

**Nuevas formas de gestión:
Las fundaciones sanitarias
en Galicia**

Marciano Sánchez Bayle y Manuel Martín García

Documento de trabajo 43/2004



Marciano Sánchez Bayle

Médico, especialista en Pediatría y Nefrología, es fundador de la Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública, y de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública en la que ha ocupado varias responsabilidades, siendo actualmente su portavoz. Es miembro del Patronato de la Fundación Alternativas y de la Fundación para la Investigación, Estudio y Desarrollo de la Salud Pública. Ha publicado numerosos artículos sobre política sanitaria en revistas nacionales e internacionales. Es autor de dos libros y ha colaborado en varios más.

Manuel Martín García

Médico, especialista en Medicina Familiar y Comunitaria y Master en Salud Pública. Médico del EAP de Seixo (Pontevedra). Es secretario de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública, portavoz de la Plataforma Galega para a Defensa da Sanidade Pública y patrono de la Fundación para la Investigación, Estudio y Desarrollo de la Salud Pública. Tiene numerosas publicaciones sobre salud pública y política sanitaria nacional e internacional. Ha escrito varios capítulos en libros sobre salud pública y política sanitaria.

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

© Marciano Sánchez Bayle y Manuel Martín García

ISBN: 84-96204-43-X

Depósito Legal: M-6315-2004

Contenido

Resumen ejecutivo	5
1 Introducción	7
1.1 La crisis de los sistemas sanitarios	7
1.2 Respuestas a la crisis	7
1.3 Las propuestas neoliberales	8
1.4 Los grupos de presión que impulsan el cambio	10
1.5 Consecuencias	11
1.6 La aplicación en España	12
1.7 La nueva gestión y las fundaciones sanitarias	13
1.8 Objetivo de este estudio	16
2 Material y métodos	17
3 Resultados	19
3.1 Resultados asistenciales	19
3.2 Política de personal	23
3.3 Opiniones de los profesionales	26
4 Discusión	28
4.1 Problemas relacionados con el modelo sanitario	28
4.2 Los resultados de las fundaciones	29
4.3 Los problemas jurídicos	33
4.4 Las políticas de personal	34
5 Conclusiones	36
6 Recomendaciones	37
Bibliografía	39
Índice de Tablas y Gráficos	42

Siglas y abreviaturas

ATS	Ayudante Técnico Sanitario
CC AA	Comunidades Autónomas
CDS	Centro Democrático y Social
CIS	Centro de Investigaciones Sociológicas
DUE	Diplomados Universitarios en Enfermería
FADSP	Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública
GDR	Grupos de Diagnóstico Relacionados
GP	<i>General practitioner</i> (médicos generales)
HMO	<i>Health Maintenance Organizations</i> (sistemas de provisión sanitaria en EE UU)
IT	Incapacidad Transitoria
LGS	Ley General de Sanidad
MIR	Médicos Internos y Residentes
NHS	National Health Service (Servicio Nacional de Salud del Reino Unido)
NHSCA	NHS Consultant's Association (Asociación de Consultores del NHS)
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
OMS	Organización Mundial de la Salud
PGE	Presupuestos Generales del Estado
SATSE	Sindicato de ATS de España
SERGAS	Servicio Galego da Saúde
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SNS	Sistema Nacional de Salud
TAC	Tomografía Axial Computerizada
TEL	Técnico Especialista en Laboratorio
TER	Técnico Especialista en Radiología
UE	Unión Europea
UPH	Unidades de Producción Hospitalaria
UVI	Unidad de Vigilancia Intensiva

Nuevas formas de gestión: Las fundaciones sanitarias en Galicia

Marciano Sánchez Bayle

Portavoz de la Federación de Asociaciones
para la Defensa de la Sanidad Pública

Manuel Martín García

Secretario de la Federación de Asociaciones
para la Defensa de la Sanidad Pública

La gestión de los servicios sanitarios es uno de los retos para su adaptación a las necesidades de salud, en permanente cambio. Sobre las propuestas de gestión intervienen varias tendencias: la Estrategia Salud para Todos de la OMS, las de liberalización de la economía y los servicios públicos propiciadas por la Organización Mundial de Comercio y el Banco Mundial, y las restricciones presupuestarias e intentos de disminuir el gasto público.

En España se han desarrollado los llamados “nuevos modelos de gestión” que pretenden introducir la lógica empresarial privada en el ámbito de la Sanidad Pública. El modelo con más tiempo de desarrollo y con mayor número de centros es el de las fundaciones sanitarias. El objetivo de este documento de trabajo es comparar el funcionamiento de hospitales con modelo de fundaciones con el de centros hospitalarios del modelo tradicional, para evaluar las posibles ventajas y/o problemas de los primeros.

Se ha estudiado la Comunidad de Galicia por ser donde se inició el modelo y existe un mayor número de centros. Se han comparado 4 fundaciones sanitarias con 3 hospitales comarcales del modelo tradicional de gestión. Todos los centros atienden a poblaciones muy similares en número de habitantes, tanto en el caso de las fundaciones como en el de los centros de modelo tradicional, con una población ligeramente menos envejecida en el caso de las fundaciones. Los datos proceden de las memorias oficiales del Servicio Galego da Saúde (SERGAS).

Los resultados obtenidos muestran que las fundaciones tienen menos camas por habitantes, menos personal de todas las categorías, ingresan menos personas, hacen menos intervenciones quirúrgicas, ven menos enfermos en consulta y en urgencias y tienen una mayor demora media. En consonancia con esto el porcentaje de derivaciones a otros centros es superior. Por otro lado las Unidades de Producción Hospitalaria (UPH) ajustadas –índice de productividad

ajustada por la complejidad de la patología atendida—, son netamente superiores en los hospitales del modelo tradicional. Las retribuciones en las fundaciones son menores que en el modelo tradicional excepto en el caso de los facultativos, siendo la parte variable más elevada. El personal parece estar más insatisfecho. El Concello de Contas ha detectado numerosas anomalías en la contabilidad y en las contrataciones externas.

De los datos obtenidos parece deducirse que las fundaciones basan su modelo en un **ahorro de costes**, que se consigue a costa de una **menor actividad** y de una **mayor derivación de pacientes** a los centros de referencia. No existen datos objetivables de la calidad asistencial, aunque las UPH ajustadas son menores, lo que parece sugerir que se atiende a patologías menos complejas. Todo ello sugiere que en las fundaciones se aplican **mecanismos de selección de riesgos** en la asistencia sanitaria. Algunos estudios internacionales vinculan mortalidad y morbilidad con el número de profesionales médicos y de enfermería de los centros sanitarios, pero estos datos no están disponibles en nuestro caso.

La investigación permite concluir que el modelo de fundaciones **no demuestra una mayor eficiencia** (menores costes con igual calidad) que los centros sanitarios públicos de nivel similar en Galicia. Existen razones para sospechar que la eficiencia pudiera ser menor (por ejemplo, el menor coste encontrado por habitante podría enmendarse según las manipulaciones contables detectadas por el Concello de Contas) y el coste medio por UPH es mayor en las fundaciones. Otros problemas a considerar en éstas son las externalizaciones y las irregularidades. La falta de transparencia del modelo es notable y llamativa, teniendo en cuenta que se trata de centros públicos. De acuerdo con todo esto, en este documento de trabajo:

- Se recomienda paralizar la puesta en funcionamiento de nuevas fundaciones y realizar una auditoría pública de las mismas que pueda despejar los interrogantes planteados y analizar los problemas que se han detectado.
- Se señalan alternativas para mejorar la gestión de los centros sanitarios públicos, reforzando su papel de servicio público de calidad, entre las que cabría destacar: la necesaria integración en el Área de Salud; la incorporación de los objetivos hospitalarios a los Planes de Salud; asegurar la continuidad asistencial y reforzar la relación con la Atención Primaria; desarrollar el funcionamiento democrático de los centros; orientar los recursos hospitalarios para conseguir un trabajo coste efectivo en el horizonte de la excelencia utilizando la medicina basada en la evidencia, la bioética y la gestión clínica; fomentar la dedicación exclusiva de los profesionales al sistema sanitario público y desarrollar incentivos como la carrera profesional; poner en funcionamiento sistemas ágiles de información compartidos entre los hospitales y la Atención Primaria; establecer sistemas permanentes de evaluación de la calidad y de la adecuación de la asistencia; incorporar a los usuarios como coproductores de salud; desarrollar la docencia, formación continuada e investigación desde una concepción más amplia y menos medicalizada de las Ciencias de la Salud.

1. Introducción

1.1 La crisis de los sistemas sanitarios

A finales de los años 70 del pasado siglo, se hizo evidente la crisis de los sistemas sanitarios tradicionales, que mostraban sus dificultades para hacer frente a los principales problemas de salud, pese al incremento exponencial de los gastos sanitarios.

Esta crisis se manifestaba en el estancamiento de los principales indicadores de salud –como la esperanza de vida al nacer–, en la incapacidad para enfrentar las principales causas de mortalidad, discapacidad o años de vida perdidos (enfermedades cardiovasculares, cáncer, accidentes laborales y de tráfico...) y en la aparición de nuevas epidemias como el SIDA, las enfermedades de transmisión sexual, etc. (que tienen su origen en un medio ambiente social y laboral y en unos estilos de vida de riesgo poco favorable), que los sistemas de salud tradicionales parecen no poder frenar (San Martín, 1982).

Se han señalado como factores que influyen en esta situación el envejecimiento de la población; el desarrollo de nuevos conocimientos, tecnologías sanitarias y medicamentos cada vez más costosos; el incremento de la demanda asistencial y la exigencia de mejoras en accesibilidad y calidad de los usuarios asociados a las mejoras educativas y socioeconómicas de la población; el mantenimiento del hospital como centro del sistema, y la práctica profesional basada en la práctica curativa y en la atención superespecializada (San Martín, 1982).

A estos problemas, de naturaleza estratégica y estructural, habría que añadir otros de tipo organizativo y funcional, vinculados a la actividad de los servicios asistenciales, entre los que destacan: la baja productividad; la variabilidad de las decisiones clínicas; la falta de utilidad demostrada de muchas de ellas; etc. Esta situación determinó un debate universal sobre la necesidad de introducir reformas en los sistemas y servicios sanitarios y sobre cuál sería su naturaleza.

