sea su forma jurídica, por el ordenamiento jurídico privado, salvo en las materias en las que les sea de aplicación la normativa presupuestaria, contable, de control financiero y contratación".

No les son de aplicación por tanto la LCSP 30/2007 (*recordamos, Ley de Contratos del Sector Público*), ni el sistema presupuestario general de la Administración Pública, sino que se rigen por un programa de actuación, inversiones y financiación, que ha de ser aprobado por el gobierno. El régimen de control es el de auditoría. En cuanto a la gestión de los recursos humanos, éstos se rigen por el Derecho Laboral en su totalidad.

Han sido varias las CCAA que han adoptado esta forma jurídico-organizativa, si bien no tienen un papel significativo cuantitativamente en la gestión de centros hospitalarios o de atención primaria.

2.2.- Los Consorcios.

Los Consorcios son entidades dotadas de personalidad jurídica y patrimonio propio, creadas por diversas administraciones públicas pertenecientes a diferentes ámbitos territoriales (estatal, autonómico o local). La legislación local también admite que puedan integrarse en ellos entidades privadas sin ánimo de lucro. La regulación de los consorcios es mínima, suponiendo de hecho la figura consorcial una simple cobertura formal, siendo los contenidos del Estatuto de cada consorcio los que definen en cada caso el marco organizativo y legislativo aplicable. La dirección de los consorcios depende de su Junta General y/o de su Consejo Rector, cuyos miembros representan a las entidades consorciadas.

El marco de regulación de los recursos humanos suele ser laboral, aunque existe la posibilidad de adscribir personal perteneciente a la plantilla de cualquiera de las entidades que forman el consorcio, independientemente de que mantengan una relación laboral de tipo funcionarial o estatutario. Se rigen por la LCSP, y les es de aplicación el Sistema Europeo de Cuentas nacionales y regionales (SEC-95).

Las Sociedades Mercantiles Públicas son sociedades reguladas por el Derecho Mercantil, basadas en títulos representativos del capital, cuya titularidad pertenece a la Administración Pública, o a alguno de sus organismos y que no pueden disponer de facultades que impliquen el ejercicio de autoridad pública.

La LOFAGE establece que "las sociedades mercantiles estatales se regirán íntegramente, cualquiera que sea su forma jurídica, por el ordenamiento jurídico privado, salvo en las materias en las que les sea de aplicación la normativa presupuestaria, contable, de control financiero y contratación".

Los Consorcios son entidades dotadas de personalidad jurídica y patrimonio propio, creadas por diversas administraciones públicas pertenecientes a diferentes ámbitos territoriales (estatal, autonómico o local). La legislación local también admite que puedan integrarse en ellos entidades privadas sin ánimo de lucro. La regulación de los consorcios es mínima, suponiendo de hecho la figura consorcial una simple cobertura formal, siendo los contenidos del Estatuto de cada consorcio los que definen en cada caso el marco organizativo y legislativo aplicable.

La CA que más ha utilizado esta figura jurídica es Cataluña⁶, donde la existencia de numerosos centros sanitarios de titularidad de las corporaciones locales ha favorecido este proceso. En la mayor parte de los supuestos, la Generalitat de Cataluña ha aportado las inversiones y la financiación ordinaria mediante la compra de servicios.

La figura Consorcial aspira a obtener sinergias entre el sector público y privado (en este caso no lucrativo), aprovechando las ventajas específicas de cada uno de estos sectores, la solvencia y el control político de la Administración Pública por un lado, y los mayores grados de flexibilidad en la gestión del sector privado por otro.

Sin embargo en Cataluña el control público de los consorcios ha ido progresivamente acentuándose con la aplicación de la SEC-95, y de la Intervención tanto estatal como autonómica, perdiendo de forma importante su anterior flexibilidad. Como alternativa, actualmente se está planteando separar el gobierno y el patrimonio de los consorcios dependientes del Servicio Catalán de Salud (Catsalud) de su gestión que se adjudicaría a varias entidades con o sin fin de lucro. La relación contractual entre estas entidades y la Administración Autonómica supondría teóricamente cierta transferencia de riesgo a la entidad gestora.

2.3.- Fundaciones Públicas Sanitarias.

Las fundaciones son organizaciones dotadas de personalidad jurídica, constituidas sin ánimo de lucro por personas físicas o jurídicas, públicas o privadas, que, por voluntad de sus creadores, tienen afectado de modo duradero su patrimonio a la realización de fines de interés general. La introducción de esta figura jurídica en la sanidad pública adquiere carta de naturaleza con la Ley de Fundaciones de 1994 en la que se establece que: "*las personas jurídicas públicas tendrán capacidad para constituir fundaciones, salvo que sus normas reguladoras establezcan lo contrario*" (Art. 6.4). Se les suele denominar fundaciones en mano pública para diferenciarlas de las fundaciones del sector público estatal

⁶ Se pueden consultar en la web del Servicio Catalán de la Salud http://www10.gencat.cat/catsalut/esp/coneix_empreses_con.htm

creadas por la Ley 50/2002, de 26 de diciembre de Fundaciones (BOE núm. 310 de 27 de diciembre de 2002).

