

**El papel de la financiación
público-privada de los servicios
sanitarios: modelos de gestión**

Toledo, 29 marzo de 2007

Seminarios y Jornadas 43/2007

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

ISBN: 978-84-96653-81-8

Depósito Legal: M-45547-2007

Desde hace más de una década, las administraciones públicas de todos los países desarrollados se han planteado como un problema principal la búsqueda de nuevas formas de gestión que mejoren su eficiencia. Esa búsqueda parte de la base de considerar que la eficiencia de las instituciones públicas es menor que la de las organizaciones privadas, sin que en muchos casos se hayan aportado pruebas de la veracidad de esa consideración, que en todo caso constituye un prejuicio extendido y común.

Un segundo aspecto es que la consideración de la ineficiencia pública se ha extendido a cualquiera de las diferentes clases de entidades que constituyen el sector público de cualquier país, incluyendo los servicios públicos, que han sido un ámbito principal de expansión de la actividad pública, en especial durante la segunda mitad del siglo XX.

Un tercer aspecto a tener en cuenta es que los posicionamientos anteriores se han producido en un contexto macroeconómico en el que la reducción del gasto público y la limitación de las posibilidades de inversión con fondos públicos forman parte esencial y constituyen condiciones de procesos como el de la convergencia europea y la implantación de la moneda única.

Ese panorama permite comprender que la búsqueda de financiación adicional en medios privados para los servicios públicos constituya un elemento sustancial de muchas políticas en ese ámbito. De la misma manera, se están planteando en muchos países restricciones en el ámbito de la cobertura material o personal de los servicios públicos. Y, en el campo de la gestión, se propone como novedad más manifiesta la incorporación de formas de gestión características del sector privado al ámbito público.

Esta última, junto con el recurso a diferentes formas de aportación privada a la financiación de infraestructuras públicas, se ha venido produciendo en muchos ámbitos de actuación. En todo caso, el sanitario y la prestación de sus servicios bajo esas nuevas fórmulas han constituido un terreno muy amplio y específico de actuación en esa línea, tanto en España como antes en otros países, cuyas modalidades han servido en algunos casos de modelo a las actuaciones que se han desarrollado en el nuestro. Esta situación se ha llegado incluso a invertir en algunos casos, dada la extensión y variedad de nuevas fórmulas de gestión sanitaria que se han desarrollado en España a lo largo de los últimos años.

Un contribuyente principal a la situación actual en España ha sido de manera indudable la profunda descentralización de las competencias sanitarias a las diferentes comunidades autónomas (CC AA) que ha tenido lugar, con arreglo a la cual cada una de ellas se siente responsable única y discrecional de las actuaciones sanitarias en su propio territorio y de sus formas de organización.

A los efectos de establecer algunas bases mínimas y comunes entre todas las CC AA han resultado por completo ineficaces algunas normas que se dictaron durante el periodo de gobierno del Partido Popular (PP). Los límites a las formas organizativas que se establecían en ellas (que las nuevas formas de gestión introducidas se mantuviesen dentro de las posibles “en el ámbito público”) se superaron desde el principio en el caso de la PFI (iniciativa de financiación privada) de Alzira, sin que ni desde el ámbito del Gobierno central (entonces en manos del PP) ni desde el del Partido Socialista se plantease cuestionamiento alguno a tal situación. Con posterioridad, algunas CC AA gobernadas por el Partido Socialista y otras gobernadas por el PP han comenzado a introducir fórmulas diferentes también fuera de los límites citados, mientras que otras han acuñado como propias otras fórmulas diferentes de gestión de las instituciones sanitarias que se mantienen dentro de las fórmulas públicas de gestión. Pese a esa diferencia, que es sustancial, la diversificación sin límites de las formas de gestión constituye la excusa para justificar cualquier actuación, sobre la base de que cada comunidad autónoma hace lo que le parece más oportuno sin otra condición.

Para reforzar esa excusa interviene también el hecho de que no se han valorado los efectos de cada una de las diferentes formas de gestión planteadas, no solo desde el punto de vista de la mejora de la eficiencia lograda, sino tampoco desde las consecuencias que la introducción de unas y otras formas de gestión haya podido tener para el mantenimiento de unas condiciones mínimamente homogéneas de la organización de los servicios sanitarios y de determinados aspectos de los mismos (desde la gestión del personal al control financiero, las relaciones con los proveedores, una de las principales causas de crecimiento del gasto sanitario, el funcionamiento integrado del sistema sanitario, tanto entre territorios como entre niveles de atención, u otras), que hasta que se produjeron la descentralización y la introducción de nuevas formas de gestión constituían la base para la protección sanitaria universal en España.

Un último aspecto a destacar de la situación española es que en el ámbito de los partidos de la izquierda, que cabría esperar fuera el sector político más interesado en el mantenimiento de la protección sanitaria universal, no se ha producido ningún análisis global de esas cuestiones. Por el contrario, lo que ha predominado ha sido la cesión de hecho a la idea de que lo importante en este campo, como en otros, era la defensa de la autonomía política en la gestión de cada una de las CC AA, en detrimento de una aproximación general al mantenimiento de una protección sanitaria universal e igualitaria vinculada a la condición de ciudadanía española.

En el seminario se pretende comenzar a analizar dos clases de cuestiones: los diferentes efectos de las distintas nuevas formas de gestión, para considerar, además, si existen diferencias entre ellas, y la conveniencia y posibilidad de establecer en la situación actual de descentralización y diversificación de la gestión algunas condiciones homogéneas de las nuevas formas de gestión constituidas, de manera que se garantice su contribución a la protección sanitaria universal como mecanismo social de cohesión.

Javier Rey

Supervisor del área de sanidad
del Laboratorio de Alternativas

Asistentes

Enric Agustí, Servicio Catalán de la Salud.

M.ª José Alende, secretaria general de la Federación Estatal de Sanidad de CC OO.

Antonio Arbelo, médico pediatra, jefe de sección hospitalaria en Madrid.

Carlos Barra, coordinador de la sectorial de salud del PSM.

Ricardo Campos, coordinador sectorial de sanidad del PSV-PSOE.

Joaquín Chacón, gerente del Sescam.

Rafael Díaz-Regañón, coordinador de Estudios y Análisis Económicos de la Consejería de Sanidad-Sescam. Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha.

Juan Manuel Eguiagaray, director del Laboratorio de Alternativas.

Ramón Gálvez, gerente del complejo hospitalario de Toledo (Sescam).

Miguel Ángel García, responsable del Gabinete Económico Confederal de CC OO.

José Antonio García Ruiz, director gerente de la empresa pública Hospital Costa del Sol, Junta de Andalucía.

José Martín, profesor del Departamento de Economía Aplicada de la Universidad de Granada.

Manuel Martín, médico, miembro de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública de Galicia.

Carlos Nicolás, director de la agencia de información especializada en el campo de la sanidad, Barbizón S.L., y de la revista *Acta Sanitaria*.

Javier Ortiz, subdirector del Laboratorio de Alternativas.

Jesús Pérez, secretario de Empleo y Protección Social de UGT.


Javier Rey, supervisor del área de sanidad del Laboratorio de Alternativas.

Rosa Urbanos, asesora de la ministra de Sanidad y Consumo.

Siglas

CC AA	Comunidades autónomas
Insalud	Instituto Nacional de la Salud
NHS	National Health Service, Servicio Nacional de Salud del Reino Unido
OMS	Organización Mundial de la Salud
PFI	<i>Private Finance Initiative</i> , iniciativa de financiación privada
PPP	<i>Public Private Partnership</i> , colaboración público-privada
Sescam	Servicio de Salud de Castilla-La Mancha
SNS	Servicio Nacional de Salud

Joaquín Chacón

 Como director gerente del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (Sescam), constituye para mí un enorme motivo de satisfacción profesional y personal el tener ocasión de recibirles y darles la bienvenida para la celebración de este Encuentro de la Fundación Alternativas.

Quiero agradecerles por adelantado su trabajo sobre un tema, como es la financiación de los servicios de salud, que sin duda es de gran importancia para el futuro del sistema sanitario público, y que condicionará en gran medida el desarrollo de las políticas de protección social en este ámbito.

Un reciente informe publicado por el Parlamento Europeo en febrero de 2007 realiza un detallado análisis de la sostenibilidad de los sistemas sanitarios en Europa y plantea algunas perspectivas en torno a esta cuestión. El Informe se divide en cuatro grandes apartados: la protección de la equidad mientras se incrementa la eficiencia, el papel de la evaluación de tecnologías sanitarias, la implicación de los ciudadanos y usuarios en la búsqueda de resultados de salud eficientes y algunos aspectos que afectan a la sostenibilidad de la financiación sanitaria en los países del sudeste europeo.

Todos ellos son asuntos relevantes, de plena actualidad, y directamente relacionados con el tema que hoy les convoca y del que todos podremos obtener enseñanzas que puedan resultar útiles y de aplicación en nuestra gestión diaria. Todos los sistemas de bienestar social y salud en todo el mundo se enfrentan a enormes retos para conseguir los cada vez más contradictorios objetivos de plena accesibilidad y eficiencia y mantenimiento de unas prestaciones sanitarias de calidad.

A lo largo de los últimos cinco años, tras la transferencia de la gestión de los servicios sanitarios de la Seguridad Social, la política sanitaria ha sido una prioridad para el Gobierno de Castilla-La Mancha. En este sentido, son muchos los avances y los logros alcanzados en estos cinco años de gestión del Sescam, en incremento de personal, en inversiones y mejora de las infraestructuras y equipamiento, en disponibilidad de recursos presupuestarios y en resultados obtenidos.

En algunas de las iniciativas emprendidas, nuestro Servicio de Salud ha sido un referente para todo el Servicio Nacional de Salud (SNS) y, en este sentido, algunos de los reconocimientos obtenidos nos sirven como estímulo e incentivo para continuar en el camino de la mejora continua, de la calidad y del trabajo bien hecho.

Como sistema sanitario público, nuestro objetivo no es otro que ofrecer a todos los ciudadanos castellano-manchegos una asistencia de la más alta calidad posible. Ésa es nuestra obligación ética y nuestra responsabilidad profesional a la hora de proporcionar una asistencia efectiva, eficiente, segura y basada en la mejor evidencia científica disponible.

En un contexto de cambio permanente esperamos que sus aportaciones y sus ideas contribuyan desde la Fundación Alternativas a hacer posible que la financiación pública de la sanidad sea sostenible y, para ello, como recogía el Informe al que antes hice alusión, “los políticos y la ciudadanía, a una, deben considerar el escenario global en el que se sitúa la sanidad pública y comprender su contribución a nuestra sociedad en un contexto social, político y económico mucho más amplio. A medida que el campo de los servicios sanitarios se vuelve más y más complejo, y la edad de la población y el coste de la tecnología crecen, la provisión eficiente de servicios de salud en el seno de una economía globalizada es más importante que nunca...”. Les deseo una buena y fructífera jornada de trabajo.

Juan Manuel Eguiagaray (moderador)

■ En este seminario pretendemos analizar dos clases de cuestiones: por un lado, los diferentes efectos resultantes de las distintas nuevas formas de gestión sanitaria en España, para considerar además si existen diferencias entre ellas, y, por otro, la conveniencia y posibilidad de establecer en la situación actual de descentralización y diversificación de la gestión algunas condiciones homogéneas de las nuevas formas de gestión, de manera que se garantice su contribución a la protección sanitaria universal, como mecanismo social de cohesión.

Para centrar el debate comenzaremos escuchando tres breves ponencias, en las que se describirán de manera sucinta las características y desarrollos de nuevas formas de gestión sanitaria, tanto en España como en otros países, así como los efectos que sobre la presupuestación y el control del gasto público en esta materia tiene la introducción de estas nuevas formas de gestión. Tras esas ponencias, estableceremos un amplio diálogo en el que todos los presentes podréis exponer vuestros criterios. Tiene la palabra en primer lugar Antonio Arbelo.

Antonio Arbelo

Principales experiencias internacionales de financiación-gestión privada de la sanidad pública

“ Vaya por delante mi agradecimiento a la Fundación Alternativas por invitarme a participar en este seminario, y manifestar que me es muy grato volver a Toledo, en donde trabajé como director provincial durante tres años para el Insalud.

