

# **Nuevas fórmulas de gestión en las organizaciones sanitarias**

**José Jesús Martín Martín**

Documento de trabajo 14/2003



## **José Jesús Martín Martín**

Doctor en Economía, es Profesor Titular en el Departamento de Economía Aplicada de la Universidad de Granada. Es profesor asociado de la Escuela Andaluza de Salud Pública y Director Académico del Master de Economía de la Salud y Dirección de Organizaciones Sanitarias organizado conjuntamente entre dicha institución y el Departamento de Economía Aplicada de la Universidad de Granada.

Ha sido Responsable y profesor del Área de Gestión Sanitaria y Economía de la Salud en la Escuela Andaluza de Salud Pública. Es colaborador del Banco Mundial en el ámbito de política sanitaria y Economía de la Salud. Ha sido Presidente y miembro de la Junta Directiva de la Asociación de Economía de la Salud. Ha desempeñado distintos cargos de gestión en el ámbito sanitario. Es autor de diversos informes, libros y artículos sobre Economía de la Salud, políticas sanitarias y reformas organizativas en sanidad. Ha participado como consultor en la creación de algunas de las nuevas fórmulas de gestión sobre las que versa este documento.

Ninguna parte ni la totalidad de este documento puede ser reproducida, grabada o transmitida en forma alguna ni por cualquier procedimiento, ya sea electrónico, mecánico, reprográfico, magnético o cualquier otro, sin autorización previa y por escrito de la Fundación Alternativas

© Fundación Alternativas

© José Jesús Martín Martín

ISBN: 84-96204-13-8

Depósito Legal: M-20228-2003

## Contenido

<b>Resumen Ejecutivo</b> .....	<b>5</b>
<b>Introducción</b> .....	<b>7</b>
<b>1 Estados del Bienestar y reformas en la gestión pública</b> .....	<b>9</b>
<b>2 Reformas en la gestión pública sanitaria</b> .....	<b>11</b>
<b>3 El Sistema Nacional de Salud español</b> .....	<b>16</b>
<b>4 Reformas organizativas y de gestión en el Sistema Nacional de Salud</b> .....	<b>20</b>
<b>5 Nuevas fórmulas de gestión directa en el Sistema Nacional de Salud</b> .....	<b>22</b>
5.1 Entes de derecho público .....	25
5.2 Consorcios .....	28
5.3 Fundaciones públicas sanitarias .....	29
<b>6 Análisis dinámico de los derechos residuales de decisión y control del Ente Público Hospital Costa del Sol para el período 1993-2002</b> .....	<b>31</b>
<b>7 La gestión indirecta de servicios sanitarios públicos. Contratación externa y propiedad privada</b> .....	<b>35</b>
7.1 Entidades de bases asociativas .....	36
7.2 Gestión indirecta: Hospital de la Ribera .....	38
<b>8 Evaluación</b> .....	<b>41</b>
<b>9 Conclusiones y recomendaciones</b> .....	<b>50</b>
<b>Bibliografía</b> .....	<b>55</b>
<b>Anexo: entrevistas a los gerentes de EAP Vic y Hospital de Alzira</b> .....	<b>60</b>

### Siglas y abreviaturas

ACHS-CEP	Australian Council on Healthcare Standards Care Evaluation Program
AED	Análisis envolverte de datos
BO	Boletín Oficial
BOE	Boletín Oficial del Estado
BOJA	Boletín Oficial de la Junta de Andalucía
BON	Boletín Oficial de Navarra
CA	Comunidad Autónoma
CCAA	Comunidades Autónomas
CCHSA	Canadian Council on Health Services Accreditation
CIHI	Canadian Institute for Health Information
DO	Diario Oficial (Generalitat Catalunya)
EAP	Entidad de Profesionales de Base Asociativa
EP	Ente de Derecho Público
FPS	Fundación Pública Sanitaria
HCS	Hospital Costa del Sol
ICS	Instituto Catalán de la Salud
INPI	Instituto Nacional de Previsión
INSALUD	Instituto Nacional de Salud
IPC	Índice de Precios al Consumo
LEEA	Ley de Entidades Estatales Autonómicas
LGHPA	Ley General de la Hacienda Pública de Andalucía
LGP	Ley General Presupuestaria
LGS	Ley General de Sanidad
LOFAGE	Ley de Organización y Funcionamiento de la Administración General del Estado
LOSC	Ley de Ordenación Sanitaria Catalana
LRJPC	Ley de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común
NHPC	National Health Performance Committee
NHS	National Health Service
OAA	Organismo Autónomo de Carácter Administrativo
OA	Organismo Autónomo
PFI	Iniciativa de Financiación Privada
RD	Real Decreto
RDNFG	Real Decreto sobre Nuevas Formas de Gestión del INSALUD
SAS	Servicio Andaluz de Salud
SCS	Servicio Catalán de Salud
SRS	Servicios Regionales de Salud
SVS	Servicio Valenciano de Salud
TRLCAP	Texto Refundido de la Ley de Contratos de las Administraciones Públicas
TRLSA	Texto Refundido de la Ley de Sociedades Anónimas
UPA	Unidad Ponderada Asistencial
UTE	Unión Temporal de Empresas
XHUP	Red Hospitalaria de Utilización Pública

## Nuevas formas de gestión en las organizaciones sanitarias

**José Jesús Martín Martín**

Profesor de Economía Aplicada, Universidad de Granada.

El Sistema Nacional de Salud constituye una de las bóvedas maestras del Estado del Bienestar español. Obtiene resultados buenos con un gasto agregado razonablemente modesto. Mas su mantenimiento y mejora requiere cambios institucionales y organizativos que eleven simultáneamente la eficiencia organizativa y los niveles de equidad.

Este estudio quiere animar el debate y la discusión sobre las reformas organizativas y de gestión en los servicios sanitarios, en particular las recientes nuevas fórmulas de gestión directa e indirecta. Entre las primeras destacan los Entes de Derecho Público –particularmente en Andalucía–, los Consorcios –predominante en Cataluña– y las Fundaciones Públicas Sanitarias. Las principales fórmulas de gestión indirecta han sido las Entidades de Base Asociativa de profesionales de Cataluña y la Concesión Administrativa de la Comunidad Autónoma Valenciana. Así, la personificación jurídica de centros sanitarios, y la gestión indirecta de servicios, intentan mejorar la eficiencia organizativa del sistema sanitario.

Sin embargo, no existen suficientes estudios empíricos que demuestren la mayor eficiencia de estas reformas. Las nuevas fórmulas de gestión directa parecen mejorar las que eran tradicionales en la gestión sanitaria, pero la falta de separación efectiva entre financiador y proveedor público y la disminución progresiva de la autonomía de gestión de dichas fórmulas señalan una pérdida de eficiencia en términos dinámicos.

Las formulas de gestión indirecta de servicios tampoco han sido evaluadas de forma sistemática e independiente. La participación privada lucrativa siempre debe ser minoritaria y sometida a procesos rigurosos de evaluación y control. Pero su rechazo apriorístico carece de sentido. Particularmente innovadoras en el ámbito de la atención primaria pueden resultar las entidades de base asociativa de profesionales sanitarios.

La agenda política necesita incluir una reforma ambiciosa de formas organizativas y de gestión de centros sanitarios: relaciones laborales, modelos retributivos, coordinación entre niveles asistenciales, modelos de financiación de los centros, grado de libertad de elección de los usuarios y descentralización del centro sanitario y sus unidades clínicas.

Como conclusiones de este análisis se efectúan las siguientes recomendaciones:

- Modernizar y transformar las fórmulas burocráticas de gestión que dominan en los Servicios Regionales de Salud, convirtiéndolas en Entes de Derecho Público que faciliten la descentralización y la modernización de la gestión sanitaria.
- Realizar ajustes de plantilla pactados y negociados, particularmente en los grandes centros hospitalarios. Reducir excedentes de personal de ciertas categorías fomentando la movilidad e incentivando jubilaciones anticipadas.
- Para que la mejora de eficiencia lograda través de la personificación jurídica de centros sanitarios sea real y sostenible en el tiempo, es necesario que esta fórmula se inserte en un marco adecuado de regulación, financiación y control.
- Es fundamental establecer un sistema de información, válido para el conjunto del Estado, sobre costes, recursos, productos intermedios y resultados en salud.
- Potenciar la separación efectiva entre financiador-comprador y proveedor público.
- Elaboración de un Estatuto Común para el conjunto de fórmulas jurídicas públicas de gestión directa de los servicios sanitarios.
- Desarrollar fórmulas ajustadas de financiación *per cápita*, como mecanismo clave para repartir recursos en función de las necesidades sanitarias y favorecer la integración y coordinación entre niveles asistenciales.
- Apoyar la participación de los ayuntamientos en las formulas de gestión directa. En este sentido el consorcio resulta idóneo. También es positiva la participación de entidades no lucrativas que proporcionen sinergias y ventajas competitivas.
- No es aconsejable un exceso de privatización en la producción de servicios sanitarios, que abra la puerta a rupturas del aseguramiento único, o al control del regulador público por las empresas reguladas. Como experiencias de tipo minoritario pueden suponer un factor de innovación, con tal que estén sujetas a mecanismos adecuados y transparentes de financiación, regulación y control.

En el contexto de cambio global del Sistema Nacional de Salud, las reformas organizativas y de gestión desempeñan una función importante. Entre el inmovilismo organizativo, manteniendo a ultranza los modelos burocráticos de producción pública que caracterizan los actuales Servicios Regionales de Salud, y la defensa de las virtudes del mercado, que no funciona en un ámbito como el sanitario, existen posibilidades de innovación organizativa que estamos obligados a explorar para mantener y mejorar nuestro Sistema Nacional de Salud.

## Introducción

El objetivo de este informe es analizar y valorar las nuevas fórmulas de gestión directa e indirecta que se están desarrollando en el ámbito del SNS<sup>1</sup>. Conviene acotar el alcance de este documento, y establecer algunas cautelas metodológicas.

En primer lugar, no se discute la ruptura del aseguramiento único ni la privatización, aunque sea parcial, de la financiación del sistema. Es decir, el análisis se restringe exclusivamente a las nuevas fórmulas jurídicas de producción de servicios sanitarios, tanto de gestión directa como indirecta, sin alterar la esencia del pacto colectivo que supone el Sistema Nacional de Salud relativo a la igualdad de acceso con independencia del nivel de renta o status.

En segundo lugar, resulta imposible obtener indicadores robustos que nos permitan discriminar entre distintas formas jurídicas y organizativas de prestación de servicios sanitarios en términos de eficiencia relativa y de equidad e igualdad de acceso. No existen sistemas de información a nivel de Estado ni de Comunidades Autónomas que lo posibiliten. Difícilmente pueden adoptarse políticas sanitarias bien informadas, y valorar adecuadamente las opciones y alternativas disponibles, si no se dispone de unas mínimas fuentes de información fiables y sólidas a nivel de Estado.

El documento desarrolla nueve apartados. El epígrafe 1 sitúa las reformas organizativas sanitarias en el contexto más amplio de las reformas en la gestión de los Estados del Bienestar modernos frente al reto de la globalización económica. El epígrafe 2 caracteriza brevemente las principales reformas de la gestión pública sanitaria y el ámbito teórico en el que se inscriben. El epígrafe 3 analiza, desde el punto de vista organizativo y de gestión, el Sistema Nacional de Salud y alguna de las implicaciones que el proceso generalizado de transferencias puede tener para las reformas de los SRS.

---

<sup>1</sup> Agradezco a M<sup>a</sup> José Montoya, alumna de la 2<sup>a</sup> Edición del Master de Economía de la Salud y Dirección de Organizaciones Sanitarias, a Carmen Pérez, Profesora de Contabilidad de la Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales de Granada, y a Juan Manuel Cabasés, Catedrático de Hacienda Pública de la Universidad Pública de Navarra, su ayuda, comentarios y sugerencias. También quiero agradecer a Albert Ledesma, Director del Equipo de Asistencia Primaria de Vic y a Alberto de la Rosa, Gerente del Hospital de la Rivera, su amabilidad y disposición a responder a mis preguntas.

El epígrafe 4 identifica las nuevas fórmulas de gestión directa e indirecta de servicios sanitarios. El epígrafe 5 analiza las principales innovaciones en las fórmulas de gestión directa: entes de derecho público, fundaciones públicas y consorcios. El epígrafe 6, realiza un análisis dinámico del grado de autonomía del Hospital Costa del Sol, desde su inicio hasta la actualidad. Análisis y resultados que posiblemente pueden generalizarse a otras fórmulas de gestión directa. El epígrafe 7 centra su atención en las nuevas fórmulas de gestión indirecta, que implican la participación del sector privado en la producción.

Finalmente, los epígrafes 8 y 9 evalúan las nuevas fórmulas de gestión y ofrecen un pequeño conjunto de conclusiones y recomendaciones.

## 1. Estados del Bienestar y reformas en la gestión pública

El Leviatán es un monstruo marino de la literatura bíblica. En 1651 Thomas Hobbes publicó un libro con este título. En su célebre obra enfrenta al Leviatán con Behemoth, el representante del caos, para afirmar que siempre es mejor un gobierno que un estado de desorden, violencia e incertidumbre sobre el futuro. Para Hobbes el Estado es un mal necesario para evitar la anarquía. El sistema moderno de Estados Nación fue alumbrado en 1648 en la Paz de Westfalia que puso fin a la Guerra de los Treinta años y supuso la consagración de los actuales Estados modernos en actores institucionales clave. La soberanía nacional sobre un territorio, el monopolio legítimo de la violencia y la pertenencia universal de los individuos a un solo Estado son sus principales rasgos característicos.

La eclosión del Estado del Bienestar se produce después de la Segunda Guerra Mundial debido a que el crecimiento permitió financiar la expansión del gasto público sin afectar de forma importante al equilibrio entre los sectores público y privado. El Estado del Bienestar, supone un pacto colectivo contra el azar y los malos riesgos, estableciendo una red de seguridad que protege a los ciudadanos contra la enfermedad, la pobreza y el desempleo, el desamparo en la vejez, y la ignorancia. La creación de sistemas de pensiones, de servicios sociales de financiación pública, de sistemas sanitarios de acceso universal, y de sistemas de educación obligatoria a los niveles básicos constituye un pacto social “de la cuna a la tumba” que abarcan a la práctica totalidad de los ciudadanos que viven en los países desarrollados.

Sin embargo, en los años 70, coincidiendo con la primera crisis del petróleo, se produce la denominada Crisis del Estado del Bienestar, que refleja la frustración de las expectativas de cobertura que se estimularon inicialmente, ante la difícil sostenibilidad de las prestaciones y las crecientes demandas de los ciudadanos.

Caracterizada con frecuencia por la tríada, crisis fiscal, crisis de competitividad y crisis de legitimidad, la discusión y análisis del futuro del Estado del Bienestar, constituye sin duda uno de los temas prioritarios de la agenda política en los próximos años.

Actualmente el debate sobre el Estado del Bienestar ha adquirido una nueva dimensión con la aparición y el desarrollo de varios fenómenos económicos íntimamente relacionados. En la última década del siglo XX hemos vivido una transición histórica que

alumbra nuevas formas de organización social. En la raíz de esta transformación se encuentran tres fenómenos crecientemente entrelazados (Castells, 1997): una revolución tecnológica centrada en las tecnologías de la información, la formación de una economía global que constituye la unidad de acción cotidiana de los agentes económicos en tiempo real, y la flexibilidad de los procesos y las organizaciones para responder a este marco organizativo y tecnológico.

El conjunto de estas transformaciones está afectando profundamente al Estado de Bienestar construido en el siglo XX por las principales economías avanzadas y que está siendo sometido a un severo proceso de cambios y reestructuración.

El proceso de innovación institucional y organizativa de los sistemas sanitarios debe enmarcarse, aunque presenta rasgos diferenciales específicos, en una estrategia más global de rediseño del Estado del Bienestar y de sus formas de organización y gestión. Como ha mencionado el profesor González-Páramo (1997), la crisis del Estado del Bienestar es, en buena medida, la crisis de las formas tradicionales de gestión pública. En tanto se asuma el papel activo del sector público en la cohesión social y la articulación colectiva de la solidaridad, éste necesita introducir cambios a gran escala en su concepción y diseño (Echebarría, 1996). Un Estado del Bienestar potente constituirá una mejor garantía del crecimiento de la productividad y del desarrollo humano, si se acompasa el aumento en los consumos públicos y privados con las mejoras en la productividad, si se compensan adecuadamente las consideraciones de equidad y las de eficiencia, y si la vertiente sanitaria del Estado del Bienestar prioriza las intervenciones sanitarias efectivas, prestando atención al impacto de las mismas tanto en la salud de la población como en el crecimiento económico (Ortún, 1998).

## 2. Reformas en la gestión pública sanitaria

Los sistemas sanitarios europeos, y el español en particular, han participado en el auge de las reformas en la gestión pública que ha acontecido durante la última década del siglo XX. Se puede señalar tres grandes estrategias de reforma en la gestión pública. Son: el “gerencialismo”, la introducción de mecanismos de cuasimercados y la privatización (Albi, González-Páramo, y López Casanovas, 1997; Martín, 1999). Las tres pueden verse como formas alternativas de trasladar la capacidad de decisión hacia los agentes con mayor potencial de logro de la eficiencia.

Albi, González Páramo y López Casanovas (1997) identifican el **gerencialismo** con los siguientes rasgos: 1) Mayor peso de los elementos competitivos; 2) Importación de técnicas de gestión empresarial (marketing de servicios; valoración de puestos de trabajo, gestión de inventarios, etc.); 3) Gestión profesional activa y discrecional; 4) Medidas explícitas sobre objetivos, resultados, costes e impacto sobre el bienestar; 5) Énfasis en productos finales frente a procesos; 6) Desagregación del sector público en unidades manejables; 7) Controles presupuestarios menos específicos y orientados a la evaluación *ex post*; 8) Cultura de servicio y de orientación al usuario y 9) Atribución clara de responsabilidades.

Los modelos gerenciales suponen la importación de técnicas de gestión empresarial al ámbito sanitario. Durante las dos últimas décadas, el discurso gerencial ha dominado las estrategias de cambio del SNS español. Tanto el extinto INSALUD como el resto de SRS han desarrollado estrategias en este sentido, concretándose, en la práctica, en el desarrollo de los contratos-programa o contratos de gestión, el desarrollo de sistemas de información sobre actividad y costes, la elaboración de planes estratégicos en el ámbito corporativo y de centro sanitario, y el desarrollo de la gestión clínica.

Los cuasi-mercados comprenden una amplia gama de mecanismos que pretenden emular el funcionamiento del mercado, transformando de forma más o menos radical las grandes burocracias públicas que tradicionalmente han realizado las funciones de producción y distribución de buena parte de los servicios públicos que caracterizan a los Estados del Bienestar modernos.

La privatización completa implicaría en sanidad la creación de mercados de aseguradoras privadas con fines de lucro. La competencia entre aseguradoras privadas plantea problemas de eficiencia y equidad. Puede aumentar de forma notable los costes de transacción, regulación y control<sup>2</sup>, generar selección de riesgos<sup>3</sup> por parte de la aseguradora y permite trasladar a primas la ineficiencia del sistema.