En los estatutos de cada fundación se establecen sus fines, las reglas básicas de funcionamiento, así como los órganos de gobierno y representación. El órgano de gobierno de la fundación es el Patronato. La función de control de las fundaciones es ejercida por el Protectorado, misión que en el ámbito sanitario corresponde a las Consejerías de salud de las CCAA. En términos generales están sujetas al derecho privado. La gestión de recursos humanos está sometida al régimen laboral, mientras que para la contratación de obras, bienes y servicios, no les es de aplicación ni la LCSP, ni la legislación mercantil, sino las normas de derecho civil, dado su carácter no lucrativo. En relación con la gestión de recursos financieros, las fundaciones se rigen por normas de derecho privado con las particularidades establecidas por su legislación específica y están sujetas a la normativa financiera y presupuestaria de la CA a la que pertenecen.

El triunfo electoral del Partido Popular en las elecciones generales de 1996 propició la aplicación de esta fórmula en el ámbito del extinto INSALUD. Pero sin duda ha sido Galicia la CA que más ha utilizado esta figura jurídica para los hospitales comarcales de nueva creación,⁷ mencionada explícitamente en la Ley 7/2003 de 9 de diciembre de Coordinación Sanitaria de Galicia.

A pesar de las iniciales expectativas que las fundaciones en mano pública despertaron para flexibilizar la gestión y mejorar la eficiencia, la experiencia ha mostrado sus limitaciones, y la dificultad de encajar su peculiar forma jurídica. Varias CCAA como Galicia y Baleares han integrado sus fundaciones hospitalarias en manopública en sus respectivos SRS. En el caso gallego, la extinción de las fundaciones hospitalarias creadas implicó su incorporación a su SRS, y la conversión de su personal laboral en estatutario en 2008. En el caso Balear su proceso de integración está previsto que concluya en el ejercicio 2012. Quedan no obstante experiencias de fundaciones en mano pública como la Fundación Hospital de Alcorcón (1998) en la Comunidad de Madrid.

⁷ La Fundación Pública Hospital de Verín o la Fundación Pública Hospital da Barbanza son ejemplos.

Las fundaciones son organizaciones dotadas de personalidad jurídica, constituidas sin ánimo de lucro por personas físicas o jurídicas, públicas o privadas, que, por voluntad de sus creadores, tienen afectado de modo duradero su patrimonio a la realización de fines de interés general.

A pesar de las iniciales expectativas que las fundaciones en mano pública despertaron para flexibilizar la gestión y mejorar la eficiencia, la experiencia ha mostrado sus enormes limitaciones, y la dificultad de encajar su peculiar forma jurídica. Varias CCAA como Galicia y Baleares han integrado sus fundaciones hospitalarias en manos públicas en sus respectivos SRS.

En España existe una amplia tradición relativa a la externalización al sector privado de determinadas actividades de los centros sanitarios como los servicios de lavandería, limpieza, seguridad, mantenimiento o catering. Sin embargo, la externalización u outsourcing de servicios sanitarios con el sector privado ha tenido históricamente un alcance limitado, con la notable excepción de Cataluña.

La situación ha cambiado notablemente en las dos últimas décadas al desarrollarse diversas experiencias de gestión indirecta. Por un lado dos formas concesionales, los modelos denominados PFI y las concesiones sanitarias administrativas (también denominadas modelo Alzira, en referencia a la experiencia decana) y por otro, las EBAs de Cataluña.

3.- PRIVATIZACIÓN Y GESTIÓN INDIRECTA.

La externalización o contratación externa consiste en la desintegración de una o varias de las actividades del proceso productivo público, que pasan a realizarse, total o parcialmente, por el sector privado bajo diferentes modalidades de contratación. La colaboración público privada en el SNS, bien mediante la externalización clásica de servicios, bien mediante fórmulas de Partenariado Público-Privado (PPP), puede realizarse con una amplia gama de instrumentos jurídicos regulados fundamentalmente en la LGS, la Ley 13/2003, reguladora del contrato de concesión de obras públicas, la LCSP 30/2007 y la normativa desarrollada en cada CA.

En España existe una amplia tradición relativa a la externalización al sector privado de determinadas actividades de los centros sanitarios como los servicios de lavandería, limpieza, seguridad, mantenimiento o catering. Sin embargo, la externalización u outsourcing de servicios sanitarios con el sector privado ha tenido históricamente un alcance limitado, con la notable excepción de Cataluña.

La situación ha cambiado notablemente en las dos últimas décadas al desarrollarse diversas experiencias de gestión indirecta. Por un lado dos formas concesionales, los modelos denominados PFI y las concesiones sanitarias administrativas (también denominadas modelo Alzira, en referencia a la experiencia decana) y por otro, las EBAs de Cataluña.

Las formulas concesionales como técnicas de gestión indirecta de la sanidad pueden englobarse en los modelos PPP, caracterizados por el establecimiento de una estrecha colaboración entre sector público y las organizaciones privadas, que actúan como socios en la gestión de un servicio público. La concesión es una fórmula de gestión indirecta de servicios que implica la construcción, equipamiento y gestión de los centros sanitarios durante un período de tiempo determinado por una empresa privada, a cambio de un pago periódico por parte de la Administración Pública.

La principal diferencia entre el modelo PFI y las concesiones de servicio público o concesiones sanitarias administrativas viene definida por el tipo y alcance de los servicios que se dan en explotación a la empresa privada adjudicataria. En el modelo PFI sólo se incluyen los servicios no clínicos, mientras en las concesiones sanitarias administrativas se adjudica también la gestión de los servicios clínicos, externalizando completamente la provisión de servicios.

Otra fórmula de colaboración público privada que está adquiriendo cierta importancia en algunas CCAA, como Castilla la Mancha, es la concesión de la gestión de hospitales y centros de atención primaria ya en funcionamiento a entidades privadas. Se trataría de proyectos de gestión integral de áreas de salud que se mantendrán dentro de la red del SESCAM, pero bajo la dirección y gestión de entidades privadas.