1.2 Respuestas a la crisis

La Trigésima **Asamblea Mundial de la Salud de la OMS** aprobó en Alma Ata en mayo de 1977 la **Estrategia Salud Para Todos** con el respaldo de todos los países que la integra-

ban. Se proponía orientar las políticas sanitarias hacia la atención integral de salud con énfasis en la promoción frente a la meramente reparadora; colocar la atención primaria como eje del sistema para facilitar el acceso universal y racional a los servicios; y potenciar la participación y corresponsabilidad social y personal en las actuaciones sanitarias.

En su versión europea, la OMS, en los Objetivos de Salud para Todos en 1986 (OMS, 1987), pretendía afrontar dos problemas esenciales: Mejorar el **nivel de salud que era muy inferior al teóricamente posible**, dados los recursos financieros dedicados a sanidad, medicamentos y nuevas tecnologías, **y reducir las desigualdades sanitarias** existentes en la región a pesar del desarrollo científico y educativo de la mayoría de los países.

Esta estrategia inspiró las líneas fundamentales de la **Ley General de Sanidad (LGS 1986)**¹ que instauró en España un Sistema Nacional de Salud con planteamientos parecidos a los clásicos del Servicio Nacional de Salud del Reino Unido, incluyendo algunos de los paradigmas de Alma Ata y la Estrategia Salud para Todos de la OMS, como el desarrollo de la Atención Primaria de Salud (Sánchez Bayle, 1996).

Paralelamente se desarrollaron otras propuestas, como la **Epidemiología Clínica**, que “pretendían estudiar la distribución y los determinantes de la enfermedad en grupos y poblaciones, reformularlas desde una perspectiva clínica y utilizarlas para mejorar el desempeño médico” (Sackett, 1994), es decir, racionalizar las decisiones basándose sobre el estudio de la enfermedad en la población, teniendo en cuenta su relación con el entorno o la **Medicina Basada en la Evidencia**, que pretendía “tomar decisiones basadas en la evidencia científica, para lo que proponía incorporar a la experiencia o maestría individual la mejor información científica disponible con el fin de aplicarlo a la clínica práctica o de gestión sanitaria” (Muir, 1997).

1.3 Las propuestas neoliberales

El triunfo de las propuestas “neoliberales” en Norteamérica y el Reino Unido en los años 80 condicionaron el desarrollo de estas estrategias, proponiendo como alternativa **introducir cambios en el papel del Estado y el mercado en la asistencia sanitaria**. El nuevo paradigma se fundamenta en ideas-fuerza como la imposibilidad de mantener con dinero público una asistencia de salud universal y equitativa; la incapacidad de los sistemas sanitarios públicos para producir servicios sanitarios de forma racional; y la ineficiencia como algo consustancial a la gestión pública.

El ejemplo más universal de esta estrategia son las reformas introducidas por Margaret Thatcher en el Servicio Nacional de Salud en el Reino Unido (NHS). La propuesta, con

¹ Ley 14/1986, de 25 de abril, BOE de 29 de abril.

el engañoso título de *working for patients* (trabajando para los pacientes), pretendía el establecimiento de un mercado interno dentro del NHS, separando la financiación de la provisión como primera medida para establecer este pseudomercado, y posteriormente creando empresas autónomas en los hospitales, los *trusts*, y sistemas de asignación presupuestaria a los médicos generales para contratación de servicios, los *gp fundholders*. Los resultados de esta estrategia han sido bien analizados tanto desde el punto de vista teórico (Navarro, 1996), como desde el práctico (NHSCA, 1995), quienes señalan que, tras 5 años de experiencia de las reformas Thatcher, se habían producido los hechos siguientes:

- Aumento de los costes burocráticos.
- Incompatibilidad entre los planes de salud estratégicos y el mercado.
- Aparición de competición y confidencialidad comercial y ruptura de la cooperación.
- Establecimiento de distintos tipos de servicios según grupos de población.
- La crisis económica presiona a los cierres de centros y la reducción de prestaciones.
- Presiones financieras para la reducción de la cantidad y calidad de los servicios y para disminuir la investigación clínica.
- Desmoralización de las plantillas de profesionales.
- El mercado introduce de manera insidiosa la noción de que la provisión sanitaria pública es extravagante y poco práctica.
- Industrialización de los cuidados, condicionando las decisiones profesionales.
- Erosión de la salud pública.
- Déficit democrático.

Este diagnóstico fue corroborado por el nuevo gobierno laborista en su informe **The new NHS** en 1997 (Department of Health, 1997; Lorenzo Porto, 1998), que exponía los problemas que el mercado había creado al NHS en cuanto a incremento de costes burocráticos y ruptura de la cooperación en el sistema, así como graves desigualdades en el acceso a las prestaciones asistenciales.

Sus principales objeciones se recogen a continuación:

- El mercado dividió la responsabilidad de planificación y asistencia entre 100 autoridades sanitarias, 3.500 *fundholders* y 400 *trusts* hospitalarios.
- Mala integración con los servicios sociales.
- Los usuarios van de un lado a otro para recibir asistencia.
- Las organizaciones se ven obligadas a seguir sus propias necesidades y no la de los pacientes.

- Originó competencia por los pacientes, creando desigualdad por razones financieras.
- Se fomentó la moral competitiva frente a la ética de la justicia profesional.
- Los clínicos hospitalarios se vieron con frecuencia desautorizados, enfrentados entre ellos y con los médicos de atención primaria.
- Ocasionó una subida insostenible de los costes administrativos. El dinero se desvió de la atención a los pacientes hacia los gastos administrativos.
- Los hospitales se han convertido en *trusts* autodirigidos, gestionados como negocios, centrados en las finanzas y obligados a competir por contratos a corto plazo.
- Los equipos directivos tomaban decisiones sin compartirlas, y los *fundholders* decidían la compra de servicios importantes sin consultar con la comunidad.

El resultado fue una búsqueda de un modelo distinto basado en la cooperación y no en el mercado. No obstante, la política del Reino Unido ha seguido una deriva distinta, en parte debido al proceso de regionalización de los servicios de salud por el que Gales y Escocia han asumido las competencias sanitarias. En estos momentos en Inglaterra el gobierno apuesta por la creación de fundaciones, aunque con un mayor control externo que en el caso español, política que está teniendo una fuerte contestación, tanto en los ámbitos sociales y profesionales como en el seno del propio partido laborista y en las cámaras de los Comunes y los Lores (Burke, 2003; Pollock, 2003). Mientras tanto en Escocia y Gales no solo se apuesta por la gestión pública, sino que se ha eliminado la separación entre provisión y financiación, que es la piedra angular para las políticas de mercado sanitario (Fisher, 2003).

1.4 Los grupos de presión que impulsan el cambio

Las políticas de implantar el mercado en el sistema sanitario y de propiciar las privatizaciones están siendo fomentadas por diferentes agentes externos al sistema sanitario (grupos financieros, aseguradoras sanitarias, empresas multinacionales de asistencia socio-sanitaria, industrias farmacéutica y de electromedicina...), con el respaldo de organismos internacionales como la **Organización Mundial del Comercio**, el **Fondo Monetario Internacional** y el **Banco Mundial**.

El Banco Mundial, en 1987, plantea en su **Informe sobre la Financiación de los Servicios Sanitarios**:

- Trasladar a los usuarios los gastos por el uso de las prestaciones.
- Ofrecer esquemas de aseguramiento para las principales causas de riesgo.
- Utilizar de forma eficaz los recursos privados.
- Descentralizar los Servicios Sanitarios Públicos.

Seis años después, en 1993, el **Informe del Banco Mundial sobre el Desarrollo en el Mundo**, propone dos estrategias para disminuir la Carga Global de Morbilidad:

- Introducir las fuerzas del mercado en el ámbito sanitario.
- Mejorar la asignación de recursos públicos con criterios de eficiencia técnica e instrumental, por medio de intervenciones de alta efectividad y bajo coste.

Las aseguradoras y multinacionales sanitarias pretenden que los acuerdos entre la Organización Mundial del Comercio y la UE eliminen las barreras para su implantación en el sector sanitario; abran la sanidad a la libre competencia; y faciliten la circulación de capitales y empresas por los sistemas sanitarios de los países de la Unión. Esta estrategia pasa por la eliminación del monopolio público de los sistemas sanitarios (por ser una subvención que impide la libre competencia en un mercado de servicios sanitarios) (notas² y³).

Por su parte la OMC pretende restringir la capacidad reguladora de los gobiernos para obstaculizar el libre comercio de las multinacionales en el sector servicios (crear escuelas, universidades, hospitales, etc.).

Se han señalado reiteradamente los graves problemas que esta estrategia tiene para la sostenibilidad y mantenimiento de los servicios sanitarios públicos, y para la atención sanitaria de calidad a la población (Navarro, 1998; Pollock, 2000)

1.5 Consecuencias

En las políticas neoliberales han tenido un importante papel propuestas de naturaleza ideológica, sin respaldo empírico, como son la separación entre financiación y provisión en los Sistemas Sanitarios Públicos, la **contratación competitiva**, y la creación de empresas sanitarias autónomas, que han ejercido una gran influencia sobre las reformas

² Pascal Lamy, comisario responsable de Comercio, propuso en el European Services Forum que los presidentes de las entidades financieras especificaran sus prioridades para desarrollar mercados de servicios en construcción, educación, salud, servicios sociales, medioambiente y medios audiovisuales.

³ Michel Servoz (2000:537), principal negociador de la UE en la comisión para los Servicios, declaró en el Simposium “GATS 2000: New Directions in Services Trade Liberalization” que la salud, la educación y el medio ambiente estaban maduros para la liberalización en Europa.

sanitarias en Europa. Como ya se ha señalado, la introducción del mercado y de la competencia en la sanidad británica ha tenido resultados muy negativos para un sistema sanitario considerado como uno de los mayores logros de la socialdemocracia europea, capaz de ofertar asistencia sanitaria universal, gratuita y de calidad con uno de los menores gastos sanitarios de los países desarrollados (Navarro, 1996; NHSCA, 1995). Esto ha alertado a muchos autores sobre los problemas que las tendencias privatizadoras tienen sobre la equidad en las prestaciones asistenciales (Saltmann, 1997).

Aplicar la lógica del mercado a las relaciones sanitarias exige separar financiación de provisión, transformar los centros sanitarios en empresas competitivas, poner a los gestores en el centro del sistema con poderes absolutos, relegar a los profesionales clínicos a meros empleados y transformar a los usuarios en clientes. Así las propuestas destinadas a controlar el gasto sanitario, han pasado de la escala macro (reducción del gasto global del sistema) a la escala micro (reducción de gastos a nivel de centros sanitarios mediante cambios en la naturaleza pública o privada de las instituciones, en sus estructuras organizativas y en sus sistemas de gestión) (Sánchez Bayle, 1998).