Con relación a la equidad, los mercados de aseguradoras privadas son difícilmente compatibles con cualquiera de las definiciones de la misma, en particular con aquéllas que implican al menos el acceso universal a los servicios sanitarios concebidos como un servicio público, lo que implica la existencia de subvenciones cruzadas dentro del sistema: de ricos a pobres, de jóvenes a viejos y de sanos a enfermos. Para que la privatización de la compra de servicios fuera compatible con los criterios de equidad de nuestros sistemas sanitarios, deberían mantenerse en todo caso las posibilidades básicas de elección de los ciudadanos, lo que exige una adecuada regulación y mecanismos bien diseñados de financiación capitativa ajustada para evitar problemas de selección de riesgos.

La estrategia que promueve la financiación y el aseguramiento público, pero descentraliza la función de compra en aseguradoras privadas lucrativas, mantiene en toda su envergadura los problemas planteados, especialmente el problema de selección de riesgos. Además, el progreso tecnológico, tanto los avances en conocimiento del genoma humano como las mejoras en transmisión de la información, no haría sino agravarlo. Una garantía de que no se use esta información oportunista o interesadamente es que la función aseguradora y de compra no se descentralice en entidades con finalidad lucrativa (Ortún, 1998). Esta opción encontraría, además, dificultades para su implantación actualmente en España (Ortún y López Casasnovas, 2002).

La estrategia desarrollada en el SNS español, con numerosas variantes, ha sido descentralizar la producción para favorecer la competencia entre los proveedores, que asumen riesgos en su gestión. La idea central es separar las funciones de financiación y regulación, compra y producción de servicios. El financiador público, mediante contratos, asignaría recursos a los proveedores sanitarios trasladándoles un cierto nivel de riesgos y por tanto de potenciales beneficios y pérdidas.

Esta separación de funciones supone un intento de disminuir la fuerte integración vertical que caracteriza a los SRS en el Estado Español y se ha concretado en tres procesos de reforma paralelos:

---

<sup>2</sup> Como aproximación indirecta, baste con señalar que el sistema sanitario estadounidense soporta unos costes de administración que suponen el 25% del total de recursos empleados, frente al sistema sanitario británico que alcanza el 4%.

<sup>3</sup> Las compañías aseguradoras tienen incentivos para un comportamiento oportunista intentando atraer a la máxima proporción de beneficiarios sanos, así como a “esquivar” a la máxima proporción de beneficiarios poco sanos y costosos.

- La introducción de contratos programa y contratos de gestión, tanto en el antiguo INSALUD como en los restantes SRS, unido al desarrollo al menos formal de la gestión clínica y de la gestión de procesos.
- La personificación jurídica de hospitales y centros sanitarios mediante distintas fórmulas, fundamentalmente entes públicos, fundaciones públicas y consorcios.
- El desarrollo de formas innovadoras de contratación externa o gestión indirecta con proveedores privados (lucrativos y no lucrativos) como son la contratación con entidades de base asociativa de Cataluña o la experiencia de Alzira en la Comunidad Valenciana.

El objetivo de estas reformas es mejorar la eficiencia sin afectar a los niveles de equidad que caracteriza un Sistema Nacional de Salud. La eficiencia se refiere a menores costes, reducción de los tiempos de espera, capacidad de adaptación a entornos y necesidades cambiantes, garantía de continuidad en la atención, satisfacción de los ciudadanos, y mayores logros en salud, lo que podría resumirse en una mejor relación coste/efectividad sin afectar negativamente a la equidad. La equidad según se define en nuestros sistemas sanitarios se refiere a igual accesibilidad a los servicios para igual necesidad.

En todos los casos, la separación de funciones entre financiador, comprador y proveedor de servicios junto a la utilización de contratos constituyen el eje vertebrador de los cambios. La literatura identifica argumentos tanto favorables como reticentes a la descentralización y la utilización de contratos como mecanismo para mejorar la eficiencia (López Casanovas, 1999; Cabasés *et al.*, 2003; Ibern, 2003). Entre los primeros, que favorecen una menor integración vertical de las transacciones sanitarias pueden destacarse (Cabasés y Martín, 1997):

- Disminución de los costes fijos. Cuanto menor sea el grado de integración de una organización, menores serán sus costes fijos y mayores sus costes variables. En términos generales, la contratación externa de actividades en sanidad (por ejemplo la contratación del mantenimiento integral de un hospital) intercambia costes fijos por variables. Esto permite una mayor flexibilidad y capacidad de adaptación a cambios del entorno.
- Disminución global de los costes. Este aspecto es específicamente relevante en los centros sanitarios públicos debido fundamentalmente a los mayores costes laborales de los mismos frente a los que presentan potenciales proveedores externos (públicos y privados).
- Capacidad de adaptación ante innovaciones tecnológicas. Dadas las características complejas de la producción sanitaria es muy difícil poder adaptarse a todos los cambios tecnológicos. Así, por ejemplo, en servicios como mantenimiento de instalaciones

y equipamientos o cocinas, los cambios tecnológicos dejan rápidamente obsoletas ciertas instalaciones y su sustitución puede requerir cuantiosas inversiones y esfuerzos organizativos. La contratación externa del servicio permite, bien exigir al proveedor una adaptación a las nuevas exigencias tecnológicas, o bien cambiar de proveedor.

- Problemas de gestión. Un alto nivel de integración vertical en las organizaciones sanitarias exige gestionar actividades que requieren competencias muy distintas al núcleo básico de producción, aumentando considerablemente la complejidad organizativa y los costes de administración. Las capacidades gerenciales son en general más exigentes al requerir sistemas de coordinación y motivación entre áreas de organización y actividad muy diferentes entre sí.

Frente a estas posibles ventajas, conviene reseñar diversas cautelas. En un sector como el sanitario, necesitado de un elevado nivel de coordinación, habría que demostrar las ganancias de la diversificación, cuyos costes de transacción son elevados, frente a las ineficiencias del monopolio público único que se rige por criterios políticos y del que más rentas pueden extraer los grupos de presión (Ortún y López-Casasnovas, 2002).

Desde el enfoque de la economía de los costes de transacción (Williamson, 1991 y 1993), los incentivos para internalizar o contratar externamente dependen de los atributos que presenten las distintas transacciones. A mayor grado de especificidad de los activos, las relaciones de mercado tienden a ser sustituidas por relaciones contractuales bilaterales donde la dependencia mutua es un rasgo dominante. La concertación característica del modelo sanitario catalán, mediante el establecimiento de la XHUP, es un ejemplo de esta dependencia bilateral. La existencia de activos específicos de localización y activos fijos unidos a la especificidad del capital humano de los profesionales propicia esta dependencia.

Por su parte, el diseño de un contrato de servicios externo en sanidad, se enfrenta con problemas de asimetrías de información ampliamente estudiados (Laffont y Tirole, 1993): Riesgo moral, selección adversa, y selección de riesgos.

Desde el punto de vista de la práctica de la contratación externa, hay tres elementos que condicionan la decisión de contratar: la existencia de proveedores eficientes, la existencia de competencia entre ellos y que los costes de contratar (costes de transacción) sean inferiores a los ahorros potenciales (Domberger y Rimmer, 1994).

Tanto los cuasimercados como los modelos gerenciales han protagonizado las reformas en los sistemas sanitarios de la mayoría de los países desarrollados. Los resultados de estas experiencias son controvertidos, están condicionados por la historia institucional y organizativa de cada país, así como por las características del proceso político de decisión y su capacidad de acometer cambios significativos y no meramente retóricos, de forma sostenible en el tiempo.

Estas reformas gerencialistas y de introducción de cuasi mercados, si bien frecuentemente han sido introducidas por gobiernos liberales o conservadores, han sido posteriormente continuadas y mantenidas, si bien con reformas, por gobiernos laboristas o socialdemócratas. Un ejemplo paradigmático es el Reino Unido, donde la reforma sanitaria iniciada en 1991 bajo gobiernos conservadores fue mantenida en su esencia por los laboristas a partir de 1997. Los principales cambios consistieron en la desaparición de los *GP fundholdings* y su sustitución por grupos de atención primaria (*PCGs; Primary Care Groups*) con base geográfica, con la finalidad de evitar la selección de riesgos. La contratación plurianual sustituye a los contratos anuales y los términos de cooperación y *partnership* al de competencia<sup>4</sup>.

En sentido opuesto, en Nueva Zelanda, pionera en la introducción de modelos gerencialistas en el sector público a mediados de los 80, en 1999 un gobierno de coalición liderado por los laboristas suprimía la separación de las funciones de compra y producción en el sector sanitario. A partir del año 2001 se crearon 21 *District Health Boards* que reciben financiación en función de su población ajustada por variables de necesidad. Estas organizaciones proveen servicios hospitalarios y compran servicios de atención primaria (Or, 2002).

---

<sup>4</sup> Para una evaluación de los resultados de la reforma británica basada en la creación de mercados internos, véase Le Grand, Mays y Mulligan (1998) y Koen (2000). Para un análisis de diversos países véase Cabiedes (2003). Véase también <http://www.observatory.dk>.

### 3. El Sistema Nacional de Salud español

En sus inicios, nuestro actual sistema sanitario público surge en el marco de los Seguros Obligatorios de Enfermedad, pero a diferencia de otros modelos continentales europeos, la Seguridad Social española desarrolla –sobre todo en los años sesenta– una extensa red de centros y organizaciones propias de carácter ambulatorio y hospitalario –con la relativa excepción de Cataluña–, integrados jerárquicamente en el INP.

Históricamente, por tanto, nuestro sistema sanitario de Seguridad Social se ha caracterizado por una fuerte integración de la financiación y producción o provisión de servicios. Las organizaciones sanitarias públicas así configuradas están regidas por el principio de jerarquía, sometidas al Derecho Público en todos sus ámbitos y sujetas a un fuerte proceso de centralización en su toma de decisiones. Son claros ejemplos de burocracias públicas.

El ámbito de la regulación laboral adoptó una forma peculiar y específica, el marco estatutario, condicionado por el hecho de ser personal dependiente del INP (y no de la Administración del Estado), surgir en un régimen político no democrático y desarrollarse fundamentalmente en los años de expansión económica de finales de los sesenta y principios de los setenta<sup>5</sup>.

Realizada la transición democrática, la Constitución y la Ley General de Sanidad (LGS) sancionaron el derecho a la protección de la salud y el derecho universal a la asistencia sanitaria, iniciando el proceso de transformación de un sistema de Seguridad Social a un Sistema Nacional de Salud, pero no modificaron en términos significativos la regulación a que están sometidos los centros sanitarios públicos.

El proceso de transferencias de la gestión sanitaria a las CCAA hasta 1994 tampoco fue aprovechado en este sentido. La forma jurídica escogida para las organizaciones sanitarias públicas ha sido la de OAA y Entes Gestores de la Seguridad Social (INSALUD e ICS).

---

<sup>5</sup> Su regulación especial se recoge en el Estatuto jurídico del personal médico de la Seguridad Social (Decreto 3160 de 23-12-1966), el Estatuto de personal auxiliar sanitario titulado y auxiliar de clínica de la Seguridad Social (Orden de 26-4-1973) y el Estatuto de personal no sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social (Orden de 5-7-1971).

Cataluña en 1990 creó el SCS como Ente Público, pero no pretendió transformar la regulación de los servicios sanitarios del INSALUD que se transfieren, que se agrupan en el ICS, sino regular la relación con los hospitales concertados, muy numerosos históricamente en Cataluña. Por su parte, la Comunidad Valenciana ha creado el Servicio Valenciano de Salud, como un órgano indiferenciado de la CA con rango de Dirección General.

El amplio y rápido proceso de transferencias acaecido recientemente también ha resultado conservador en cuanto a las fórmulas jurídicas escogidas por los SRS, constituidos para gestionar las redes sanitarias del antiguo INSALUD en el territorio de cada una de las 10 comunidades Autónomas. En este sentido la mayor parte de los recién creados SRS se han constituido como Organismos Autónomos de Carácter Administrativo<sup>6</sup>. Pueden definirse como entidades de derecho público creadas por Ley, que tienen personalidad jurídica y patrimonio propio, que actúan en régimen de descentralización administrativa y que tienen como función la organización y administración de un servicio público, de los fondos que tienen adscritos y de actividades y bienes.

Esto implica esencialmente regularlas de forma similar al resto de la Administración Pública, sometiénolas a un corsé de tipo administrativo de vocación garantista que prioriza la legalidad frente a la eficiencia. Este sometimiento alcanza a las principales materias de contenido económico, régimen presupuestario, de personal, retributivo, de contratación, contabilidad, control previo de legalidad y tesorería.

En el ámbito de la regulación laboral, el colectivo, cuantitativa y cualitativamente, más relevante es el denominado personal estatutario. El personal estatutario está regulado por disposiciones preconstitucionales, pero como la experiencia ha mostrado, difíciles de modificar. El desarrollo de una norma básica de regulación del personal que trabaja para las instituciones sanitarias públicas era contemplado en la LGS de 1986, pero no se ha llevado a efecto. La ausencia de un desarrollo legislativo básico en materia de personal ha provocado un grado notable de inseguridad jurídica. Las CCAA con transferencias han ido desarrollando determinados aspectos normativos del personal de las instituciones sanitarias públicas, como el referido a la determinación del sistema retributivo o incluso llegando a establecer una propia y completa regulación específica como es el caso del Servicio Navarro de Salud.

El previsto y anunciado Estatuto Marco aún no ha sido aprobado legislativamente. Mientras esto no se produzca, las 17 Comunidades Autónomas del Estado Español estarán en

---

<sup>6</sup> Esta forma jurídica ha sido derogada por la Ley de Organización y Funcionamiento de la Administración General del Estado (LOFAGE; BOE 311, de 29 de diciembre de 1958), en el ámbito de la Administración Central, pero sigue en vigor en las CCAA que tengan desarrollada esta forma jurídica en su legislación. Por ejemplo la Ley 2/1998 de 15 de junio, de Salud de Andalucía (BOJA núm. 74, de 4 de julio de 1998), posterior a la LOFAGE, califica al SAS como OAA.

una situación precaria, provisional y llena de incertidumbres, en relación con la gestión de los recursos humanos, del personal más importante cuantitativamente de sus SRS: el personal estatutario en sus diferentes categorías.

El actual marco estatutario de regulación del personal es disfuncional y rígido: cualquier prestación o actividad nueva tiene que efectuarse con recursos adicionales, dadas las enormes dificultades para la movilidad del personal. La rigidez y centralización de la regulación laboral (no sólo del personal estatutario, sino también del laboral y funcionario), otorga el protagonismo a las cúpulas sindicales y políticas. Los directivos de los centros sanitarios disponen de pocas competencias y autonomía (derechos residuales de decisión y control) en la gestión de recursos humanos.

Las políticas de planificación y gestión de recursos humanos han estado orientadas al corto plazo, presentando un marcado carácter reactivo, como respuesta frente a las presiones políticas de distintos grupos de interés. La situación actual presenta importantes desajustes y desequilibrios, particularmente acusados en las profesiones sanitarias, siendo los más relevantes: el grave desequilibrio en la dotación relativa de enfermeros y médicos en relación con el entorno europeo, en términos poblacionales (1,08 frente a 2,7); las grandes divergencias en las dotaciones territoriales de veterinarios, odontólogos y médicos entre las CCAA<sup>7</sup>; unas pirámides de edad de médicos, por especialidades, muy heterogéneas y sobrecargadas en determinados tramos de edad; y un notable desequilibrio dinámico entre posibilidades de formación y oportunidades de empleo para especialistas (González López-Valcárcel, 2000)<sup>8</sup>.

Los responsables políticos sanitarios de las distintas CCAA han ido desarrollando su propio modelo retributivo, respetando a veces sólo formalmente la legislación básica estatal. La jurisprudencia del Tribunal Supremo así como el principio de autonomía han legitimando en general estas actuaciones. En el contexto de un Estado fuertemente descentralizado y siguiendo el principio constitucional de autonomía difícilmente podría ser de otro modo. Es cada vez más necesario promulgar una legislación que regule el papel del Estado y de las Comunidades Autónomas en el complejo ámbito de las políticas de personal en el Sistema Nacional de Salud.

La generalización de las transferencias sanitarias al resto de las CCAA del Estado Español y los consiguientes procesos de negociación entre los responsables políticos sanitarios de estas CCAA y los representantes sindicales están provocando un generalizado

---

<sup>7</sup> Particularmente acusadas en algunas especialidades como Otorrinolaringología, Oftalmología, Aparato digestivo, Pediatría y Traumatología.

<sup>8</sup> Por ejemplo, en un reciente estudio publicado por la fundación del Sindicato Médico (Fundación CESM, 1999) se señala que en los próximos 5 años el SNS tendrá una sobrecarga adicional de 14.750 médicos, en 10 años 28.650 y en los próximos 20 años 47.121.

proceso de incrementos retributivos y de plantillas (Martín, 2003). A modo de ejemplo para los facultativos: Baleares experimenta un incremento de 4.197 € aplicables durante los años 2002 y 2003, el Servicio de Salud de Castilla y León 3.582 € (25% cada año hasta el 2005), el Servicio de Salud del Principado de Asturias 3.550 € (40% durante 2002 y 2003 y el 20% restante aplicable en el 2004) y el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha 2.945 € repartidos un 50% en este ejercicio y un 25% los próximos dos años.

Un segundo elemento a considerar es el aumento implícito o explícito de plantillas que se han asumido en los acuerdos. Diversas CCAA han asumido incrementos explícitos de plantilla como el Servicio de Salud de las Islas Baleares (aumento de plantilla de 500 profesionales), el Servicio Murciano de Salud (180 nuevas plazas de médicos) y el Servicio de Salud Castilla-La Mancha (131 nuevas plazas de médicos, 2.500 nuevos puestos de trabajo en los próximos cinco años). También se han adoptado medidas que claramente tienen repercusiones presupuestarias incrementando los gastos de personal, como son la aplicación de la jornada semanal de 35 horas o la disminución del máximo de tarjetas sanitarias por facultativo (médico de familia y pediatra).

Una tercera y preocupante característica, de la práctica totalidad de los acuerdos retributivos suscritos, es que tanto los incrementos de retribuciones como los aumentos de plantilla o la mejora en las condiciones de trabajo no han tenido su correlato en cambios en el diseño de retribuciones que mejoren las claras deficiencias del modelo preexistente en el INSALUD. La totalidad de los incrementos retributivos en todas las CCAA que han recibido últimamente las transferencias se ha realizado en los componentes fijos, reforzando el carácter salarial del modelo y aumentando aún más la disociación entre rentas obtenidas por los profesionales y el esfuerzo en el desempeño del puesto de trabajo.

Esta situación, unida a los persistentes problemas de insuficiencia financiera, que no parece tiendan a solucionarse con el nuevo modelo de financiación autonómica pueden generar importantes tensiones financieras a corto plazo.

## 4. Reformas organizativas y de gestión en el Sistema Nacional de Salud<sup>9</sup>

Como respuesta, al menos parcial, a los problemas estructurales descritos anteriormente, surgen las propuestas gerencialistas y de cuasimercados que tienen su primera plasmación política en el Informe Abril (1991), que propone 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.