Siguiendo la LCSP 30/2007, de 30 de octubre las concesiones de obra pública en sanidad deben responder a los siguientes criterios:

1. El contratista está obligado a construir el nuevo centro sanitario y a obtener la financiación necesaria del sector privado.
2. El contratista obtiene su remuneración por la construcción del edificio mediante la puesta a disposición de la infraestructura a través de la explotación de servicios de apoyo: restaurante, cafetería, aparcamiento, etc.
3. Las prestaciones sanitarias seguirían en manos de la CA, lo que implica la cesión del uso de parte de las instalaciones a favor de la Administración Pública.
4. Al final del periodo de explotación de los servicios de apoyo del hospital, éstos revierten a la CA, al igual que el inmueble, sin indemnización alguna a favor del contratista.
5. El contrato entre la administración autonómica y la empresa privada tiene que tener las características de un arrendamiento operativo tal y como se contempla en el Sistema Europeo de Cuentas nacionales y regionales (SEC-95).

Uno de los principales atractivos a nivel político para la utilización de estas fórmulas de concesión es la posibilidad de acometer inversiones de capital para las que no tienen recursos las CCAA, permitiendo la apertura y funcionamiento de centros sanitarios, sin incumplir los criterios de déficit y deuda establecidos por la Unión Europea. La rentabilidad política se garantiza a corto plazo, al poner en funcionamiento centros sanitarios sin necesidad de incrementar los impuestos ni tener que endeudarse.

Para que esto sea posible, el contrato concesional debe atenerse a las disposiciones establecidas en el SEC-95, en las Decisiones de Eurostat, y en relación a la normativa española, en el Texto Refundido de la Ley General de Estabilidad Presupuestaria (RD 2/2007, de 28 de diciembre) y en la Ley Orgánica 5/2001 complementaria de la Ley General de Estabilidad Presupuestaria.

La cuestión fundamental es el traslado del riesgo efectivo al empresario adjudicatario de la concesión. Según las disposiciones contenidas en el SEC-95, cuando un empresario privado construye y explota una infraestructura recibiendo como contraprestación unos pagos de la Administración Pública, éstos no tienen impacto ni en el déficit ni en el endeudamiento de la Administración contratante, sólo cuando la operación se realice como un arrendamiento operativo, debiendo la empresa adjudicataria asumir el riesgo de construcción y, al menos, uno de los otros dos riesgos posibles: riesgo de disponibilidad y riesgo de demanda.

- **El riesgo de construcción** supone que la empresa adjudicataria asuma las consecuencias derivadas de la existencia de retraso en la financiación de la obra, el incumplimiento de las condiciones específicas fijadas en el contrato, el incremento de costes surgido durante la ejecución de la obra, así como cualquier deficiencia técnica producida durante la vigencia del contrato. La Administración Pública asume este riesgo si los pagos que realiza a la empresa concesionaria son independientes del estado efectivo de la infraestructura.
- **El riesgo de disponibilidad** se produce cuando no se

entrega el volumen convenido en el contrato, se incumple la normativa en materia de seguridad o las especificaciones y estándares de calidad preestablecidos para cada uno de los servicios de apoyo a cuya prestación esté obligado el empresario, etc. Este riesgo se traslada a la empresa privada en la medida en que la Administración Pública pueda de forma efectiva reducir significativa y automáticamente los pagos periódicos como consecuencia de que se produzcan algunos de los hechos o circunstancias mencionados.

- **Finalmente, el riesgo de demanda** implica que la empresa adjudicataria asuma las consecuencias de la variabilidad en la demanda de los usuarios de las infraestructuras sanitarias construidas, derivada de factores exógenos como el cambio de ciclo económico o las nuevas tendencias del mercado. La Administración Pública asume este riesgo si paga a la empresa adjudicataria por los servicios prestados en función de las variaciones que pueda sufrir la demanda de los usuarios finales.

3.1.- Concesiones de obra, PFI (*Private Finance Initiative*).

Las fórmulas de Iniciativa de Financiación Privada (PFI), surgen en el último decenio del siglo XX para posibilitar la participación del sector privado en la financiación y gestión de proyectos que impliquen una fuerte inversión y la gestión futura de un servicio público. Se caracterizan por el establecimiento de un contrato entre la Administración Pública y una empresa, para la realización de una inversión y gestión de un conjunto de servicios asociados durante un largo periodo. La empresa ha de realizar la inversión, financiarla, y gestionar los servicios pactados a estándares de calidad definidos. Como contraprestación recibe un pago por estos servicios. Son un tipo de PPP instrumental, orientado a la financiación, ejecución y gestión de infraestructuras.

El objetivo del PFI es atraer capital privado para invertir en proyectos públicos. Presenta cuatro características: los bienes permanecen en propiedad del sector privado, debe existir

El objetivo del PFI es atraer capital privado para invertir en proyectos públicos. Presenta cuatro características: los bienes permanecen en propiedad del sector privado, debe existir transferencia de riesgos del sector público al privado, se debe demostrar que hay una relación positiva coste-beneficio para el sector público (valueformoney), y la gestión privada se circunscribe a los servicios no clínicos. A diferencia de las concesiones de peaje, en las que los importes los pagan los usuarios, el PFI sanitario supone que el sector privado recupera su inversión vendiendo servicios al sector público (peaje en la sombra).

trasferencia de riesgos del sector público al privado, se debe demostrar que hay una relación positiva coste-beneficio para el sector público (*valueformoney*), y la gestión privada se circunscribe a los servicios no clínicos. A diferencia de las concesiones de peaje, en las que los importes los pagan los usuarios, el PFI sanitario supone que el sector privado recupera su inversión vendiendo servicios al sector público (peaje en la sombra).