Dentro del marco general, además de los aspectos señalados en la introducción por el Dr. Rey, me gustaría añadir y resaltar algún otro condicionante, que creo también forma parte del campo de juego actual existente en este apasionante tema.

Resulta necesario destacar cómo estos programas se ejecutan a través del Fondo Monetario Internacional, el Banco Mundial y el Banco Europeo de Inversión con el aval de los gobiernos (más de 200.000 millones de pesetas en 1999). Aunque lamentablemente no puedo aportar qué volumen alcanzan en la actualidad, sí cabe mencionar

que España fue el segundo país europeo de proyectos licitados (10% del total) para todo tipo de infraestructuras público-privadas durante el quinquenio 2000-2005, correspondiendo el 62,5% del mismo a las CC AA. Estos datos están extraídos de un informe de la consultora PricewaterhouseCoopers al que se refería una información en la páginas de Economía de *El País* hace pocos días (“España, segundo país en financiación mixta de infraestructuras”).

Otros argumentos a considerar son el mercado europeo, la globalización, las empresas multinacionales y las políticas neoliberales que los favorecen y, por último, obviamente, que tanto la Ley General de Sanidad de 1986 como la de nuevas fórmulas de gestión de 1997 no excluyen ninguna fórmula jurídica de gestión posible.

¿Qué papel puede jugar el recorte de fondos europeos para nuestro país (-24.500 millones de euros) en los próximos siete años? ¿Agudizará esto la necesidad de capital privado para la inversión pública? Al margen de acercar los servicios al ciudadano, ¿cómo mejorará realmente el bienestar social de la población? Espero que estas cuestiones aparezcan y se discutan en el debate posterior.

A) Aunque haya habido otras experiencias en Canadá, Australia, Portugal e Irlanda, es el Reino Unido el que nos brinda quince años de experiencia operativa con un objetivo de 48 hospitales bajo la fórmula PFI para 2008. Desde 1992, se han realizado 170 “actuaciones sanitarias” PFI hasta 2005. Lo que les comento a continuación constituye un resumen del documento de trabajo 99/2006 del Laboratorio de la Fundación Alternativas que realizamos junto con la Dra. A. Prieto y E. Mengual, economista, finalizado el pasado noviembre¹.

Destacaríamos, en primer lugar, la ausencia de planificación y participación, con predominio de intereses locales y búsqueda de voto sin visión global del sistema sanitario. En cualquier caso, se trata de una ejecución hospitalocentrista, ignorando la media estancia geriátrica, la atención primaria y los recursos comunitarios. Parece, pues, que también en el Reino Unido “sigue sin existir inteligencia fuera del hospital”, y ello a pesar de que incluso la Intervención General recomienda mejoras en la planificación. La impresión es que las autoridades locales y regionales del National Health Service (NHS) han sido silenciadas.

Se produce una reducción drástica de recursos previos, del orden del 25% al 30% de camas hospitalarias, dotando las de nueva creación a la *ratio* de 1/1.000 habitantes.

El coste total de los proyectos resulta superior al tradicional vía endeudamiento público de acuerdo con el comparador PSC (Comparador del Sector Público), con una tasa de descuento del 6% fijada políticamente.

Existe opacidad y dificultad de control en aras de la confidencialidad comercial, con pingües beneficios para los accionistas en algunos casos. El existente y vigente código de prácticas abiertas del NHS no se aplica.

¹ Prieto Orzanco, A., Arbelo López de Letona, A., y Mengual García, E. (2006), El papel de la financiación público-privada de los servicios sanitarios. Documento de trabajo 99/2006. En http://www.falternativas.org/base/download/ff71_13-12-06_Doc99.pdf.

Tanto el Comité de Contabilidad Pública, como el de Sanidad de la Cámara de los Comunes y la Asociación Médica Británica han solicitado evaluaciones independientes.

Se considera el riesgo de crear un monopolio de gestores de infraestructuras con la explotación de ingresos procedentes inicialmente de usuarios y contribuyentes.

Los costes transaccionales son elevados. Los proyectos son muy complejos y llegan a alcanzar hasta el 3% del presupuesto total.

La fórmula, por sí misma, no mejora estándares de calidad asistenciales.

Se persigue básicamente aumentar la producción; tal es así que no se utiliza el índice de ocupación, únicamente el de rotación como valoración de las cargas de trabajo real, ligado al pago por resultados, y con propuestas de su incremento del 25% y aun superiores.

Las penalizaciones solo han sido simbólicas y, por supuesto, no problemáticas. La transferencia real de riesgo al concesionario es realmente escasa o indetectable en muchos casos analizados. El concesionario se hace "imprescindible" para un "mercado cautivo". Se producen cambios de accionariado y mercados secundarios insolventes con quiebras que causan mayores costes. La gestión es más compleja, recomendándose únicamente "gerentes senior".

No se aportan datos objetivos en cuanto a resultados clínicos y/o en salud pública.

También existen PFI "mixtas" con atención primaria y concesiones limitadas de ciertos servicios (radiología, laboratorio y unidad de cuidados intensivos), como fórmula de compensar el pago del canon anual. El concesionario se constituye en un gran intermediario de subcontratas.

El afán de lucro condiciona una posible selección adversa (menos complejidad y mayor derivación). Curiosamente no aparecen los GRD (grupos relacionados por el diagnóstico) o GRU (grupos de utilización de recursos), o cualquier otro tipo de clasificación de complejidad de pacientes para poder analizar.

Aparentemente, las reformas tampoco han producido mejoras en la gestión de la actividad asistencial.

El plan ha generado deudas multimillonarias extrapresupuestarias (7.500 millones de euros), y no pocos *trusts*² hospitalarios son deficitarios.

B) Coincidente en el tiempo con la finalización de nuestro trabajo, aparece un artículo del Observatorio Europeo de la OMS (Organización Mundial de la Salud) en el que se revisan los

² *Trusts*: hospitales sometidos a controles financieros diferentes a los del resto de los hospitales del NHS. Estos hospitales están autorizados y regulados por un regulador independiente llamado *Monitor*.

sistemas de partenariado público-privados con las distintas modalidades de PFI: DBFO (*Design, Build, Finance, Operate*), BOO (*Build, Own, Operate*), etc. En el trabajo citado se alcanzan las siguientes conclusiones: los hospitales bajo estas fórmulas tienen un mayor coste, mayor complejidad y una menor calidad y flexibilidad [Martin McKee *et al.* (2006) *Bulletin of the WHO*; 84: 890-6].

C) Ya a nuestro nivel, también dejábamos breve constancia de otras variables. Del denominado modelo Alzira, unión temporal de empresas expandida a atención primaria con una *capita* de 494 euros/habitante, que crece con los hospitales de Torrevieja, Denia (que incluye sociosanitario), y Elche-Crevillente, puestos en marcha por el Servicio Valenciano de Salud.

E igualmente, cómo se desarrollan nuevos hospitales sustitutorios en Baleares y Burgos con diferentes modalidades en cuanto inclusión o no de servicios no sanitarios considerados estratégicos o no, y cómo los servicios asturiano y murciano que, con gobiernos de diferente signo, han creado empresas de intermediación pública gestoras de infraestructuras sanitarias que los últimos han denominado “arrendamiento operativo”.

D) En lo referente a Madrid, el SERMAS construye ocho hospitales nuevos, uno de ellos sustitutorio, siete como concesión de obra y otro más como concesión administrativa, con asignación de capital (Hospital de Valdemoro). En conjunto, 1.800 camas aparentemente ampliables a 2.500 en los próximos 10 años.

El coste de la inversión en construcción asciende a 700 millones de euros con la explotación de trece servicios no sanitarios y canon de 125,5 millones de euros durante 30 años de 3.700 millones de euros. Total, 4.400 millones de euros (738.000 millones de pesetas). Ni qué decir tiene que bajo el punto de vista poblacional y financiero constituye el desarrollo más importante en curso a nivel nacional.

No incluye la gestión energética, el equipamiento médico, la alta tecnología, ni la informática (esta última valorada en 80 millones de euros, 13.310 millones de pesetas).

En conjunto, los nuevos hospitales afectarán a casi un tercio de la población madrileña (1,8 millones de ciudadanos). Sin embargo, no ha existido debate político previo ni información a profesionales del sector, habiéndose anunciado solo que las áreas sanitarias pasarán de 11 a 15, aunque parece que últimamente podrían ser 16. Tampoco se han aplicado criterios de regionalización (alta densidad poblacional y escasa extensión), sin estratificación de la asistencia, y tampoco oficialización de hospitales y/o servicios de referencia. La dispersión tendrá efectos negativos sobre estándares de calidad no valorados. Dos ejemplos:

- La dispersión de la atención neonatal, con varias “minimaternidades”, pese a la creación de un transporte idóneo específico, incidirá negativamente sobre la morbimortalidad perinatal. Ninguna incubadora y respirador iguala al útero materno, y la destreza clínica requiere una casuística y unos recursos determinados.
- Respecto a los mayores de 65 años (existen 22.500 ingresados anualmente con más de 25 días de estancia en hospitales de agudos que generan más de 300.000 estancias potencialmente evitables, con un gran sobrecoste y una asistencia inadecuada a su dependencia transitoria), nada se ha dicho sobre la media estancia, mucho más

eficiente y que resulta inexistente en el este y en el sur de la región y escasísima en el municipio de Madrid. La Ley de Dependencia aliviará el problema del apoyo domiciliario, pero no bastará, por el aumento previsible de la morbilidad.

No se ha ofrecido ninguna explicación sobre el futuro de los cinco hospitales de más de 1.000 camas existentes en la región. ¿Se crearán habitaciones individuales o se desarrollará la media estancia?

Anteayer mismo se filtraba a la prensa un informe de la Consejería en el que se plantean recursos excedentarios para el año próximo, en nada menos que 1.000 camas, 326 consultas y 30 quirófanos, todo ello sin contar con los otros cuatro hospitales anunciados para la próxima legislatura: Villalba, Torrejón de Ardoz, Carabanchel y Móstoles, lo que viene a demostrar objetivamente el dislate y ocultación planificadora.

La *ratio* media de camas por cada 1.000 habitantes (oscila entre 1,32% y 0,68%), junto con el incremento poblacional y “envejecimiento de la vejez” frente a la ambulatorización de procesos, supone un difícil equilibrio, planteando un reto de gestión y planificación.

La escasez de especialistas generará competencia profesional, temiéndose una “fuga” de especialistas de las regiones limítrofes ante la oferta masiva y cuasi simultánea.

En la gestión, el control estricto será caro (unidad técnica de control de los servicios centrales, gerencia y concesionario) y, si es barato, será laxo. Se contemplan penalizaciones del 100%, que pueden ser bastante problemáticas. La previsión de cambios de servicios en la oferta para adaptación a demandas futuras implica repercusiones sobre canon y/o plazo para mantener el equilibrio financiero del concesionario.

Dentro de las alternativas económicas destacábamos cómo existen dos fases bien diferenciadas, separadas cronológicamente, con un nivel de riesgo y coste muy distinto: construcción, predecible, y prestación de servicios, esta última impredecible a treinta años, sometida a importantes variables: IPC, convenios, mecanización de tareas, amortizaciones de inversión y cambios de servicio adaptándose a la demanda.

Teóricamente, el acortar los periodos de la concesión permitiría introducir modificaciones de mejora.

¿Cabría considerar el *leasing* y el *renting*, que tienen igual efecto presupuestario?

Parece ser que el plazo fijo de la concesión selecciona empresas optimistas y oportunistas. ¿Son posibles en el sector las concesiones de plazo variable con acomodación a la demanda sin renegociación?

¿Se debe crear un organismo independiente controlador de infraestructuras público-privadas, como sugiere De Rus en un muy reciente trabajo de la Fundación³?

3 De Rus Mendoza, G. (2006), Infraestructuras: más iniciativa privada y mejor sector público. En: http://www.falterntivas.org/base/download/2572_08-02-07_104documento.pdf.

Es evidente que los ponentes que me siguen podrán ilustrarnos mucho mejor sobre estos aspectos económicos.

E) Como conclusión, me gustaría plantear otros comentarios sobre el panorama actual que quizá también haya que considerar en el debate.