Desde entonces, los distintos responsables políticos, tanto del antiguo INSALUD como de otros SRS con transferencias, han desarrollado estas estrategias mediante diversas políticas combinadas que pueden agruparse básicamente en las tres mencionadas anteriormente: la aplicación de instrumentos gerenciales (sistemas de información sobre actividad y costes, gestión clínica, incentivos monetarios, planes estratégicos a nivel corporativo y de centros<sup>10</sup>, etc.) articulados en torno a los contratos-programa o contratos de gestión<sup>11</sup> en las burocracias públicas del antiguo INSALUD y otros SRS, la personificación jurídica de algunos centros sanitarios, y la gestión indirecta con proveedores lucrativos o no lucrativos, lo que ha significado en el Sistema Nacional de Salud una auténtica eclosión de formas jurídico-organizativas, diferentes de las burocracias públicas tradicionales, en la mayor parte de las Comunidades Autónomas.

La figura recoge en la página siguiente los principales tipos de gestión directa e indirecta existentes en la actualidad en el ordenamiento jurídico español para el ámbito del SNS<sup>12</sup>.

---

<sup>9</sup> Para análisis y discusión de distintas aproximaciones sobre las reformas del SNS véase Barea y Gómez (1994); Costas Lombardía (1995); Arruñada (1997); Temes y Gil (1997); Martín y De Manuel (1998); Martín (1999); Repullo y Enríquez (2000); Rey (2000a, 2000b, 2001); y González y Urbanos (2002).

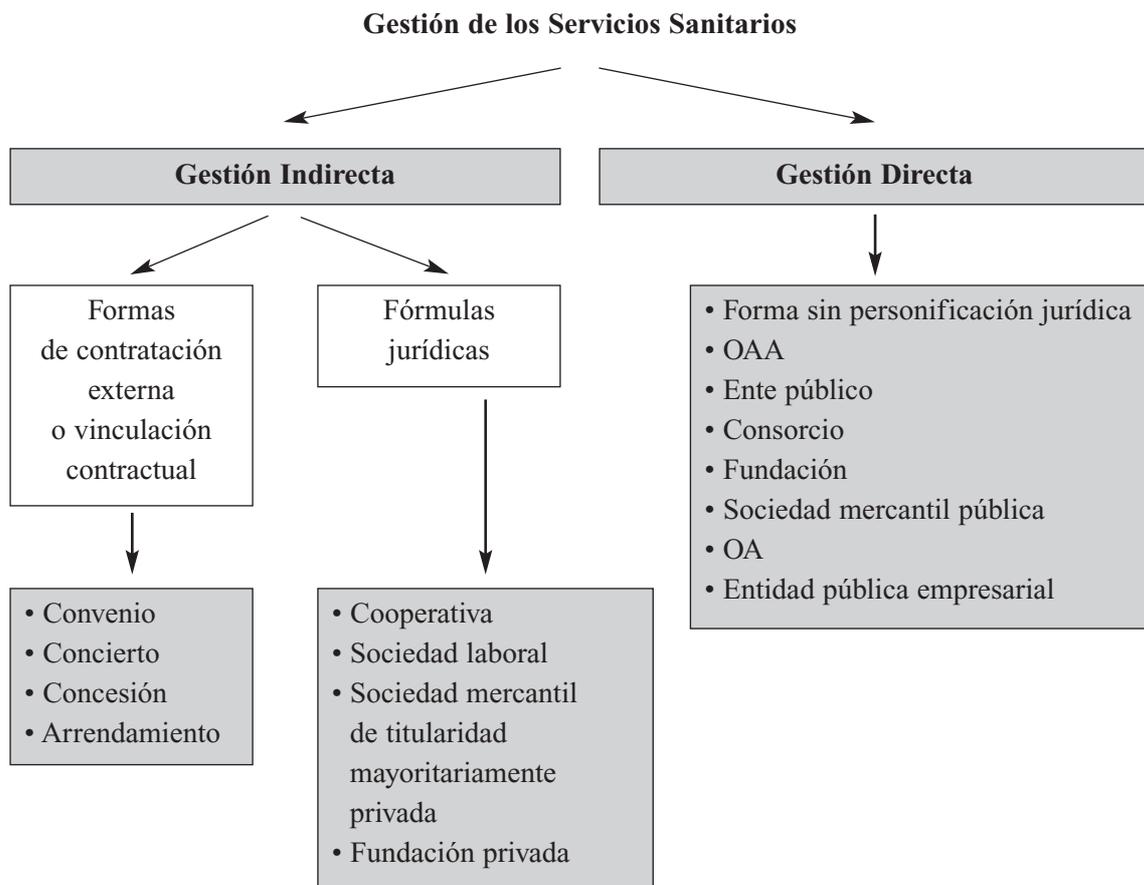
<sup>10</sup> El Plan Estratégico del INSALUD o del Servicio Andaluz de Salud por ejemplo.

<sup>11</sup> En el ámbito específico del sector sanitario el contrato-programa o contrato de gestión puede definirse como un instrumento de relación con los centros públicos sanitarios que vincula la actividad al presupuesto asignado a cada centro. Para un análisis y evaluación de los contratos programa y contratos de Gestión, véase Cabasés y Martín (1997) y González y Ventura (2000).

<sup>12</sup> Para un análisis general sobre la aplicación del Derecho Privado a las empresas públicas véase Montoya (1996). Para una descripción y análisis amplio, desde una perspectiva eminentemente jurídica, de las distintas fórmulas de gestión directa e indirecta de los servicios sanitarios en el SNS véase el excelente trabajo de Gómez de Hita (2000) sobre las formas jurídicas de la organización sanitaria.

La gestión directa implica la producción del servicio público directamente por la Administración pública, aunque sea mediante persona jurídica interpuesta. Por el contrario, 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 tipos de contratación externa establecidos en el TRLCAP o en la LGS.

**Figura 1. Fórmulas de gestión de los servicios sanitarios**



Elaboración propia

## 5. Nuevas fórmulas de gestión directa en el Sistema Nacional de Salud

La personificación jurídica de centros sanitarios aspira a escapar de los aspectos más engorrosos del Derecho Público mediante la utilización del Derecho Privado por entes que cumplen funciones administrativas, manteniendo la personalidad de derecho público, constituyendo ésta una vía para conseguir aumentar la flexibilidad y libertad en su funcionamiento (Ariño y Sala, 1995; Núñez Feijóo 1999; Martín, López del Amo y Pérez, 2002). Esta estrategia conocida en el ámbito jurídico como “la huida del Derecho Administrativo” (Borrajó, 1993) tiene importantes ventajas.

Como afirma Sánchez-Caro (2000): “la personalidad jurídica libera de los aspectos más enojosos de la legislación mercantil, como el control de la competencia desleal o la normativa sobre abuso de posición dominante. Por otro lado, al tratarse de personas públicas pueden ostentar potestades administrativas. En cambio, la calificación como empresa pública permite escapar de las leyes generales sobre formación de la voluntad de las Administraciones públicas y, sobre todo, sus mecanismos de control, someterse a normas privadas en materia de contratación, personal y patrimonio, y actuar bajo un régimen presupuestario menos exigente”.

La Ley 15/1997 sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud<sup>13</sup> 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 LGS. 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<sup>14</sup>. También recoge explícitamente la gestión indirecta de servicios remitiéndose a la LGS<sup>15</sup>.

---

<sup>13</sup> La Ley 15/1997 (BOE 100, de 26 de abril de 1997) fue el resultado de la tramitación parlamentaria del Real Decreto-Ley 10/1996, (BOE 147, de 18 de junio y 149, de 20 de junio).

<sup>14</sup> “...la gestión y administración de los centros, servicios y establecimientos sanitarios de protección de la salud o de atención sanitaria o sociosanitaria podrá llevarse a cabo directamente, o indirectamente a través de la constitución de cualesquiera entidades de naturaleza o titularidad pública permitidas en Derecho”.

En el ámbito concreto del INSALUD, el desarrollo legislativo de dicha Ley fue paralelo con el Plan Estratégico del organismo, que aspiró formalmente a la personificación jurídica propia de sus centros sanitarios, aunque salvaguardando los derechos adquiridos por sus trabajadores y renunciando en principio a la laboralización de los mismos. El Plan Estratégico del INSALUD promovió un proceso individualizado de personificación jurídica, en el que cada hospital debía elaborar su propio plan estratégico y ser homologado y acreditado para convertirse en Fundación Pública Sanitaria (FPS), o excepcionalmente en Consorcio, de acuerdo con lo fijado en el RD 29/2000, de 14 de enero, sobre nuevas formas de gestión del INSALUD (RDNFG)<sup>16</sup>.

Todo este esfuerzo legislativo y de innovación organizativa no ha tenido ninguna plasmación práctica como consecuencia del cambio en las prioridades de la agenda política que se estableció en la presente legislatura. Al establecer como primera y única prioridad la generalización y finalización del proceso de transferencias sanitarias y el establecimiento de un nuevo modelo de financiación autonómica, se cercenó la posibilidad de una reforma sustantiva de la enorme burocracia pública que era el INSALUD.

Las experiencias de personificación jurídica de las organizaciones sanitarias se seguirán realizando en los diferentes SRS, siendo previsible en este sentido un mayor grado de fraccionamiento y de diversidad de las distintas experiencias, lo que si bien puede favorecer el análisis por comparación y la exportación de las experiencias más eficientes, también puede por contra hacer más opaco y complejo el funcionamiento de los servicios sanitarios.

En las páginas que siguen se analizan sucintamente las principales fórmulas de gestión directa, concretamente los entes de derecho público, las fundaciones públicas y los consorcios.

El cuadro-resumen (I) sistematiza sus características más relevantes, junto a los organismos autónomos de carácter administrativo (el modelo predominante de gestión pública

---

<sup>15</sup> “2. La prestación y gestión de los servicios sanitarios y socio sanitarios podrá llevarse a cabo, además de con medios propios, mediante acuerdos, convenios o contratos con personas o entidades públicas y privadas, en los términos previstos en la Ley General de Sanidad”.

<sup>16</sup> El RDNFG (BOE 21, de 24 de enero del 2000) tuvo por objeto el desarrollo reglamentario de la Ley 15/1997 y del artículo 111 de la Ley 50/1998 (BOE 313, de 31 de diciembre de 1998) en el que se crean las FPS. Enumera y desarrolla, en el ámbito del INSALUD, las siguientes nuevas formas organizativas: “fundaciones constituidas al amparo de la Ley 30/1994, de 24 de noviembre, consorcios, sociedades estatales y FPS, así como mediante la constitución de cualesquiera otras entidades de naturaleza o titularidad pública admitidas en derecho, garantizando y preservando en todo caso su condición de servicio público” (Artículo 3 del RDNFG). Su utilidad es virtualmente nula dada la desaparición del INSALUD.

## Cuadro-resumen: fórmulas de gestión directa (I)

FORMA JURÍDICA DE GESTIÓN	FORMA SIN PERSONALIDAD DIFERENCIADA	ORGANISMO AUTÓNOMO DE CARÁCTER ADMINISTRATIVO	ENTE DE DERECHO PÚBLICO (ENTE PÚBLICO)	CONSORCIO	FUNDACIÓN
Legislación Básica	Ley 6/97 LOFAGE. Leyes autonómicas.	Ley de Entidades Estatales Autónomas del 26-12-1958. LGP 1977. (Derogados a Nivel Estatal. Ley 6/97 LOFAGE). Estatutos. Leyes autonómicas	LGP (6.1.6). (Derogado a Nivel Estatal. Ley 6/97 LOFAGE.) Ley de creación. Leyes autonómicas.	Reglamento de Servicios de Régimen Local. Art. 87 de la Ley de Bases de Régimen Local. Art. 110 RD Legislativo 781/1986, de Régimen Local. Art.7 LRRPC. Leyes Autonómicas.	Ley 3/094 de fundaciones. RD 31/6/96. Ley 5/2002 de Fundaciones. Ley 49/2002 de Régimen fiscal de las Entidades sin Fines Lucrativos y de Incentivos Fiscales al Mecenazgo.
<b>Definición</b>	Entidad territorial prestadora de servicios públicos sin personalidad jurídica diferenciada.	Entidad de Derecho Público creada por Ley, con personalidad jurídica y patrimonio propio, que actúa en régimen de descentralización administrativa y que tiene como función la organización y administración de un servicio público de los fondos que tiene adscritos y de actividades y bienes.	Organización con personalidad y organización jurídico-pública, pero que actúa en la gestión de sus recursos conforme al ordenamiento jurídico-privado, creada para la prestación de un servicio público o para el ejercicio de funciones de autoridad.	Entidad dotada de personalidad jurídica y patrimonio propio, creada por diversos Entes Públicos de naturaleza territorial o institucional que pertenecen a escalones de la Administración Pública distintos. La legislación local también admite que puedan integrarse en ella entidades privadas sin ánimo de lucro.	Organización dotada de personalidad jurídica, y constituida 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.
<b>Régimen Jurídico</b>	Derecho Público.	Derecho Público.	Derecho público y privado	Derecho público y privado.	Derecho público y privado.
<b>Forma de constitución</b>	Mediante RD u orden, dependiendo del rango del órgano.	Ley para la creación y Decreto para la aprobación de los Estatutos.	Ley de Creación (a veces por Decreto).	RD u Orden.	Ley, RD u orden, dependiendo de la naturaleza del órgano que la crea.
<b>Órgano de dirección<sup>(*)</sup></b>	Titular nombrado por el órgano superior.	Según Ley de creación. Presidente o Director nombrado por Decreto. Consejo de Administración.	Según Ley de Creación. Presidente o Director nombrado por Decreto. Consejo de Administración.	Junta General o Consejo de Gobierno.	Patronato.
<b>Patrimonio</b>	No tiene patrimonio propio.	Propio o cedido.	Propio y/o cedido.	Propio y/o cedido.	Propio y/o cedido.
<b>Contratación</b>	TRLCAP.	TRLCAP.	TRLCAP.	Derecho privado. Principios de publicidad y concurrencia.	Derecho privado (salvo contratos de obras y servicios elevados).
<b>Régimen Jurídico del personal</b>	Funcionario o Estatuario (laboral, si lo establecen las relaciones de puestos de trabajo o las plantillas).	Funcionario o Estatuario (laboral si lo establece la Ley de creación).	Derecho laboral (Funcionario o Estatuario, si lo establece la Ley de creación).	Funcionario y/o Estatuario o laboral.	Derecho laboral.
<b>Algunas experiencias</b>	Agencia de Evaluación de Tecnologías Andaluza, Servicio Valenciano de Salud, Unidades Clínicas.	Servicio Andaluz de Salud, Servicio Navarro de Salud, Servicio Gallego de Salud etc.	Servicio Catalán de la Salud, Servicio Vasco de Salud, H. Costa del Sol, Empresa Pública de Emergencias Sanitarias, H. de Poniente, H. de Andujar, H. de Pallars, H. Mora de Ebre.	Consorcio Hospitalario de Cataluña, de Vic, de Parc Taulí, Consorcio de Hospitales de Barcelona, Sanitario de Mataró, etc.	H. Verín, H. Barbanza de Ribeira, Centro Gallego de Transfusiones, H. Cee, H. Villagracia de Arosa, Hospital Manacor, Hospital Alcorcón.

<sup>(\*)</sup> Son órganos las unidades administrativas a las que se les atribuyen funciones que tengan efectos jurídicos frente a terceros, o cuya actuación tenga carácter preceptivo.

## Cuadro-resumen: fórmulas de gestión directa (II)

FORMA JURÍDICA DE GESTIÓN	SOCIEDAD MERCANTIL PÚBLICA	ORGANISMO AUTÓNOMO	ENTIDAD PÚBLICA EMPRESARIAL (EPE)
<b>Legislación básica</b>	LGP (art. 6.1.a y 87 y ss.). Ley de Patrimonio del Estado. Y, según su tipo societario: el TRLSA, la Ley 2/95 de Sociedades de Responsabilidad Limitada o el Código de Comercio.	Ley 6/97 (LOFAGE).	Ley 6/97 (LOFAGE).
<b>Definición</b>	Sociedad mercantil en la que la Administración Pública o sus Organismos Públicos cuentan con la mayoría de acciones o participaciones.	Organismo autónomo que se rige por el derecho administrativo y al que se encomienda en régimen de descentralización funcional y en ejecución de programas específicos de la actividad de un ministerio, la realización de actividades de fomento, prestaciones o de gestión de servicios públicos.	Organismo público que realiza actividades prestacionales, la gestión de servicios o la producción de bienes de interés público susceptibles de contraprestación.
<b>Régimen Jurídico</b>	Derecho privado (Mercantil, Civil y Laboral).	Derecho Público.	Derecho público y privado.
<b>Forma de constitución</b>	Acuerdo del Consejo de Ministros.	Ley para la creación y Decreto para la aprobación de los Estatutos.	Ley para la creación y Decreto para la aprobación de los Estatutos.
<b>Órgano de dirección</b>	Consejo de Administración.	Según Estatutos.	Según Estatutos.
<b>Patrimonio</b>	Propio y/o cedido.	Propio y/o adscrito.	Propio y/o adscrito.
<b>Contratación</b>	Derecho privado (código civil y código mercantil).	TRLCAP.	TRLCAP.
<b>Régimen Jurídico del personal</b>	Derecho laboral.	Funcionario o laboral.	Derecho laboral, (Funcionario o Estatutario, si lo establece la Ley de creación)
<b>Experiencias</b>	H. San Jaime de Calella, EASP, etc.	Agencia Española del Medicamento.	No hay.

Elaboración propia

en sanidad), y la gestión sin personificación jurídica, que de forma quizás un tanto paradójica, se ha seguido utilizando en diversas Comunidades Autónomas.

Estas opciones organizativas no agotan la panoplia de fórmulas disponibles de gestión directa en el ordenamiento jurídico español. El cuadro-resumen (II) caracteriza otras tres fórmulas de gestión directa de servicios públicos que por su menor relevancia no se analizan en el texto.

### 5.1 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<sup>17</sup>. Este tipo de gestión pública directa ha sido derogado por la LOFAGE en el ámbito de la Administración General del Estado, pero sigue en vigor en las CCAA.

La regulación de los EP se establece básicamente en su Ley de creación, lo que le otorga una enorme plasticidad como instrumento al servicio de los responsables políticos sanitarios. Los recursos humanos están sometidos en general al derecho privado laboral, aunque podrá aplicarse el régimen funcionarial, o incluso el estatutario, si así lo establece su Ley de creación.

En relación con la gestión de recursos materiales y contratación de bienes y servicios, a diferencia de la situación tradicional en la que era plenamente aplicable el régimen mercantil, en el momento actual deben someter todo su régimen de contratación de bienes y servicios al TRLCAP.

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. El régimen de control realizado por la intervención es el de auditoría.

Su importancia en el ámbito sanitario ha sido creciente en el Estado Español en los últimos años, siendo utilizada por los diferentes responsables políticos de las CCAA al servicio de objetivos estratégicos distintos.

Así, en Cataluña, la Ley 15/90 de Ordenación Sanitaria define el SCS como un EP responsable de la ordenación y regulación de los servicios sanitarios, asumiendo por tanto las funciones de aseguramiento, compra y contratación de servicios.

En el País Vasco, la Ley 8/1997, de 26 de junio de Ordenación Sanitaria (BO del País Vasco 138, de 21 de julio de 1997) transformó el Servicio Vasco de Salud (Osakidetza) en su totalidad en un EP, subrogándose todos los derechos y obligaciones del OAA que se extingue. En el ámbito laboral, se optó por la creación y desarrollo de un Régimen Estatutario Vasco específico, propiciando la unificación de los regímenes contractuales de los profesionales, mediante ofertas voluntarias de integración en dicho régimen. Mientras no se desarrolle este marco laboral específico los profesionales mantendrán su actual regulación. Las funciones de aseguramiento y de contratación de servicios sanitarios se las reserva la administración Pública, que las ejecutará a través del contrato-programa que adquiere la naturaleza jurídica de un convenio de carácter especial.