1.6 La aplicación en España

Como casi siempre los cambios en Europa llegan con retraso a nuestro país, la primera propuesta en este ámbito en España fue el denominado **Informe Abril** publicado en 1991, (la “Comisión Abril”, constituida como consecuencia de una Proposición No de Ley presentada por el CDS, proponía revisar el Sistema Nacional de Salud en España).

Este Informe realizaba un diagnóstico demoledor del Sistema Sanitario Público, al que –por su centralismo, su rigidez, su ausencia de autonomía de gestión, o por la preponderancia de los instrumentos administrativos en su funcionamiento– acusaba de generar una gran insatisfacción ciudadana (aunque posteriormente el CIS⁴ publicó sucesivos informes que mostraban que el 83% de los españoles estaban satisfechos con el sistema sanitario público y se mostraban contrarios a su privatización).

Se acusaba al sistema público de carecer de una visión global y empresarial del servicio, de tener un marco laboral estatutario obsoleto incapaz de encauzar las relaciones de su personal y motivarlo, de carecer de estructuras de información adecuada y transparente, de que sus gestores no tenían responsabilidad y de que su gestión adolecía de excesivo control y rigidez.

Las propuestas para corregir estos problemas estaban en la línea de las neoliberales:

⁴ El País, 29 de mayo de 1999.

- Aplicar instrumentos de gestión empresarial en los centros sanitarios.
- Separar las responsabilidades de financiación y gestión de las de gestión y provisión de servicios, algo esencial para introducir el mercado.
- Transformar los hospitales en empresas sometidas al derecho privado, dotarlos de autonomía de gestión, posibilitar que pudieran captar ingresos adicionales a los públicos y eliminar controles previos (sin perjuicio de que existieran controles posteriores más exigentes que los actuales).
- Laboralizar al personal (para dotar de mayor influencia a los gerentes, aunque respetando derechos adquiridos).
- Ampliar las posibilidades de participación, investigación y formación del personal.
- Incluir a los pensionistas en los copagos farmacéuticos.

Algunas de sus propuestas avanzaban hacia un cambio del sistema sanitario en el ámbito de la Seguridad Social, cuando es bien conocido (Tabla 1) que estos modelos tienen como uno de sus principales problemas un aumento de los gastos burocráticos (de administración y gestión), que presionan hacia un mayor gasto sanitario total.

Tabla 1. Gasto Sanitario según modelo

	Gasto sanitario en % PIB	Gasto en burocracia en % gasto sanidad	Modelo
Alemania	10,70	14	Seguro sanitario
Francia	9,60	12	Seguro sanitario
Estados Unidos	14,90	16	Liberal
Italia	7,60	Sin datos	Sistema Nac. Salud
Reino Unido	6,90	4	Sistema Nac. Salud
España	6,70	4	Sistema Nac. Salud

Fuente: OCDE, 1991.

Las propuestas del Informe Abril generaron una amplia polémica (Navarro, 1991; El País, 1991) y un gran rechazo social, paralizando su aplicación. Ello no obstante, no deja de ser significativo que estas propuestas hayan continuado siendo una guía básica para la mayoría de las modificaciones, que se han ido propugnando y aplicando en algunos casos, tanto a nivel central como autonómico (Sánchez Bayle, 1998).

1.7 La Nueva Gestión y las Fundaciones Sanitarias

El rechazo del Informe Abril provocó un cambio estratégico en las propuestas neoliberales en España. La nueva estrategia se centró en introducir dos medidas que son centrales

a la hora de establecer un mercado dentro del Sistema Nacional de Salud: la separación entre provisión y gestión, y la constitución de pseudoempresas dentro del sector público, medidas presentadas como innovaciones de carácter experimental y técnico (neutrales desde el punto de vista ideológico y alejadas de cualquier intención privatizadora), con las que se quería obviar los problemas políticos de un proceso de privatización (FADSP, 1996).

Dicha nueva estrategia, dirigida a introducir el mercado y la gestión empresarial en la gestión de los centros sanitarios, podríamos englobarla bajo el término “Nueva Gestión” que incluye una gran variedad de formulaciones: fundaciones, consorcios, sociedades anónimas, empresas públicas, cooperativas, etc, unidas todas ellas por la voluntad de huir de la gestión pública (Tabla 2).

Tabla 2. Características de los distintos tipos de “nuevos modelos de gestión”

	Organismos Autónomos	Sociedades Anónimas Públicas	Fundaciones	Consorcios	Cooperativas
Definición	Descentralización funcional	Accionariado público mayoritario	Patrimonio y fines de interés general	Asociación de administraciones diversas	Soc. mercantil; aportación miembros
Régimen jurídico	Derecho administrativo	Derecho privado	Derecho privado	Dcho. privado y público	Derecho privado
Ley de contratos del Estado	Sujetos a ella	RD 1564/89 ⁵	Derecho privado, publicidad y concurrencia	Derecho privado y público; concurrencia	Derecho privado
Órgano rector	Según ley creación específica	Consejo de administración	Patronato	Junta General o Consejo de Administración	Consejo Rector
Régimen de personal	Laboral, funcionario o estatutario	Laboral	Laboral	Laboral en su mayor parte	Laboral
Financiación	Ingresos propios y PGE	Subvención Pública y Contrato Programa	Contrato Programa	Contrato Programa	Contratos de gestión y/o concierto

Fuente: Elaboración propia.

⁵ Real Decreto Legislativo 1564/1989, de 22 de diciembre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Sociedades Anónimas (BOE de 27 de diciembre).

Estas varias propuestas, que introducen cambios en la titularidad, órganos de gestión, situación laboral de sus trabajadores, etc, van a complicar enormemente la gestión estratégica del sistema, poniendo en peligro su integralidad, coordinación y eficiencia global.

Aplicando estas recomendaciones de la Comisión, la Comunidad Autónoma de Galicia puso en práctica en el hospital de Verín una primera experiencia, amparándose en la **Ley de Fundaciones**⁶, que suponía forzar una fórmula jurídica destinada a facilitar la participación privada en actividades de interés público.

Sin aguardar un tiempo prudencial para poder analizar los resultados de esta primera experiencia, el INSALUD puso en marcha nuevas fundaciones en Alcorcón y Manacor, y el SERGAS nuevas experiencias en tres hospitales comarcales de nueva creación en Galicia (Virxen da Xunqueira, Barbanza y Salnés).

Los problemas surgidos por el rechazo sindical a las fundaciones sanitarias de la ley del 94 y la necesidad de contar con un respaldo legislativo y normativo para ampliar la nueva gestión a todos los centros hospitalarios determinó la puesta en marcha de un nuevo instrumento al servicio de esta estrategia, que podríamos resumir en los acuerdos de la **Subcomisión Parlamentaria para la Consolidación y Modernización del Sistema Nacional de Salud**, aprobados con el apoyo de los grupos parlamentarios conservadores en diciembre de 1997.

El informe de dicha Subcomisión acordaba impulsar medidas destinadas a transformar los centros sanitarios en empresas de gestión privada, modificando parcialmente los contenidos de la Ley de Fundaciones del 94 (pasaban a ser, nominalmente, centros acogidos a la gestión pública con algunas modificaciones en los sistemas de contratación de personal o de control de compras). Otras medidas propuestas pretendían trasladar la atención de enfermos crónicos fuera del sistema sanitario público, con la finalidad de promover el pago de este tipo de asistencia por los usuarios.

El Gobierno promulgó la **Ley sobre Nuevas Formas de Gestión**⁷, que le habilita para crear cualquier entidad de naturaleza o titularidad pública admitida en derecho para gestionar los centros sanitarios, es decir , empresas públicas, consorcios o fundaciones (véase Tabla 2).

Como desarrollo de directrices se creó la nueva figura de las Fundaciones Públicas Sanitarias, tal como recoge el artículo 111 de la llamada “**Ley de Acompañamiento de los**

⁶ Ley 30/1994 de 24 de noviembre, de Fundaciones y de Incentivos Fiscales a la participación privada en actividades de interés general (BOE de 25 de noviembre).

⁷ Ley 15/1997, de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud (BOE de 26 de abril).

Presupuestos del Estado⁸ (aprobada de manera precipitada, sin debate parlamentario) con el argumento de corregir algunas de las deficiencias del modelo de Fundaciones anterior, pero manteniendo la entidad jurídica propia, la autonomía, la flexibilidad, el presupuesto y la tesorería propia e independiente del resto del sistema. Posteriormente, sin el debate parlamentario preceptivo, utilizando la “Ley de Acompañamiento de los Presupuestos” de 1999⁹, el Ministerio pretende transformar todos los centros sanitarios en Fundaciones Sanitarias Públicas (Artículo 111, Ley 50/98). Pese a la oposición general, el Gobierno aprueba el reglamento de las mismas por Real Decreto¹⁰.

Sin embargo el fuerte rechazo social y profesional ha condicionado, que pese a estas prisas, el modelo aun no se haya generalizado en el SNS.

Hasta ahora el cambio de modelo, y la generalización de las nuevas formas de gestión, no ha contado con más respaldo que las reflexiones teóricas, pese a que en sanidad los cambios deben tener el respaldo de la experiencia empírica o de resultados comprobados.

A pesar de que las evaluaciones realizadas por los Tribunales de Cuentas de algunas comunidades autónomas donde están establecidas las fundaciones denuncian importantes deficiencias en la gestión y funcionamiento de estas instituciones, y de la importante controversia sindical, profesional y ciudadana que ha rodeado su puesta en práctica, las administraciones parecen decididas a continuar con su extensión.

1.8 Objetivo de este estudio

El objetivo de nuestro estudio es evaluar, en la práctica, el funcionamiento del llamado nuevo modelo de gestión que lleva más tiempo en funcionamiento (las fundaciones sanitarias), comparando sus resultados con los de centros de gestión tradicional que atienden a poblaciones de características similares.

⁸ Ley 50/1998, de 30 de diciembre, de Medidas Fiscales, Administrativas y de Orden Social (BOE de 31 de diciembre).

⁹ Ley 55/1999, de 29 de diciembre, de Medidas Fiscales, Administrativas y del Orden Social (BOE de 30 de diciembre).

¹⁰ Real Decreto 29/2000, de 14 de enero, sobre nuevas formas de gestión del Instituto Nacional de la Salud (BOE de 25 de enero).

2. Material y métodos

Para realizar este análisis se han comparado las fundaciones con centros hospitalarios de similares características en cuanto a población de referencia, estructura de edad de la misma, medio ambiente y condiciones socioeconómicas homogéneas, y tipo de hospital.