Por lo que hemos revisado, la experiencia británica proyecta sombras muy alargadas... Al final, una justificación contable y de financiación constituye un medio para modificar cualquier servicio público, alterando su planificación, gestión y prestaciones.

Es una fórmula incentivadora perversa (“con costes inicialmente no aparentes”) entre periodos electorales: “compre y pague mañana”, con el resultado de ciudadanos y gobiernos sucesivos hipotecados.

Queda claro que la Administración estatal o autonómica es responsable financiera y sigue siendo responsable final como garante del derecho de interés general, pero, finalmente nos preguntamos: el mayor coste de las concesiones ¿puede suponer una sinergia público-privada con lucro? ¿Son las PFI un paso previo a la privatización y desmantelamiento del SNS al igual que de otros servicios públicos? La salud se transforma en una mercancía comercial. ¿Conducirá esta situación a un SNS residual con predominio de seguros privados y copagos?

Por otro lado, existe superávit presupuestario, pero solo alcanzamos el 20% de gasto social, situado a siete puntos del promedio de la Europa de los 15. Todo ello en un contexto del sector sanitario sumido en una bondad incierta.

Las listas de espera diagnósticas van más allá de lo racional.


La Ley 21/2001, de Financiación Autonómica, no tiene carácter finalista en cuanto a sanidad se refiere.

¿Se dará todavía una mayor variabilidad futura en los 17 servicios regionales de salud? ¿Serán realmente 17 “reinos de taifas sanitarios”?

A mi parecer, y por todo ello, resulta muy dudoso que la financiación público-privada contribuya a una mayor equidad, eficiencia y racionalidad del SNS.

José Martín

Nuevas fórmulas de gestión en el Sistema Nacional de Salud de España

 El objetivo de mi intervención es realizar una breve descripción, análisis y evaluación de lo que suelen denominarse nuevas fórmulas de gestión en el SNS de España. Una matización que me gustaría introducir antes de comenzar es la inadecuación del término “nuevas fórmulas de gestión”, tanto porque algunas de ellas tienen varios lustros como porque las fórmulas jurídicas utilizadas, bien en gestión directa bien en gestión indirecta, tienen numerosos antecedentes históricos en el sector público español. La razón

inmediata de estas nuevas estrategias de gestión sanitaria tiene su causa inmediata en la búsqueda de eficiencia para afrontar un continuo y creciente incremento de los costes. Esta búsqueda de eficiencia no es exclusiva de España, sino común al conjunto de países desarrollados. En el futuro la presión para el incremento del gasto sanitario aumentará, debido a que tenderán a aumentar las tres principales causas que presionan al alza al gasto sanitario: la revolución de las tecnologías médicas, el envejecimiento de la población y el cambio en las expectativas y demandas de los ciudadanos.

Los problemas de eficiencia en los sistemas nacionales de salud como el español se han identificado con frecuencia con la forma organizativa utilizada preferentemente por los Estados en el siglo XX: las burocracias públicas. Esta forma de organización es adecuada al Estado, que tiene poderes de los que carece cualquier organización privada, poderes derivados del monopolio legítimo de la violencia que ostenta sobre un territorio determinado. Este poder coactivo del Estado como organización supone, sin embargo, al menos en los Estados de derecho, el establecimiento de restricciones a la gestión pública de los servicios para garantizar la transparencia en el uso de unos recursos obtenidos coactivamente (impuestos y precios públicos) y evitar el nepotismo y su uso en beneficio de políticos, gestores y grupos de interés organizados.

Esta forma organizativa puede, sin embargo, suponer altos niveles de ineficiencia en algunos servicios públicos esenciales en un Estado del bienestar, como pueden ser los servicios sanitarios y educativos. Las limitaciones para un funcionamiento eficiente de las burocracias públicas sanitarias, como ha sido históricamente el Insalud y son en la actualidad la mayor parte de los servicios regionales de salud en España, han sido estudiadas con profusión. Resumiendo de forma un tanto grosera estos análisis, se puede concluir que existe un importante problema de incentivos. En síntesis, estas burocracias públicas sanitarias responden a incentivos de baja potencia que dificultan una armonización de intereses en el conjunto de agentes que operan tanto dentro como fuera de ellas. Como expresó brillantemente Mark Twain en *Las aventuras de Huckleberry Finn*: “Y entonces dije: ¿de qué sirve aprender a hacerlo bien, si hacerlo bien es pesado y no hay problemas por hacerlo mal y, además, la paga es la misma?”

Como alternativa a las formas burocráticas de gestión de servicios públicos, se han propuesto diferentes estrategias que relajen el carácter jerárquico de las organizaciones burocráticas e introduzcan mecanismos e incentivos provenientes del mercado. La idea central es identificar una amplia gama de instrumentos y esquemas organizativos, que podemos agrupar bajo la denominación de modelos híbridos, que estarían en un continuo entre dos formas polares: las burocracias públicas, caracterizadas por el principio de jerarquía; y el mercado, caracterizado por la descentralización y los incentivos económicos. El denominado “gerencialismo”, la externalización de servicios, la creación de mercados públicos o mercados simulados, etc., serían ejemplos de esta búsqueda de fórmulas organizativas más eficientes que, sin embargo, deben seguir manteniendo los principios de transparencia y universalidad característicos de los servicios públicos concebidos como un derecho universal.

Aunque el marco de análisis de la reforma de las burocracias públicas sanitarias puede efectuarse desde un marco conceptual global (proveniente fundamentalmente de la economía de la organización y las instituciones), las formas concretas que adoptan estas

reformas son diferentes en cada país, dado que existe una dependencia de trayectoria institucional propia e idiosincrásica en cada uno.

En España el sistema sanitario ha experimentado simultáneamente dos procesos de modificación organizativa e institucional. España ha realizado en el marco de la Constitución aprobada en 1978 un agresivo proceso de descentralización territorial que la ha convertido en uno de los Estados más descentralizados del mundo. En este contexto se ha ido descentralizando progresivamente la gestión de las competencias sanitarias, que ha culminado en el año 2002 con su transferencia simultánea a las diez comunidades autónomas que aún no disponían de ellas.

Aunque el proceso en líneas generales puede considerarse positivo, existen importantes problemas de cara al futuro que no son fáciles de abordar. El Estado carece de mecanismos de coordinación efectiva, no dispone de sistemas de financiación finalista en sanidad, los sistemas para garantizar la reducción de desigualdades en el SNS brillan por su ausencia y no disponemos de un sistema de información a nivel de Estado sobre sanidad y salud. Con un sistema de financiación autonómica pendiente de revisión y adaptación a lo establecido en los nuevos estatutos de autonomía de algunas comunidades, tarea que no va a resultar fácil, es posible que simple y llanamente se ignoren las necesidades de crear mecanismos e instituciones que garanticen que el SNS siga siendo lo que su nombre sustantivo indica y no la mera agregación no coordinada de 17 servicios regionales de salud. Sin embargo, dado que mi intervención no está centrada en el problema territorial e identitario de España y sus implicaciones para la pervivencia del SNS, no me extenderé más en esta cuestión.

El otro cambio organizativo institucional realizado en España desde la transición democrática ha sido la reforma de las burocracias públicas sanitarias tradicionales. Los problemas de eficiencia de las burocracias públicas sanitarias identificados anteriormente han motivado la búsqueda de reformas “gerencialistas” y de “cuasi mercados”, que tienen su primera plasmación política en el Informe Abril (1991), el cual propone separar las funciones de financiación, compra y provisión de servicios, y configurar los centros sanitarios como empresas públicas regidas por el Derecho privado y fuera, por tanto, del ámbito del Derecho administrativo. Posteriormente, los distintos responsables políticos, tanto del antiguo Insa-lud como de los Servicios de Salud, han desarrollado estas propuestas mediante diversas acciones, entre innovaciones gerencialistas, que no implican la personificación jurídica de centros sanitarios, y nuevas fórmulas de gestión directa e indirecta en una auténtica eclosión de formas jurídico-organizativas diferentes a las burocracias públicas tradicionales. La Ley 15/1997 sobre habilitación de nuevas formas de gestión del SNS sancionó a nivel estatal, dada su condición de legislación básica, esta estrategia de innovación organizativa. La Ley 15/1997 no excluye ninguna forma jurídica concreta para la gestión de centros sanitarios, siempre y cuando tengan naturaleza o titularidad pública y mantengan el carácter de servicio público de la asistencia. También recoge explícitamente la gestión indirecta de servicios, remitiéndose a la Ley General de Sanidad.

Desde una perspectiva global que abarque la totalidad de las comunidades autónomas pueden identificarse cuatro tipos de innovación: el gerencialismo, la transformación de algunos servicios regionales de salud en entes públicos, la personificación jurídica de centros sanitarios a nivel individual y la gestión indirecta.

El denominado gerencialismo consiste esencialmente en la importación de técnicas y filosofías de gestión del sector privado al ámbito público. Si un rasgo caracteriza la gestión sanitaria es la extraordinaria voracidad en innovaciones de todo tipo: los contratos programa, la gestión por procesos, los cuadros de mando integral, la gestión de enfermedades, los sistemas de contabilidad de costes, la gestión por competencias y un largo etcétera que comprende la práctica totalidad de innovaciones y modas que periódicamente agitan el ámbito de la gestión. El problema está en distinguir, siguiendo la tradición evangélica, el grano de la paja. Posiblemente algunas innovaciones, como los contratos programa o el desarrollo de la gestión clínica, son claramente positivos, sin embargo, muchas otras modas quedan reducidas en muchas ocasiones a simple retórica innovadora que aspira a cambiar todo sin cambiar nada.

Estas estrategias gerencialistas no suponen transformaciones jurídicas de los servicios regionales de salud concebidos mayoritariamente como organismos autónomos de carácter administrativo, fórmula jurídica acorde con el funcionamiento jerárquico y fuertemente centralizado que caracteriza las formas de gestión tradicionales de la Administración pública.

Algunos servicios regionales de salud han abordado la transformación de su forma jurídica transformándose en entes públicos. Siguiendo el camino iniciado por el País Vasco, Baleares, Madrid, Murcia y Asturias han modificado su marco jurídico, convirtiendo sus servicios sanitarios en entes públicos. Cataluña está en el proceso de transformar el Instituto Catalán de Salud también en un ente de derecho público. En general, estos procesos de reforma jurídica y organizativa se han realizado garantizando el marco laboral estatutario de los trabajadores del sector y aspiran fundamentalmente a recuperar márgenes de gestión y grados de libertad frente al modelo más tradicional de organismos autónomos de carácter administrativo.

La tercera y cuarta estrategias de reformas organizativas han consistido en la proliferación de distintas fórmulas de gestión directa y gestión indirecta en la mayoría o en la totalidad de las comunidades autónomas. Al parecer, es casi imposible que las élites políticas en sanidad se resistan a poner una nueva fórmula de gestión directa o indirecta en marcha durante su legislatura. En esta cuestión coinciden todos, derecha, izquierda y nacionalistas. Lamentablemente también parecen coincidir todos en no proporcionar sistemas de información y evaluación de estas experiencias de forma sistemática e independiente. No estaría de más invertir más los próximos años en un sistema de información que permita evaluar dichas experiencias de forma rigurosa, sistemática y creíble.

La gestión directa implica la producción del servicio público directamente por la Administración pública, aunque sea con persona jurídica interpuesta. La atribución de personalidad jurídica propia a los centros sanitarios es la principal innovación organizativa en gestión directa. Las fórmulas jurídicas utilizadas han variado según las comunidades autónomas, siendo las más importantes los entes de derecho público, las fundaciones públicas y los consorcios. La personificación jurídica de centros sanitarios aspira a eliminar los aspectos más engorrosos del Derecho público mediante la utilización del Derecho privado, constituyendo ésta una vía para aumentar la flexibilidad y libertad en su funcionamiento y mantener simultáneamente su naturaleza pública.

Tres son las principales formas de gestión directa con personificación jurídica de centros sanitarios que se han desarrollado con más o menos intensidad en distintas

comunidades autónomas: los entes de derecho público, las fundaciones públicas y los consorcios. Sin entrar en la casuística jurídica y organizativa de cada uno de ellos que, además, ofrece variaciones por comunidad autónoma, en los tres modelos se aspira, con la personificación jurídica y el marco laboral específico de cada uno, a tener mayores grados de flexibilidad y adaptación a las demandas de su población local.