Surgidas en el ámbito anglosajón, particularmente en el Reino Unido, para la renovación de las infraestructuras de servicios públicos como el sanitario y el educativo, se ha extendido rápidamente a otros países como España. La Comunidad de Madrid ha convertido este modelo en la fórmula estrella para la financiación, construcción y gestión de siete de los nueve hospitales que habían sido previstos en el Plan de Infraestructuras Sanitarias (2004-2007). Los otros dos (Valdemoro y Torrejón) han sido adjudicados según el modelo de concesión sanitaria administrativa. Estos nueve hospitales suponen el 25% de la actividad asistencial del sistema público sanitario de la CA de Madrid.

Las empresas concesionarias de estos siete hospitales cobrarán en conjunto, un canon anual de 125,5 millones de euros durante 28 años, y aproximadamente cien millones de euros, tanto el primer como el último año de la concesión. El canon anual cubre los pagos por los costes de construcción, el equipamiento del mobiliario inicial y su renovación, así como la prestación de un conjunto de servicios no sanitarios. El total de pagos anuales diferidos hasta 2037 suponen inicialmente 3.700 millones de euros actuales, más la actualización en función de la inflación anual.

Para la gestión de los servicios clínicos y sanitarios no externalizados en los PFI, el gobierno de la CA de Madrid ha creado 6 empresas públicas sujetas al derecho privado en sus actuaciones (entes de derecho público) en la Ley de Acompañamiento a los Presupuestos para 2007.

Otras CCAA han utilizado la fórmula PFI, por ejemplo, la Comunidad de Castilla-León con el hospital General Yagüe en

Burgos, y la Comunidad de Baleares con el hospital Universitario Son Dureta. La Comunidad de Castilla la Mancha tiene previsto en su plan económico financiero de equilibrio de Castilla-La Mancha 2012-2014 el desarrollo del formulas PFI para proyectos de infraestructuras hospitalarias iniciados en la legislatura anterior.

En todos los casos las adjudicaciones suponen un amplio periodo temporal para la gestión de los servicios no clínicos por parte de la adjudicataria privada (un mínimo de 30 años que puede ser ampliable hasta los 50 ó 60 años). El contrato de adjudicación incluye un complejo sistema de pago y facturación por los servicios no clínicos gestionados y un sistema de penalizaciones por posibles fallos de servicio que puede llegar al 100% del canon en Madrid, pero no en Castilla y León y Baleares.

Otras CCAA (Asturias, Murcia, Cataluña, Castilla La Mancha y Castilla León) han buscado una fórmula de financiación a través de empresas públicas gestoras de infraestructuras sanitarias. Por ejemplo, Asturias para el nuevo Hospital Central y Murcia para los hospitales de Cartagena y Mar Menor han creado este tipo de empresas para la construcción, equipamiento y gestión de servicios no sanitarios(Gispasa y Giscarmsa, respectivamente). Estas empresas actúan como un PFI, construyendo los hospitales a través de recursos propios y créditos obtenidos tanto de entidades privadas como del Banco Europeo de Inversiones. Como única accionista de estas empresas figura la Administración Pública. Recuperan la inversión efectuada mediante un canon a 30 años diferenciando en el mismo, el componente de inversión y el de servicios no sanitarios externalizados.

3.2.- Concesiones administrativas sanitarias. El modelo Alzira.

A diferencia de los modelos PFI, las concesiones administrativas sanitarias externalizan el núcleo duro del servicio público sanitario, incluyendo las actividades sanitarias y otorgando un papel fundamental a las aseguradoras privadas. De hecho, este tipo de concesiones son sistemas de contratación pública de la

A diferencia de los modelos PFI, las concesiones administrativas sanitarias externalizan el núcleo duro del servicio público sanitario, incluyendo las actividades sanitarias y otorgando un papel fundamental a las aseguradoras privadas. De hecho, este tipo de concesiones son sistemas de contratación pública de la asistencia sanitaria mediante sistemas de pago caputivo.

asistencia sanitaria mediante sistemas de pago caputivo. Otra experiencia de este tipo de larga tradición de España (nacieron en el año 1975) son los conciertos con las Mutualidades de Funcionarios Públicos (MUFACE, MUGEJU e ISFAS).

La Comunidad de Valencia ha sido particularmente activa en el desarrollo de esta forma concesional y el desarrollo de una legislación específica en la Ley 3/2003, de 6 de febrero, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad Valenciana.

La experiencia decana de concesión administrativa sanitaria con externalización completa de servicios tanto clínicos como no clínicos en España, ha sido el denominado "modelo Alzira". Inicialmente, se adjudicó la asistencia sanitaria especializada del Servicio Valenciano de Salud para la comarca de La Ribera (Alzira) a una Unión Temporal de Empresas (UTE)⁸.