---

<sup>17</sup> Históricamente surgen como una estrategia organizativa para romper la rigidez jurídica que establecía la LEEA de 26 de diciembre de 1958, que sólo contemplaba la sociedad mercantil pública denominada empresa nacional y los OAA sujetos a estrictos controles presupuestarios, de contratación administrativa y de intervención del gasto. A partir de experiencias singulares como las del Banco de España (1962) o Renfe (1964), la LGP de 1977 los define formalmente.

Por su parte en Andalucía, la creación de EP como el Hospital Costa del Sol, la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias, el Hospital de Poniente o el de Andújar<sup>18</sup> ha buscado ante todo 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 con el objetivo de obtener mayores niveles de eficiencia en la provisión de servicios sanitarios. El personal estatutario que decida incorporarse a estos EP andaluces tiene un período de tres años en situación de excedencia especial en activo, durante el cual puede volver a su puesto de origen. Pasado este período, su situación con respecto a la plaza de estatutario es la de excedencia voluntaria por incompatibilidad (art. 60 de la Ley 2/1998, de Salud de Andalucía).

En estos hospitales, con personificación jurídica propia de entes de derecho público, el régimen laboral supone una mayor flexibilidad en las políticas de personal particularmente las retributivas con un componente importante de incentivos. El sistema retributivo está compuesto por un componente fijo, referido a la categoría profesional, y por otros factores variables, puesto de trabajo que ocupe y cumplimiento de objetivos individuales y en grupo.

La Consejería de Salud financia estos hospitales, de acuerdo con el presupuesto aprobado en la Ley de Presupuestos de la Comunidad Autónoma de Andalucía, las actividades y objetivos previstos en el Contrato Programa. Aunque en principio los tres supuestos se establecen en función de la población del área hospitalaria, en realidad son sistemas retrospectivos de reembolso en costes, no incorporando por tanto incentivos a la eficiencia en el modelo de financiación.

Otras fuentes de financiación son las procedentes de subvenciones, cuya regulación se establece con carácter anual en la Ley de Presupuestos, y la capacidad de endeudamiento. Esta última, no puede ser a largo plazo, ni para financiar gastos corrientes, y deberá ser autorizada por el titular de la Consejería de Economía y Hacienda. El endeudamiento no puede superar el 12% del presupuesto de ingresos de explotación incluido en el Programa de Actuación, Inversión y Financiación. Además, y con carácter trimestral, se debe enviar a la Dirección General de Tesorería y Política Financiera de la Consejería de Economía y Hacienda, información sobre la situación de endeudamiento.

Tanto por endeudamiento como por operaciones de crédito se pueden recibir garantías, en forma de avales, de la Junta de Andalucía, según recoge la Ley 9/1993, de 30 de Diciembre, lo que ha de ser autorizado por el Consejo de Gobierno. También pueden tener estos hospita-

---

<sup>18</sup> Véanse Decreto 104/1993, de 3 de agosto, por el que se constituye la empresa pública Hospital de la Costa del Sol y se aprueban sus estatutos (BOJA 92, de 24 de agosto de 1993); el Decreto 88/1994, de 19 de abril, por el que se constituye la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias y se aprueban sus estatutos (BOJA 54, de 23 de abril); el Decreto 131/1997, de 13 de mayo, por el que se constituye la Empresa Pública Hospital de Poniente de Almería y se aprueban sus estatutos (BOJA 65, de 7 de junio de 1997) y la Ley 11/1999, de 30 de noviembre, de creación de la Empresa Pública Hospital Alto Guadalquivir en Andújar (Jaén) (BOJA 144, de 11 de diciembre de 1999).

les, como el resto de las empresas públicas de Andalucía, cuentas en entidades de crédito y ahorro que operen en esta Comunidad.

Las relaciones con la Consejería de Salud se articulan a partir del Contrato Programa que define los criterios de actuación para conseguir los objetivos que marca el Plan Andaluz de Salud y las estrategias definidas por el Plan Marco de Calidad y Eficiencia.

## 5.2 Consorcios

Los Consorcios son entidades dotadas de personalidad jurídica y patrimonio propio, creadas por diversos EP de naturaleza territorial o institucional que pertenecen a escalones de la Administración Pública distintos (estatal, autonómico o local). La legislación local también admite que puedan integrarse en ellos entidades privadas. La regulación de los Consorcios es mínima, suponiendo de hecho la figura del consorcio una simple cobertura formal, que admite los más variados contenidos.

Los contenidos del Estatuto de cada consorcio son los que definirán en cada caso el marco organizativo y legislativo aplicable, tanto en lo relativo a sus órganos de dirección como en lo referente a la gestión de recursos. El Consorcio puede utilizar cualquier forma de gestión de servicios, sustituyendo a los entes consorciados: la gestión directa, la creación de entes jurídicos instrumentales pero con personalidad propia, la creación de empresas mercantiles o la adjudicación del servicio a un concesionario o arrendatario.

Sin duda, la CA que más ha utilizado esta figura jurídica es Cataluña, donde se han llevado a la práctica numerosos proyectos. La existencia de numerosos centros sanitarios con titularidad de las corporaciones locales ha favorecido este proceso, potenciado asimismo por la regulación establecida en Ley de Ordenación Sanitaria Catalana (LOSC). En la mayor parte de los supuestos, la Generalitat de Cataluña ha aportado las inversiones y la financiación ordinaria mediante la compra de servicios.

Un ejemplo particular es el Consorcio Sanitario de Barcelona, creado en 1988, integrado por la Generalitat y el Ayuntamiento de Barcelona. La Ley 13/1995 le agregó a sus funciones tradicionales de dirección y coordinación de la gestión de los centros sanitarios y sociosanitarios de la ciudad de Barcelona, las funciones, previstas para las regiones sanitarias, de planificación y contratación. Asimismo se adscribió el Consorcio al SCS estableciendo la reserva de una representación de la Generalitat en la Junta General del mismo no inferior al 51%.

En Andalucía la Ley de Salud, 2/1998 de 15 de junio, dispone en su artículo 63 que la Consejería de Salud podrá crearlos, y en su artículo 66, que el SAS podrá elevar propuestas a la Consejería de Salud para su constitución.

Recientemente, la Consejería de Salud, el SAS y la Orden Hospitalaria San Juan de Dios han llegado a un acuerdo para la constitución de un consorcio sanitario público que gestione el nuevo hospital del Aljarafe sevillano con una población de referencia de 250.000 habitantes. La dirección del consorcio será ejercida a través de un Consejo Rector integrado de manera paritaria por las partes integrantes. Sin embargo, la gestión operativa del hospital corresponde a la orden religiosa, lo que supone una mayor flexibilidad tanto en la política de recursos humanos como materiales.

Esta experiencia, similar a otras existentes en Cataluña, 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.

En los consorcios las partes contractuales retienen tanto la titularidad como los derechos residuales de control sobre sus activos, siendo frecuente que las relaciones entre ellas sean simétricas independientemente de la cantidad total de activos aportados por cada una de las partes.

### 5.3 Fundaciones Públicas Sanitarias

Las fundaciones son organizaciones dotadas de personalidad jurídica y 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<sup>19</sup>. Se rigen fundamentalmente por la Ley 50/2002, de 26 de diciembre, de Fundaciones (BOE 310 de 27 de diciembre de 2002), y por la Ley 49/2002, de 23 de diciembre, de Régimen Fiscal de la Entidades sin Fines Lucrativos y de los Incentivos Fiscales a al Mecenazgo (BOE 307, de 24 de diciembre del 2002).

La reciente Ley de Fundaciones, de 26 de diciembre de 2002, define como fundaciones del sector público estatal aquellas en las que concurren alguna de estas dos circunstancias: a) que se constituyan con una aportación mayoritaria, directa o indirecta, de la Administración General del Estado, sus organismos públicos o demás entidades del sector público estatal y b) que su patrimonio fundacional, con un carácter de permanencia, esté formado en más de 50% por bienes o derechos aportados o cedidos por las referidas entidades (disposición final segunda).

---

<sup>19</sup> Para un análisis de esta forma jurídica en el ámbito sanitario véase: Ferrándiz (1999); Freire (1999); Vaquer (1999).

La disposición adicional cuarta de esta ley establece que las fundaciones constituidas al amparo de la Ley 15/1997, de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del SNS, seguirán rigiéndose por su normativa específica, aplicándoseles los preceptos del capítulo XI (fundaciones del sector público estatal) con carácter supletorio.

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 al Ministerio de Sanidad y Consumo. En términos generales les es de aplicación el derecho privado. Así, 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 el TRLCAP, ni la legislación mercantil, sino las normas de derecho civil, dado su carácter no lucrativo. En relación con la gestión recursos financieros, las fundaciones se rigen por normas de derecho privado con las especificidades establecidas por su legislación específica. Al menos un 70% de los ingresos obtenidos deben dedicarse a los fines fundacionales, el resto, una vez deducidos los gastos de administración y gestión, deben dedicarse a aumentar la dotación fundacional.

Esta forma jurídica se aplicó de forma experimental en Galicia para la gestión de hospitales públicos a partir de la experiencia piloto de la Fundación Hospital Verín<sup>20</sup>. El triunfo electoral del Partido Popular en las elecciones generales de 1996 propició la aplicación de esta fórmula en el ámbito del INSALUD. Las tres experiencias más significativas han sido la Fundación Hospital de Alcorcón (Madrid), la Fundación Hospital de Manacor (Baleares) y la Fundación Hospital Calahorra (La Rioja).

---

<sup>20</sup> Posteriormente, la Xunta de Galicia ha creado como fundaciones los hospitales da Barbanza de Ribeira, de Cee y Villagarcía de Arousa, y el Centro Gallego de Transfusiones.

## **6. Análisis dinámico de los derechos residuales de decisión y control del Ente Público Hospital Costa del Sol<sup>21</sup>**

El HCS se creó por la Ley 4/1992, de 30 de diciembre, del presupuesto de la CA de Andalucía para 1993 (BOJA 36, de 31 de diciembre), adscrita a la Consejería de Salud y adoptando la forma de empresa de la Junta de Andalucía de las previstas en el artículo 6.1 b) de la LGHPA. Por tanto, se trata de una entidad de derecho público con personalidad jurídica, que por Ley ha de ajustar sus actividades al ordenamiento jurídico privado. Su constitución efectiva tuvo lugar el 25 de agosto de 1993, fecha en la que entraron en vigor sus estatutos según Decreto 104/1993, de 3 de agosto (BOJA 92, de 24 de agosto de 1993).

Los órganos de gobierno y de gestión de este ente público están formados por el Consejo de Administración y el Director Gerente, respectivamente, a los cuales se unirá una estructura administrativa para su funcionamiento y una Comisión Consultiva.

El Consejo de Administración es el órgano superior encargado de dirigir la actuación de este ente público, conforme a las directrices marcadas por la Consejería de Salud. La composición de este Consejo de Administración se encuentra especificada en los estatutos del HCS realizándose además una asignación, de forma explícita, de estos puestos a miembros de la Consejería de Salud y de la Consejería de Economía y Hacienda, teniendo predominio la primera.

El Director-Gerente es un órgano de carácter unipersonal, que se ocupa de la gestión directa de las actividades del HCS, de acuerdo con las directrices del Consejo de Administración. Es nombrado y cesado libremente por la Consejería de Salud a propuesta, según los estatutos, del mismo Consejo.

Desde el enfoque de la teoría de la agencia pueden identificarse tres principales: el Gobierno Central, la Consejería de Salud y la Consejería de Economía y Hacienda. Esta

---

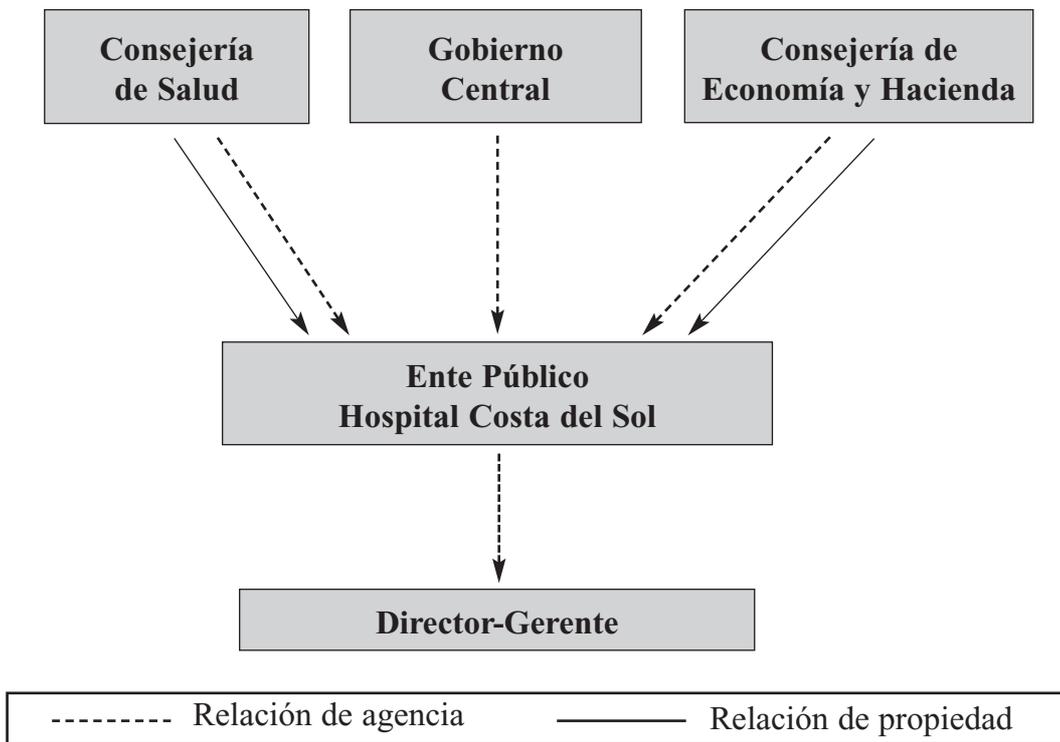
<sup>21</sup> El análisis de los derechos se refiere al período 1993-2002. Este epígrafe es un resumen sintético del trabajo de Pérez López (2001).

relación de agencia refleja la influencia que los principales ejercen sobre el hospital mediante la emisión de normas de regulación, financiación y control que inciden en su grado de autonomía.

La Consejería de Salud define los objetivos y actividad sanitaria, mientras la Consejería de Economía y Hacienda ostenta el control sobre la actividad económico-financiera. Por último, el Gobierno Central puede considerarse otro principal en cuanto crea normativas y regulaciones que afectan al HCS; sirva de ejemplo la regulación de la contratación de bienes y servicios. La figura 2 muestra conjuntamente las definidas relaciones de propiedad y agencia.

El hecho de que la Consejería de Salud y la Consejería de Economía y Hacienda sean propietarias y principales del HCS lleva consigo, al igual que en otras de las nuevas fórmulas de gestión, la presencia de limitaciones para la separación efectiva entre financiador (Consejería de Salud) y proveedor sanitario (HCS) que originan un aumento de las posibilidades de traspasar sus ineficiencias en la gestión –manifestadas a través de

**Figura 2. Ente Público Hospital Costa del Sol**



Elaboración propia

un mayor gasto y déficit– al financiador público, lo que dificulta un traslado efectivo de riesgos.

La Consejería de Salud y la Consejería de Economía y Hacienda tienen objetivos diferentes respecto del hospital. La Consejería de Salud, como principal, aspira a una mejora de la oferta de servicios sanitarios, estando interesada en controlar la actividad sanitaria del agente, con vistas a la provisión de unos servicios de calidad. En cambio, mostrará un menor interés por el control del gasto y de la legalidad presupuestaria.

Sin embargo, la Consejería de Economía y Hacienda estará más preocupada por controlar el gasto del hospital y por el cumplimiento de las restricciones de carácter financiero y presupuestario.

**Cuadro 3. Análisis dinámico de los costes de agencia y de los derechos residuales de decisión y control en el Hospital de la Costa del Sol (período 1993-2002)**

Dimensiones clave	Variables	Evolución	
		Costes de agencia	DRDC
<b>Gestión patrimonial</b>	– Posibilidad de adscripción y cesión	=	=
	– Enajenación	=	=
<b>Contratación</b>	– Contratación de bienes y servicios	+	-
<b>Régimen económico-financiero, presupuestario y de control</b>	– Programa y presupuestos	+	-
	– Subvenciones	+	-
	– Operaciones de crédito y endeudamiento	+	-
	– Activos y pasivos financieros	+	-
	– Aavales de la Junta de Andalucía	+	-
	– Cuentas en entidades financieras	=	=
	– Contabilidad (control contable)	+	-
	– Control financiero	+	-
– Otros controles	=	=	
<b>Personal<sup>22</sup></b>	– Organización del trabajo		=
	– Selección de personal		-
	– Jornada		-
	– Retribución		+

Elaboración Propia

<sup>22</sup> La variación de los derechos residuales de decisión y control en el caso de esta dimensión sería de la Dirección-Gerencia del EPHCS respecto a los trabajadores. Su análisis corresponde al período 1995-2002, del que se disponen los convenios colectivos.

Inicialmente, la personificación jurídica del HCS, impulsada y promovida por la Consejería de Salud, responde a su necesidad política de disponer de más autonomía de gestión y flexibilidad, que se espera aporte mayores beneficios políticos (mayor satisfacción de los ciudadanos) y menores restricciones en la gestión de los recursos humanos y financieros. Por otro lado, el otro principal, la Consejería de Economía y Hacienda, es reticente a reformas que menoscaben su control sobre la gestión de recursos disminuyendo los derechos residuales de decisión y control que ostenta.

Sin entrar en un análisis particularizado por variables o dimensiones que puede encontrarse en Pérez López (2001), el análisis dinámico de la autonomía del HCS en el período 1993-2002, permite concluir que se ha ido produciendo una importante reducción de la autonomía con la que en un principio se constituyó. Este análisis es generalizable de forma inmediata al resto de los entes de derecho público sanitarios de la Comunidad Autónoma de Andalucía, dado que están sujetos al mismo conjunto de normas de control financiero y presupuestario. En relación con otras fórmulas de gestión directa en otras Comunidades Autónomas, como los consorcios y las fundaciones públicas, aunque es previsible que se haya producido una evolución similar de progresiva pérdida de autonomía, una afirmación taxativa en este sentido requeriría una ampliación de la investigación realizada, restringida a las nuevas fórmulas de gestión directa de la Comunidad Autónoma de Andalucía.

Este resultado tiene implicaciones importantes, dado que muestra una tendencia a perder autonomía a lo largo del tiempo por parte de las nuevas fórmulas de gestión directa. La valoración positiva o negativa de este resultado, depende del balance que se considere óptimo de reparto de derechos residuales de decisión entre los principales y los centros sanitarios. No obstante, cabe reseñar el mantenimiento de un diferencial positivo de autonomía de estas nuevas fórmulas de gestión directa respecto de las fórmulas jurídicas adoptadas por las burocracias públicas sanitarias tradicionales (OAA).