La gestión indirecta se caracteriza por que 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 Texto Refundido de la Ley de Contratos de las Administraciones públicas o en la Ley General de Sanidad. Dos diferentes fórmulas concesionales son particularmente innovadoras: por un lado, los modelos denominados PFI y las concesiones de gestión de servicio público, también denominadas modelo Alzira; y, por otro, las entidades de base asociativa de Cataluña.

Todos estos modelos de gestión indirecta de la sanidad pueden englobarse en los modelos de “partenariado” público-privado, más conocidos como *Public Private Partnership* (PPP), que se caracterizan por el establecimiento de una colaboración estrecha entre el sector público y las organizaciones privadas, que actúan como socios en la gestión de un servicio público. La principal diferencia entre el modelo PFI y el denominado modelo Alzira viene definida por el tipo y alcance de los servicios que se dan en explotación a la empresa privada adjudicataria. En el modelo PFI solo se incluyen los servicios no clínicos, mientras que en el modelo Alzira se adjudica también la gestión de los servicios clínicos, constituyendo este último modelo una externalización completa de la provisión de servicios sanitarios. Desde el punto de vista político, uno de los principales atractivos de la utilización de estas fórmulas de concesión es la posibilidad de acometer inversiones de capital para las que no tienen liquidez las CC AA. La rentabilidad política se garantiza a corto plazo, al poner en funcionamiento centros sanitarios sin necesidad de incrementar los impuestos ni tener que endeudarse. Sin embargo, dependiendo de la cantidad de proyectos que se pongan en funcionamiento simultáneamente, se pueden hipotecar gravemente los presupuestos públicos para varias décadas.

La creación de varias de estas experiencias en la Comunidad de Madrid, sin una evaluación previa de alguna experiencia piloto, no deja de ser un ejemplo de la dificultad de conciliar los incentivos que genera el marco político y el ciclo electoral para incorporar innovaciones, con la prudencia obligada que exige la racionalidad basada en la evidencia empírica disponible. Por otro lado, la abrumadora lista de indicadores que establecen los pliegos de condiciones administrativas para evaluar estas experiencias indica justo lo contrario de lo que se pretende. No resulta posible para ningún regulador la evaluación sistemática y operativa de tal volumen de indicadores.

Las denominadas entidades de base asociativa son sociedades de profesionales constituidas en el momento actual solamente en Cataluña. Suponen la creación de sociedades cuyos propietarios son los propios profesionales y que están orientadas a la gestión en atención primaria. Suponen una experiencia innovadora cuyos resultados, según las evaluaciones realizadas, pueden considerarse satisfactorios, aunque tienen que conciliar en el futuro el fuerte incentivo y motivación que supone ser propietario de la orga-

nización con los conflictos potenciales del doble rol de empresarios y profesionales sanitarios que ejercen.

Tanto las estrategias gerencialistas como las nuevas fórmulas de gestión sanitaria son un intento de alejamiento del modelo burocrático de producción de servicios, característico tanto del antiguo Insalud como de los actuales servicios de salud, para orientarse hacia modelos híbridos en los que resulte posible disminuir los controles jerárquicos y administrativos, y potenciar la autonomía y los incentivos.

La aplicación y desarrollo de las estrategias gerencialistas se han visto limitados por las normas presupuestarias, de regulación del personal estatutario y de contratación administrativa, y por un sistema retributivo sumamente desmotivador. Por otro lado, no existen estudios suficientemente amplios que permitan evaluar el nivel de mejora de eficiencia y calidad que introducen estas innovaciones organizativas. No obstante, existen algunos datos sobre las mejoras en la eficiencia proporcionadas por los contratos programa de los hospitales del Insalud a principios de los noventa, aunque también se han identificado efectos *ratchet* o “trinquete” en la fijación interanual de objetivos, es decir, un proceso dinámico de sobrestimación de objetivos por parte de los niveles centrales.

Aunque es presumible que las distintas experiencias de gestión clínica (los institutos y unidades clínicas) hayan producido mejoras marginales de eficiencia y calidad, no existen estudios que analicen y evalúen de forma conjunta en España estas experiencias.

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 profundo, que en todos los casos aspira a liberarse de controles administrativos y presupuestarios, y a dotarse de marcos de regulación y gestión de personal más flexibles y específicos. La evidencia obtenida con la aplicación empírica de estas reformas organizativas para mejorar la eficiencia es escasa, poco concluyente y contradictoria.

Aun suponiendo que las nuevas fórmulas de gestión directa comporten 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. Algunos estudios realizados señalan una pérdida progresiva de autonomía de decisión y, por tanto, de algunas de las más importantes ventajas competitivas que se les suponen a estas fórmulas de gestión directa. En relación con el marco de relaciones laborales, se observa asimismo una progresiva convergencia en condiciones laborales respecto a las existentes para el personal estatutario.

El establecimiento y crecimiento de estas nuevas fórmulas de gestión, creadas formalmente bajo el paraguas conceptual de la competencia pública y los mercados internos, no han supuesto en la práctica la creación de reformas 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.

En relación con las fórmulas PFI y el modelo Alzira, la información es insuficiente para una evaluación de eficiencia y calidad rigurosa. La experiencia de estas fórmulas en otros países está siendo muy controvertida. Por poner un ejemplo, la experiencia británica está generando una importante polémica con numerosas críticas: desplazamiento de la deuda desde el Gobierno central a los NHS *Trusts*, 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 (mayores 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 nuevas necesidades 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.

La incertidumbre existente sobre estas formas de gestión indirecta debería obligarnos a ser especialmente cautelosos, dadas las consecuencias negativas que su crecimiento desmesurado podría tener. La propiedad privada lucrativa se caracteriza por la apropiación privada del excedente como remuneración residual del propietario. Cumple una función socialmente útil cuando premia la eficiencia, el riesgo de la utilización del capital o la innovación. Estas funciones del beneficio solamente se dan cuando no hay fracasos graves del mercado, como sucede en sanidad. El capital privado requiere un retorno sobre la inversión. Solo en casos en los que las mejoras de eficiencia superan al retorno del capital, la introducción de propiedad privada y lucrativa podrá mejorar los resultados. La evidencia empírica disponible 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 deben ser minoritarias y estar sometidas a procesos rigurosos y a evaluación y control. Determinadas experiencias 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, que podría hacer que el capital privado y el ánimo de lucro interfirieran de forma significativa en los resultados del SNS, de forma que los regulados terminen controlando al regulador.

Me gustaría terminar mi intervención con una sugerencia y una cita. En el actual sistema sanitario, extraordinariamente descentralizado, existe una necesidad acuciante de disponer de un sistema de información sobre costes, recursos, productos intermedios y resultados en materia de salud válido para toda España. El reto político es combinar la autonomía de 17 servicios de salud con la necesidad de poder analizar y comparar de forma homogénea el conjunto de los centros sanitarios del Estado, y no solo los pertenecientes a algunas comunidades autónomas. Una propuesta atractiva es la creación de un regulador independiente del poder político, que proporcione información sistemática sobre la eficiencia y calidad de los centros sanitarios.

La cita pertenece al profesor Evans y refleja la desconfianza en el mercado sanitario para configurar un buen sistema sanitario. Con independencia de la bondad de algunas reformas organizativas, puede ser apropiado recordar que el mercado en sanidad ni es eficiente, ni

concordante con una amplia gama de definiciones sobre equidad: “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 EE UU el ejemplo más claro. La razón de volver sobre el tema se halla en 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 para 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”.

Miguel Ángel García

Repercusión presupuestaria de las nuevas formas de gestión en el SNS

El gasto público en sanidad ronda el 5,5% del Producto Interior Bruto (PIB) (5,46% en 2004, último ejercicio liquidado con deuda reconocida). La gestión de los recursos es competencia de las comunidades autónomas, que, después de finalizar el proceso de traspasos iniciado en 1981 y finalizado en 2002, asumen el 90,7% del gasto público en esta política (mutuas de accidente de trabajo: 2,8%; y MUFACE, ISFAS y MUGEJU: 3,7%).

Hasta el año 2002 la sanidad había dispuesto de una financiación condicionada articulada mediante una transferencia realizada desde la Administración General del Estado a las comunidades autónomas. El actual sistema aplicado desde 2002 integra todos los recursos del conjunto de las políticas de competencia autonómica en un solo bloque indiferenciado en un intento de potenciar la (co)responsabilidad de los distintos niveles de la Administración pública, si bien establece dos cautelas en relación con el gasto sanitario: mantener como mínimo el nivel alcanzado en 2002 y garantizar la evolución en los siguientes tres ejercicios al ritmo de crecimiento del PIB de España⁴. Para afrontar el conjunto de sus gastos, los Gobiernos autonómicos disponen de más capacidad normativa sobre los impuestos cedidos, ahora bajo su competencia. Dado que el Acuerdo en el Sistema de Financiación Autonómica fue suscrito por unanimidad, por lo menos en teoría, la sanidad cumple con el principio de suficiencia (recursos financieros garantizados) y equidad (distribución territorial adecuada al coste real del servicio en las distintas comunidades autónomas al aplicar las variables de población ajustada: población residente, 65%; población mayor de 65 años, 25,5%; e insularidad, 0,5%); aunque en la práctica el sistema recoge deficiencias asociadas a la posterior negociación bilateral de las condiciones encubiertas en modulaciones y fondos particulares.

⁴ La garantía se ha convertido en indefinida después de la Conferencia de Presidentes de 2005.

Algunas opiniones consideraron que el cambio en el sistema, de condicionado a incondicionado, podría derivar en una pérdida en el volumen de recursos de algunas comunidades autónomas. La experiencia muestra que no se ha producido, y así, todas, con excepción de Cantabria y Navarra, han visto crecer las dotaciones en el periodo 2003-2006 por encima de la tasa de crecimiento del PIB de España. El crecimiento medio del gasto en sanidad incluido en los presupuestos autonómicos ha crecido el 36,1% frente al 25,1% del PIB (véase Tabla 1). En todos los casos, además, el gasto en sanidad (ejercicio 2004, el último liquidado) supera el asignado en el Sistema de Financiación Autonómico (véase Tabla 2), con especial intensidad en Canarias (+41,1%), Murcia (33,4%), Cataluña (18,1%) y Comunidad Valenciana (18%). El resultado de esta evolución del gasto en euros por habitante ajustado con las variables de distribución territorial mencionadas refleja algunos problemas de equidad, al oscilar entre 1.209,73 euros en Cantabria y los 929,06 euros en Castilla-La Mancha, es decir hay una dispersión de 28,1 puntos entre el punto mínimo y máximo. Las que disponen de más recursos son: Cantabria, Navarra, Canarias, País Vasco, Murcia, La Rioja, Asturias, Extremadura, Aragón y Cataluña (casi en el índice 100); y las que disponen de menos recursos son: Castilla-La Mancha (avanza en 2005 pero el presupuesto es inicial), Baleares, Valencia, Madrid, Galicia y Andalucía (rozando el índice 100).