La duración inicial del contrato fue de 10 años prorrogables por otros 5. La concesión implicó la construcción y equipamiento del hospital a cargo del adjudicatario. El Hospital de La Ribera empezó a funcionar el 1 de enero de 1999. Los malos resultados financieros (acumuló pérdidas de 5,24 millones de euros en cuatro años) unidos a problemas de diseño contractual, motivaron un proceso de renegociación en el año 2003, que implicó la renuncia de la UTE al contrato inicial, y la posterior adjudicación a la misma UTE de la nueva concesión (Ribera Salud II). La nueva concesión supone mejores condiciones financieras para la adjudicataria, una ampliación del periodo contractual (15 años prorrogables por otros cinco) y la inclusión de la atención primaria en la concesión.

El sistema de financiación se basa en el criterio per cápita e incluye una amplia cartera de servicios. El crecimiento interanual de la tarifa que en el contrato inicial se realizaba en función del IPC, en el modelo actual se realiza en función del menor de dos indicadores: incremento del gasto sanitario de la Comunidad Valenciana o el incremento del gasto sanitario público del Estado. También se han establecido incentivos relativos al control del gasto farmacéutico en atención primaria al flujo de pacientes al

⁸ Constituida por la aseguradora privada Adeslas (51%), un grupo de cajas de ahorros (45%) y empresas constructoras (4%).

control de beneficios y del riesgo de descapitalización y deterioro de activos

El régimen jurídico de los recursos humanos es laboral, estando regulados por un convenio colectivo propio. El sistema retributivo es flexible, con un importante desarrollo de sistemas de incentivos orientado al rendimiento, y el desarrollo de una carrera profesional propia. No se exige la exclusividad.

A partir de esta experiencia, otras similares se han puesto en funcionamiento en la CA de Valencia, como el Área de Salud 20 de Torrevieja⁹ (150.000 habitantes), el Área de Salud 12 correspondiente a Denia, que a diferencia de los otros dos modelos se ha adjudicado a una sociedad anónima (150.000 habitantes), el Área Manises y el Área Elche-Crevillente (300.000 habitantes). En todos los casos las empresas sanitarias adjudicatarias están lideradas por una aseguradora sanitaria privada: Adeslas en Alzira, DKV en Denia, Asisa en Torrevieja y Elche, y Sanitas en Manises. Todas estas experiencias suponen un notable incremento de la población gestionada por las aseguradoras sanitarias superior a 830.000 asegurados con el consiguiente incremento de las primas de seguro.

También la Comunidad de Madrid ha decidido experimentar con este modelo mediante la adjudicación de la concesión para la gestión de la atención especializada del Hospital de Valdemoro, aunque presenta algunas diferencias sobre la experiencia valenciana en lo relativo al tipo de servicios prestados (sólo atención especializada), precio y mecanismo de actualización de la prima per cápita, y período de adjudicación contractual que se amplía a 30 años. La Comunidad de Madrid tiene prevista la licitación y creación de al menos otras cuatro concesiones administrativas sanitarias que supondrá un incremento de 500.000 habitantes atendidas por este tipo de modelo.

En resumen, a diferencia de los modelos PFI, las concesiones sanitarias administrativas son contratos mixtos de obra y servicio a largo plazo (15 ó 30 años) mediante los cuales la Administración Pública cede la gestión de parte o toda la asistencia sanitaria

En resumen, a diferencia de los modelos PFI, las concesiones sanitarias administrativas son contratos mixtos de obra y servicio a largo plazo (15 ó 30 años) mediante los cuales la Administración Pública cede la gestión de parte o toda la asistencia sanitaria (atención primaria, atención especializada, hospitales, urgencias, hospitalización domiciliaria y programas de prevención sanitaria obligatoria) a una empresa privada a cambio de una prima de seguro por persona adscrita, que incluye el pago de la inversión inicial para la construcción de hospitales y centros de salud, y la dotación y renovación de todo tipo de mobiliario y equipamiento tecnológico. El modelo incluye un sistema de facturación como mecanismo de compensación de la asistencia sanitaria prestada a la población atendida fuera del área de adscripción.

⁹ El término usado en la Comunidad Valencia para las áreas de salud es el de "departamentos de salud".

(atención primaria, atención especializada, hospitales, urgencias, hospitalización domiciliaria y programas de prevención sanitaria obligatoria) a una empresa privada a cambio de una prima de seguro por persona adscrita, que incluye el pago de la inversión inicial para la construcción de hospitales y centros de salud, y la dotación y renovación de todo tipo de mobiliario y equipamiento tecnológico. El modelo incluye un sistema de facturación como mecanismo de compensación de la asistencia sanitaria prestada a la población atendida fuera del área de adscripción.

3.3.- Entidades de base asociativa.

Cataluña ha sido pionera en la contratación y gestión indirecta de servicios de atención primaria con proveedores ajenos al ICS. La Ley 15/90 de 9 de julio, de Ordenación Sanitaria modificada por la Ley 11/95 de 29 de septiembre, amplió la posibilidad de contratación de servicios a EBAs constituidas por profesionales sanitarios que participen en la gestión de los servicios sanitarios y sociosanitarios.

Las EBAs deben contar con la correspondiente acreditación, que se otorgará previa comprobación del cumplimiento de los requisitos establecidos en el Decreto 309/1997 y que comportará para los profesionales sanitarios que constituyan las referidas entidades y presten servicios en ellas, gozar de las ventajas previstas, siempre y cuando las respectivas entidades formalicen con Catsalud¹⁰ un contrato de gestión. Los médicos que se incorporen a una EBA podrán retornar automáticamente a la situación laboral previa durante un período máximo de tres años.

Las EBAs deben gozar de personalidad jurídica propia, según alguna de las siguientes fórmulas jurídicas: Sociedad Anónima, Sociedad de Responsabilidad Limitada, Sociedad Laboral o Cooperativa.