Nos hemos centrado en Galicia por varios motivos:

- Se trata de la Comunidad Autónoma donde se creó la primera fundación (Verín, Ourense) y por lo tanto existe un mayor tiempo de desarrollo del modelo.
- Existen además otras tres fundaciones: Virxen da Xunqueira (Cee, A Coruña), Salnés (Estromil, Villagarcía de Arousa, Pontevedra) y Barbanza (Ribeira, A Coruña).
- Hay hospitales comarcales de gestión tradicional de similares características (atienden a una población muy parecida en número), lo que permite hacer una comparación con ellos.
- Aunque la falta de información suele ser la regla, hay datos suficientes en las memorias de los centros, la pagina web del SERGAS (Servicio Galego da Saúde: www.sergas.es) y el Conxunto Mínimo Básico de Datos en Hospitais 1999-2000 del SERGAS, para poder realizar comparaciones entre ambos modelos.
- Para ello hemos elegido los hospitales Da Costa (Burela, Lugo), Monforte (Monforte de Lemos, Lugo) y Valdeorras (O Barco de Valdeorras, Ourense) que tal y como se ve en la Tabla 3, atienden a poblaciones de características muy similares a los de las cuatro fundaciones existentes. Todas las comparaciones se refieren a 2001, con excepción de las derivaciones a otros centros que están referidas al año 2000, y en las que no está incluida la Fundación de Salnés por falta de datos.

Los indicadores utilizados para analizar cada uno de los apartados (recursos, rendimiento, productividad, tiempo de espera, calidad y equidad) se han seleccionado en función de la disponibilidad de información, muy dificultada por la falta de documentación (especialmente en el caso de las fundaciones cuyos datos oficiales apenas están disponibles), que parece reflejar un afán por ocultar sus resultados o evitar posibles comparaciones.

Los resultados se han expresado en medias y rango (valores máximo y mínimo) para cada variable analizada.

Tabla 3. Datos generales de los centros estudiados

	Fundaciones		Modelo tradicional	
	Media	Máximo/mínimo	Media	Máximo/mínimo
Población atendida (nº personas)	51.961	70.580 37.230	52.903	70.570 30.410
% Mayores de 65 años	10,82	12,3 9,5	14,50	18,3 12,2
Número de Camas	79,50	84 74	120,33	139 95

Fuente: Memoria de los centros y SERGAS.

3. Resultados

3.1 Resultados asistenciales

En la Tabla 3 ya se ha observado que el número total de camas es menor en las fundaciones respecto del modelo tradicional, a pesar de que la población atendida es similar. El porcentaje de mayores de 65 años es superior en las poblaciones atendidas por el modelo tradicional.

La Tabla 4 recoge la dotación de personal e infraestructura en ambos modelos evaluados. En ella se observa cómo las fundaciones tienen menos personal de todas las categorías, del personal total, no sanitario, de enfermería, y médico. La dotación de quirófanos / 10.000 habitantes es también menor, siendo en cambio mayor la de TAC / 10.000 habitantes.

Tabla 4. Dotación de personal e infraestructura por población atendida

	Fundaciones		Modelo tradicional	
	Media	Máximo/mínimo	Media	Máximo/mínimo
Médicos / 10.000 habitantes	10,07	12,8 6,5	12,63	14,0 10,9
Enfermería / 10.000 habitantes	25,65	31,9 16,4	41,70	45,9 37,0
Personal no sanitario / 10.000 habitantes	31,25	37,0 26,0	119,66	130,0 113,0
Total personal / 10.000 habitantes	49,57	69,4 33,6	83,56	96,2 70,5
Camas / 1.000 habitantes	1,67	2,6 1,1	2,36	2,7 1,8
Quirófanos / 10.000 habitantes	0,52	0,7 0,4	0,73	1,0 0,5
TAC / 10.000 habitantes	0,17	0,3 0,1	0,06	0,1 0

Fuente: Memoria de los centros y SERGAS.

La Tabla 5 recoge los indicadores generales de rendimiento de ambos modelos. Las fundaciones tienen menos ingresos, consultas y urgencias / 1.000 habitantes, así como estancias totales y procedimientos al alta. La estancia media y el índice de rotación son prácticamente iguales.

Tabla 5. Indicadores generales de rendimiento

	Fundaciones		Modelo tradicional	
	Media	Máximo/mínimo	Media	Máximo/mínimo
Estancias totales	20.112,60	23.523 16.681	31.289,60	34.797 27.600
Ingresos / 1.000 habitantes	54,47	95,10 15,00	87,20	104,40 72,50
Estancia media (días / ingreso)	7,00	7,60 6,50	7,06	7,30 6,80
Índice de rotación	38,74	48,00 34,60	38,25	41,80 32,23
Procedimientos / alta	2,33	4,84 0,60	5,99	10,10 2,68
Urgencias / 1.000 habitantes	222,75	499 5	346,30	374 327
Consultas / 1.000 habitantes	1.151,70	1.422 583	1.718,60	2.096 1.447

Fuente: Memoria de los centros y SERGAS.

La Tabla 6 recoge los indicadores generales de rendimiento quirúrgico, donde se observa que en todos los indicadores la situación de las fundaciones es peor, presentando menos interven-

Tabla 6. Indicadores generales de rendimiento quirúrgico

	Fundaciones		Modelo tradicional	
	Media	Máximo/mínimo	Media	Máximo/mínimo
Intervenciones quirúrgicas / año	2.675,20	3.317 2.052	3.578,30	4.573 2.620
Intervenciones / 1.000 habitantes	53,45	67,50 46,00	68,20	70,20 64,80
Días estancia preintervención	1,90	3,10 1,00	1,33	1,50 1,10
Intervenciones / quirófano / año	891,80	1.106 684	1.054,01	1.310 709

Fuente: Memoria de los centros y SERGAS.

ciones quirúrgicas/año, intervenciones/quirófano y año, e intervenciones/1.000 habitantes. Por otro lado, los días de estancia pre-intervención son superiores en las fundaciones.

La Tabla 7 recoge indicadores del funcionamiento obstétrico. En ella se reseña que el modelo tradicional realiza un porcentaje mayor de cesáreas.

Tabla 7. Indicadores de funcionamiento en obstetricia

	Fundaciones		Modelo tradicional	
	Media	Máximo/mínimo	Media	Máximo/mínimo
% Cesáreas	23,57	25,7 21,7	27,6	31,4 24,8

Fuente: Memoria de los centros y SERGAS.

La Tabla 8 reúne los datos relativos a las listas de espera. En las fundaciones la espera media quirúrgica y el porcentaje de personas que esperan más de tres meses es significativamente mayor. A su vez el número de personas / 1.000 habitantes en lista de espera y el tiempo de espera para la primera consulta es mayor en los centros del modelo tradicional.

Tabla 8. Indicadores de listas de espera

	Fundaciones		Modelo tradicional	
	Media	Máximo/mínimo	Media	Máximo/mínimo
Espera media quirúrgica (días)	73,62	80,30 68,70	66,46	67,90 64,20
Personas en lista de espera / 1.000 habit.	7,41	9,03 4,37	8,07	10,60 7,20
Tiempo espera primera consulta (días)	25,50	33 22	37,00	45 32
% personas con más de 3 meses en lista de espera	32,75	35,34 28,76	28,21	28,76 27,90

Fuente: Memoria de los centros y SERGAS.

En la Tabla 9 se recogen los indicadores de productividad medidos por UPH (unidades de producción hospitalaria). Tanto las UPH totales, como las médicas, las quirúrgicas, las obstétricas y las pediátricas son mayores en el modelo tradicional. Las diferencias más importantes aparecen en las totales y las quirúrgicas. Las UPH se calculan multiplicando el número de casos correspondiente a cada GDR por su peso medio.

Tabla 9. Indicadores de productividad

	Fundaciones		Modelo tradicional	
	Media	Máximo/mínimo	Media	Máximo/mínimo
UPH totales	3.033,50	3.857	5.443,00	6.224
		1.129		4.871
UPH quirúrgicas	1.187,75	1.563	3.060,00	3.705
		550		2.375
UPH médicas	1.617,50	2.132	1.957,33	2.303
		499		1.672
UPH pediátricas	72,25	121	217,66	338
		29		47
UPH obstétricas	156,25	322	208,00	304
		51		146

Fuente: Memoria de los centros y SERGAS.

La Tabla 10 recoge el gasto por habitante y año, y por UPH totales de ambos modelos. En ella se observa que las fundaciones tienen un gasto menor en cuanto a euros / habitante y año, siendo el coste por UPH ligeramente superior en las fundaciones.

Tabla 10. Indicadores económicos

	Fundaciones		Modelo tradicional	
	Media	Máximo/mínimo	Media	Máximo/mínimo
Gasto por persona (Euros)	204,75	294,70	363,60	488,00
		114,70		238,60
Gasto por UPH totales (Euros)	4.363,30	9.630,00	3.418,50	3.580,00
		2.220,00		3.190,00

Fuente: Memoria de los centros y SERGAS.

La Tabla 11 expresa el porcentaje de derivaciones de cada centro hospitalario a sus centros de referencia. Por tratarse de hospitales de ámbito comarcal es obvio que los centros estudiados no tienen por qué estar dotados de todas las especialidades médicas, y por ello los enfermos que precisan algunos tratamientos y/o diagnósticos más complejos (por ejemplo: neurocirugía, cirugía plástica, cirugía pediátrica, oncología, trasplantes, etc) deben ser remitidos a los centros de referencia para su adecuada asistencia. El porcentaje de derivaciones es superior en las fundaciones.

Tabla 11. Derivaciones anuales realizadas, medidas en porcentaje sobre el total de enfermos ingresados

	Fundaciones		Modelo tradicional	
	Media	Máximo/mínimo	Media	Máximo/mínimo
Derivaciones (% ingresados anuales)	41,66	51,7 32,2	25,90	39,4 15,7

Fuente: Conxunto Mínimo de Bases de Datos de Hospitais

Por fin, la Tabla 12 recoge el porcentaje de centros con docencia MIR acreditada, que sólo existe en el caso de los centros con modelos de gestión tradicional.

Tabla 12. Indicadores de docencia

	Fundaciones %	Modelo tradicional %
Docencia MIR	0	33,33

Fuente: Convenio Colectivo y SERGAS

3.2 Política de personal

Las Tablas 13 a 17 recogen las condiciones salariales, según las distintas categorías en ambos modelos. Se observa una mayor retribución global de los facultativos en las fundaciones, y menor en las demás categorías. El componente salarial variable es más amplio en las fundaciones respecto del modelo tradicional (un 33% superior).