## **7. La gestión indirecta de servicios sanitarios públicos; contratación externa y propiedad privada**

La culminación reciente del proceso de transferencias sanitarias a las CCAA deja un panorama muy diferente de contratación externa o gestión indirecta de servicios sanitarios en los SRS. Destaca Cataluña que, siguiendo una larga tradición de concertación, destinó durante el 2002 un 39% del presupuesto sanitario público a dotaciones para conciertos, del que un 84% corresponde a atención especializada, y un 16% a atención primaria.

En 1986, año de la aprobación de la LGS, existían en Cataluña un total de 169 centros de atención especializada, de los cuales 37 eran centros públicos, 84 privados y el resto de naturaleza mixta. En 1996, de un total de 188, 42 eran públicos y 88 privados. Como puede observarse la expansión de la oferta hospitalaria no altera de forma significativa la estructura de la propiedad en términos agregados.

El resto de CCAA presenta un grado prácticamente residual de concertación. En general, salvo en Cataluña, la concertación se reduce a servicios y pruebas complementarias (oxigenoterapia, tomografía, resonancias, etc).

A los anteriores habría que añadir la concertación que desde los centros públicos se realiza con entidades privadas para servicios como lavandería, limpieza, seguridad, mantenimiento o *catering*. Sobre este último tipo de contrataciones sí existe una experiencia consolidada en nuestro país y durante los últimos años ha experimentado importantes cambios en las técnicas de contratación, unido a un proceso generalizado de contratación externa de dichos servicios frente a la alternativa de producción propia. Puig-Junoy y Pérez-Sust (2002) analizan la contratación externa en los servicios generales (limpieza, lavandería, alimentación y seguridad y mantenimiento) de los hospitales españoles, mostrando que más del 50% contratan al menos uno de los servicios, destacando el de limpieza, mientras que los servicios de lavandería y los de alimentación presentan un elevado grado de integración vertical. La dimensión del hospital (economías de escala) es una variable explicativa importante de estos comportamientos. La especialización y el carácter lucrativo favorecen la contratación externa.

La contratación externa en España puede realizarse con distintas técnicas jurídicas, siendo las fundamentales:

- a) Concierto regulado por el artículo 157 del TRLCAP, con cuatro modalidades: concesión, gestión interesada, concierto con persona natural o jurídica y sociedad de economía mixta.
- b) Concierto para la prestación de servicios sanitarios (art. 90 de la LGS).
- c) Convenio singular (arts. 66, 67 y 68 de la LGS).

El concierto sanitario es un contrato administrativo mediante el que se realiza la prestación de servicios empleando medios ajenos a los de la Administración Sanitaria. Con esta figura, según Sánchez-Caro (2000), “no se produce una publicación de la organización y el funcionamiento del centro privado concertado, sino que la Administración se reserva la facultad de inspeccionar el cumplimiento de las condiciones de prestación pactadas”.

Por otra parte, a través del convenio singular vinculado se consigue someter al hospital privado al mismo régimen sanitario, administrativo y económico de los hospitales públicos, excepto en los aspectos relacionados con la titularidad del centro y la relación laboral con el personal.

Dos experiencias particularmente innovadoras de gestión indirecta merecen un análisis más detallado, las entidades de base asociativa y las concesiones administrativas a organizaciones privadas como son las de Alzira y la próxima de Torreveija.

## 7.1 Entidades de bases asociativas<sup>23</sup>

Cataluña ha sido pionera en la contratación y gestión indirecta de servicios de atención primaria con proveedores ajenos al ICS. En 1991 dos entidades ajenas al ICS, la Mutua de Tarrasa y SAGESA, iniciaron el proceso asumiendo contractualmente la atención primaria en tres áreas básicas de salud. La Ley 15/90 de 9 de julio, de Ordenación Sanitaria (DO Generalitat de Catalunya 1324, de 30 de julio de 1990), modificada por la Ley 11/95 de 29 de septiembre amplió la posibilidad de contratación de servicios a entidades de base asociativa constituidas por profesionales sanitarios que participan en la gestión de los servicios sanitarios y socio sanitarios.

Estas entidades de base asociativa deben contar con la correspondiente acreditación, que se otorgará previa comprobación del cumplimiento de los requisitos establecidos en el Decreto 309/1997 (DO Generalitat de Catalunya num. 2537, de 16 de diciembre de 1997) y que comportará para los profesionales sanitarios, que constituyan las referidas enti-

---

<sup>23</sup> Véase en el anexo la entrevista efectuada para este estudio al Dr. Ledesma, Director de la entidad de base asociativa de Vic, donde analiza estas experiencias.

dades y presten servicios en ellas, gozar de las ventajas previstas, siempre y cuando las respectivas entidades formalicen con el SCS un contrato de gestión.

Las entidades de base asociativa deben gozar de personalidad jurídica propia, estar legalmente constituidas e inscritas en el registro correspondiente según la fórmula jurídica adoptada: Sociedad Anónima (SA), Sociedad de Responsabilidad Limitada (SL), Sociedad Laboral o Cooperativa.

Al menos el 51% del capital social debe pertenecer a los profesionales sanitarios que presten en ella 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. 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 cuanto a la distribución de acciones, cada socio podrá tener una participación no superior al 25% del Capital Social (el cual no determinará el salario del mismo). 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.
5. Estar sujeta a los mecanismos de control y auditoria establecidos por el SCS.

Para incorporarse a éste u otros proyectos similares se facilita la salida del personal estatutario y funcionario, mediante una excedencia por incompatibilidad, durante un periodo máximo de tres años, con la posibilidad de solicitar una excedencia voluntaria al final de dicho período.

Los profesionales con participación en el capital social de la empresa deben acreditar experiencia en la prestación de servicios sanitarios o sociosanitarios y tendrán una jornada laboral mínima equivalente a la de los profesionales sanitarios del servicio de la Generalitat, salvo excepciones muy concretas.

Cada profesional es responsable de un número determinado de pacientes, siendo parte de su retribución proporcional al número de pacientes asignados, con una media de trabajo asistencial de 5 h.

La relación existente entre las sociedades de profesionales y el SCS es de carácter contractual, y en el contrato se especifican los mecanismos de financiación, regulación y control de estas entidades. Se financian de forma capitativa con fondos procedentes del SCS y del ICS. El incremento interanual de las tarifas per cápita se vincula al incremento del IPC.

Para la compra de productos intermedios y de consultas externas especializadas se dispone de fondos. Las entidades de base asociativa pueden negociar con el SCS distintos niveles de corresponsabilidad farmacéutica que oscilan entre el 20% y el 100%, generando un poderoso incentivo hacia las políticas de ahorro y contención de costes. Todos los ahorros en gasto farmacéutico son ingresos para estas sociedades de profesionales y, simultáneamente, los incrementos de gasto farmacéutico sobre el estándar pactado son pérdidas. La experiencia en el caso de Vic (véase anexo) ha supuesto tener la mitad del gasto *per cápita* frente a la media de Cataluña (102,17€ frente a 192,32€). Otras vías de financiación son las procedentes de acuerdos de laboratorios, además de su capacidad de endeudamiento como empresa.

En la actualidad hay 7 experiencias en funcionamiento, siendo la decana la experiencia de Vic, que se inició en el 1993, formada por un grupo de profesionales liderado por el Dr. Ledesma, y configurada como una SL. Está previsto que lleguen a ser 16, en el marco estratégico de la política sanitaria catalana de diversificación de los proveedores de atención primaria. De las 360 áreas básicas de salud que hay en Cataluña está previsto que 126 pasen a estar gestionadas por entidades ajenas (71 ya lo están), ya sea en consorcios, fundaciones, mutualidades hospitalarias o entidades de base asociativa.

## 7.2 Gestión indirecta: Hospital de la Ribera<sup>24</sup>

Uno de los proyectos con mayor controversia política, ha sido la adjudicación en régimen de concesión administrativa de la asistencia sanitaria especializada del SVS para la comarca de La Ribera (Alzira) a una UTE constituida por la aseguradora privada Adeslas (51%), un grupo de Cajas de Ahorros (45%) y empresas constructoras (4%).

La duración 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.

---

<sup>24</sup> Véase en el anexo la entrevista realizada para este informe al director del Hospital de Alzira, Alberto de la Rosa.

El modelo de financiación se ha basado en el criterio *per cápita*. Por cada habitante de la región de la Ribera se han pagado 224,58 euros/año. En el caso de pacientes atendidos fuera, la UTE ha pagado el 100% del coste, mientras que sólo ha cobrado el 80% del gasto realizado por pacientes de otras áreas sanitarias atendidos en el Hospital de la Ribera.

Las relaciones con la Consellería Valenciana se han canalizado a través de una Comisión Mixta formada por representantes de ambas partes, con reuniones periódicas semanales. Su función ha sido vigilar el cumplimiento de las cláusulas de la concesión y evaluar el cumplimiento de los objetivos establecidos. Tiene competencias asimismo en relación con el control de calidad y determinados aspectos de los recursos humanos. Una figura clave, a efectos de control por parte de la Administración Pública es la del Comisionado cuya función es de inspección y control, estando dotado de facultad sancionadora y normativa.

El régimen jurídico de los recursos humanos es laboral estando regulados por un convenio colectivo propio. El sistema retributivo es flexible, permitiendo retribuir de forma diferente a algunos especialistas (por ejemplo los anestesiólogos), con un importante despliegue de sistemas de incentivos orientado al rendimiento, y el desarrollo de una carrera profesional propia. No se exige la exclusividad. El número de horas anuales establecido en convenio supera en 150 horas en promedio al existente para el personal estatutario del SVS.

Recientemente, se ha producido un importante cambio estratégico. La UTE ha renunciado al contrato que tenía de especializada a cambio de un reconocimiento por parte de la Consellería Valenciana de lo que falta por amortizar del hospital (6/10 partes), haciéndose cargo de 45 millones de euros más 25 millones de euros por el lucro cesante.

Simultáneamente, la Consellería Valenciana ha fijado en una nueva concesión para gestionar de forma integrada primaria y especializada del área de Alzira un Canon de Acceso por valor de 72 millones de euros. El nuevo concurso ha sido adjudicado a la misma UTE que gestionaba anteriormente la atención especializada.

La financiación capitativa se incrementa a 379 euros por persona y año. Las prestaciones incluidas son atención primaria y especializada, unidades de conducta auditiva, y planificación familiar; quedan excluidos los servicios ambulatorios, la oxigenoterapia, las prótesis y el transporte. El crecimiento interanual de la tarifa se realizará según el crecimiento presupuestario de la Consellería de Sanidad teniendo como límite inferior el IPC y como límite superior el gasto del Estado en sanidad para el año correspondiente.

En la nueva concesión la UTE se compromete a invertir un total de 50 millones de euros que pueden ascender hasta los 64 millones a lo largo del período de la concesión, con el compromiso de construir un nuevo centro. Esta cláusula contractual, aspira a evitar los incentivos para una posible descapitalización del hospital.

También se han establecido importantes incentivos relativos al control del gasto farmacéutico en atención primaria. La UTE podrá quedarse como ingresos hasta el 30% de los ahorros, siempre y cuando el gasto sea inferior al gasto medio por habitante en la Comunidad Valenciana. En relación con los flujos de pacientes, se han establecido penalizaciones cuando pacientes del área acuden a otros centros, del 12,5% de descuento cuando esta facturación exceda el 20% del presupuesto *per cápita*, y del 25% si supera el 40%.

La integración de primaria y especializada en la nueva regulación contractual es coherente con un modelo de financiación *per cápita* y elimina una de las incongruencias técnicas del modelo anterior. Permanecen, sin embargo, importantes interrogantes e incertidumbres en cuanto al mayor grado de eficiencia de este tipo de iniciativas, tanto derivados de las cautelas generales expuestas anteriormente, como de su diseño específico. En el epígrafe de evaluación se discute más ampliamente esta cuestión.

## 8. Evaluación

La evaluación de la eficiencia de las nuevas fórmulas de gestión debe enmarcarse en el debate más amplio sobre la eficiencia de la actividad pública, evitando dos posiciones extremas:

- a) Suponer que la eficiencia y efectividad de una organización no están ligadas a su propiedad sino a la calidad de la gestión bajo la cual está gobernada.
- b) Aceptar que el Sector Público es inherentemente ineficiente y poco efectivo, siendo lo relevante no qué técnicas de gestión son las adecuadas, sino cómo conseguir reducirlo al mínimo imprescindible para garantizar la seguridad de las personas físicas y jurídicas.

Se trata de una cuestión eminentemente empírica. Es posible, no obstante, acotar algunos resultados teóricos. Así, es posible concluir que no hay forma más eficiente de producir en sectores competitivos que hacerlo mediante empresas privadas maximizadoras de beneficios. Y aunque en principio, el sector público podría hacerlo igualmente bien, aunque nunca mejor, la evidencia empírica parece indicar que es más ineficiente. Sin embargo, cuando se trata de sectores no competitivos donde existen fallos de mercado, como ocurre en el sector sanitario, las empresas puramente privadas son ineficientes. La regulación podría hacer compatible la propiedad privada con la maximización del bienestar social, pero no hay garantía de que se logre (González Páramo, 1997).

La dificultad reconocida de alcanzar comportamientos eficientes por parte del sector público tiene que ver con la necesaria dedicación a los intereses generales y a la dificultad (¿imposibilidad?) de establecer en su seno mecanismos de incentivos de elevado poder. Diversas circunstancias dificultan el diseño de contratos de alto poder incentivador en el Sector Público:

- a) la multiplicidad de objetivos, juntamente con la dificultad de su medición;
- b) la falta de puntos de referencia para llevar a cabo comparaciones;
- c) la heterogeneidad de preferencias entre los propietarios;
- d) la dispersión de la propiedad.

La organización burocrática, como alternativa al mercado, se enfrenta con costes de influencia e interferencia, adicionales a los costes de agencia que un sistema de incentivos trata de reducir.

Las nuevas fórmulas de gestión sanitaria, son en este sentido un intento de alejarse del modelo burocrático de producción de servicios característico tanto del antiguo INSALUD, como de los actuales SRS, orientándose hacia modelos híbridos (López Casanovas, 1993 y 1999; González Páramo, 1997; Cabasés y Martín, 1997). Las estructuras de gobierno híbridas no implican un modelo de organización único, ya que existen muchas posibilidades de combinar y dar forma tanto a los incentivos y los controles administrativos, como al grado de desarrollo del mercado y de la cooperación.

Los modelos gerencialistas, articulados en el de desarrollo de los contratos programa, la gestión clínica y la incorporación de filosofías de gestión empresarial (gestión de procesos, gestión por competencias, etc.) constituyen un intento de emular los procesos de descentralización interna característicos de la moderna empresa multidimensional. Por un lado, la delegación de derechos residuales de decisión a las unidades organizativas inferiores libera al tiempo recursos de las unidades superiores, lo que les permite concentrarse en la labor de evaluación y asignación de recursos. Por otro lado, la separación formal de funciones de financiación y producción, junto con la formalización de contratos que explicitan objetivos y resultados a priori, genera un marco inicialmente coherente para introducir mecanismos de incentivos y alejarse progresivamente de los modelos burocráticos de producción de servicios sanitarios.

El desarrollo de esta estrategia se ha visto limitado por las normas presupuestarias, de regulación del personal estatutario, de contratación administrativa, y por un sistema retributivo fuertemente desmotivador (Martín y de Manuel, 1998). No obstante, existe alguna evidencia empírica sobre las mejoras en la eficiencia proporcionadas por los contratos programa de los hospitales del INSALUD a principios de los 90 (González y Barber, 1996), aunque también se han identificado efectos *rachet* o “trinquete” en la fijación interanual de objetivos, es decir un proceso dinámico de sobreestimación de objetivos por parte de los niveles centrales.

El proceso de generalización de las transferencias sanitarias acaecido en el año 2002, ha generalizado asimismo el modelo burocrático de producción de servicios a la práctica totalidad de las Comunidades Autónomas (con la parcial excepción histórica de Cataluña). Algunas de las consecuencias iniciales de este acelerado proceso están resultando preocupantes, en particular, como se ha mencionado anteriormente, los acuerdos laborales y retributivos suscritos por las diferentes Comunidades Autónomas.

Se ha consolidado el modelo retributivo anterior (Martín y López del Amo, 1994 y Martín, López del Amo y Pérez, 2000), caracterizado por la inexistencia, bien de

incentivos a corto plazo (productividad variable) significativos, vinculados a la obtención de resultados de coste y calidad, bien de incentivos a largo plazo (carrera profesional) vinculados a la obtención de habilidades técnicas o científicas establecidas de forma objetiva. De igual modo, no se ha abordado en ninguno de los acuerdos una reforma en profundidad de la actual regulación del complemento específico orientado a la dedicación exclusiva de los facultativos, o al menos de los responsables clínicos.

El carácter plurianual de los distintos acuerdos firmados, vigentes hasta el año 2004 o 2005 según los casos, garantiza por un lado a los responsables políticos de estas CCAA la inexistencia de conflictos laborales en el sector sanitario público en un horizonte temporal cuajado de citas electorales, pero sin embargo consolida un sistema retributivo disfuncional para los próximos años, postergando de hecho la realización de reformas laborales y retributivas de envergadura. En todo caso, estas potenciales reformas en la medida en que implicarán un cierto traslado de riesgos a los facultativos (incentivos a corto y largo plazo), medidas y estímulos para potenciar la dedicación exclusiva de los médicos, reformas del sistema de guardias (tanto de presencia física como localizada) o ampliación de horarios, implicarán con toda seguridad un nuevo esfuerzo presupuestario.

Finalmente cabe señalar la dinámica inflacionaria que se puede generar, al menos a corto plazo, en el mayor componente del gasto público y autonómico: el gasto sanitario. Las siete CCAA “históricas” que con anterioridad disfrutaban de competencias sanitarias, se han visto abocadas a una negociación con los representantes sindicales, que tiene como referente los acuerdos suscritos por las CCAA que acaban de recibir las transferencias.

Como excepción a este proceso deben mencionarse los acuerdos retributivos suscritos en Andalucía por el SAS. En función de cómo se desarrollen y concreten pudieran suponer un cambio significativo en el proceso de reformas de los SRS. Algunos de sus elementos más innovadores se refieren a la potenciación del complemento específico por dedicación exclusiva (DI) para el personal facultativo, su exigencia en el caso de puestos de responsabilidad de gestión clínica, la introducción de incentivos para favorecer la jornada partida y la racionalización de las guardias médicas o su sustitución por trabajos programados adicionales en horarios distintos al que constituye la jornada habitual del facultativo. También se introduce en el ámbito del complemento de productividad distintas modalidades de incentivos asociados al rendimiento. En particular: el complemento al rendimiento profesional, por consecución de resultados, por asunción de tareas corresponsabilidad adicional y participación en programas especiales, y otros complementos de productividad por razón del servicio.

No obstante, el nuevo modelo retributivo desarrollado actualmente en una resolución, podrá desarrollarse plenamente en alguno de sus aspectos sustantivos, hasta la aprobación del Estatuto Marco y la correlativa distribución de competencias en política de personal entre el Estado y las Comunidades Autónomas

Frente a estas reformas gerencialistas que no implican cambios en la personalidad jurídica de las organizaciones sanitarias, las nuevas fórmulas de gestión directa, básicamente entes de derecho público, fundaciones públicas y consorcios, aspiran a un cambio más en profundidad, que en todos los casos aspira a liberarse de controles administrativos y presupuestarios y dotarse de marcos de regulación y gestión de personal más flexibles y específicos.