Al menos el 51% del capital social debe pertenecer a los profesionales sanitarios que presten en ésta sus servicios, para

¹⁰ CatSalut es la denominación de marca del Servicio Catalán de la Salud (Servei Català de la Salut).

lo que deben contar con una relación laboral de prestación de servicios con la entidad, por un tiempo no inferior al de la vigencia del contrato para la gestión de servicios. Ninguno de estos profesionales puede tener una participación superior al 25% del capital social (la cual no determinará el salario del mismo). El 49% restante puede estar en otras personas físicas o jurídicas. En el caso de personas jurídicas, éstas han de tener como objeto social la gestión o prestación de servicios sanitarios. En los estatutos de las entidades se debe prever el régimen de transmisión de acciones y participaciones, de manera que se garantice la no alteración de los porcentajes antes citados.

Acceder a la provisión de servicios por parte de las sociedades de profesionales supone un proceso que consta de una serie de etapas:

- 1) Constituir una entidad de profesionales de base asociativa.
- 2) Diseñar un proyecto de gestión de servicios sanitarios.
- 3) Optar a la adjudicación del servicio, mediante un concurso público.
- 4) Desarrollar el proyecto y ofrecer los servicios contratados, y
- 5) Estar sujeta a los mecanismos de control y auditoría establecidos por Catsalud.

La creación de estas entidades se inició en 1993 con la experiencia de Vic, constituida como una Sociedad de Responsabilidad Limitada. En la actualidad hay 12 experiencias de EBAs, y está prevista la próxima creación de otras dos. Conviene resaltar varias cuestiones en relación a esta experiencia:

- La relación existente entre las sociedades de profesionales y Catsalud es de carácter contractual, y en el contrato se especifican los mecanismos de financiación, regulación y control de estas entidades.
- El presupuesto establecido en el contrato está evolucionando desde un presupuesto asignado por partidas específicas (Atención Primaria, productos intermedios, tiras reactivas y en algunos casos especialidades) a un presupuesto capitativo. La gestión de productos intermedios ofrece a

Las EBAs deben gozar de personalidad jurídica propia, según alguna de las siguientes fórmulas jurídicas: Sociedad Anónima, Sociedad de Responsabilidad Limitada, Sociedad Laboral o Cooperativa.

Al menos el 51% del capital social debe pertenecer a los profesionales sanitarios que presten en ésta sus servicios, para lo que deben contar con una relación laboral de prestación de servicios con la entidad, por un tiempo no inferior al de la vigencia del contrato para la gestión de servicios. Ninguno de estos profesionales

puede tener una participación superior al 25% del capital social (la cual no determinará el salario del mismo). El 49% restante puede estar en otras personas físicas o jurídicas. En el caso de personas jurídicas, éstas han de tener como objeto social la gestión o prestación de servicios sanitarios. En los estatutos de las entidades se debe prever el régimen de transmisión de acciones y participaciones, de manera que se garantice la no alteración de los porcentajes antes citados.

estas entidades la posibilidad de mejorar la eficiencia en la gestión y controlar la calidad de los mismos.

- Las EBAs pueden negociar con Catsby distintos niveles de corresponsabilidad farmacéutica, que oscilan entre el 20% y el 100%, generando incentivos hacia las políticas de ahorros y contención de costes. Todo lo que se ahorra en gasto farmacéutico son ingresos y simultáneamente, los incrementos de gasto farmacéutico sobre el estándar pactado son pérdidas.
- En el ámbito laboral, las EBAs se comprometen bajo contrato a que los sueldos de los profesionales no sean inferiores a los vigentes en el sistema público.
- En algunos casos, las EBAs han ofertado actividades privadas de prestación de servicios no financiadas en el sistema público a precios de mercado, particularmente las referidas a Odontología. Los beneficios obtenidos se han destinado a aumentar las prestaciones de odontología gratuitas, y a la mejora de las instalaciones.

4. EVALUACIÓN DE LAS REFORMAS ORGANIZATIVAS EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.

Las "nuevas" formas de gestión directa, aspiran a un cambio normativo que les libere de los aspectos más asfixiantes del control administrativo y presupuestario, aumentando su grado de autonomía y dotándose de marcos de regulación y gestión de personal más flexibles y específicos.

Sin embargo, no existen suficientes estudios empíricos que demuestren claramente la mayor eficiencia de estas estrategias de reforma. Por un lado parecen señalar una mejora respecto a las formas tradicionales de gestión sanitaria pero, por otro, la falta de separación efectiva de financiador y proveedor público y la disminución progresiva de la autonomía de gestión de estas fórmulas de gestión parecen indicar una pérdida de eficiencia en términos dinámicos.

Es necesario realizar estudios sistemáticos e independientes

que permitan una evaluación comparativa de los resultados que obtienen las nuevas formas de gestión directa frente a las formas burocráticas de gestión pública predominantes en el sector. La personificación jurídica de centros sanitarios públicos debe ir acompañada de cambios en el marco de regulación y en el entorno organizativo que hagan que sus potenciales ventajas se consoliden mientras se minimizan los potenciales efectos negativos que pudieran tener en términos de equidad e igualdad de acceso.

Las fórmulas de gestión indirecta implican la participación en la producción de servicios del sector privado. En España, las innovaciones más importantes frente a las fórmulas clásicas han transitado como se ha descrito anteriormente, mediante concesiones modelo PFI o concesiones sanitarias administrativas (modelo Alzira) y a través de las entidades de base asociativa que se están impulsando en Cataluña.