Tabla 13. Retribuciones anuales del personal de las fundaciones (en euros)

	Fundaciones	SERGAS
Facultativos	36.821	30.428
ATS / DUE	20.368	20.786
TEL y TER	15.112	15.113
Auxiliares enfermería	13.141	13.091

Fuente: Convenio Colectivo y SERGAS

Tabla 14. Parte variable del salario (en euros/año)

Categorías	Fundaciones	SERGAS	% diferenciad
Facultativos	6.738,61	4.493,88	33,3%
ATS / DUE	2.748,74	0,00	
TEL y TER	1.603,62	0,00	
Auxiliares enfermería	1.268,40	0,00	

Fuente: Convenio Colectivo y SERGAS

Tabla 15. Retribuciones de las guardias en ambos modelos por categoría de personal (Euros)

Concepto	Fundaciones	SERGAS
Guardia física facultativo	12,14	12,14
Guardia localizada facultativo	6,07	6,07
Guardia física ATS y DUE	5,63	5,00
Guardia localizada ATS y DUE	2,81	2,54
Guardia física TER y TEL.	4,78	
Guardia localizada TER y TEL.	2,39	
Guardia física Aux. Enfermería	4,06	
Guardia localizada Aux. Enfermería	2,03	
Jornada nocturna ATS y DUE	2,79	2,79
Jornada nocturna TEL y TER	2,27	2,27
Jornada nocturna Aux. Enfermería	1,99	1,99
Jornada festivo ATS y DUE	6,38	7,20
Jornada festivo TER y TEL.	5,02	6,59
Jornada festivo Aux. Enfermería	4,56	6,00

Fuente: Convenio Colectivo y SERGAS

Tabla 16. Retribución de los trienios (euros)

Categoría	Fundaciones	SERGAS
Facultativo	39,49	39,50
ATS y DUE	31,60	31,60
TER y TEL.	23,71	23,72
Aux. Enfermería	15,84	15,85

Fuente: Convenio Colectivo y SERGAS

Tabla 17. Complemento por turnicidad (euros)

Categoría	Fundaciones simple ^(*)	SERGAS compleja ^(**)
Facultativos	0,00	0,00
ATS y DUE	24,50	48,98
TER y TEL.	19,74	38,48
Aux. Enfermería	17,50	35,00

^(*) Simple: solo turnos de mañana y tarde

^(**) Compleja: Turnos de mañana, tarde y noche

Fuente: Convenio Colectivo y SERGAS

Jornada laboral

- Jornada ordinaria 1.624 horas en ambos modelos.
- En las Fundaciones, la jornada anual no decrece en función de las noches realizadas, tal y como sucede en el SERGAS.

Guardias

- En las fundaciones las guardias obligatorias son 500 horas de presencia física, que viene a ser la misma que en el SERGAS, si contemplamos para éste un máximo compatible con la Directiva Europea.
- Dada la escasez de personal en las fundaciones, en muchos casos los facultativos se ven obligados a realizar hasta 1.500 horas de presencia.
- En las fundaciones las guardias las realizan todas las categorías. En el SERGAS solo hace guardias el personal de enfermería de trasplantes, perfusión, hemodinámica.
- La extensión de guardias a todas las categorías es un elemento paliativo de la escasez de plantillas.
- Para las categorías inferiores, los gastos que causan las retribuciones de la guardia localizada no compensan los gastos que ella ocasiona a este personal: pierden dinero.

Otras consideraciones

- En el acceso al empleo en las fundaciones se utiliza la entrevista como instrumento de selección.

- No existe concurso de traslados en las fundaciones, por lo que expectativas socio-familiares y profesionales quedan truncadas.
- Los derechos sindicales, aunque la previsión de convenio es equipararlos, están mermados en las fundaciones con respecto al SERGAS.
- En caso de IT en las fundaciones, hasta el 21º día de baja el trabajador no tiene derecho al 100% de la retribución como en el SERGAS.

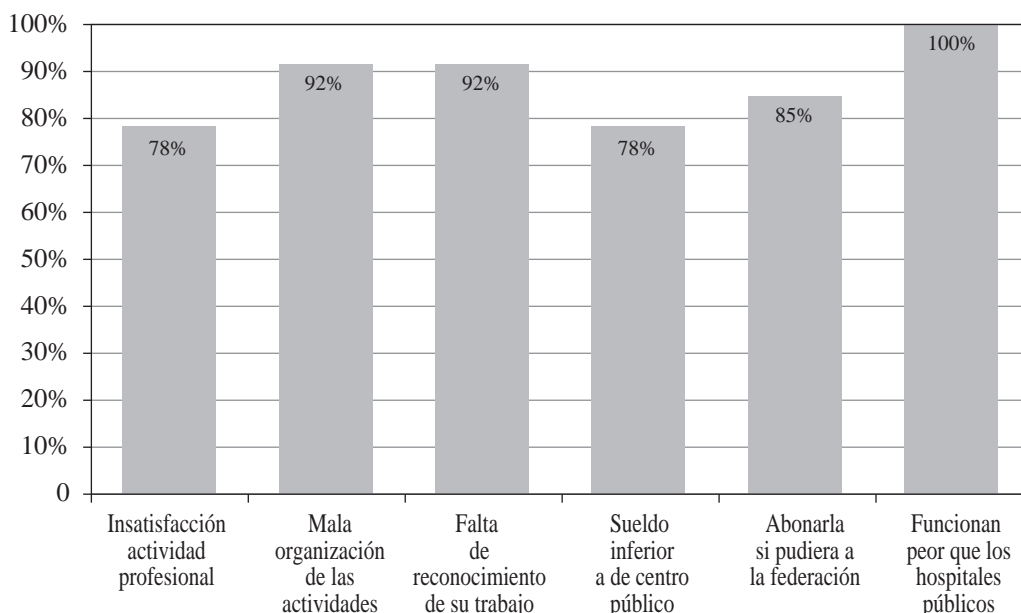
3.3 Opiniones de los profesionales

A) Satisfacción del personal al servicio de las fundaciones

En una encuesta realizada por el sindicato SATSE (1998) entre el personal de enfermería de la Fundación de Verín (Gráfico 1), se obtuvieron los siguientes resultados:

- El 78% del personal no se mostraba satisfecho con la actividad profesional que realizaba en la Fundación.

Gráfico 1. Resultados de la encuesta sobre satisfacción del personal de enfermería en la Fundación de Verín



Fuente: SATSE

- Al 92% no le parecía que existiese una buena organización en cuanto a turnos, horarios de trabajo y vacaciones del personal de enfermería.
- Al 92% no le parecía que el trabajo que desarrollaba estuviera reconocido en el salario que percibía de la Fundación.
- El 78% consideraba que con el mismo esfuerzo percibiría mayor sueldo en un hospital público gestionado por el sistema tradicional.
- El 85% dejaría el Hospital de Verín si pudiera encontrar otro trabajo.
- El 100% consideraba que las fundaciones sanitarias funcionaban peor que los hospitales integrados en la Red del SERGAS.

4. Discusión

Las fundaciones sanitarias públicas han sido una de las respuestas organizativas articuladas, al menos teóricamente, para responder a los problemas de gestión del Sistema Sanitario Público en nuestro país. A la hora de analizar los problemas que plantean, habría que abordar el modelo teórico, los resultados prácticos, y los problemas de índole jurídico-legal que se han planteado en el desarrollo de las mismas.

4.1 Problemas relacionados con el modelo sanitario

Los problemas del modelo tienen que ver con tres cuestiones: los problemas relacionados con la implantación del mercado en el sistema sanitario, los que tienen que ver con la disgregación y fragmentación empresarial de los centros sanitarios, y los relacionados con la necesaria coordinación entre atención primaria y especializada.

En cuanto a las primeras se ha señalado reiteradamente (Sánchez Bayle, 1998; Callejón y Ortún, 2002) que el mercado, incluso el denominado mercado interno, al que corresponderían estas formulas denominadas “nuevos modelos de gestión”, que en realidad son bastante antiguos, tiene serios problemas en su desarrollo en el mundo sanitario, básicamente porque este se caracteriza por:

- la denominada asimetría de información: se supone que los profesionales sanitarios, más especialmente los médicos son los que tienen los conocimientos y la capacidad de adoptar decisiones sobre los enfermos, actuando en una imperfecta relación de agencia.
- la presencia de externalidades en el sistema (la salud de los demás es muchas veces tan importante como la propia, pues un entorno sano evita enfermedades, lo que es muy evidente en lo que respecta a las enfermedades infectocontagiosas: SIDA, tuberculosis, meningitis, etc). Y existe una gran incertidumbre sobre la aparición de las enfermedades y sobre la mejor manera de intervenir frente a ellas –lo que precisa de unos recursos suficientes y en periodos amplios inactivos para poder dar una respuesta adecuada cuando se producen los mayores picos de enfermedad–. El ejemplo de la gripe o de las bronquitis asmáticas con incidencia estacional es muy claro.

La introducción del mercado acaba presionando hacia la rentabilidad económica y la búsqueda de beneficios, que a la postre presiona hacia lo que se denomina selección de riesgos, que no es sino la tendencia de los centros a especializarse en el tratamiento de las patologías rentables, en general enfermedades agudas o intervenciones quirúrgicas en personas previamente sanas, que no padecen enfermedades crónicas y que previsiblemente no van a tener complicaciones. Esta selección de riesgos puede hacerse desde la oferta (simplemente no teniendo servicios más complejos y menos rentables, como UVI neonatales, unidades de trasplantes, de quemados, etc.) o también desde la demanda (intentando derivar a las personas que tienen estos problemas a otros centros o poniéndoles dificultades en el acceso). Naturalmente el problema se plantea cuando todo el sistema o su mayoría se mueven con estos criterios, pues se aboca a la desatención de estos enfermos. Si, como ocurre hasta ahora, hay una coexistencia de ambos tipos de centros, lo que sucede es que los centros del modelo tradicional se van haciendo cada vez menos rentables al tener que hacerse cargo de los enfermos y/o patologías que los centros más focalizados hacia la rentabilidad económica no quieren/pueden atender (Espasa, 1999).