Tabla 1. Evolución anual nominal de los presupuestos autonómicos para sanidad (en %)

CC AA	Evolución anual nominal				2003-06
	2003	2004	2005	2006	
Andalucía	5,8	7,9	8,6	17,0	37,1
Aragón	27,5	6,7	9,0	14,1	32,7
Asturias (Principado de)	9,6	8,3	10,1	7,4	28,1
Baleares (Islas)	79,6	2,1	40,4	6,2	52,1
Canarias	-1,0	11,7	15,7	15,4	49,2
Cantabria	8,0	5,4	6,8	8,1	21,6
Castilla-La Mancha	82,0	8,0	10,6	12,0	33,8
Castilla y León	7,4	8,7	7,8	9,0	27,7
Cataluña	-17,7	18,3	9,3	10,0	42,2
Comunidad Valenciana	-2,0	13,9	12,1	10,7	41,4
Extremadura	26,1	8,8	12,3	8,9	33,1
Galicia	-0,5	8,9	10,6	10,6	33,3
Madrid (Comunidad de)	30,4	11,0	9,0	9,9	32,9
Murcia (Región de)	12,7	8,4	13,6	10,3	35,9
Rioja (La)	38,4	13,4	9,4	18,5	47,0
Total régimen común	6,7	10,9	10,6	11,6	36,8
Navarra	3,1	6,5	5,4	8,6	21,9
País Vasco	3,8	9,3	6,5	9,4	27,4
Total CC AA	6,5	10,7	10,2	11,5	36,1
En % PIB España	-	-	-	-	25,1

Fuente: Presupuestos de CC AA y elaboración propia

Tabla 2. Gasto en asistencia sanitaria 2000-04. Diferencia entre liquidación CC AA y asignación SFA (subfunción agregada) (en %)

	2000	2001	2002	2003	2004
Andalucía	3,1	5,2	6,9	7,1	11,2
Aragón	-	-	8,6	10,1	13,5
Asturias (Principado de)	-	-	3,7	6,0	10,6
Baleares (Islas)	-	-	4,0	13,5	19,1
Canarias	23,6	24,8	24,8	21,6	41,1
Cantabria	-	-	7,2	13,1	15,7
Castilla-La Mancha	-	-	9,3	6,5	8,9
Castilla y León	-	-	4,1	4,6	6,5
Cataluña	6,4	9,8	7,9	11,7	18,1
Comunidad Valenciana	1,3	3,3	7,0	10,6	18,0
Extremadura	-	-	9,4	9,6	10,8
Galicia	6,4	12,3	12,6	5,9	8,2
Madrid (Comunidad de)	-	-	8,3	11,3	17,5
Murcia (Región de)	-	-	20,6	28,4	33,4
Rioja (La)	-	-	-2,2	2,0	7,2
Total régimen común	13,9	17,8	8,7	10,1	15,5
Promedio	8,2	11,1	8,8	10,8	16,0

Fuente: Presupuestos de CC AA y elaboración propia

Tabla 3. Gasto de sanidad en los presupuestos autonómicos 2004-05

	Euros por habitante				Euros por habitante (población ajustada)			
	2004	2005	2004	2005	2004	2005	2004	2005
Andalucía	960,99	978,7	95,5%	94,0%	994,65	1.010,66	99,4%	97,4%
Aragón	1.102,70	1.121,3	109,6%	107,7%	1.047,21	1.061,08	104,6%	102,3%
Asturias (Principado de)	1.120,37	1.174,9	111,3%	112,9%	1.067,04	1.099,18	106,6%	105,9%
Baleares (Islas)	948,65	1.033,5	94,3%	99,3%	947,46	1.037,92	94,7%	100,0%
Canarias	1.132,29	1.075,8	112,5%	103,3%	1.121,43	1.065,67	112,0%	102,7%
Cantabria	1.228,81	1.185,4	122,1%	113,9%	1.209,73	1.157,58	120,9%	111,5%
Castilla-La Mancha	960,66	1.085,0	95,5%	104,2%	929,06	1.055,19	92,8%	101,7%
Castilla y León	1.043,94	1.116,4	103,7%	107,2%	970,70	1.024,02	97,0%	98,7%
Cataluña	1.001,32	1.060,5	99,5%	101,9%	1.009,43	1.074,28	100,8%	103,5%
Comunidad Valenciana	948,55	924,0	94,3%	88,8%	956,02	938,56	95,5%	90,4%
Extremadura	1.080,27	1.210,0	107,4%	116,2%	1.055,92	1.166,75	105,5%	112,4%
Galicia	1.021,39	1.097,8	101,5%	105,5%	975,42	1.030,09	97,5%	99,3%
Madrid (Comunidad de)	944,06	994,4	93,8%	95,5%	972,26	1.031,20	97,1%	99,4%
Murcia (Región de)	1.059,27	1.024,9	105,3%	98,5%	1.097,19	1.072,31	109,6%	103,3%
Rioja (La)	1.110,01	1.240,4	110,3%	119,2%	1.081,52	1.213,97	108,1%	117,0%
Total régimen común	1.000,93	1.037,7	99,5%	99,7%	1.000,93	1.037,73	100,0%	100,0%
Navarra	1.163,17	1.165,3	115,6%	111,9%	1.163,17	1.165,33	116,2%	112,3%
País Vasco	1.117,30	1.123,6	111,0%	107,9%	1.117,30	1.123,57	111,6%	108,3%
Total CC AA	1.006,30	1.041,0	100,0%	100,0%	1.029,00	1.069,23	-	-
Promedio régimen común	1.044,22	1.088,20	-	-	-	-	-	-

Fuente: Presupuestos de CC AA y elaboración propia

En el presupuesto 2005, la dispersión se reduce bastante, ya que las inferiores a 100 mejoran bastante, con excepción de la Comunidad Valenciana (90,4), pero es necesario esperar a conocer la liquidación para conocer el grado de cumplimiento de las dotaciones iniciales.

En este momento conviven diferentes fórmulas de gestión sanitaria que, si bien se pueden dividir entre las de gestión directa y las indirectas, en la práctica hay diferentes grados de combinación entre ambas. Así, hay lugares donde la gestión directa es utilizada en todas y cada una de las etapas de la prestación sanitaria –con la precisión de que los servicios no sanitarios están externalizados de manera generalizada– y otros donde el área de salud está gestionada íntegramente por un proveedor privado dentro de una concesión administrativa. Pero hay algunas combinaciones donde la gestión directa está combinada con una externalización de pruebas clínicas o tratamientos de cirugía menor, tanto en atención primaria como en especializada.

En teoría, cualquier fórmula de gestión podría cumplir con las condiciones para alcanzar los objetivos de prestar un servicio sanitario de calidad, que satisfaga las demandas de la población, con un coste razonable, si bien también en teoría, la gestión directa pública dispondría de un mayor margen para cubrir los objetivos, al no tener que generar un beneficio a terceros. La experiencia parece mostrar ineficiencias en unos casos y problemas de equidad en otros; por eso, sería de mucha utilidad disponer de amplia información que permitiera realizar evaluaciones comparadas entre las distintas prácticas.

El trabajo de analizar las cifras de gasto sanitario en las diferentes comunidades autónomas es bastante complejo, al sumar la dispersión en los lugares de búsqueda, su escasez y la gran heterogeneidad en su presentación.

No hay normas homogéneas de elaboración de los presupuestos autonómicos, a pesar de la obligación de la Ley Orgánica de Financiación de las Comunidades Autónomas, art. 21.3: los presupuestos de las comunidades autónomas serán elaborados con criterios homogéneos de forma que sea posible su consolidación con los Presupuestos Generales del Estado. Así, cualquier trabajo se encuentra con muchas dificultades para analizar los presupuestos autonómicos con criterios globales y uniformes –incluso para conceptos sencillos como la clasificación funcional–, se puede decir que cada presupuesto es un caso específico. Este hecho limita bastante la posibilidad de evaluar en profundidad las distintas fórmulas de gestión sanitaria, como sería conveniente para obtener conclusiones determinantes en cuanto al nivel de eficiencia y equidad alcanzado, objetivos que muestran el cumplimiento de la garantía de acceso de todos los ciudadanos a unas prestaciones similares cuando realizan un esfuerzo fiscal igual, al menor coste posible para la sociedad.

A continuación se acompaña la estructura de algunos de los presupuestos en sanidad: Cataluña, Madrid y Andalucía (Tablas 4, 5 y 6).

Como elemento adicional, conviene reseñar el uso por parte de las comunidades autónomas, al igual que la Administración General del Estado, de las sociedades públicas empresariales como instrumento para no incluir en el presupuesto determinadas partidas de gasto, en especial, de inversión. De esta forma, el saldo presentado anualmente en los presupuestos autonómicos, utilizado para cumplir con el protocolo de déficit excesivo en la Unión

Tabla 4. Información incluida en los presupuestos de la Generalitat de Catalunya 2006 (millones de euros)

Salud	Generalitat	Servicio catalán de salud y EGSS ⁽¹⁾	Entidades autónomas administr.	Entidades de derecho público	Sociedades mercantiles	Consortios	Total sin consolidar
	7.751,49	9.942,10	8,42	324,32	362,16	583,01	18.971,50
	Gastos consolid.	Total consolidado	Operaciones incluidas presupuesto	Diferencia			
	11.027,28	7.944,21	7.751,49	192,72			
	Entidades de derecho público						324,32
	Gestión de servicios sanitarios (GSS)						40,59
	Instituto de Asistencia Sanitaria (IAS)						70,51
	Gestión de prestación de servicios sanitarios (IAS)						11,52
	Instituto Catalán de Oncología (ICO)						102,78
	Banco de sangre y tejidos (BST)						44,51
	Parque sanitario Pere Virgili						26,25
	Agencia de evaluación de tecnología e investigación médicas						3,29
	Otros						24,882
	Sociedades mercantiles						324,32
	Sistema de emergencias médicas						167,93
	Otras						156,39
	Consortios						591,87
	Corporación sanitaria Parc Tauli de Sabadell						162,03
	Consortio sanitario de Terrassa						111,92
	Consortio sanitario de Barcelona						8,87
	Consortio hospitalario de Vic						55,44
	Consortio sanitario integral						115,55
	Consortio sanitario del Alt Penedès						29,81
	Consortio sanitario de la Anoia						10,60
	Consortio sanitario de Mollet del Vallés						0,55
	Consortio del Laboratorio Intercomarcal (Anoia, Alt Penedès y Garraf)						9,71
	Consortio sanitario del Maresme						87,41

La diferencia sin incluir en el presupuesto (192,72 millones de euros) puede corresponder a proyectos de inversión desarrollados mediante sociedades públicas autonómicas.

⁽¹⁾ EGSS: entidades gestoras de la Seguridad Social.

Fuente: Generalitat de Catalunya y elaboración propia

Tabla 5. Presupuestos 2007 de la Comunidad de Madrid (millones de euros)

Total asistencia sanitaria	6.561,81
Servicio Madrileño de Salud	6.231,54
Coordinación emergencias	16,40
Empresas públicas de derecho público	172,30
Otros entes públicos	126,19
Otros	15,38
Empresas públicas de derecho público	172,31
Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid	78,29
Hospital de Fuenlabrada	94,02
Otros entes públicos	126,19
Fundación Hospital Alcorcón	126,19

Fuente: Presupuestos generales de la Comunidad de Madrid y elaboración propia

Tabla 6. Presupuestos 2007 de Andalucía (millones de euros)

Gasto asistencia sanitaria	8.648,52
Servicio Andaluz de Salud	7.984,68
Empresas públicas	425,14
Hospital Costa del Sol	130,16
Hospital Poniente de Almería	99,39
Hospital Alto Guadalquivir	97,17
Emergencias sanitarias	98,42
Consortio sanitario público del Aljarafe	43,11
Otros	195,59

Fuente: Presupuestos generales de Andalucía y elaboración propia

La información económica disponible no es suficiente para evaluar en profundidad el grado de eficiencia de las distintas fórmulas de gestión y, por tanto, no hay elementos para llegar a conclusiones sólidas que permitan apostar masivamente por fórmulas innovadoras. Dado que en la actualidad la única fuente para conseguir información sobre gasto sanitario es la comunidad autónoma, ayudaría bastante la imposición de normas consensuadas comunes para todo el SNS. Esta iniciativa debería estar liderada por el Ministerio de Sanidad, si bien, podría articularse en algún organismo con una posición paritaria de comunidades autónomas y representantes del Gobierno de la nación.

Juan Manuel Eguiagaray

■ Para poder hacer un buen debate en torno a los temas que han salido, os pediré que hagáis intervenciones cortas, de modo que pueda haber varios turnos. Hay dos cosas de las que han salido ahora que a mí me llaman la atención. Por un lado, la ausencia de mecanis-

mos de evaluación para analizar lo que está ocurriendo; es un tema limitativo cuando uno quiere tener un juicio. A lo mejor uno se aproxima a la realidad desde perspectivas ideológicas, y eso es legítimo, pero seguramente algo de análisis empírico parece conveniente. Y cuando uno no puede analizar todo un mundo extraordinariamente complejo, un mosaico de realidades, con criterios fácilmente comparables, tiene una limitación seria. La segunda cuestión deriva de la última intervención de Miguel Ángel García, alrededor de los problemas de información presupuestaria y contable, de las cifras que están dentro de los presupuestos y las que están fuera, etc. Creo que esto es uno de esos temas que sale permanentemente. Ahora lo estábamos hablando también informalmente. Desde luego, la información debería ser una. Sin información se podrá hacer ideología, pero se podrá hacer muy mala política sanitaria. Desgraciadamente esto no solamente ocurre en el ámbito sanitario de nuestro país, ocurre en muchos otros terrenos. No sé si es un consuelo de tontos, pero no es algo que no ocurra en la educación, o que no ocurra en otros muchos terrenos. Tenemos una información limitada, a veces confusa, mucho ruido y en ocasiones escasa información cualitativa que permita tomar decisiones sensatas. Pero creo que éste es uno de los temas a partir del cual, y con las limitaciones ya señaladas, hay que analizar lo que tenemos. Así que tenéis la palabra.