Distintos estudios de evaluación de los resultados obtenidos por los tres grandes tipos de proveedores de atención primaria de Cataluña, el ICS, otros proveedores y las EBAs no parecen señalar diferencias significativas en eficiencia o calidad entre los mismos, aunque sí mayor satisfacción de los profesionales y rentabilidad económica de las EBAs.

Las formulas concesionales, tanto el modelo PFI como las concesiones sanitarias administrativas que suponen la participación del sector privado para la financiación de las infraestructuras de los centros sanitarios, presentan según la literatura y la experiencia internacional ventajas e inconvenientes. Entre las primeras destacan:

- Permite a los gobiernos realizar inversiones en infraestructuras para las que no tienen liquidez. La amortización de las inversiones a medio/largo plazo supone un porcentaje bajo del coste de funcionamiento.
- La inversión no se contabiliza como deuda pública, siempre que se cumplan los requisitos exigidos por el SEC-95 y la normativa europea y española.
- La rentabilidad política es muy alta, al posibilitar la apertura

No existen suficientes estudios empíricos que demuestren claramente la mayor eficiencia de las "nuevas" formas de gestión directa. Por un lado parecen señalar una mejora respecto a las formas tradicionales de gestión sanitaria pero, por otro, la falta de separación efectiva de financiador y proveedor público y la disminución progresiva de la autonomía de gestión de estas fórmulas de gestión parecen indicar una pérdida de eficiencia en términos dinámicos.

Distintos estudios de evaluación de los resultados obtenidos por los tres grandes tipos de proveedores de atención primaria de Cataluña, el ICS, otros proveedores y las EBAs no parecen señalar diferencias significativas en eficiencia o calidad entre los mismos, aunque si mayor satisfacción de los profesionales y rentabilidad económica de las EBAs.

Las formulas concesionales, tanto el modelo PFI como las concesiones sanitarias administrativas que suponen la participación del sector privado para la financiación de las infraestructuras de los centros sanitarios, presentan según la literatura y la experiencia internacional ventajas e inconvenientes.

de nuevos centros sanitarios sin incrementar impuestos ni reducir otros gastos públicos a corto plazo.

- Produce mejoras de eficiencia en los servicios externalizados, consecuencia de los incentivos de los propietarios privados a maximizar beneficios. Adicionalmente, es posible que existan economías de escala en la organización y gestión debido a que la empresa adjudicataria asume de forma global la gestión de todos los servicios.
- La introducción de empresas especializadas en el sector de servicios no clínicos (hostelería, mantenimiento, seguridad, etc.) debería aportar mejoras en la calidad de estos servicios.
- La relación contractual a largo plazo genera incentivos para la innovación tecnológica en los servicios externalizados.
- Se transfieren riesgos (construcción, disponibilidad, demanda, etc.) a la empresa concesionaria.

Entre los principales inconvenientes de estas formas de gestión indirecta destacan:

- Mayores costes de los proyectos frente a las alternativas convencionales, por al menos dos motivos, en primer lugar los costes financieros que soportan las empresas privadas son varios puntos superiores a los de la deuda pública, y en segundo lugar, hay que pagar los beneficios que obtienen las empresas que gestionan los centros sanitarios.
- No existe transferencia real de riesgo. Dada la imposibilidad de cerrar los centros sanitarios por la obligación de la Administración Pública de prestar atención sanitaria a la población, las empresas adjudicatarias pueden forzar la negociación en un juego de "todo o nada", que les permita renegociar condiciones para hacer siempre rentable la concesión.
- En caso de "quiebra" del proyecto los costes de la Administración Pública serían muy altos en las operaciones de rescate. Si las condiciones contractuales iniciales han sido muy inferiores a la evolución de los costes, tal y como ha sucedido en varios ejemplos del Reino Unido, la generación de déficits en las empresas adjudicatarias terminará siendo asumida por el sector público. Se estaría ante un ejemplo

de socialización de pérdidas y privatización de beneficios.

- Deterioro de la calidad. El contratista está obligado a cumplir con un plazo de entrega y un presupuesto fijo, lo cual se traduce en deficiencias en la construcción, instalaciones y mantenimiento, o en la calidad de prestación de los servicios subcontratados (las experiencias en el Reino Unido son abundantes). En el caso de las concesiones sanitarias administrativas el problema se agudiza ante la dificultad de medir la calidad de los servicios clínicos.
- Rigidez. La larga duración de los contratos (entre 15 y 30 años) es poco compatible con la flexibilidad que exige el sector, sujeto a un proceso de innovación tecnológica constante, y a potenciales cambios de población o de precios. Cualquier modificación no estipulada en el contrato, supone un incremento de coste para la Administración Pública.
- Altos costes de transacción derivados del diseño, planificación y control del contrato concesional. La Administración Pública tiene que crear y dedicar importantes recursos especializados a la gestión de las concesiones. Se critica que las evaluaciones coste beneficio realizadas en el Reino Unido, y otros países, obtienen resultados positivos (*Valuefor Money*) al sobrevalorar el tipo de descuento de los flujos de fondos futuros y la prima por traslado de riesgos al adjudicatario.
- Opacidad del sistema, dado su carácter comercial y la existencia de mercados secundarios. Un ejemplo paradigmático es la operación de venta del grupo Ribera Salud propiedad al 50% de BANKIA y la CAM, que sigue sin producirse después de varios meses de intentos y que introduce dosis importantes de incertidumbre sobre las concesiones sanitarias (nueve, cinco en la Comunidad Valenciana) en las que participa el grupo.
- La gestión de las formulas concesionales exige altos estándares de ética pública, transparencia, rendimiento de cuentas y profesionalidad de la gestión pública. Probablemente son modelos inadecuados en contextos de deterioro del capital ético de la sociedad, desconfianza en las instituciones, auge de la corrupción, ocupación clientelar de la Administración Pública y falta de tradición en el rendimiento de cuentas, que es la situación actual de España.