La evidencia empírica sobre la eficiencia de estas reformas jurídicas para mejorar la eficiencia no es concluyente y resulta parcial. Existen algunos estudios particulares como el realizado sobre el Hospital de Costa del Sol (Pérez López, Martín et al., 1997). En este estudio se evalúa la eficiencia del HCS en relación al resto de 18 hospitales comarcales públicos de Andalucía, todos pertenecientes al SAS utilizando tres metodologías distintas. La primera realiza un análisis comparativo de los distintos hospitales a partir del cálculo de 14 indicadores de eficiencia parcial. La segunda trata de sintetizar la información que proporcionan los catorce indicadores mencionados en uno para cada hospital. Por último, el tercero de los métodos desarrollados consiste en un AED<sup>25</sup>.

Los resultados obtenidos señalan el elevado nivel de eficiencia del HCS. En el primero de los análisis registra los mejores valores en la mayoría de los indicadores seleccionados. La segunda metodología arroja un resultado similar. Por su parte el AED realizado tiende a confirmar los resultados anteriores, el HCS se sitúa junto a otros ocho hospitales en la frontera de mejor práctica.

Recientemente la empresa Iasist, filial española de Solucient, compañía organizadora de los “*Top 100 Hospitals*” en Estados Unidos, ha presentado los resultados de la tercera edición del programa hospitales “*Top 20*” para el Estado Español. La participación de los centros ha sido como en las dos ediciones anteriores totalmente voluntaria<sup>26</sup>. Iasist ha utilizado tres tipos de indicadores: de calidad asistencial, de funcionamiento y de sostenibilidad de la práctica clínica.

Con estos indicadores se ha evaluado el funcionamiento de 143 instituciones con los datos correspondientes al año 2001<sup>27</sup>. Los resultados identifican como hospitales más eficaces a varios de los que aplican las nuevas fórmulas de gestión que se están analizando: La Fun-

---

<sup>25</sup> Utilizando como medidas de *output* las altas ajustadas por casuística y el volumen de actividad ambulatoria, y como medidas de recursos: las camas ponderadas por UPA, como variable *proxy* de la actividad; el nivel de gasto en Capítulo II; el personal fijo; y el personal eventual.

<sup>26</sup> La comunidad con mayor representación, aproximadamente un 35%, ha sido Cataluña; le siguen Valencia y Madrid, con aproximadamente un 10% y tras ellos Castilla y León, Murcia, Castilla-La Mancha y Baleares.

<sup>27</sup> La representación de hospitales del SNS incluidos en el estudio es del 55%: 31 hospitales generales pequeños, 25 generales medianos, 23 grandes hospitales, 24 docentes, 18 grandes hospitales docentes y 22 centros privados.

dación Pública Hospital Vires da Xunqueira (A Coruña) y la Fundación Hospital Calahorra (La Rioja) entre los hospitales generales pequeños; la Fundación Hospital Manacor (Baleares) y la Fundación Sanitaria de Igualada (Barcelona) entre los hospitales generales medianos; y la Fundación Hospital Alcorcón (Madrid) y el Hospital de la Ribera (Valencia) entre los grandes hospitales generales.

No obstante esta aproximación metodológica presenta importantes limitaciones (Peiró, 2002). Por un lado, existen limitaciones asociadas a los sistemas de información: del sistema de clasificación de diagnósticos, del diseño del Conjunto Mínimo Básico de Datos; a la variabilidad en las prácticas hospitalarias y posibilidad de manipulación interesada, limitada validez de los sistemas de ajuste, en especial para los indicadores de calidad utilizados, y escasa sensibilidad de la forma de presentar las comparaciones. Por otro, la aproximación es fundamentalmente productivista, olvidando dimensiones importantes de calidad, accesibilidad y necesidad importantes en un SNS. Por ejemplo, el modelo *Top 20* destaca a los hospitales con estancia media corta, con elevada ocupación, con buen registro, recursos alternativos para derivar pacientes, poca plantilla y cirugía sin ingreso, características centradas en la productividad que olvidan otras deseables.

Aun suponiendo que las nuevas fórmulas de gestión directa supongan en la práctica una sustancial mejora de eficiencia sin alterar los niveles de equidad, queda el problema del mantenimiento en términos dinámicos de estos niveles de eficiencia. El análisis realizado anteriormente sobre la evolución de los derechos residuales de decisión del Hospital Costa del Sol señala con nitidez la pérdida progresiva de autonomía y por tanto de algunas de las más importantes ventajas competitivas que se le suponen a estas fórmulas innovadoras de gestión directa.

De las nueve variables analizadas respecto al régimen económico-financiero, presupuestario y de control, siete de ellas muestran un aumento de los costes de agencia y correlativamente una disminución de los derechos residuales de decisión y control. El incremento de los costes de agencia ha estado motivado por los mayores requisitos de información y control que la Consejería de Economía y Hacienda ha introducido en las Leyes de Presupuestos anuales de la CA de Andalucía.

En relación con el marco de relaciones laborales, se observa una progresiva convergencia (por ejemplo en número de horas anuales trabajadas) con las existentes para el personal estatutario del Servicio Andaluz de Salud.

Este análisis aunque realizado para un caso particular no sólo es directamente generalizable al resto de entes de derecho público sanitarios de Andalucía, sino posiblemente a otras nuevas fórmulas de gestión directa como las fundaciones públicas y los consorcios. La razón básica reside en los fuertes incentivos de los responsables de las distintas Haciendas Autonómicas para aumentar su control sobre estas nuevas fórmulas de gestión directa sanitaria. El surgimiento de éstas no ha ido acompañado de un nuevo marco de regulación,

financiación y control (sistemas de información orientados a resultados, financiación parcialmente prospectiva, separación efectiva de financiador-comprador y proveedor, definición de reglas de regulación y control explícitas y estables, etc.).

El establecimiento y crecimiento de estas nuevas fórmulas de gestión, realizadas formalmente bajo el paraguas conceptual de la competencia pública y los mercados internos, en la práctica no ha conllevado desarrollos institucionales que pudieran promover algún tipo de competencia regulada. A mayor abundamiento, la separación legal y formal entre financiador y proveedor que supone la personificación jurídica de los centros sanitarios es muy limitada, dado que, tanto el financiador y regulador como el propietario de estas nuevas fórmulas de gestión es el mismo: los responsables políticos sanitarios.

Estas dificultades para una separación efectiva entre financiador y proveedores sanitarios (las nuevas fórmulas de gestión) implican un riesgo de traslado de las ineficiencias de estas organizaciones sanitarias al financiador público en términos de mayor gasto y déficit, impidiendo un cierto traslado efectivo de riesgos. En la medida en que la autoridad política actúe como garante del centro sanitario contratado y existan expectativas claras de asumir cualesquiera déficits generados, las nuevas fórmulas de gestión sanitaria, o incluso la gestión indirecta de servicios sanitarios, no implican un mayor grado de disciplina financiera, sino incluso la asunción de mayores déficits, consecuencia de la posibilidad de endeudamiento de los centros. Deudas que en última instancia asume el financiador público a través de la utilización de distintos mecanismos (subvenciones, financiación de programas finalistas, etc.).

Por otro lado, las nuevas fórmulas de gestión pública de servicios sanitarios ofrecen en principio más posibilidades para la endogamia, en la medida en que la utilización del Derecho Privado, en lugar del Derecho Público, aumenta las posibilidades de realizar actividades de interferencia e influencia política. Los partidos políticos ofrecen incentivos selectivos a sus miembros con el fin de premiar sus esfuerzos y mantenerlos en el partido político respectivo.

Las fórmulas de gestión indirecta implican la participación en la producción de servicios del sector privado, si bien es importante distinguir entre organizaciones lucrativas y no lucrativas. La literatura internacional ofrece algunos resultados interesantes. En Estados Unidos (Sloan *et al.*, 2001), bajo financiación pública, los hospitales con ánimo de lucro ofrecen indicadores de calidad (tasas de mortalidad) peores que los hospitales no lucrativos (públicos o privados). Devereaux *et al.* (2002) llegan a conclusiones similares sugiriendo las políticas públicas de orientarse hacia la búsqueda de fórmulas jurídicas flexibles, pero no a la privatización lucrativa de la propiedad.

Aunque los estudios para evaluar eficiencia de los hospitales y centros de atención primaria del SNS han crecido progresivamente en cantidad y sofisticación metodológica

en el Estado Español (Cabasés, Martín y López del Amo 2003a), son muy pocos los que han estudiado la propiedad pública o privada como causa de una mayor o menor eficiencia. Distintos estudios específicos sobre fronteras de eficiencia de hospitales, no han encontrado diferencias sistemáticas a favor de los centros privados (González *et al.*, 1999; Prior y Solá, 1993).

Algunas experiencias internacionales de gestión indirecta de servicios que pueden catalogarse de “similares” no ofrecen tampoco resultados concluyentes, ofreciendo la dificultad adicional de presentar rasgos distintivos propios y actuar en entramados institucionales diferentes, lo que dificulta la comparación.

Por ejemplo, la PFI ([www.doh.gov.uk/pfi](http://www.doh.gov.uk/pfi)) impulsada por el gobierno británico desde 1992 está generando una importante polémica. Esta estrategia de gestión indirecta de servicios sanitarios, similar parcialmente a la actual experiencia de Alzira (y próximamente Torrevieja), desarrolladas en la Comunidad Valenciana, implica en el ámbito hospitalario que un consorcio privado diseña, construye, financia y hace funcionar el centro. A cambio, la NHS Trust paga una cuota anual que cubre el coste del capital, incluyendo el coste del préstamo, el mantenimiento del hospital y cualquier otro servicio no-clínico proporcionado a lo largo de los 25-35 años de vigencia del contrato.

Las críticas a este tipo de experiencias en el Reino Unido han sido importantes y de diferente naturaleza (Gaffney *et al.* 1999 a, b y c; Hawksworth, 2000; Pollock *et al.* 2002): desplazamiento de la deuda desde el Gobierno Central a la NHS Trust, trasladando la responsabilidad de planificación y control y dificultando así una estrategia coherente a nivel nacional; superior coste de la PFI frente a su equivalente público (superiores costes de financiación de la construcción, por ejemplo); inexistencia de traslado efectivo de riesgo al sector privado; impacto negativo en los niveles de servicio prestado, traslado de la deuda a generaciones futuras, riesgos de descapitalización y obsolescencia tecnológica, poca orientación a las necesidades nuevas de los pacientes, etc.

Alternativamente, la mayor parte de estas críticas han sido consideradas sesgadas y erróneas por los responsables de la PFI y otros autores. Coates (2002), criticando un reciente trabajo de Pollock *et al.* (2002), sostiene que los datos de la profesora Allyson están sesgados y cuajados de errores conceptuales: confundir la capacidad de pago para hacer frente a los riesgos con la capacidad de control; no inclusión de importantes costes de financiación y mantenimiento en la alternativa pública (costes de depreciación y mantenimiento o costes de financiación, por ejemplo); utilización de las mismas tasas de descuento temporal que en la evaluación económica de otros proyectos públicos (6%); existencia efectiva de traslado de riesgos al sector privado; las generaciones futuras tienen que pagar exactamente igual en el caso de los proyectos públicos; etc.

Este tipo de experiencias permite contar con el apoyo del sector privado para la financiación de infraestructuras de alto coste. No existe sin embargo evidencia de que el

coste a medio y largo plazo sea menor. Existe, por el contrario, el peligro de que el concesionario adquiera una posición monopolística anulando los potenciales beneficios del modelo (Noord, van den, 2002).

En relación con la experiencia de concesión administrativa del Hospital de La Ribera, y las próximas que se van a poner en funcionamiento, no existen estudios empíricos suficientes que permitan acreditar la bondad o ineficiencia del modelo. Es importante en este sentido realizar evaluaciones económicas independientes que aporten mayor información sustantiva.

Las 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.

Otro elemento a considerar es el impacto de la globalización y de la extensión de las reglas del mercado libre a los servicios públicos bajo la presión de la Organización Mundial del Comercio. La globalización puede ser una fuerza a considerar que presione hacia la privatización sanitaria, exigiendo la prohibición de los comportamientos anticompetitivos en servicios públicos como el sanitario (Price, Pollock and Shaoul, 1999).

En la misma dirección puede avanzar el desarrollo del Mercado Único Europeo. El impacto de la Unión Europea en los servicios sanitarios será de amplio calado afectando a la libre circulación de ciudadanos, bienes y servicios, y capital, generando efectos intencionados y no intencionados (Silió, Prieto y Romo, 2002). También afectará a las posibilidades de utilizar fórmulas de gestión indirecta de servicios y por tanto a la producción privada de los mismos. La interposición de distintas demandas en los tribunales europeos ante experiencias británicas de gestión indirecta de servicios parece señalarlo.

En el mismo sentido cabe mencionar la decisión de la Dutch National Competition Authority, responsable de la supervisión del comportamiento anticompetitivo, que ha decidido que los fondos de salud social en Holanda se consideren como empresas, independientemente de su naturaleza pública (Sheldon, 2000).

Sin embargo, existen límites a la aplicación de las reglas de mercado en las transacciones sanitarias en los países europeos. El artículo 86 del Tratado de la Unión Europea exime de las reglas antimonopolio a los servicios “de interés económico general” cuando éstas constituyan un obstáculo. El artículo 152 del tratado de Amsterdam introduce la obligación de asegurar un alto nivel de protección de la salud en el desarrollo de todas

las políticas y actividades de la Unión Europea. Sin embargo, el mismo artículo establece que se deben respetar plenamente las responsabilidades de los Estados miembros y la organización y provisión de los servicios sanitarios, excluyendo cualquier armonización de la legislación y normativa de los mismos. Por otro lado, el Tribunal Europeo de Justicia ha establecido que las transacciones cuyo objetivo sea la solidaridad para un grupo fijo de personas estipulado legalmente, no son consideradas actividades económicas y no les son de aplicación las reglas de defensa de la competencia (Paton, 2000).

En términos políticos, se aprecia una contradicción entre la intención del Mercado Único Europeo y la consideración de los servicios sanitarios como derechos de los ciudadanos y no mercancías. El resultado en el momento actual no puede calificarse sino de incierto.

En definitiva, el impacto de la globalización y el desarrollo del Mercado Único Europeo pueden afectar al nivel, forma y tipos de fórmulas de gestión indirecta de naturaleza privada lucrativa que puedan desarrollarse en alguna de las Comunidades Autónomas del Estado español. No obstante, no es previsible que la única opción para mantener los sistemas sociales sanitarios dominantes en la Unión Europea sea renunciar totalmente a la participación privada en la producción de servicios sanitarios, dado los importantes cambios organizativos e institucionales que esto podría acarrear en distintos sistemas sanitarios europeos que compatibilizan altos niveles de igualdad de acceso con producciones privadas (lucrativas y no lucrativas). Probablemente, se irá desarrollando una regulación específica del sector donde la aplicación de las reglas del mercado competitivo tengan en cuenta no solo las particulares características de las transacciones sanitarias, sino el carácter de bien preferente que ostenta la sanidad en las sociedades del bienestar europeas.

## 9. Conclusiones y recomendaciones

A) La creación de grandes burocracias públicas, sometidas al Derecho Público en todos los órdenes, ha sido la respuesta institucional y organizativa histórica para la gestión de las transacciones sanitarias en el ámbito público por parte del Estado español. Existe un amplio consenso sobre la insuficiencia de este tipo de diseños organizativos, si se aspira a unos niveles razonables de eficiencia y equidad.

- Sin embargo ésa va a resultar la realidad dominante y abrumadora a corto plazo. La generalización del proceso de transferencias sanitarias, la actual Oferta Pública de Empleo, que consagra de hecho el marco estatutario como eje de la regulación laboral del sector, y la pendiente aprobación de un Estatuto Marco, así parecen señalarlo.
- La generalización del proceso de transferencias ha reproducido un modelo burocrático de producción de servicios en la práctica totalidad de las Comunidades Autónomas. No es previsible, ni probablemente deseable, que a corto plazo, los responsables políticos de las mismas afronten procesos de reforma radical organizativa a tenor de la incertidumbre en los resultados y los altos costes políticos que conlleva. No obstante, salir del actual inmovilismo organizativo exige transformaciones importantes, fundamentalmente en el ámbito de las relaciones laborales, los modelos retributivos, la coordinación entre niveles asistenciales, los modelos de financiación de los centros, el grado de libertad de elección de los usuarios y la descentralización intraorganizativa tanto a nivel de centro sanitario como de unidades clínicas.

B) En diversas Comunidades Autónomas, estas innovaciones pueden favorecerse mediante una transformación de las fórmulas de gestión directa. El cambio desde un OAA a un EP, siguiendo los pasos de la CA Vasca, puede proporcionar una mayor coherencia organizativa y de gestión para emprender las reformas necesarias y visualizar en la agenda política la voluntad de mejoras organizativas e institucionales. En este nuevo marco jurídico es más creíble acometer reformas descentralizadoras y utilizar los modelos de gestión característicos de las empresas multidivisionales.

- Es posible que algunas Comunidades Autónomas deban acometer procesos específicos de reconversión controlada, particularmente en los grandes centros hospitalarios. La

existencia de fuertes excedentes de personal en los mismos debe abordarse con el diseño de sistemas de movilidad y procedimientos de jubilación anticipada convenientemente incentivados. Esto exige canalizar recursos adicionales para que sean asumibles los costes políticos de transacción.

- La personificación jurídica de centros como entes de derecho público, fundaciones públicas o consorcios es previsible que siga produciéndose para la apertura de nuevos centros y servicios, en la medida en que por lo menos inicialmente otorgan mayor nivel de autonomía y de flexibilidad en la gestión.
- No existen suficientes estudios empíricos que demuestren claramente la bondad en términos de eficiencia de estas estrategias de reforma. Por un lado parecen señalar una mejora respecto a las formas tradicionales de gestión sanitaria (OAA y entes gestores de la Seguridad Social) pero, por otro lado, 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.
- La personificación jurídica de centros sanitarios públicos debe ir acompañada de cambios en el marco de regulación y en el entorno organizativo que haga que sus potenciales ventajas se consoliden mientras se minimizan los potenciales efectos negativos que pudieran tener en términos de equidad e igualdad de acceso.
- Es necesario diseñar estudios que permitan una evaluación comparativa de los resultados que obtienen las nuevas fórmulas de gestión directa frente a las formas burocráticas de gestión pública predominantes en el sector.
- Se precisa modificar el actual marco de regulación y financiación, de forma que se dé una separación efectiva entre financiador-comprador y proveedor público. En este sentido, debería estudiarse la conveniencia de dotar jurídicamente de cierta independencia a los responsables de la contratación y compra en estas nuevas fórmulas de gestión directa.
- Las particulares características de las transacciones sanitarias unidas al marco institucional histórico existente aconsejan la elaboración de un Estatuto Común para el conjunto de fórmulas jurídicas públicas de gestión directa de los servicios sanitarios. Dicha norma recogería parte del esfuerzo legislativo realizado en la anterior legislatura, estableciendo un conjunto de condiciones mínimas a cumplir por todas las nuevas fórmulas de gestión directa relativas a las estructuras de gobierno, derechos de los pacientes y especificidad en la gestión de sus recursos humanos, presupuestarios y materiales (por ejemplo, excluyendo de la contratación administrativa la gestión de suministros, u homogeneizando los niveles mínimos de información que los centros tienen que proporcionar).