Carlos Barra

Retomando lo que decía antes Juan Manuel Eguiagaray, creo que es verdad que no tenemos mecanismos de evaluación. En ese sentido, dentro de la estructura que tiene nuestro SNS, es fundamental que el Ministerio recobre su papel de autoridad sanitaria. Sé que está trabajando en ello ahora, y voy a poner varios ejemplos que pueden permitir que haya un sistema de evaluación en un futuro que espero próximo. Por ejemplo, las estrategias. Se ha aprobado recientemente en el Consejo Interterritorial de Salud la estrategia en salud mental. Hay consenso, participación de profesionales, mecanismos de evaluación cada dos años. Igual ha pasado, por ejemplo, con patologías cardiovasculares. Si el Ministerio no retoma el papel de autoridad sanitaria que coordine la actuación general, esos mecanismos de evaluación van a ser difíciles de establecer, porque cada autonomía tenderá a hacer mecanismos de evaluación que le favorezcan, y no tanto que estén en el contexto del conjunto del sistema.

Ricardo Campos

Se ha puesto encima de la mesa, igual que ayer en la escuela Julián Besteiro, el problema de estas nuevas formas de gestión que están siendo absolutamente depredadoras del sistema público, en el que considero que creemos y queremos defender. Mi primera reflexión es acerca de las transferencias que, como ya se ha dicho aquí, considero que se hicieron muy precozmente y sin un marco de juego adecuado. Igual que jugar al fútbol en un campo sin rayas, sin líneas de demarcación, y que al final se ha convertido en el todo vale. Así, pues, no existe en la actualidad un sistema para controlar y homogeneizar el SNS, y al final esto se ha convertido en un conjunto de 17 servicios regionales de salud completamente independientes, en el que cada uno hace lo que le da la gana. Al mismo tiempo, se está introduciendo el factor perverso de las llamadas nuevas formas de gestión, que son tantas y tan dispares que producen una pérdida absoluta

de homogeneidad y de cohesión. Si ya es difícil de por sí el control de los servicios regionales de salud, y, además, dentro de cada servicio regional de salud existen diferentes formas de gestión, nos estamos cargando una de las bases del sistema, que es la planificación.

Existe una fractura absoluta de la planificación. No se puede planificar la asistencia sanitaria jugando con modelos tan dispersos y tan dispares. El paradigma en España es el modelo de concesión administrativa, también conocido como modelo Alzira, que, como ya se ha señalado, es una transferencia de riesgo a la empresa privada. Pero, precisamente ayer, en un debate que tuve con el gerente de Alzira, no pudo mantener dicha afirmación, porque realmente cuenta con el paraguas de la Consejería, en definitiva, del poder público. Es decir, no hay una auténtica transferencia de riesgo, porque cuando el sistema ha fallado, y en Alzira incluso la OMS lo ha denunciado, inmediatamente salió en su auxilio el poder público, poniendo mucho dinero encima de la mesa. Y lo más grave es que en Valencia no solo tenemos el modelo Alzira, sino también actuaciones en dicho sentido más concretas, como las resonancias magnéticas, que están completamente privatizadas. En la actualidad, el sistema público valenciano solo es propietario de un aparato de resonancia magnética y, sin embargo, en el País Valenciano es donde más resonancias magnéticas se facturan a nivel de todo el Estado. Por poner un ejemplo, solo con los sobrecostes del contrato original, que ya están superados desde hace dos años, y finaliza en el año 2008, se podrían haber comprado 43 equipos nuevos de resonancia magnética. Por no hablar de la asistencia oncológica, un área sanitaria concreta que también se ha privatizado. Concretamente, la oncología de la Marina Baixa, la zona de Denia, que antes se atendía en el hospital San Juan de Alicante. En lugar de buscar la forma de asistir a los pacientes de oncología en el hospital de Denia, se ha privatizado su asistencia a Beanaca, que es un hospital privado de Benidorm, propietario de un amigo de Zaplana, por la módica cantidad de tres millones de euros.

Lo preocupante de todo esto es la falta de cohesión, a la que se añade también mi preocupación como docente acerca de la repercusión que va a tener sobre la formación de los futuros residentes, ya que se concluye que no existe una planificación estratégica sobre el sistema. Al igual que la existencia de 17 modelos informáticos diferentes, que impide homogeneizar y evaluar los datos a nivel del Estado... Entonces, volvemos a lo de siempre, que Carlos ya ha apuntado, y es que haría falta un mecanismo de control estatal. Se debería volver a evaluar si efectivamente haría falta que el Ministerio de Sanidad tuviera unas competencias mínimas para poder poner un poquito de orden en todo este batiburrillo.

M.^a José Alende

(Defectos en la grabación impiden una transcripción exacta de esta intervención).

El debate sobre la iniciativa de financiación privada es un debate que no afecta a la esencia de la protección sanitaria. Lo que importa no es quién gestiona los servicios sanitarios, sino cómo se mantiene mejor la protección sanitaria universal. Desde su posición como secretaria de la Federación de Sanidad de Comisiones Obreras, el debate sobre con qué fórmula, pública o privada, se gestionan mejor los hospitales le parece un aspecto periférico

de poco interés, si en todos los casos se mantiene la financiación pública y se asegura la sostenibilidad financiera del sistema sanitario en su conjunto. Otro aspecto de especial interés en España es la ausencia de sistemas de información adecuados que permitan comparar los resultados de unas y otras formas de gestión.

Manuel Martín

La iniciativa de financiación privada (PFI) es una estrategia para construir y gestionar hospitales que va a perjudicar seriamente al sistema sanitario público y beneficiar a un reducido grupo de agentes económicos, como grupos financieros, grandes empresas multinacionales del sistema sanitario y constructoras (estas últimas, que han promovido el deterioro del litoral y favorecido la corrupción en algunos ayuntamientos, pueden apoderarse también de una parte importante del sistema sanitario público).

En Galicia tenemos evidencia suficiente sobre los resultados de las denominadas nuevas formas de gestión empresarial de los hospitales públicos, como las fundaciones sanitarias o las sociedades anónimas, como el Instituto Galego de Medicina Técnica (MEDTEC). Estas fórmulas de provisión y gestión de servicios hospitalarios nacieron con el argumento de que había que acabar con los problemas de la gestión pública tradicional, a la que se atribuía graves problemas. La gestión empresarial, de acuerdo con esta propuesta, iba a garantizar transparencia, eficiencia y una política de personal incentivadora que mejoraría la calidad de la atención hospitalaria. Sin embargo, de acuerdo con los análisis realizados por nuestra asociación, alguno de ellos publicado por la Fundación Alternativas, podemos concluir que son un rotundo fracaso. De acuerdo con los datos aportados por la propia administración sanitaria, las fundaciones sanitarias disponen de un 42,8% menos de personal, de un 23,1% menos de camas y gastan por habitante un 43,7% menos que los hospitales de características similares, pero a cambio reducen ingresos en un 32,8%, intervenciones quirúrgicas en un 21,7% o incrementan las derivaciones a otros centros públicos en un 60,8%, es decir, que gastan menos, pero a cambio de reducir actividad asistencial y su productividad (44,2% en unidades de producción hospitalaria). También son menos transparentes en centros de gestión similar, como han reiterado otros participantes a lo largo del debate, y no incentivan a los profesionales, como muestran los escasos estudios de clima laboral; el 90,6% de los trabajadores de estos centros médicos no está satisfecho con los incentivos, o el 87% con el sistema de promoción y ascenso, y prácticamente el 100% se trasladaría a un hospital público de gestión tradicional. El Consello Galego de Contas encontró numerosas irregularidades en la cobertura de las plazas o en los contratos de servicios y equipamiento en los que se detectaban problemas de clientelismo. Estos problemas se dan en todas las fundaciones sanitarias de las diferentes comunidades autónomas, no solamente en las gallegas, repitiéndose prácticamente las mismas cifras en recortes de recursos y actividad. No considero esta coincidencia como resultado de una curiosa casualidad, sino como producto de la aplicación de la lógica empresarial a la gestión de los recursos sanitarios.

Por todo ello, creo que habría que hacer esfuerzos por analizar la realidad de las nuevas formas de gestión, que en última instancia están orientadas por el deseo de hacer negocios particulares con los recursos públicos (contratos y subcontratas con empresas privadas y grupos clientelares) y de maquillar los presupuestos para hacer creer que se cumple con los objetivos de control del gasto público (las inversiones y

el endeudamiento adquirido por estas formas de gestión privada de los servicios públicos no se contabilizan como déficit público por los organismos controladores de la Unión Europea, Eurostat). Esta situación puede extrapolarse, con más problemas incluso, a la denominada iniciativa de financiación privada (PFI) como fórmula para construir, equipar y gestionar nuevos hospitales públicos, que podrían acabar con la quiebra del sistema sanitario público. Estas fórmulas importadas del Reino Unido, donde llevan funcionando desde principios de los años noventa, han demostrado que, además de multiplicar hasta siete veces el precio de los nuevos hospitales, condicionan al resto de los niveles y servicios sanitarios. Su financiación no se realiza mediante el presupuesto de inversiones, sino mediante el gasto corriente, reducen los recursos disponibles para el funcionamiento del resto de los servicios sanitarios públicos, e incluso podría obligar a renunciar a una parte importante de las prestaciones sanitarias. De generalizarse las PFI, podrían ser como un gran agujero negro que chuparía la mayor parte de presupuesto sanitario.

Javier Rey

Yo me iba a apuntar a una línea de análisis de sentido opuesto al que proponía María José. En vez de ir a las ramas, vayamos a las raíces. Y las raíces del problema, desde mi punto de vista, son que en este momento lo que se está produciendo es una puesta en cuestión, guiada por razones de intereses a las que luego me referiré, y sobre las que podemos ir contrastando luego con las fuentes que tenga cada uno, acerca del modelo de sociedad. Desde mi punto de vista no es verdad, o es solo una verdad parcial, que el modelo o los modelos públicos de gestión se hayan puesto en cuestión por razones de eficiencia.

En el ámbito de los servicios sanitarios existen, o quizás mejor existían, tres grandes modelos: el de los servicios nacionales de salud, el de los sistemas de Seguridad Social y el de los seguros privados, que entre los países desarrollados solo existe en los Estados Unidos. Cada uno tiene características propias: los servicios nacionales de salud, propiedad pública de los medios asistenciales, protección universal y financiación también pública a través de impuestos; los sistemas de Seguridad Social disponen de mecanismos o sistemas de provisión concertados con otro tipo de instituciones públicas o privadas, protección fundamental y básica de la población trabajadora, y financiación a través de cotizaciones sociales; los servicios privados, sin un modelo fijo, que en general en los Estados Unidos se cubre a través de las compañías privadas de seguro contratadas normalmente con las empresas, o a veces por nadie: no hay que recordar los datos de los 45 millones de norteamericanos sin protección sanitaria ni pública ni privada, de ningún tipo, cifra que, además, está creciendo progresivamente.

Cualquier análisis en profundidad de esos sistemas, y recuerdo algunos hechos por mi amigo Javier Elola hace bastantes años, en colaboración con Vicente Navarro, habla de cómo los sistemas del tipo de los servicios nacionales de salud son más eficientes que cualquier otro de los sistemas, aunque proporcionan un grado de satisfacción a la población por los servicios prestados, especialmente cuando se eleva su nivel de renta, menores que otros sistemas. Los de Seguridad Social proporcionan mayores niveles de satisfacción de la población, lo que se ha puesto en relación con la supuesta capacidad

de elección entre proveedores diversos, pero son menos eficientes que los servicios nacionales de salud. Y los peores en términos tanto de satisfacción como de eficiencia en esas evaluaciones son los sistemas de base privada, como el norteamericano, cuyos niveles de gasto sin cubrir a toda la población alcanzan actualmente cifras del 15% del Producto Interior Bruto.