Una segunda cuestión tiene que ver con el tamaño de los centros sanitarios y sus relaciones con los proveedores. Es obvio que los centros de tamaño reducido no pueden acogerse a las economías de escala que podrían utilizarse en el conjunto del sistema y es llamativo que estas incursiones por la “optimización de la gestión” no hayan tenido en cuenta la posibilidad de crear una Agencia de Compras del Sistema Nacional de Salud, o de los Servicios Regionales, que, con criterios de gestión pública, pudiera hacer valer el carácter de consumidor mayoritario de tecnología y material sanitario de la Sanidad Pública.

Y, por fin, están las dificultades que tiene un sistema desintegrado para la relación entre la atención primaria y la especializada. Uno de los objetivos centrales del sistema es asegurar la continuidad de los cuidados para el buen funcionamiento del servicio sanitario. Las personas deben recibir una asistencia sanitaria continuada, ora en la primaria, ora en la especializada, con el único criterio de mejorar la calidad de la misma y adecuarse a las necesidades de salud. La presencia de múltiples empresas en ambos niveles genera problemas de coordinación e interés en imputar los gastos al otro. La coordinación se pierde como objetivo y la competencia, en detrimento de la mejor asistencia sanitaria, se establece como norma, lo que se vio por ej. en Gran Bretaña (The New NHS, 1997). Es llamativo que hasta el sector privado esté reclamando la necesidad de una gestión unificada entre primaria y especializada (véanse las HMO en EE UU o más cerca el caso Alzira, donde la empresa privada concesionaria ha reclamado y conseguido de la Generalitat valenciana un contrato que incluya a ambas).

4.2 Los resultados de las fundaciones

No resulta fácil analizar los resultados de las fundaciones sanitarias públicas porque su modelo de gestión no se caracteriza precisamente por la transparencia. Por otro lado se trata

de una experiencia limitada en el tiempo y en la geografía y, además, las comparaciones en Sanidad presentan problemas, porque no es fácil homogeneizar las distintas actuaciones sanitarias que están sometidas a una gran variabilidad. En todo caso, y con estas limitaciones, nos encontramos con los siguientes resultados comparando a las fundaciones con los centros de gestión tradicional, comparación que está resumida en la Tabla 18.

Tabla 18. Diferencias encontradas (en %) entre las fundaciones y los centros hospitalarios de gestión tradicional

	Diferencia %
Camas /1000 habitantes	- 23,04
Médicos /1000 habitantes	- 28,57
Enfermeras / 1000 habitantes	- 44,47
Trabajadores / 1000 habitantes	- 42,78
Quirófanos / 1000 habitantes	- 26,95
Estancia media días / enfermo	- 8,33
Índice de Rotación	+ 1,28
Ingresos / 1000 habitantes	- 37,06
Intervenciones quirúrgicas / 1000 habitantes	- 47,64
Consultas / 1000 habitantes	- 32,82
Urgencias / 1000 habitantes	- 11,78
Procedimientos / alta	- 22,07
% Derivaciones	+ 37,74
UPH ajustadas	- 45,47
Espera media	+ 27,77

Fuente: Memorias de los centros y SERGAS

De la Tabla 18 se deducen algunas cuestiones obvias: las fundaciones tienen menos personal de todas las categorías y ofertan menos camas a la población a la que atienden. En concordancia con lo anterior, ingresan menos, hacen menos intervenciones quirúrgicas, ven menos enfermos en consultas y en urgencias y tienen una mayor demora media.

Por ello las UPH (unidad de producción hospitalaria, un índice de productividad ajustado por patologías) es menor, y el coste por UPH es mayor en las fundaciones. Si se tiene en cuenta que la población atendida por ambos modelos es similar (media de 51.961 habitantes para las fundaciones y 52.903 para los centros comarcales del modelo tradicional), parece deducirse que lo que sucede es que el modelo de fundaciones oferta menos servicios sanitarios a la población.

Aunque algunas de las diferencias (por ejemplo: número de consultas, o de urgencias, o de ingresos por habitante) podrían ser debidas a un menor intervencionismo de las fundaciones (es evidente que hay intervenciones sanitarias que no están justificadas con

criterios sanitarios estrictos a pesar de realizarse), el hecho de que la diferencia se mantenga en las intervenciones quirúrgicas / habitante y que el número de procedimientos sea claramente menor en las fundaciones, hace pensar que lo que está sucediendo es la derivación, inducida o espontánea, de los enfermos mas complejos hacia centros del modelo tradicional.

Este hecho parece corroborarse con los datos de 2000 que evidencian un mayor porcentaje de derivaciones de las fundaciones a sus centros de referencia, cuando dadas las características sociodemográficas no es de esperar que atiendan una patología mas compleja. Desgraciadamente este dato no esta disponible para 2001. No obstante ya se había señalado que en el año 1998 la Fundación de Verín derivó el 35,50% de los pacientes atendidos frente al 22,20% en el caso del Hospital de Valdeorras (Martín, 2000), lo que parece abonar esta interpretación de los hechos. En el mismo sentido abunda la correlación negativa entre porcentaje de derivaciones y quirófanos / 10.000 habitantes y con el porcentaje de cesáreas.

Una menor hospitalización podría también identificarse con un menor número de ingresos inadecuados. No obstante los datos existentes no parecen ir a favor de esta interpretación ya que las UPH ajustadas de los centros tradicionales son significativamente mayores que las de las fundaciones, y es bien conocido el hecho de que el número de hospitalizaciones por 1.000 habitantes y año en nuestro país es claramente inferior al de otros países europeos, como puede observarse en la Tabla 19, lo que podría indicar una baja tasa de hospitalización, seguramente debida, en parte a que tenemos el menor índice de camas / 1.000 habitantes de la Unión Europea (ECO-Sante, 2001).

Tabla 19. Hospitalizaciones por 1.000 habitantes y año en países europeos

	1995	1996	1997	1998
Alemania	218,1	220,2	219,4	226,8
Austria	247,0	251,0	266,0	278,0
Bélgica	196,4	200,0		
Dinamarca	198,1	198,3	198,7	199,9
España	109,0	113,8		
Finlandia	254,0	269,0	267,0	266,0
Francia	227,0	225,0	231,0	231,0
Grecia	150,0			
Holanda	111,2	111,4	110,2	107,8
Irlanda	149,7	151,0	149,2	147,9
Italia	162,3	184,7	183,7	180,4
Portugal	113,0	113,6	118,0	120,0
Reino Unido	153,6	149,1	150,5	150,9
Suecia	185,0	181,0		

Fuente: Eco-Santé, 2001.

Los ahorros económicos que se consiguen (menor gasto por habitante y año) se relacionan estrechamente con un menor número de personal por todas las categorías, pero también con unos índices menores de actividad (intervenciones quirúrgicas, consultas e ingresos por 1.000 habitantes) con lo que estamos en una situación de “perogrullo”: tener menos actividad resulta siempre mas barato. La relación negativa entre gasto por habitante y espera media quirúrgica es un indicio de un problema de calidad añadido a esta menor actividad.

Por otro lado, existe bibliografía consistente que señala que la mortalidad se relaciona estrecha y negativamente con el número de médicos hospitalarios (Jarmann *et al.*, 1999) y que las ratios de médicos hospitalarios y de atención primaria son la mejor explicación para las diferencias de mortalidad hospitalaria encontrada, que oscila entre el 3,4% y el 13,6%. También se ha referido que la mortalidad y la presencia de complicaciones estaban estrechamente relacionadas con el número de enfermeras de los hospitales (Aiden *et al.*, 2002), y que se incrementaban en un 7% por cada paciente más por enfermera en la hospitalización. De ello podría deducirse que estas menores ratios de personal encontrado en las fundaciones podrían ser indicio de una peor calidad de las prestaciones asistenciales. No existen datos disponibles sobre mortalidad o complicaciones en ambos tipos de centros, que permitieran hacer una comparación al respecto.

Esto no obstante, hay que tener en cuenta que las ratios de personal son muy inferiores al promedio de los hospitales españoles, que en 1998 eran para toda España de: 18,10 médicos, 26,47 profesionales de enfermería y 25,16 de otros profesionales sanitarios por 10.000 habitantes, y para Galicia de: 17,35 médicos, 23,85 profesionales de enfermería y 23,32 de otros profesionales sanitarios por 10.000 habitantes (Fundación Encuentro, 2003), lo que supone que incluso los centros de gestión pública con que se comparan las fundaciones tienen ya unas ratios de personal inferiores al promedio de los centros hospitalarios de todo el país y de Galicia, en parte debido a tratarse de centros comarcales y por lo tanto de menor complejidad

Existe además una bibliografía consistente que señala que en EE UU las entidades con ánimo de lucro tienen una peor calidad asistencial (Himmelstein *et al.*, 1999), así como los que tienen unos resultados comparables son menos eficientes, es decir presentan unos mayores costes (Sloan *et al.*, 2001), lo que corroboraría el hecho de que las UPH de las fundaciones fueran significativamente menores que las de los hospitales tradicionales, es decir se tendrían menores costes, pero como resultado de una menor productividad asistencial.

La valoración de los resultados de las tendencias privatizadoras en Sanidad ha sido mayoritariamente negativa. Así Evans (1997) señala que “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)”.

Merece algún comentario la llamada autonomía de gestión de las fundaciones. La realidad concreta es que los patronatos de las fundaciones están ocupados por las mismas personas que ocupan altos cargos en la Consejería de Salud y el SERGAS. De esta manera puede darse una situación “marxiana” (de los hermanos Marx) en que “la parte contratante de la primera parte” y “la parte contratante de la segunda parte” sean en realidad las mismas personas, con lo que también desaparece, en la práctica, la ficción del mercado y de la separación entre provisión y financiación.

4.3 Los problemas jurídicos

Recientemente se ha conocido el Informe de fiscalización del Concello de Contas del ejercicio de 1996 (2003), donde se incluye el realizado sobre la Fundación de Verín, y por lo tanto existen bastantes datos al respecto.

¿Que problemas se detectaron? Básicamente de tres tipos: laborales, referentes a la externalización, y relativos a la gestión presupuestaria.

En cuanto a los primeros destacan la elevada temporalidad y un abuso sistemático de ella (hay alguna persona contratada por períodos de 2, 3, 4 y 5 días para realizar la misma función durante 3 años), y por otro lado la contratación la realiza una empresa privada que incumple las normas generales al respecto.