- Los sistemas de financiación de estas fórmulas de gestión tienen que ser parcialmente prospectivos, trasladando un cierto nivel de riesgos y por tanto de amenazas y promesas creíbles. Deben estimularse las fórmulas de financiación *per cápita* ajustadas como mecanismo clave para repartir recursos en función de las necesidades sanitarias y favorecer la integración y coordinación entre niveles. En el momento actual, al menos dos Comunidades Autónomas, Cataluña y Andalucía, están realizando experiencias en esta dirección.
- Debe favorecerse la participación de los ayuntamientos en la gestión de las nuevas fórmulas de gestión directa. En este sentido el consorcio resulta idóneo. Igualmente resulta conveniente la participación de organizaciones no lucrativas cuando proporcionen sinergias y ventajas competitivas.

C) En relación con las nuevas fórmulas de gestión indirecta se ha de ser particularmente cauteloso, dadas las implicaciones negativas que un crecimiento desmesurado de las mismas pudiera tener. La propiedad privada lucrativa se caracteriza por la apropiación privada del excedente como remuneración residual del propietario. Cumplen una función socialmente útil cuando premian la eficiencia, el riesgo de la utilización del capital o la innovación. Estas funciones del beneficio solamente se dan cuando no hay fracasos graves de mercado como sucede en sanidad (Castejón y Ortún, 2003).

El capital privado requiere un retorno sobre la inversión. Sólo en casos donde las mejoras de eficiencia superan al retorno del capital, la introducción de propiedad privada y lucrativa podrá mejorar los resultados. Adicionalmente, la evidencia empírica disponible, como se ha analizado anteriormente, parece señalar que tanto las organizaciones públicas como las organizaciones no lucrativas obtienen mejores resultados.

- La participación privada lucrativa y la producción de servicios sanitarios en el SNS debe ser minoritaria, y estar sometida a procesos rigurosos y evaluación y control. Experiencias como la del Hospital de Alzira pueden resultar estimulantes y propiciar por comparación una competencia regulada en otros proveedores públicos y no lucrativos, siempre y cuando no se produzca una expansión rápida y acelerada de estas experiencias, de forma que el capital privado y el ánimo de lucro puedan interferir de forma significativa en los resultados del SNS (los regulados controlando al regulador).
- Las entidades de base asociativa desarrolladas en Cataluña, así como el marco de regulación legislativa y control establecido constituyen sin duda una de las experiencias más innovadoras a nivel organizativo en el SNS. Para que estas sociedades de profesionales de atención primaria puedan ejercer su función se precisa un tamaño pequeño del grupo, de forma que permita un proceso democrático y no costoso de decisión, la posibilidad de un control mutuo de cada socio, que sustituya ventajosamente la no muy

alta especialización gestora, y que el riesgo sea asumido por el capital humano y no por el capital físico.

- Este tipo de experiencias, con las cautelas y estricta regulación pública que exige, puede constituir un factor dinamizador en algunos Servicios Regionales de Salud. Se requiere no obstante un fuerte control de la intensidad de los incentivos de estas fórmulas de gestión indirecta de modo que no interfieran en la toma de decisiones clínicas. Como han señalado Ortún y Gervás (2000) en referencia a los incentivos vinculados al control del gasto farmacéutico, que “pueden afectar al desarrollo de la relación agencia si no se acompañan de una política general farmacéutica y no se ligan al fomento de la calidad global”.

Es probable que, mientras constituyan experiencias minoritarias, las ventajas superen los posibles inconvenientes como la aparición de procesos de selección de riesgos. Los dieciséis equipos autogestionados previstos en Cataluña no suponen ni el 10%.

- No es aconsejable una dosis excesiva de privatización en la producción de servicios sanitarios, que pueda abrir la puerta a propuestas de ruptura del aseguramiento único, o de control del regulador público por parte de las empresas privadas reguladas. Si se quiere evitar la privatización como resultado, la cuestión clave en términos dinámicos es impedir que el sector público acabe siendo controlado por el sector privado (Cabiedes y Guillén, 2001; y Cabiedes, 2003). Como dice Evans (1997): “La experiencia internacional en los últimos 40 años ha demostrado que una mayor confianza en el mercado se encuentra asociada a un peor funcionamiento del sistema –inequidad, ineficiencia, mayores costes, e insatisfacción ciudadana–, siendo los EEUU el ejemplo más claro. La razón de volver sobre el tema, es debida a que el mecanismo de mercado ofrece ventajas distributivas para los grupos influyentes: Un sistema sanitario más costoso presenta precios mayores y rentas más elevadas para los proveedores –médicos, compañías farmacéuticas y aseguradoras privadas–. Un sistema de pago privado distribuye los costes totales del sistema de acuerdo con la utilización, real o esperada, de los servicios, con un coste menor que si se financiase con impuestos sobre la renta para los grupos más ricos y más sanos. Éstos pueden comprar mejor acceso o calidad por sí mismos, sin tener que soportar un estándar similar al de los demás. Estas razones explican la alianza natural entre proveedores privados y ciudadanos con rentas elevadas en defensa de transferir la financiación pública hacia la financiación privada. Los argumentos analíticos sobre la potencial superioridad de los hipotéticos mercados competitivos son simples formas retóricas en las que este permanente conflicto de interés económico se expresa en el debate político”.

D) Una necesidad acuciante en un contexto de generalización del proceso de transferencias es el desarrollo de un sistema de información sobre costes, recursos, productos intermedios y resultados en salud válido para el conjunto del Estado, siguiendo la estrategia que ya se

está desarrollando en otros países, como Canadá<sup>28</sup>, Australia<sup>29</sup>, Escocia<sup>30</sup> o Noruega<sup>31</sup> que han realizado importantes experiencias en este sentido. En el Reino Unido, el National Health Service (NHS) ha desarrollado en los últimos años el *Performance Assessment Framework* que establece 6 áreas de monitorización evaluadas mediante 41 indicadores: el área de mejora de la salud, la accesibilidad, el área de efectividad y adecuación de la atención sanitaria, la eficiencia, las experiencias del paciente o los cuidadores, y los resultados.

El reto político es combinar la autonomía de 17 Servicios Regionales de Salud con la necesidad de poder analizar y comparar simultáneamente de forma homogénea el conjunto de centros sanitarios del Estado, y no sólo los pertenecientes a algunas Comunidades Autónomas. Tarea nada fácil si consideramos que la información tiene características de bien público y cada político regional o nacional tiene incentivos para no colaborar (ateorar información, “maquillar” datos, etc.). Dilema del prisionero cuya solución requiere, o confianza en los otros jugadores, o reglas del juego formales (instituciones, leyes, etc.) que alteren los incentivos de los jugadores (responsables políticos), y permitan soluciones más eficientes a largo plazo.

---

<sup>28</sup> Han desarrollado el CCHSA, el CIHI, el Saskatchewan Health, y la Health Services Utilization and Research Commission, que valoran distintas dimensiones, de un mínimo de tres a un máximo de ocho, de calidad, resultados y eficiencia.

<sup>29</sup> El sistema más extendido es el ACHS-CEP, un conjunto de indicadores desarrollado por el ACHS y diversas instituciones médicas que refleja el interés de las organizaciones sanitarias. Otras iniciativas son el sistema de indicadores propuesto por el NHPC, o más específicamente centradas en indicadores hospitalarios, el *Wide Clinical Indicators Project* y el *Acute Health Clinic Indicator Project*, desarrollado a partir de una evaluación de 150 posibles indicadores.

<sup>30</sup> *Clinical Outcome Indicators*.

<sup>31</sup> *Norway's Contract for Quality*.

## Bibliografía

- Albi, E, González-Páramo, JM., López Casasnovas, G. (1997), Gestión Pública. Fundamentos, técnicas y casos. Ariel Economía, Barcelona, Editorial Ariel.
- Ariño Ortiz, G. y Sala Arquer, J. (1995), La gestión de los servicios sanitarios mediante formas personificadas: especial referencia a empresas públicas y sociedades. En: La gestión de los servicios sanitarios: modelos alternativos. Actas del III Congreso “Derecho y Salud” (1995), Pamplona, Gobierno de Navarra, Departamento de Salud.
- Arruñada, B. (1997), Bases para la profesionalización de la sanidad pública. En: La regulación de los servicios sanitarios en España. López Casasnovas G., Rodríguez Palenzuela, D. (Coord.), Madrid, Editorial Civitas, 157-212.
- Barea, J. y Gómez Ciria, A. (1994), El problema de la eficiencia en el sector público en España. Especial consideración de la sanidad, Madrid, Instituto de Estudios Económicos.
- Borrajo Iniesta, I. (1993), El intento de huir del Derecho administrativo, *Revista Española de Derecho Administrativo*, 78: 82-103.
- Cabasés Hita, J.M., Martín Martín J.J. (1997), Diseño y evaluación de estrategias de desregulación en el sector sanitario público en España. En: La regulación de los servicios sanitarios en España. López Casasnovas, G. y Rodríguez Palenzuela, D. (Eds.). Madrid, Civitas.
- Cabasés Hita, J.M., Martín Martín, J.J., López Del Amo, M.P. (2003a), La eficiencia de las organizaciones hospitalarias, *Papeles de Economía Española*, 95 195-212.
- Cabasés Hita, J.M. (2003b), Asistencia sanitaria pública y privada concertada en España. En: El interfaz público-privado en sanidad, cap.8, Barcelona, Guillem López-Casasnovas, Masson S.A. 139-55.
- Cabiedes Miragaya, L., Guillén, A. (2001), Adopting and adapting manager competition: health care reform in Southern Europe, *Social Science & Medicine*, 52, 1205-17.
- Cabiedes Miragaya, L. (2003), Financiación, presupuestos y nueva gestión pública en sanidad. Las experiencias del Reino Unido, Suecia, Nueva Zelanda y España. XII Jornadas Internacionales de Economía de la Salud, Oviedo, mimeo.
- Callejón Fornieles, M. y Ortún Rubio, V. (2003), Empresa privada en sanidad. Grado de adecuación a las diferentes funciones sanitarias. En: El interfaz público-privado en sanidad, cap.6, Barcelona, Guillem López-Casasnovas, Masson S.A. 105-20.
- Castells, M.(1997), El futuro del Estado del Bienestar en la sociedad internacional. En: Buen Gobierno y Política Social, Giner, S. y Savasa, S. (Eds.), Ariel, Ciencia Política.

- Coates, P. (2002), Private finance and value for money in NHS hospitals: a response. *British Medical Journal*, 22 julio.
- Congreso de los Diputados (1998), Acuerdo de la Subcomisión de Sanidad del Congreso de los Diputados para la consolidación y modernización del Sistema Nacional de Salud, *Revista de Administración Sanitaria*, Enero-Marzo, 149-64.
- Costas Lombardía, E. (1995), Las posibilidades de la reforma del Sistema Nacional de Salud. En: Análisis del sistema sanitario español, Aranjuez (Madrid), Ediciones Doce Calles S.L., Fundación Ciencias de la Salud.
- Devereaux, P.J. *et al.* (2002), A systematic review and meta-analysis of studies comparing mortality rates of private for-profit and private not-for-profit hospitals. *Canadian Medical Associations J.*, 166, 1399-406.
- Domberger, S. y Rimmer, S. (1994), Competitive tendering and contracting in the public sector: A survey. *Int J. of Economics of Business*, 1, 3, 439-53.
- Echebarria Ariznabarreta, K. (1996), Los procesos de modernización de las administraciones públicas en Europa, Barcelona, ESADE.
- European Observatory on Health Care Systems, <http://www.observatory.dk>
- Evans, R. (1997) Health care reform: who's selling the market, and why? *J. Public Health Medicine*, 19(1), 45-9.
- Ferrándiz Manjavacas, F.A. (1999), Las Fundaciones como nuevas formas de gestión eficiente. Ventajas e inconvenientes respecto al modelo tradicional de gestión. *Revista de Administración Sanitaria*, 9, 33-57.
- Freire, JM. (1999), Fundaciones Sanitarias públicas, comentario y propuestas alternativas. *Revista de Administración Sanitaria*, 9, 69-92.
- Fundación CESM (1999), El número de médicos en España. Análisis de una situación crítica, 2ª Ed., Fundación CESM.
- Gaffney, D., Pollock, A.M., Price, D., Shaoul, J. (1999a), NHS capital expenditure and the private finance initiative: expansion or contraction? *British Medical Journal*, 319, 48-51.
- Gaffney D., Pollock A.M., Price D., Shaoul J. (1999b), PFI in the NHS: is there an economic case?, *British Medical Journal* 319, 116-9.
- Gaffney D., Pollock A.M., Price D., Shaoul J. (1999c). The private finance initiative: The politics of the private finance initiative and the new NHS, *British Medical Journal* 319, 249-53.
- Gómez de Hita J.L. (2000), Formas Jurídicas de la organización sanitaria. Granada, Escuela Andaluza de Salud Pública.
- González B., Barber P. (1996), Changes in the efficiency of Spanish Public Hospital after the introduction of Program-Contracts. *Investigaciones Económicas*, 20 (3 sept.), 377-402.
- González, B., Barber, P. y Pinilla, J. (1999), Estimación de la eficiencia de los hospitales generales de agudos

- mediante modelos de frontera estocástica, en: La evaluación de las políticas de servicios sanitarios en el Estado de las Autonomías. Análisis comparativo de las CC.AA. del País Vasco, Andalucía y Cataluña, capítulo III, Fundación BBV e Institut d'Estudis Autònoms, Generalitat de Catalunya.
- González, E. y Ventura, J. (2000), Efficiency and program-contract bargaining in spanish public hospitals. II Oviedo Workshop on Efficiency and Productivity, Oviedo, Departamento de Administración de Empresas y Contabilidad, Universidad de Oviedo.
- González López-Valcárcel, B. (2000), Formación y empleo de profesionales sanitarios en España. Un análisis de desequilibrios, *Gaceta Sanitaria*, 14(3), 237-46.
- González López-Valcárcel, B. y Urbanos Garrido, R.M. (2002), Prioridades en la organización de la atención a la salud en España. Informe SESPAS 2002. Capítulo 16, pp. 327-41. Edita: Conselleria de Sanitat, Subsecretaría per l'Agència Valenciana de la Salut, Escuela Valenciana de Estudios para la Salud (EVES).
- González-Páramo, J.M. (1997), Cambios organizativos al servicio de la gestión pública. En: La gestión del cambio en los servicios sanitarios. IV Seminario en colaboración con Merck-Sharp & Dohme, Granada, Silió F (ed.), Escuela Andaluza de Salud Pública.
- Hawksworth, J. (2000), Implications of the public sector financial control framework for PPPs. En: The private finance initiative: saviour, villain or irrelevance?, London, Institute of Public Policy Research.
- Ibern Regàs, P. (2003), Contratación externa de servicios sanitarios: el caso de la concertación hospitalaria en el entorno europeo. En: El interfaz público-privado en sanidad. Guillem López-Casasnovas, Masson S.A., 123-36.
- Koen, V. (2000), Public Expenditure Reform: the Health Care Sector in the United Kingdom, *Economics Department Working Papers 256*, OECD.
- Laffont, J.-J. y Tirole, J. (1993), A Theory of incentives in procurement and regulation, Cambridge (Mass), MIT-Press, 705.
- Le Grand, J., Mays, N., Mulligan, J.A. (1998), Learning from the NHS International Market: A review of the evidence, Londres, King's Fund Institute Publications.
- López Casasnovas, G. (1993), Ofertas de cuidados de salud y políticas de empleo en el sector sanitario público, Hacienda Pública Española (monografías), 1, 45-68.
- López Casasnovas, G. (coordinador), (1999), La contratación de servicios sanitarios, Els llibres dels Fulls Economics, Barcelona, Departament de Sanitat i Seguretat Social, Generalitat de Catalunya.
- Martín Martín, J.J., López Del Amo González, M.P. (1994), Incentivos e Instituciones Sanitarias Públicas, Granada, Escuela Andaluza de Salud Pública.
- Martín Martín, J.J., de Manuel Kenoy, E. (1998), Reformas y cambios organizativos en el Sistema Nacional de Salud español, *Papeles de Economía Española*, 76, 176-90.
- Martín Martín, J.J. (1999), Innovaciones y reformas organizativas en el Sistema Nacional de Salud. En: Repullo, J.R. (Ed.), Curso de experto universitario en gestión de unidades clínicas, Madrid, Universidad Nacional de Educación a Distancia.

- Martín Martín, J.J., López del Amo González, M.P. y Pérez Romero, C. (2000), Reflexiones en torno a la incentivación y motivación del profesional de la sanidad española. En: V Jornadas de Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios, Bilbao.
- Martín Martín, J.J. y López Del Amo González, M.P. y Pérez Romero, C. (2002), Nuevas fórmulas jurídicas y de gestión en las organizaciones sanitarias. En: Gestión Hospitalaria. McGraw-Hill Interamericana, 29-47.
- Martín Martín, J.J. (2003), Sistema de retribuciones y exclusividad de los facultativos de los hospitales públicos del Estado Español. En: El interfaz público-privado en sanidad. Guillem López-Casasnovas, Masson S.A, 157-85.
- Montoya Martín, E. (1996), Las empresas públicas sometidas al Derecho Privado, Madrid, Marcial Pons.
- Noord, P. van den (2002), Managing Public Expenditure: The UK Approach, *Economics Department Working Papers* 341, OECD.
- Núñez Feijóo, A. (1999), Nuevas formas de gestión en el Sistema Nacional de Salud, *Revista de Administración Sanitaria*, 9, 59-67.
- Or, Zeinep (2002), Improving the Performance of Health Care Systems: from Measures to Action (A Review of Experiences in Four OCDE Countries), *Labour Market and Social Policy-Occasional Papers* 57, OECD.
- Ortún, V. (1998), Gestión privada de la sanidad, Círculo de Empresarios: Alternativas de reforma para la sanidad pública, boletín 63 Diciembre, 285-311.
- Ortún, V. y Gervás, J. (2000), Potenciar la atención primaria de salud. En: Álvarez, C., Peiró, S. (eds.), Informe SESPAS 2000, Granada, Escuela Andaluza de Salud Pública, 363-69.
- Ortún, V. y López Casasnovas, G. (2002), Financiación capitativa, articulación entre niveles asistenciales y descentralización de las organizaciones sanitarias, Fundación BBVA y Centre de Recerca en Economía i Salut- CRES, Documento de trabajo, nº 3.
- Paton, C. *et al.* (2000), Scientific Evaluation of the Effects of the Introduction of Market Forces into Health Systems. Published by European Health Management Association, Dublin.
- Peiró, S. (2002), ¿Son siempre odiosas las comparaciones?, *Gestión Clínica y Sanitaria*, 4(2), Editorial, 35-7.
- Pérez López, M.C., Martín Martín, J.J., Carretero, L., López del Amo, M.P. (1997), Empresa pública Costa del Sol. Innovaciones y eficiencia en la gestión hospitalaria. En: Costes y calidad en la contratación de servicios de salud. XVII Jornadas Economía de la Salud, Murcia, 113-20.
- Pérez López, M.C. (2001), Análisis dinámico de los derechos residuales de decisión y control del ente público Hospital Costa del Sol (Período 1993-2000). Trabajo de investigación presentado para la obtención de suficiencia investigadora en el programa ‘Nuevas tendencias en economía española e internacional’. Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales, Universidad de Granada.
- Pollock, A.M., Shaoult, J. y Vickers, N. (2002), Private finance and “value for money” in NHS hospitals: a policy in search of a rationale?, *British Medical Journal* 324, 1205-9.