Sin embargo, la realidad es que estamos viendo que los sistemas que se cuestionan y modifican más en profundidad en su estructura y gestión, invocando mejoras de la eficiencia para ello, son los sistemas que eran más globalmente eficientes. Se aproximan los servicios nacionales de salud a formas de organización y gestión propias de sistemas privados, mediante mecanismos de compra de servicios, y evitando la financiación y la provisión propias de los sistemas públicos.

Eso ¿por qué es? En alguna ocasión lo he llamado el corrimiento hacia la derecha. Si colocamos los sistemas nacionales de salud en el extremo izquierdo, los sistemas de Seguridad Social en el medio y los sistemas privados hacia la derecha, nos estamos yendo a la derecha. No hay ningún sistema de Seguridad Social que esté planteando reformas esenciales en su modelo. Ninguno. No necesitan plantearlo. Formas de gestión, ¿para qué se lo van a plantear los sistemas de Seguridad Social, si ya tenían sistemas de gestión diferentes? Mucho más los privados. Los únicos en los que se está planteando este tipo de cosas son los servicios nacionales de salud.

Eso obedece, desde mi punto de vista, a razones de dos tipos. Por un lado de intereses. El sector sanitario es un sector, en este momento, en el que se generan enormes posibilidades de beneficio. No solo para las compañías proveedoras más típicas, las de electromedicina o las farmacéuticas, que cada vez que salen clasificaciones en la revista *Fortune* resulta que tienen unas tasas de beneficio muchísimo más elevadas que cualquier otro tipo de empresa, con tasas de rentabilidad en relación con el capital invertido muchísimo más altas que las de cualquier otro sector industrial en este momento. Hay un segundo sector en el que está claro que las posibilidades y los deseos de intervención del capital privado, por parte sobre todo de las compañías norteamericanas, son enormemente importantes, que son las propias compañías privadas de seguros. Y en relación con eso los intentos sistemáticos que también están siendo analizados desde distintas fuentes (Allyson Pollock en el Reino Unido es una referencia permanente al respecto) de modificar la Organización Mundial del Comercio para permitir la actuación de las compañías privadas en la gestión de los sistemas públicos sanitarios, lo que hasta ahora les está vedado en aquellos países, la totalidad de los europeos "del oeste", donde esos sistemas están constituidos como servicios públicos.

En ese contexto, y es el segundo tipo de razones para que las propuestas de reforma se centren en los servicios nacionales de salud, lo que a mí me asombra es que, siendo un problema político importante, las posturas de respuesta a esto por parte de los partidos de la izquierda en todo el ámbito europeo, y en particular de los partidos socialdemócratas, sean exactamente las mismas que las de los partidos de la derecha. Y que lo que se lleve planteando desde hace muchos años, y de manera muy explícita también en el SNS español, es que hay una cierta confluencia entre izquierda y derecha en la línea de buscar unas nuevas maneras de acercarnos a estas cosas. Creo que lo que traducen estas posturas es el problema de una carencia de respuestas socialdemócratas características al problema

de la globalización, donde el modelo que se nos está ofreciendo parece que es el de sociedades más abiertas en todo menos en la protección social, que hay que reducirla para que los países sean competitivos. Creo que ésa es la cuestión.

A partir de ahí, ¿qué cosas se desencadenan en concreto en nuestro país? Creo que hay un problema añadido. Pepe Martín decía antes que el problema no son las formas de gestión, sino el proceso de descentralización. Estoy, digamos en un 80%, de acuerdo con esto. Porque lo que ocurre es que lo que hemos hecho con el proceso de descentralización, a mi manera de ver, es crear nuevos grupos de interés, que son los grupos de poder, los grupos de gestión, las autoridades autonómicas en último término, que se constituyen como un grupo de interés muy importante para montar sus propias estructuras que consoliden su propia presencia y justificación ante la población.

Una población que, por otra parte, también tiene sus enormes contradicciones en cuanto que se ha elevado su nivel de vida. Los que leyeráis ayer *El País*⁵ veríais una encuesta donde la gente cada vez quiere más servicios privados. Creo que eso en parte es verdad, y traduce un poco lo que os decía antes del análisis de sistemas: a medida que aumenta el nivel de la renta, la gente es capaz de gastarse un poco más en sanidad, y, además, valora como importante quizás una supuesta capacidad de elección que creo que es irreal, porque al final quien induce tu elección es quien te presta el servicio, debido a las asimetrías de información que caracterizan el “mercado” sanitario. Pero creo que algo de esto también hay. Y por supuesto esto inducido por el *marketing* de unas compañías que están interesadísimas en entrar en el meollo del mercado sanitario, como demuestra el interés que están poniendo en vincularse a las nuevas formas de gestión.

¿Qué relación tiene con eso la descentralización? Que con ésta lo que se ha potenciado, precisamente, es una diversificación sin control ninguno de formas de gestión, de manera que cada uno hace la que se le ocurre, y que en ocasiones, además, a mi manera de ver, funcionan activamente como justificación unas de otras: cada vez que se critican las iniciativas PFI del PP en determinadas comunidades autónomas, y lo digo con toda libertad porque tenemos aquí una persona que viene de Andalucía, dicen “no, si es que los andaluces hacen lo mismo”. Y no hacen lo mismo, como nos ha contado Pepe Martín en su presentación, porque no es exactamente igual. Pero al final, en todo caso, cada uno hace lo que quiere y no hay establecido ningún mecanismo de coordinación. ¿Qué solución tiene esto? Desde mi punto de vista, las líneas de solución, y lo que queríamos plantear un poco con la celebración de este seminario, parten evidentemente por que haya ideas compartidas, ideas que se pueden concretar en términos de información y en términos de definición de modelo, que creo que van más allá de lo que son las experiencias concretas de coordinación entre las comunidades autónomas.

Para mí se exigirían dos cosas. Un ámbito de debate y un posicionamiento acerca de estas cuestiones. No ya las concretas, sobre modelos de gestión, sino las raíces. Qué modelo de protección social en el ámbito sanitario proponen los partidos de la izquierda y los sindicatos. Y si no tenemos eso, cualquier otro esfuerzo de intentar coordinar a las comunidades autónomas, y más desde el punto de vista de discusión de lo que son las competencias de unos y otros, o pretender atribuir las al Ministerio de Sanidad, creo que llevará al

⁵ De Benito, E. (2007), La sanidad pública pierde apoyo, *El País*, 28 de marzo de 2007.

fracaso. Porque resulta que aquí, en este momento y en este país, me parece que la pertenencia, la identidad regional, nacional, nacionalidad o como se quiera llamar, está siendo mucho más importante que la identidad que proporciona el enfoque ideológico, aunque el primero derive al final en el segundo de manera inevitable. Es decir, creo que lo que va a pasar en este Estado de las Autonomías es que va a derivar en que, como las cosas se gestionan desde el ámbito regional, se están creando desigualdades que al final, sin embargo, terminarán saliendo no tanto por lo regional, sino planteando, como está pasando en Canadá (leíamos el otro día lo del referéndum de Québec), que lo que sacan otra vez a la luz son las diferencias sociales y de nivel de renta entre las entidades de nivel regional.

Me parece que ese debate en el ámbito de la izquierda es imprescindible. Cada comunidad autónoma, incluso las gobernadas por el Partido Socialista, ha hecho lo que ha querido, y esto puede derivar en la ruptura de un modelo de protección social común, que, por otra parte, vincula su supervivencia a la persistencia de ese modelo común.

Rosa Urbanos

“ Quería hacer un par de comentarios, uno más general sobre el proceso de descentralización y otro sobre las nuevas fórmulas de gestión. Me confieso partidaria de un modelo de sanidad descentralizado, si bien es cierto que, más allá de la descentralización en sí, lo importante es cómo se gobierna esa descentralización. Coincido con varios de los participantes en señalar que en el ámbito de la sanidad padecemos algunos problemas que tienen su origen en una mala planificación del proceso de traspaso de competencias a los gobiernos autonómicos. Es sorprendente que, tras una experiencia de veinte años desde que se transfirieron las competencias sanitarias a Cataluña, no fuéramos capaces de diseñar unos mecanismos de cohesión más potentes y unos mecanismos de coordinación más sensatos antes de completar los traspasos a las diez comunidades que pertenecían al Insalud. Coincido contigo, Javier, en que tratar de recuperar competencias para el Ministerio de Sanidad o para la Administración Central es inútil en las actuales circunstancias.


¿Cuáles son, pues, las alternativas? Una de ellas, que podría ser aplicable a algunas áreas como la correspondiente a los sistemas de información y el seguimiento y evaluación de las políticas del SNS, consistiría en crear un consorcio o similar, según comentábamos anteriormente, donde estuvieran representados tanto la Administración central como las comunidades autónomas, pero que tuviera un carácter independiente. De este modo se podría eliminar la desconfianza que existe habitualmente en cuanto a la posibilidad de tratar la información de manera partidista. Simplemente se trataría de objetivar los estudios de evaluación y seguimiento del sistema, garantizando unos mecanismos de rendición de cuentas transparentes. En algunos países los observatorios funcionan de esta manera, como un órgano consorciado e independiente, y parece que funcionan bien. Ésta sería una primera opción. Y una segunda opción es, manteniendo la tarea coordinadora que le corresponde a la Administración central, generar un sistema de incentivos que funcione, y que impulse a compartir la información y a realizar evaluaciones periódicas. En este momento me viene a la cabeza, al hilo de los mecanismos de incentivos, que cuando se menciona el resultado de la segunda Conferencia de Presidentes, todo el mundo se refiere únicamente a la inyección financiera que se pactó entre Administración

central y las CC AA. Nadie parece recordar que también hubo un acuerdo entre administraciones para racionalizar el gasto sanitario. Una vez identificados los problemas que aquejan a nuestro SNS, se trataba de articular soluciones, suficientemente conocidas por todos, que permitieran paliar dichos problemas. Y hubo un compromiso explícito de racionalización del sistema. No para hacerlo más barato, sino para hacerlo más equitativo, más eficiente, más efectivo. Sin embargo, esta parte del acuerdo apenas tuvo visibilidad, y creo que es fácil adivinar por qué fue así. Sencillamente porque las medidas de racionalización del gasto acordadas no iban ligadas a financiación de ningún tipo. De manera que se me ocurre que, si los incentivos financieros han demostrado ser, si no los únicos que funcionan, sí potentes en general, quizás convenga establecer incentivos financieros a la consecución de objetivos concretos que nos pueden conducir a resolver algunos de los problemas del SNS. En todo caso, lo que sí parece es que debemos replantearnos la cuestión de los incentivos si queremos mejorar las relaciones entre administraciones.

Por otra parte, y en lo que respecta a las nuevas fórmulas de gestión, creo que el problema no es que se ensayen distintas experiencias, o que no haya homogeneidad en la forma de gestionar en los distintos territorios. Sí me preocupa, en cambio, que, tal y como se comentaba antes, se implanten fórmulas que muestran síntomas de que no funcionan bien, como el modelo Alzira, o las concesiones de obra que tan profusamente se han utilizado en Reino Unido y que presentan serios inconvenientes. Experimentar, innovar, son procesos necesarios, pero en mi opinión lo conveniente es comenzar con experiencias piloto, que deben ir seguidas de una evaluación rigurosa y transparente. Una vez conocidos los resultados de la evaluación, se puede tomar la decisión de si esa experiencia merece la pena que se extienda en una o varias comunidades, o si la opción correcta es abandonarla. Seguramente necesitemos un organismo de evaluación bien asentado y bien apoyado por todos los agentes del sistema, con capacidad de establecer recomendaciones que garanticen que las evidencias lleguen a algún sitio y tengan repercusión en la articulación real del SNS.