Este tipo de experiencias de gestión indirecta, si bien pueden constituir un factor de innovación, deben estar sujetas a unos mecanismos de regulación y control de una extraordinaria transparencia e independencia que dificulten las posibilidades de colusión de intereses y los costes de interferencia e influencia política. En cualquier caso deben tener un carácter minoritario en relación con otros proveedores públicos o privados no lucrativos, de forma que los intereses por la rentabilidad y el beneficio no predominen en la definición de las políticas públicas.

Existe sin embargo el riesgo que la crisis económica alimente y sirva de excusa para un proceso irreflexivo y acelerado de privatización del sistema sanitario público, no derivado de la evidencia empírica, sino de la combinación de una ideología dogmática que santifica lo privado y condena lo público, junto a la búsqueda de beneficio y áreas de negocio por parte de determinados grupos. Los ciudadanos serán los perdedores.

Este tipo de experiencias de gestión indirecta, si bien pueden constituir un factor de innovación, deben estar sujetas a unos mecanismos de regulación y control de una extraordinaria transparencia e independencia que dificulten las posibilidades de colusión de intereses y los costes de interferencia e influencia política. En cualquier caso deben tener un carácter minoritario en relación con otros proveedores públicos o privados no lucrativos, de forma que los intereses por la rentabilidad y el beneficio no predominen en la definición de las políticas públicas.

Existe sin embargo el riesgo que la crisis económica alimente y sirva de excusa para un proceso irreflexivo y acelerado de privatización del sistema sanitario público, no derivado de la evidencia empírica, sino de la combinación de una ideología dogmática que santifica lo privado y condena lo público, junto a la búsqueda de beneficio y áreas de negocio por parte de determinados grupos. Los ciudadanos serán los perdedores.

Referencias Bibliográficas

1. Calero R y Gallarza MG (2010). *La concesión administrativa como modelo de gestión sanitaria en la Comunidad Valenciana*. Cuadernos de CCEEy EE, 59: 37-63.
2. Campoy F. y Santacreu J (2008): "La colaboración público-privada en el marco del Sistema Nacional de Salud. El caso especial del modelo valenciano a propósito de la concesión de Denia". *Revista de Administración Sanitaria*, 6(2): 297-321.
3. Departamento de Sanidad del Gobierno Británico. *Private Finance Initiative*. Disponible en: <http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/+www.dh.gov.uk/en/Aboutus/Procurementandproposals/Publicprivatepartnership/Privatefinanceinitiative/index.htm>. Consultado el 15 de julio de 2012.
4. Dunnigan MG y Pollock A (2003): "Downsizing of acute inpatient beds associated with private finance initiative: Scotland's study case". *British Medical Journal*, 326: 905.
5. European Observatory on Health Care Systems. Disponible en <http://www.euro.who.int/en/who-we-are/partners/observatory>, Consultado el 15 de julio de 2012.
6. Larios Dy Lomas V (2007): "Modelos de colaboración público-privada para la construcción y gestión de infraestructuras sanitarias". *Derecho y Salud* 15(2): 289-346.
7. Martín J, Agustí E et al. (2007): "El papel de la financiación público-privada de los servicios sanitarios: modelos de gestión". *Seminarios y Jornadas 43*, Fundación Alternativas, Madrid.
8. Martín JJ (2003) *Nuevas fórmulas de gestión en las organizaciones sanitarias*. Documento de trabajo 14. Fundación alternativas.
9. Martín JJ y López del Amo MP (2010) "Innovaciones organizativas y de gestión en el Sistema Nacional de Salud" impartido

por el IPEM, Instituto de Postgrado de Estudios de Medicina. Materiales formativos relativos al master en Gestión Hospitalaria online. Módulo I "Sistemas sanitarios y nuevas formas de gestión". Capítulo 2. Madrid: Editrain. Consultoría y Formación.

10. Martín JJ y López del Amo MP (2011). Reformas organizativas en el Sistema Nacional de Salud. En: Temes JL y Mengibar M. Gestión Hospitalaria. 5ª edición. Cap 2. Madrid: McGraw Hill.
11. McCarter J (2009). Failing grade for public-private partnership hospitals. *CMAJ*, 180(4): 380. Disponible en <http://www.cmaj.ca/content/180/4/380.full.pdf+html> el 16 de julio de 2012.
12. Menéndez Á (2008): "La gestión indirecta de la asistencia sanitaria pública. Reflexiones en torno al debate sobre la privatización de la sanidad". *Revista de Administración Sanitaria siglo XXI*, 6(2): 269-296.
13. Oteo LA (2010). Burocracias públicas y externalización: oportunidades y riesgos. *Originales e-RAS*:1:12.
14. Pollock A, Shaoult J et al (2002): "Private finance and "value for money" en NHS hospitals: a policy in search of a rationale?". *British Medical Journal*, 324: 1205-09.
15. Prieto A, López de Letona A et al (2006): "El papel de la financiación públicoprivada de los servicios sanitarios". Documento de trabajo 99, Laboratoriode Alternativas, Madrid.