La externalización de servicios es amplia: la limpieza, lavandería y alimentación están subcontratadas, mediante adjudicación directa a tres empresas distintas y, casualmente, los contratos son firmados por la misma persona como socio y administrador. Los servicios de anatomía patológica, citología, así como la investigación y la docencia están adjudicados a una empresa privada con contratos peculiares (duración de 8 años para la anatomía patológica con incrementos asegurados de 4% de IPC e indemnización de 100 millones de pts. en caso de restricción del contrato; duración de 5 años para investigación y docencia con incrementos anuales del 10%). El servicio de análisis clínicos esta también subcontratado con una empresa privada que pone el aparataje a cambio del compromiso de usar sus reactivos y de una garantía de facturación mínima.

Por fin, la gestión presupuestaria ha carecido de rigor y transparencia, detectándose una desviación entre la deuda reconocida oficialmente –39 millones– y la real de 122 millones de pts. Esta situación ha producido en 3 años una descapitalización de la empresa, cuyo capital pasó en 3 años de 309 a 55 millones de pts., por lo que la Xunta tuvo que aprobar un crédito extraordinario de 72 millones de pts. para su funcionamiento.

En estas circunstancias no debe extrañar que el Consello Económico e Social gallego haya reclamado recientemente (Taboada, 2002) que las fundaciones se integren en el SERGAS.

No obstante, cabría preguntarse el porqué de mantener una situación que evidentemente no mejora los problemas y sí provoca otros nuevos. Como es lógico, resulta imposible saberlo con certeza, pero podrían existir tres razones.

La primera tiene que ver con la costumbre tan española de “sostenella y no enmendalla”, que recientemente ha hecho negar a nuestros responsables políticos la existencia de una marea negra hasta que todas las playas rezumaban “chapapote”, y que todavía seis meses después del accidente, les impide reconocer sus responsabilidades (El País, 2003; Hermida, 2003).

La segunda está más relacionada con el modelo que se persigue, que no es otro que la privatización y el establecimiento de un mercado de servicios sanitarios, para lo que se precisa la presencia de múltiples empresas en el sector y, dado que la iniciativa privada por unos u otros motivos se muestra renuente, se crean las empresas desde el sector público.

Y por fin, la tercera, porque es evidente que este sistema crea un entramado de beneficiarios que favorece el clientelismo al que son tan proclives algunos de nuestros políticos.

4.4 Las políticas de personal

Existe un consenso generalizado sobre la importancia de las políticas de personal para el buen funcionamiento de los centros sanitarios. Uno de los problemas que se añaden a estas políticas de personal es el hecho de que los trabajadores en su mayoría son profesionales sanitarios altamente cualificados, para quienes los incentivos económicos tienen un poder relativo, habiéndose señalado la conveniencia de introducir incentivos no directamente financieros (Callejón y Ortún, 2002; Tamborero *et al.*, 1996; Lorenzo Porto, 1996; Sánchez Bayle, 2000; FADSP, 2002), como son:

- Autonomía en el trabajo.
- Facilidades para la formación e investigación, mejoras en el lugar y condiciones de trabajo.
- Adecuada selección de personal, que pueda compensar la debilidad de los incentivos.
- Sentimiento de afiliación compatible con posibilidades de movilidad.
- Dedicación exclusiva.

La necesidad de un redimensionamiento de los centros hospitalarios, de mejorar las relaciones con las Áreas de Salud y, dentro de los hospitales, de un nuevo diseño organizativo de las unidades, servicios y de la actividad clínica, centran las respuestas adecuadas a la problemática de los centros hospitalarios. Ahí estarían incluidas medidas que avanzasen en la implicación de los clínicos en la gestión con lo que ello supone de transferencia organizativa en la toma de decisiones, una pérdida de las especialidades en el diseño orga-

nizativo de los centros, la necesidad de consensuar entre los profesionales y la dirección a los responsables de unidades y áreas, la optimización de recursos y el reconocimiento de los cuidados y por lo tanto, de la trascendencia de la enfermería, como valor estratégico, tanto en la práctica asistencial como en la dimensión social que precisan los servicios sanitarios (FADSP, 2002).

Sin embargo las fundaciones diseñan un modelo de política de personal basado en el reforzamiento de la autoridad de los gerentes –con pérdida de autonomía de gestión de los clínicos–, centrada en los incentivos económicos como marco de incentivación, –como demuestra el peso de las retribuciones variables–, y ligada sobre todo a indicadores económico-cuantitativos de actividad y no de calidad de las prestaciones. Esta política gerencialista, que también se ha intentado implantar en los centros tradicionales y que es una copia de la política thatcheriana en el National Health Service, tiene fracasos muy significativos en su haber y no parece que sea la indicada para un sector de tan alta cualificación y de tanta autonomía profesional como es el de la salud.

5. Conclusiones

- Se ha evidenciado que las fundaciones, comparativamente con los centros del modelo tradicional tienen menor número de camas, de profesionales (médicos, enfermeras, trabajadores totales) y de quirófanos / 1.000 habitantes
- Los ingresos, intervenciones quirúrgicas, consultas y urgencias atendidas por 1.000 habitantes son también menores en el caso de las fundaciones. Los procedimientos al alta son menores, así como las UPH ajustadas. Por el contrario, la espera media para intervenciones quirúrgicas es superior en las fundaciones
- De estos datos se infiere que las fundaciones ofertan menos servicios a la población asignada lo que supone una discriminación respecto a la que está cubierta por los centros del modelo tradicional.
- Se ha encontrado una mayor derivación de enfermos a los centros de referencia en las fundaciones respecto a los centros de gestión tradicional, lo que podría ser un indicio de que se realiza una selección de riesgos en las fundaciones.
- El coste por habitante es menor en el caso de las fundaciones. No obstante el coste por UPH ajustada es mayor en las fundaciones, lo que refleja que este menor coste por habitante no se debe a una mayor eficiencia del modelo.
- Las políticas de personal desarrolladas por las Fundaciones generan una gran desincentivación profesional, superior a las de los de gestión tradicional.
- La falta de controles favorece las irregularidades y la utilización de fondos con criterios de afinidad e influencia política
- En resumen, el modelo de fundaciones no ha demostrado ser más eficaz y eficiente respecto al modelo tradicional, y solo parece útil como mecanismo de reducción del gasto.

6. Recomendaciones

- El proceso de creación de nuevas fundaciones sanitarias debería de detenerse habida cuenta de que no están produciendo ningún avance significativo en cuanto a una mejora en el funcionamiento de la Sanidad Pública. En este tema se debería seguir las recomendaciones de Archie Cochrane cuando señalaba refiriéndose al Reino Unido que “los sistemas públicos de salud necesitan reformas de eficacia y eficiencia, pero manteniendo sus pilares básicos. De lo contrario el auténtico problema pueden ser las propias reformas” (Cochrane, 1972).
- En el caso de las fundaciones existentes habría que exigir una absoluta transparencia sobre su actividad y funcionamiento, incluyendo parámetros de calidad, para que pudiera monitorizarse de manera detallada su funcionamiento y los problemas derivados de este modelo de gestión, para conocer qué aspectos deberían ser considerados positivamente y cuáles habría que rectificar. En cualquier caso, se debería atender al principio de su reintegración en la red sanitaria pública tradicional.
- Los centros hospitalarios no pueden plantearse su actividad de manera separada del área en la que se insertan. El hospital debe de ser una institución pública que atienda las necesidades de la población, en el marco de la ordenación y planificación general de los Servicios de Salud. El papel de los centros hospitalarios debe estar incorporado en los Planes de Salud de las CC AA.
- El papel de los hospitales es asegurar la atención especializada de su población de referencia, siendo especialmente importante el asegurar la continuidad asistencial de los usuarios y, por lo tanto, la relación con la atención primaria.
- Hay que fomentar la práctica cooperativa, de colaboración dentro del hospital entre las distintas categorías profesionales y especialidades, y fuera de él con los otros niveles asistenciales y centros de referencia.
- Hay que desarrollar el funcionamiento democrático de los centros hospitalarios, posibilitando estructuras democráticas de gestión y control, con participación de profesionales y usuarios. Esta democratización debe además implicar a las distintas unidades y servicios, favoreciendo una estructura menos jerárquica, más flexible y adaptable a las transformaciones de la práctica asistencial.

- Todos los recursos hospitalarios han de tener el horizonte de conseguir un trabajo coste-efectivo con el objetivo de la excelencia. Hay que utilizar, como instrumentos para conseguirlo, la medicina basada en la evidencia, la bioética y la gestión clínica. Para optimizar la utilización de los recursos se necesitan nuevos diseños funcionales, que se basen en el consenso y la pluridisciplinariedad.
- Hay que fomentar la dedicación exclusiva de los profesionales para delimitar lo público de lo privado y evitar parasitaciones y disfuncionalidades. Asimismo hay que fomentar la carrera profesional, e incentivos adecuados al carácter altamente cualificado de la mayoría de los profesionales hospitalarios.
- Se debe potenciar los sistemas ágiles de información, que precisan de una poderosa red informática que permita el acceso *on line* a las pruebas complementarias e historias clínicas de los usuarios, y que puedan ser compartidas entre el hospital y la atención primaria.
- La evaluación permanente de la calidad y adecuación de la asistencia tiene que ser una tarea permanente de los centros sanitarios.
- Hay que incorporar a los usuarios como coproductores de salud, avanzando en una nueva cultura de servicio público y de humanización de la asistencia sanitaria.
- Docencia e investigación son dos tareas inseparables de la asistencia en los centros hospitalarios. Para desarrollarlas plenamente se precisa una concepción más amplia de la formación en Ciencias de la Salud y un apoyo y financiación públicos más amplios, tanto a la formación continuada, como a la investigación.

Bibliografía

- Aiden, L. H. *et al.* (2002), Hospital nurse staffing and patients mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *Journal of the American Medical Society*, 288:1.987-93.
- Burke, K. (2003), Foundations hospitals plans defeated in Lords. *British Medical Journal*, 327:1.126.
- Callejón Fornieles, M. y Ortún Rubio, V. (2002), Empresa privada en sanidad: grado de adecuación a las diferentes funciones sanitarias. En: *El interfaz público-privado en sanidad*. Barcelona, Masson.
- Cochrane A. L. (1972), *Effectiveness and efficiency: random reflections on health services*. London, Nuffield Provincial Hospital Trust.
- Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud (1991), Informe. Madrid, Congreso de los Diputados.
- Concello de Contas (2002), Informe de fiscalización del 1996. Santiago de Compostela, Concello de Contas.
- Department of Health (1997), *The new NHS. Modern, Dependable*. Foreword by the Prime Minister, London. Department of Health.
- ECO-Santé 2001. <http://www.eco-sante.com>.
- El País (editorial) (2003), El Prestige sigue ahí. *El País*, 16 de mayo de 2003.
- El País (1991), Informe Abril sobre la Sanidad. *El País*, Suplemento: Temas de nuestra época, 24 de octubre de 1991.
- Espasa, R. (1999), La deriva privatizadora del modelo sanitario catalán. *Salud 2000*, 73:14-7.
- Evans, R. (1997), Health care reform: who's selling the market, and why? *Journal of Public Health Medicine*, 19:45-9.
- FADSP-Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (1996), La estrategia privatizadora en Sanidad. *Salud 2000*, 58:10-6.
- FADSP-Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (2002), Los hospitales que necesitamos. Madrid, FADSP.
- Fisher, P. (2003), El traspaso de competencias en el Reino Unido podría ser beneficioso para el Servicio Nacional de Salud. *Salud 2000*, 92:12-3.
- Fundación Encuentro (2003), Informe España 2003. Madrid, Fundación Encuentro.
- Hermida, X. (2003), Fraga sostiene que la solución al "Prestige" puede retrasarse un año "sin que pase nada". *El País*, 16 de mayo de 2003.