- Price, D, Pollock, A.M. and Shaoul, J. (1999), How the World Trade Organisation is Shaping domestic policies in health care, *The Lancet* 354, (November 27) 1889-92.
- Prior, D., Solá, M. (1993), L'eficiència dels Hospitals de Catalunya. Comparació entre els hospitals públics i els privats. Col·lecció Els Llibres dels Fulls econòmics. Departament de Sanitat i Seguretat Social, Generalitat de Catalunya.
- Puig-Junoy, J. y Pérez-Sust, P. (2002), Integración vertical y contratación externa en los servicios generales de los hospitales españoles, *Gaceta Sanitaria*, 16(2), 145-55.
- Repullo, J.R. y Enríquez, R. (2000), Cambios y reformas en la atención especializada; percepción de su naturaleza y efectos por parte de informadores clave. En: Avances en la gestión sanitaria: implicaciones para la política, las organizaciones sanitarias y la práctica clínica. AES, 283-4.
- Rey del Castillo, J. (2000a), Análisis de factores determinantes del futuro del sistema nacional de salud (I), *Revista Salud*, 54, 19-27.
- Rey del Castillo, J. (2000b), Análisis de factores determinantes del futuro del sistema nacional de salud (II), *Revista Salud*, 55, 12-5.
- Rey del Castillo, J. (coordinador) (2001), La organización territorial del sistema sanitario, Cuadernos con Alternativas: Sistema Nacional de Salud Análisis y propuestas, Fundación Alternativas, Madrid.
- Sánchez-Caro, J. (2000), Régimen jurídico de las nuevas formas de gestión en la sanidad española (la perspectiva del Instituto Nacional de la Salud), *Revista de Administración Sanitaria*, IV, 14, 91-139.
- Servicio Andaluz de Salud, Dirección General de Personal (2003). Resolución Retribuciones Personal SAS para el ejercicio 2003.
- Sheldon, T. (2000), EU law makes Netherlands reconsider its health system, *British Medical Journal*, 320, 22 de Enero, 206.
- Silió Villamil, F., Prieto Rodríguez, M.A. y Romo Avilés, N. (2002), Impacto de las políticas de la Unión Europea sobre los sistemas sanitarios. Informe SESPAS 2002. Capítulo 17, 343-76. Edita: Conselleria de Sanitat, Subsecretaria per l'Agència Valenciana de la Salut, Escuela Valenciana de Estudios para la Salud (EVES).
- Sloan, F., Picone, G., Taylor, D., Chou, S. (2001), Hospital ownership and cost and quality of care: is there a dime's worth of difference?, *J. Health Econ*, 20 1-21.
- Temes Montes, J.L. y Gil Redrado, J. (1997), El Sistema Nacional de Salud, Madrid, McGraw Hill Interamericana.
- Vaquero Caballería, M. (1999), Fundaciones públicas y fundaciones en mano pública, Madrid, Marcial Pons.
- Williamson, O. (1991), Comparative Economic Organization: The Analysis of Discrete Structural Alternatives, *Administrative Science Quarterly*, Cornell University.
- Williamson, O. (1993), The Economic Analysis of Institutions and Organisations in General with respect to Country Studies, 158 Working Papers, 133, Paris, OCDE/GD (93).

[www.doh.gov.uk/pfi](http://www.doh.gov.uk/pfi).

## **Anexo: Entrevistas a los Gerentes de la EAP de Vic y del Hospital de Alzira**

### **Entrevista: Albert Ledesma, Gerente de la EAP, Vic. 25/01/03**

**1º-¿Cuáles son las ventajas de las Sociedades de Profesionales frente a las formas tradicionales del ICS o el INSALUD?**

Éstas se presentan en una vertiente triple:

- Ventajas para los profesionales sanitarios.
- Ventajas para los usuarios.
- Ventajas para la Aseguradora.
- Se podría localizar también una ventaja global.

#### **Para los profesionales:**

- Mayor nivel de autonomía.
- Mayor grado de implicación.
- Mayor posibilidad de aumentar los ingresos económicos.

#### **Para los usuarios:**

- Son servicios que se adaptan mejor a las expectativas, ya que al ser empresas pequeñas tienen que dar respuesta a lo que se les pide.

#### **Para la aseguradora:**

- Son empresas más manejables a la hora de comprarles.

#### **Desde un punto de vista global:**

- Entidades más flexibles para adaptarse al medio y a los cambios que puedan producirse en el Sistema Sanitario.

**2º- ¿Cuáles son las ventajas de las Sociedades de Profesionales sobre la integración de Primaria en el ámbito hospitalario?**

- Gestión de RR.HH sin los inconvenientes de tener personal estatutario o funcionario.
- Gestión de las compras y productos intermedios de forma más eficiente.

No encuentra mucha diferencia respecto al modelo clásico al no cumplirse dos premisas importantes:

- Implicación del personal.
- No hay aumento de recursos.

**3º- ¿Podría existir un conflicto entre el interés financiero de los médicos actuando como propietarios y la atención al usuario (reducir costes, selección del paciente...)?**

- Selección adversa: no es fácil de hacer. El SCS se enteraría enseguida, ya que el único criterio para darse de alta en una zona básica (estar empadronado) impide la selección. Se podría hacer con unas pocas cosas, pero, si se crea alarma social, el SCS tendría noticia de ello.

Mientras exista el modelo de aseguramiento único y esta asignación de pacientes, la selección adversa es muy difícil. Lo que sí se puede hacer es la abstención terapéutica, pero esto se puede hacer tanto en la privada como en la pública.

- Desde el punto de vista del gasto, el principal componente de éste es el recurso humano. La aseguradora tiene que tener en claro el número de pacientes que tiene que llevar un médico o enfermera, lo que supone ser gasto fijo, y se ha de controlar que estas empresas no trabajen con menos personal del que deben.

Los ahorros que se pueden conseguir no haciendo pruebas supondrían tan solo un incremento del 1% de los ingresos y se estaría creando conflicto en tu negocio. Todo esto suponiendo que la financiación capitativa se mantiene a los niveles actuales. Si ésta se disminuyera mucho, entonces habría que recurrir a una gestión economicista del servicio. Pero si se tiene una perspectiva empresarial, la gestión economicista aquí no tiene sentido. Si bien es necesario un control de todo esto por parte de la Administración.

**4º- Experiencia de cogestión del presupuesto de farmacia. ¿Existe la posibilidad de ahorro por parte de la Sociedad de Profesionales, no recetando?**

- En Cataluña hay 60 zonas básicas que participan de la cogestión, con un mínimo del 20% de riesgo y ninguna es del ICS.
- La primera experiencia de cogestión del gasto en farmacia del ICS (2002): de las 8 zonas básicas de Vic que quedan en manos del ICS han ido al 10% del riesgo en el marco capitativo.

- Las 11 zonas básicas de salud de la comarca de Osona van al 100% de riesgo junto con el hospital.
- 1999-2002: a todas las empresas no ICS, se les obligó a participar del riesgo de la gestión del gasto farmacéutico, al principio con un mínimo (10%) que ha ido aumentando hasta llegar al 100%. Esto ha servido para contener el gasto manteniéndose la calidad de la prescripción.

La experiencia es muy positiva y ha permitido tener la mitad del gasto frente a la media de Cataluña (102,17€ / 192,32€).

Se ha empezado a considerar otro elemento en el cálculo del incremento del presupuesto, ya que en un principio solo se tenía en cuenta el gasto realizado por la sociedad, y ahora se tiene también en cuenta la media de Cataluña. Ambos ponderan igual (1/2).

En cuanto a la contención del gasto en farmacia las Sociedades de Profesionales tienen un mayor grado de actuación, gracias a tener a los médicos como parte implicada en la propiedad de la empresa, siendo esto básico en primaria.

#### **5º- ¿La normativa actual hace difícil que una aseguradora privada jugara un papel predominante frente a los médicos en las Sociedades de Profesionales?**

La respuesta es sí, y el razonamiento:

- Tienen que ir a concurso público cada cinco años, y en éste hay que presentar la escritura original de la sociedad, donde la composición accionarial está clara. En el caso de una sociedad con solo el 51% en manos de profesionales, el SCS debería vigilar lo que pasa.
- Se comentaría entre la gente, es difícil mantenerlo en secreto.

En definitiva, esto está regulado y se puede asegurar que no hay nadie detrás.

#### **6º- ¿Qué cambios haría en el actual modelo de financiación *per capita*? ¿Tendría sentido plantearse en la práctica ajustes *per capita* en función de diferentes criterios (morbilidad, socioeconómicos...)?**

Hay que ajustar, y de hecho se tienen en cuenta algunos aspectos sociodemográficos y económicos en la comarca de Osona. Deben servir para corregir el global del capitativo y luego las poblaciones concretas. Deben considerarse:

- Condiciones poblacionales.
- Condiciones geográficas.
- Condiciones económicas.

El problema es que todo esto al final acaba manipulándose políticamente, de manera que el capitativo ajustado no tiene únicamente en cuenta criterios técnicos.

**7º- Perspectivas del modelo de Sociedades de Profesionales en el ámbito de primaria catalán, ¿crecerá, se mantendrá...? ¿Se podría exportar el modelo a otros territorios del Estado?**

- Es un modelo con futuro en primaria, entendiendo por modelo que el médico y l@s enfermer@s formen parte de la propiedad jurídica de la entidad.
- Para Alcira sería una muy buena opción.
- En el resto de España podría aplicarse con la voluntad política adecuada.

Frente a las concesiones integradas, tipo Alcira, las Sociedades de Profesionales son mejores, ya que pueden mantener los procesos de manera más precisa antes de derivarlos a la especializada, pues de los recursos que le dan para eso dependen sus ingresos y el futuro de su empresa.

Podrían llegar a acuerdos con concesiones de especializada de manera que les fuera muy rentable a ambas partes.

El incentivo de ser propietario es muy importante, siempre que las condiciones de trabajo sean las óptimas y la sociedad pueda contratar a los profesionales que quiera para desempeñar unas funciones previamente determinadas.

**8º- ¿Número de horas promedio que trabaja un médic@ y un enfermer@?**

- Médic@: 50h/semana
- Enfermer@: 40h/semana.
- Administrativ@: 42h/semana.

El incremento de la productividad de estas sociedades frente a las fórmulas tradicionales, no solo se debe a la calidad del factor humano, sino también al incremento de horas trabajadas.

Las horas de visitas reales tienen una media de 5h/día/médic@ por cada 2000 pacientes.

Las horas que restan hasta las 50, una vez dedicado el tiempo necesario para la asistencia, se dedican a hacer otro tipo de trabajos.

**9º- Si se aumenta el número de sociedades de profesionales, la dispersión, inevitablemente, variará también, la gente tenderá a asumir menos riesgos, ¿si alguna de estas sociedades se viera en dificultades, realmente correría el riesgo, o sería el SCS quien le haría frente?**

El SCS podría aguantar a dichas sociedades con un año de resultados negativos, pero no más; en ese caso las echarían, ya que son las que menos fuerza política tienen. Han constituido una asociación para cubrirse las espaldas, en el caso de que uno de sus miembros pase por dificultades.

**10º- ¿Podría existir un riesgo derivado de la falta de recursos para que siga evolucionando el sistema sanitario y las sociedades de profesionales, por ser las más pequeñas, puedan tener problemas de tesorería?**

Sí, y de hecho serían las primeras en sufrir las consecuencias.

**11º- ¿Qué tres cosas reformaría del Sistema Sanitario Catalán?:**

- Informatización. Ahora solo los no ICS están informatizados.
- Quitar a los hospitales que estén gestionando varias áreas básicas.
- Desmantelar el ICS en el territorio, y no hacer un estatutario o funcionario más.

**Entrevista: Alberto de la Rosa. Gerente del Hospital de Alcira 12/02/03.**

**1º- ¿Cuáles son las ventajas de la concesión frente a las formas tradicionales de gestión (en la triple vía: profesionales, usuarios, aseguradora)?**

Ventajas para:

**a) La Administración Pública:**

- Ahorro en la construcción de un hospital.
- El coste anual de la gestión del Hospital de la Ribera es inferior al de cualquiera de sus hospitales.

**b) Profesionales: (independientemente de que sean laborales o estatutarios)**

- Libertad de negociación de las condiciones profesionales y económicas.
- Más autogestión.
- Más libertad de movimiento.

**c) Usuarios: estos no notan la diferencia en cuanto a gestión, pero sí que hay elementos que han introducido diferencias notorias:**

- No listas de espera.
- Pedir consulta por internet
- Habitación individual.

- Horario de mañana y tarde.
- Libre elección del profesional dentro del hospital.

Las expectativas de los usuarios respecto a Alcira, son altas, lo que hace que la innovación continua sea necesaria para así fidelizarlos.

**d) Aseguradora:**

- Aprendizaje de un *know-how* que no conocía, la gestión sanitaria pública.
- Entrar en un sector en crecimiento y con futuro.
- Aspiraciones a tener resultados positivos.

**2º-Ventajas del nuevo modelo de Alcira, integración de primaria y especializada, respecto a posibles acuerdos entre la especializada con Sociedades de Profesionales en primaria?**

Las sociedades de profesionales presentan una serie de debilidades:

- Posible falta de unidad de criterio.
- Falta de un sólido respaldo empresarial.
- Competencia entre centros de salud de primaria.

**3º-¿Podría existir un conflicto entre el interés de la UTE y la atención al usuario (reducir costes, selección de pacientes...)?**

Para evitar esto, que en teoría podría ocurrir, es necesario un control público exhaustivo, riguroso y serio, con lo que ante una actuación incorrecta, se sancionaría inmediatamente.

Por otro lado, todos los pacientes que se mandan a otros centros son pagados por el Hospital de la Ribera, lo que implica además de los costes, que la Consellería al cobrarlo tendría la información de cada paciente enviado a la pública, lo que permite llevar un control por su parte.

**4º- Experiencia de cogestión del presupuesto de farmacia, ¿existe la posibilidad de ahorro de la UTE no recetando?**

Tal práctica sería inviable. Una empresa sería nunca basa su éxito haciendo una mala praxis, sino dando calidad de servicio. Hay que actuar de manera profesional; aquí los médicos tienen mucho que decir.

En el nuevo modelo integrado, para la gestión de farmacia se creará un Comité de Farmacia, que ya existe, que será llevado por médicos y se basará en el desarrollo de guías clínicas. No se han planteado mucho más por el momento, ya que el tema de los genéricos en primaria es más complicado.

**5º- ¿Qué cambios haría en el actual modelo de financiación *per capita*?, ¿en la práctica tendría sentido plantearse ajustes *per cápita* en función de distintos criterios (morbilidad, socioeconomía...)?**

No haría cambios, ya que es un sistema sencillo, parecido al de MUFACE, que no hace diferenciaciones. Aunque hacerlo puede ser lógico desde un punto de vista económico, complicaría mucho la situación. Se entraría en un debate muy complejo. Es mejor compensar los que más gasto hacen por los que menos.

**6º- Perspectivas del modelo de UTE en el ámbito valenciano. ¿Se podría exportar a otros territorios del Estado?**

Seguro que se exporta, aunque el actual peso político lo dificulta.

**7º- ¿Número de horas promedio trabajadas por un médico y un enfermero, diferenciando las asistenciales de las no asistenciales? (ver si el aumento de la productividad respecto a las formas tradicionales no se debe tanto a la calidad del factor humano, sino al incremento de horas dedicadas).**

Médicos y enfermeras trabajan alrededor de 1700-1800 horas/año, lo que aproximadamente supone 150 horas por encima de lo que se trabaja en un hospital público. La productividad no es fruto de esta diferencia de horas, ya que no se lleva un control estricto de las horas, sino que se establecen unos objetivos que los médicos tienen que cumplir. Además se ha apostado fuertemente por la formación, a lo que la gente debe dedicar parte de su tiempo asistencial, e incluso personal.

**8º- ¿En el caso de dificultades, realmente la UTE correría el riesgo o sería el SVS quien haría frente?**

Sería la UTE. De hecho en los cuatro años de gestión que lleva no se han obtenido resultados positivos y no se ha acudido a buscar ayuda a la Consellería. La transferencia de riesgos de la Administración a la UTE es real.

**9º- ¿Ante una crisis en los presupuestos públicos, existe el riesgo de que las UTEs se vean especialmente afectadas ante posibles recortes?**

Si, hipotéticamente, hubiera una situación de crisis, la Administración y la UTE negociarían la mejor solución.

**10º- ¿Sería interesante para su fórmula de gestión un mayor grado de participación e implicación de los profesionales sanitarios?**

La implicación es imprescindible y también el consenso. Se debe responsabilizar a los profesionales de que ellos son los que han de tomar las decisiones y de que será el equipo gerente el encargado de canalizar las iniciativas y darles una lógica empresarial. Es importante que el médico tenga el conocimiento, pero además debe ser capaz de transmitir, diseñar, gestionar y ayudar al equipo gerente.

**11º- ¿Existe una separación real entre la financiación y la provisión del servicio?**

Sí. A nivel de planificación global de la Comunidad Autónoma, sí se depende de la Consellería, pero a partir de ahí, se tiene total autonomía, fruto de la transferencia recibida.

**12º- ¿Qué tres cosas reformaría del Sistema Sanitario Valenciano?**

No solo del Sistema Sanitario Valenciano, sino del Sistema Sanitario en general:

- Funcionarización: es difícil gestionar recursos humanos cuando hay poca agilidad en la toma de decisiones e incentivación.
- Introducción de sistemas de retribución variable.
- Introducción de sistemas de información.
- Evitar que la farmacia sea la financiadora de la formación.

## Documentos de trabajo publicados

1/2003. **Servicios de atención a la infancia en España: estimación de la oferta actual y de las necesidades ante el horizonte 2010.** María José González López.

2/2003. **La formación profesional en España. Principales problemas y alternativas de progreso.** Francisco de Asís de Blas Aritio y Antonio Rueda Serón.

3/2003. **La Responsabilidad Social Corporativa y políticas públicas.** Alberto Lafuente Félez, Víctor Viñuales Edo, Ramón Pueyo Viñuales y Jesús Llaría Aparicio.

4/2003. **V Conferencia Ministerial de la OMC y los países en desarrollo.** Gonzalo Fanjul Suárez.

5/2003. **Nuevas orientaciones de política científica y tecnológica.** Alberto Lafuente Félez.

6/2003. **Repensando los servicios públicos en España.** Alberto Infante Campos.

7/2003. **La televisión pública en la era digital.** Alejandro Perales Albert.

8/2003. **El Consejo Audiovisual en España.** Ángel García Castillejo.

9/2003. **Una propuesta alternativa para la Coordinación del Sistema Nacional de Salud español.** Javier Rey del Castillo.

10/2003. **Regulación para la competencia en el sector eléctrico español.** Luis Atienza Serna y Javier de Quinto Romero.

11/2003. **El fracaso escolar en España.** Alvaro Marchesi Ullastres.

12/2003. **Estructura del sistema de Seguridad Social. Convergencia entre regímenes.** José Luis Tortuero Plaza y José Antonio Panizo Robles.

13/2003. **The Spanish Child Gap: Rationales, Diagnoses, and Proposals for Public Intervention.** Fabrizio Bernardi.