- Himmelstein, David U. *et al.* (1999), Quality of care in investor-owned vs. not-for-profit HMOs. *Journal of the American Medical Association*, 282:159-63.
- Jarman, B. *et al.* (1999), Explaining differences in english hospital death rates using routinely collected data. *British Medical Journal*, 318:1.515-20.
- Lorenzo Porto, J.A. (1996), *Los hospitales en España. La reforma pendiente*. Madrid, Ed. Sanidad Pública.
- Lorenzo Porto, J. A. (1998), La reforma del Servicio Nacional de Salud británico. *Salud 2000* , 66:12-26.
- Martín, M. (2000), La fundación de Verín o la engañosa nueva gestión sanitaria. *Salud 2000*, 78:11-3.
- Muir Gray, J. A. (1997), *Atención sanitaria basada en la evidencia*. Madrid, Churchill Communications Europe.
- NHSCA (1995), In practice: The NHS market in the United Kingdom. *Journal of Publish Health Policy*, 16:452-91.
- Navarro, V. (1991), Comentarios sobre el informe de la Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud. *Salud 2000*, 33:7-18.
- Navarro, V. (1996), El debate sobre la separación de las funciones de financiación y provisión de los servicios en el Estado del Bienestar y su relevancia en España. *Salud 2000*, 55:5-11.
- Navarro, V. (1998), Whose globalization? *American Journal of Public Health*, 88:742-3.
- OECD (2001) *OECD Health Data 2001: a Comparative Analysis of 30 OECD Countries*. CD-Rom, Paris, OECD On line Bookshop, <http://www.oecd.org/els/health>.
- OMS-Organización Mundial de la Salud, Oficina Regional para Europa (1987), *Los objetivos de salud para todos*. Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Pollock, A. y Price, D. (2000), Rewriting the regulations: how the World Trade Organization could accelerate privatisation in health-care systems. *Lancet*, 356:1.995-2.000.
- Pollock, A. *Et al.* (2003), NHS and the health and social care bill: end of Bevant's vision? *British Medical Journal*, 327:982-5.
- Sackett, L. *et al.* (1994), *Epidemiología clínica. Ciencia básica para la medicina clínica*. Montevideo, Panamericana.
- Saltman, R. G. y Figueres, J. M. (1997), *Reformas sanitarias en Europa. Análisis de las estrategias actuales*. Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo.
- San Martín, H. (1982), *La crisis mundial de la salud. Problemas de epidemiología social*. Madrid, Karpos.
- Sánchez Bayle, M. (ed.) (1996), *El sistema sanitario en España*. Madrid, Los libros de la Catarata.
- Sánchez Bayle, M. (1998), *Hacia el estado del malestar. Neoliberalismo y política sanitaria en España*. Madrid, Los libros de la Catarata.
- Sánchez Bayle, M. (2000), 10 propuestas para mejorar la gestión del Sistema Nacional de Salud. *Salud 2000*, 76:17.

SATSE - Sindicato de ATS de España (1998), Encuesta de satisfacción entre el personal de enfermería de la Fundación de Verín. Santiago de Compostela, SATSE.

SERGAS - Servicio Galego de Saúde (2002), Conxunto Mínimo Básico de Datos en Hospitais do Servicio Galego de Saúde. Resultados Bienio 2000/01. Subdirección Xeral de Información Sanitaria. Xunta de Galicia.

SERGAS - Servicio Galego de Saúde (2002), Convenio Colectivo para Instituciones Sanitarias regidas por entidades públicas. DOGA 2002.

SERGAS - Servicio Galego de Saúde (2002), Hospitais do SERGAS. www.sergas.es/hospitais (visitado 23/7/2002).

Servoz, M. (2000), Commentary. En Sauv , P. y Stern, R., GATS 2000: New Directions in Services Trade Liberalization. Center for Business and Government, Washington, Brookings Institution Press.

Sloan, F. *et al.* (2001), Hospital ownership and cost and quality of care: is there a dime's worth of difference? *Journal of Health Economics*, 20(1):1-21.

Taboada, X. A. (2002), El CES reclama que las fundaciones y el Medtec se integren en el Sergas. *Faro de Vigo*, 21 de noviembre de 2002.

Tamborero, G. et al. (1996), Descentralización de la gestión y motivación profesional. *Cuadernos de Gestión en Atención Primaria*, 2:177.

Índice de Tablas y Gráficos

Tablas

Tabla 1. Gasto sanitario según modelo	13
Tabla 2. Características de los distintos tipos de “nuevos modelos de gestión”	14
Tabla 3. Datos generales de los centros estudiados	18
Tabla 4. Dotación de personal e infraestructura por población atendida	19
Tabla 5. Indicadores generales de rendimiento	20
Tabla 6. Indicadores generales de rendimiento quirúrgico	20
Tabla 7. Indicadores de funcionamiento en obstetricia	21
Tabla 8. Indicadores de listas de espera	21
Tabla 9. Indicadores de productividad	22
Tabla 10. Indicadores económicos	22
Tabla 11. Derivaciones anuales realizadas medidas en % sobre el total de enfermos ingresados	23
Tabla 12. Indicadores de docencia	23
Tabla 13. Retribuciones anuales del personal de las fundaciones (en euros)	23
Tabla 14. Parte variable del salario (en euros / año)	24
Tabla 15. Retribuciones de las guardias en ambos modelos por categoría de personal (euros)	24

Tabla 16. Retribución de los trienios (euros)	24
Tabla 17. Complemento por turnicidad (euros)	25
Tabla 18. Diferencias encontradas (%) entre las fundaciones y los centros hospitalarios de gestión tradicional	30
Tabla 19. Hospitalizaciones por 1.000 habitantes y año en países europeos	31

Gráficos

Gráfico 1. Resultados de la encuesta sobre satisfacción del personal de enfermería en la Fundación de Verín	26
--	----

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.
- 13*/2003. **El déficit de natalidad en España: análisis y propuestas para la intervención pública.** Fabrizio Bernardi.
- 14/2003. **Nuevas fórmulas de gestión en las organizaciones sanitarias.** José Jesús Martín Martín.
- 15/2003. **Una propuesta de servicios comunitarios de atención a personas mayores.** Sebastián Sarasa Urdiola.
- 16/2003. **El Ministerio Fiscal. Consideraciones para su reforma.** Olga Fuentes Soriano.

- 17/2003. **Propuestas para una regulación del trabajo autónomo.** Jesús Cruz Villalón.
- 18/2003. **El Consejo General del Poder Judicial. Evaluación y propuestas.** Luis López Guerra.
- 19/2003. **Una propuesta de reforma de las prestaciones por desempleo.** Juan López Gandía.
- 20/2003. **La Transparencia Presupuestaria. Problemas y Soluciones.** Maurici Lucena Betriu.
- 21/2003. **Análisis y evaluación del gasto social en España.** Jorge Calero Martínez y Mercè Costa Cuberta.
- 22/2003. **La pérdida de talentos científicos en España.** Vicente E. Larraga Rodríguez de Vera.
- 23/2003. **La industria española y el Protocolo de Kioto.** Antonio J. Fernández Segura.
- 24/2003. **La modernización de los Presupuestos Generales del Estado.** Enrique Martínez Robles, Federico Montero Hita y Juan José Puerta Pascual.
- 25/2003. **Movilidad y transporte. Opciones políticas para la ciudad.** Carme Miralles-Guasch y Àngel Cebollada i Frontera
- 26/2003. **La salud laboral en España: propuestas para avanzar.** Fernando G. Benavides.
- 27/2003. **El papel del científico en la sociedad moderna.** Pere Puigdomènech Rosell.
- 28/2003. **Tribunal Constitucional y Poder Judicial.** Pablo Pérez Tremps.
- 29/2003. **La Audiencia Nacional: una visión crítica.** José María Asencio Mellado.
- 30/2003. **El control político de las misiones militares en el exterior.** Javier García Fernández.
- 31/2003. **La sanidad en el nuevo modelo de financiación autonómica.** Jesús Ruiz-Huerta Carbonell y Octavio Granado Martínez.
- 32/2003. **De una escuela de mínimos a una de óptimos: la exigencia de esfuerzo igual en la Enseñanza Básica.** Julio Carabaña Morales.
- 33/2003. **La difícil integración de los jóvenes en la edad adulta.** Pau Baizán Muñoz.
- 34/2003. **Políticas de lucha contra la pobreza y la exclusión social en España: una valoración con EspaSim.** Magda Mercader Prats.
- 35/2003. **El sector del automóvil en la España de 2010.** José Antonio Bueno Oliveros.
- 36/2003. **Publicidad e infancia.** Purificación Llaquet, M^a Adela Moyano, María Guerrero, Cecilia de la Cueva, Ignacio de Diego.
- 37/2003. **Mujer y trabajo.** Carmen Sáez Lara
- 38/2003. **La inmigración extracomunitaria en la agricultura española.** Emma Martín Díaz

39/2003. **Telecomunicaciones I: Situación del Sector y Propuestas para un modelo Estable.** José Roberto Ramírez Garrido y Juan Vega Esquerrá.

40/2003. **Telecomunicaciones II: Análisis económico del sector.** José Roberto Ramírez Garrido y Álvaro Escribano Sáez.

41/2003. **Telecomunicaciones III: Regulación e Impulso desde las Administraciones Públicas.** José Roberto Ramírez Garrido y Juan Vega Esquerrá.

42/2004. **La Renta Básica. Una propuesta de reforma del sistema fiscal y de protección social.** Luis Sanzo González y Rafael Pinilla Pallejà.