En todo caso, y respondiendo a un comentario de Javier Rey, insisto en la necesidad de que los sistemas nacionales de salud ensayen reformas. Con independencia de que consideremos que los sistemas nacionales de salud son superiores a otros modelos sanitarios conocidos, es evidente que siguen existiendo retos y problemas que resolver, y que necesitamos caminar hacia sistemas más sostenibles también desde el punto de vista financiero. En mi opinión, la autocomplacencia es un grave pecado. Y las nuevas reformas pueden significar a veces que hay que hacer concesiones que en un mundo perfecto no haríamos. No obstante, repito que deben ir acompañadas de una evaluación concienzuda basada en la información adecuada.

Enric Agustí

 Cataluña fue la primera comunidad en tener las transferencias. Pienso que como primera comunidad transferida tuvimos que pagar un precio por ello. Inicialmente se planteó un modelo, tal como ha mencionado Pepe Martín, que se concreta en que tenemos más hospitales en Cataluña que en ningún sitio del Estado, hay sesenta hospitales ahora. La clave del modelo era inicialmente el “hospitalocentrismo” y la equidad de acceso. El problema del modelo, como no se le escapa a nadie, es la financiación.

La descentralización tiene dos opciones. Una parte es la parte eficiente, de la que después hablaré, y otra cosa son oportunidades políticas. El modelo escogido por Convergència i Unió les dio una excelente oportunidad política de llegar a la gente y llegar hasta el lugar más recóndito de Cataluña, y un hospital es una cosa que tira mucho. Por lo tanto, hicieron hospitales, pero en la mayoría de las ocasiones actualizando antiguas fundaciones (muchas de ellas originarias de la Edad Media con San Pablo), modernizándolas. Y ésta fue la opción política. Pienso que es la misma opción política que hoy ha escogido la Comunidad de Madrid, porque en dos años y medio va a hacer ocho hospitales. En mi experiencia un hospital tarda un promedio de diez años en hacerse. Desde que se planifica hasta que se inaugura, de hecho es normal que políticamente abarque más de una legislatura, por eso me sorprende ver que en dos años y medio se pondrán en marcha los nuevos hospitales. La opción que se ha tomado respecto a la financiación va a pasar factura a medio plazo, ya que la concesión y el retorno de la inversión va a incidir fuertemente en el gasto corriente de la Comunidad.

La otra gran decisión política fue la creación de fórmulas de gestión alternativas a las del ICS (antiguo Insalud) para poder evitar la rigidez estatutaria, y se crearon consorcios y empresas públicas para gestionar más eficientemente, cosa que se ha conseguido a nivel micro. Tenemos absolutamente diversificada la gestión a través de consorcios, empresas públicas, fundaciones municipales, fundaciones privadas, la Iglesia, las mutuas, de hecho ahora en la red hospitalaria de utilización pública solo hay un hospital con ánimo de lucro, y con una actividad marginal dedicada a mejorar las listas de espera. Uno. ¿Por qué? Porque conceptualmente, desde que estamos nosotros no es concebible un hospital con ánimo de lucro en el sistema público. Por eso tenemos experiencia en diferentes niveles de gestión y, por tanto, en niveles de eficiencia a nivel de microgestión.

Dejadme hacer un apunte sobre el sistema de información. Creo que se debe pagar para poder tener unos niveles de información aceptables y congruentes; de hecho, ahora vamos a introducir un sistema de pago integral basado en capitación en las diferentes comarcas, y vamos a pagar para tener información, porque queremos tener información. Y esto lo hago extensivo al Consejo Interterritorial, si no, véase la información sobre listas de espera, de las que tenemos informaciones parciales y hay comunidades que envían las listas según su criterio y no el pactado; y no pasa nada, ya que esta información puede ser manipulable políticamente. Por lo tanto, lo que nosotros decimos es: “queremos información, mantendremos los sistemas, los tipos de gestión que tenemos, pero hay dos cosas importantes. La calidad, y para conocer la calidad necesitamos, tenemos y seguiremos teniendo información”. Por ejemplo, el martes pasado presentamos un estudio comparativo sobre los diferentes tipos de gestión en atención primaria, incluidas las EBA (entidades de base asociativa, de autogestión privada por cooperativas de médicos). El estudio demuestra que no hay diferencias entre los diferentes tipos de gestión, pero lo que llama más la atención es que los profesionales están mucho más contentos en una EBA que no en otro sitio. Y esto nos da motivos de reflexión, sobre todo cuando hablamos de mejoras en la sanidad pública y no incorporamos a los profesionales en los proyectos. Y esto nos está preocupando mucho, porque hemos tenido una huelga, y mucha crispación en Cataluña, lo cual nos preocupa muchísimo. Así, pues, la gestión ha de implicar al profesional. Tenemos doce EBA y no hemos creado ninguna más. Mi intervención ha sido en parte desordenada, pero creo que he puesto elementos sobre la mesa: participación del profesional, información, dinero, consorcios públicos.

Juan Manuel Eguiagaray

■ Si me permiten una reflexión basada en la experiencia pasada, les recordaré las tensiones de la década de los noventa para el reparto del gasto público entre ministerios y comunidades autónomas. Como éstas se llevaban una parte creciente de los presupuestos para la gestión directa, cada vez quedaba menos dinero en los presupuestos de los ministerios, lo que llevaba a reflejos neocentralistas. El Estado se estaba descentralizando, pero simultáneamente el aparato administrativo central deseaba conservar ventanillas para gestionar hasta el último papel. Y, por lo tanto, si les quitaban el papel ya no sabían qué hacer. En vez de poner el énfasis en planificar los servicios u orientar las grandes líneas, se querían quedar con la distribución del último dinerillo, la última subvención. Desde el Ministerio de Administraciones públicas tratábamos de que la Administración central entrara por el aro, pero eso tenía algunas dificultades. El Tribunal Constitucional, en una sentencia que abrió un camino complicado (y del que creo que alguna vez tendremos que salir), para hacer frente a los excesos que se estaban produciendo en los ministerios, vino a decir: “No. Mire usted, no se guarde usted el dinero, divídalo siempre por 17, salvo que usted esté amparado claramente por una competencia estatal en la que tenga usted hasta la última capacidad de gestión. Y si no, ese dinero lo tendrá usted que distribuir”. Esa sentencia, que es una sentencia muy famosa y que puso límites al *spending power*, así llamado, abrió un camino muy complicado. Muy complicado porque, como no tenía límites, las comunidades autónomas ganaron todos los pleitos que después plantearon ante el Tribunal Constitucional en esa dirección. Y creo que de ahí se derivan una buena parte de los males. Se ha discutido incluso lo que no debiera ser discutible. El hecho de que, como se acaba de subrayar tanto por Rosa como por Enric y por otros, si no hay dinero para incentivar, para crear mecanismos de cohesión, no se podrá ni compartir información ni hacer cosas que deben estar amparadas por algunas otras competencias generales que tiene el Estado como tal, aunque no las tenga específicas para alguna materia. Éste es un tema en el que creo que el Tribunal Constitucional está empezando a hacer posible ya una cierta revisión de la doctrina. Algún trabajo hemos dedicado a eso en la Fundación Alternativas con ánimo de indagar los fundamentos para una cierta revisión de algunas de estas cuestiones. No para volver a un neocentralismo, no para renegar del Estado de las Autonomías, en el que creemos, sino para hacer que el Estado de las Autonomías sea al mismo tiempo más armónico, más eficaz, más funcional. Pero éste es un tema que creo que está presente en la reflexión que se estaba haciendo ahora, y que todavía sigue estando. Si el Ministerio de Sanidad, u otro, con dinero o con algunos otros mecanismos no pudiera generar incentivos para que otros agentes se comporten de una determinada forma que se entiende que es conforme a los deseos y a las necesidades del conjunto de la sociedad, estaríamos en un verdadero problema de diseño funcional del Estado de las Autonomías.

José Antonio García

“ Al ser gerente del hospital Costa del Sol, creo que, entre todos los que estamos aquí, soy el único que representa a esas fórmulas nuevas de gestión. Por lo tanto, quería dar también mi enfoque personal e insistir en algunas cuestiones. Por ejemplo, lo de nuevas, en nuestro caso tenemos catorce años. Alguna vez habría que quitar la palabra “nuevas”, como decía Pepe, ya definitivamente. Viene arrastrándose desde hace tiempo. Nosotros nos sentimos públicos, a todos los efectos, sin ninguna

duda. Creo que eso se debe tener claro. Como entidades de derecho público, somos 100% públicas. Tanto es así que uno de nuestros sellos principales es la transparencia. Nuestro presupuesto aparece en el Parlamento, se vota en el Parlamento de Andalucía, se rinde cuentas ante el Parlamento. Y realmente, Miguel Ángel ha podido saber cuál es nuestro presupuesto de cada año. En nuestro consejo de administración, que es otro motivo de transparencia, absolutamente todos son cargos públicos, cargos políticos tanto de la Consejería de Salud como de la Consejería de Hacienda; además, creo que es muy interesante que en nuestro consejo haya miembros de Hacienda. Tenemos dos directores generales, de Patrimonio y de Presupuestos. Porque también uno tiene un foro donde poder explicarse en el consejo de administración a los que vienen de Hacienda, y la verdad es que a veces uno también comparte algo solidario con ellos. No es siempre el malo, no siempre. Y creo que hay que decirlo. Porque siempre aparece como el elemento negativo. Creo que tienen sus necesidades, sus objetivos, y a veces es lo que hay que explicar.

El lunes pasado, en el consejo de administración presentamos nuestro balance de cuentas, todos nuestros estados financieros, cuenta de explotación y el resultado de la auditoría. Eso es transparencia. Ha salido por ahí que en el sistema tradicional todavía hay organismos que el 2004 no lo tienen cerrado. El nuestro está cerrado. Y, además, en el momento que firman todos los vocales del consejo de administración, que a veces no es muy fácil, se inscribe en el Registro Mercantil al acceso de cualquier persona. Por lo tanto, yo quería destacar esos aspectos de transparencia en la gestión que en algún caso han quedado ocultos en otros sistemas, en ese, perdonad la palabra, batiburrillo que a veces tenemos todos. Nuestros entes, y creo que represento a las cuatro o cinco empresas públicas que hay en Andalucía, tenemos el mismo comportamiento. Sí quería decir, al hilo de lo de las transferencias, que curiosamente el Estado transfirió a las 17 comunidades, y todas copiaron el modelo del Estado. En Sanidad, pero también en todo lo demás. Nadie ha hecho aquí nada de inventiva. Se generó esa figura tan deseada por todos, casi orgásmica, del interventor. O sea, se pudo haber hecho diferente y no se hizo. Ya difícilmente se puede volver hacia atrás, como decía Rosa. Ya es muy difícil.

Quería destacar también lo que tiene de ventaja el modelo empresa. Probablemente en el modelo asistencial, si estamos en el sector público y damos un servicio público, nuestro comportamiento debería ser similar al de los demás centros públicos, pero no deberíamos tener grandes diferencias. Entiendo que deberíamos dar un buen servicio público de calidad, accesible, igualitario, etc. Pero el valor de las fórmulas de gestión que tiene el ente público permite, por ejemplo, tener una tesorería propia. Los proveedores saben cuándo van a cobrar, fehacientemente. Incluso hasta cuando nos retrasamos. Parece que las consejerías de Hacienda quieren retirar eso, y fiscalizar previamente algún contrato. Estarán reinventando de nuevo el otro organismo del que nos fuimos, y volveremos dentro de veinte años a estar en el mismo sitio. Ellos verán, pero se demostró que el otro sistema no lo tenían controlado. Eso también queda claro. Nunca lo han tenido. Esas medidas no son precisamente para el control, como tampoco lo era el poder no generar superávit. Si tenemos superávit en los primeros años se asimilaba al presupuesto del año siguiente, y venía un mal presupuesto. Ahora, no. Ahora si hay superávit (no lo hay y difícilmente en esas condiciones lo va a haber), se devuelve. Por tanto, hay elementos que restan; al cabo de los catorce años, como decía Pepe, seguro que sale en el informe que estabais haciendo en esa sesión.

Hay otro aspecto importante, que es la gestión de los recursos humanos. Es evidente que nosotros seleccionamos al personal con un criterio de acceso público y para todo el mundo, pero podemos seleccionar con perfil. En catorce años no hemos tenido ningún escándalo, ni ningún familiar de nadie. Hemos procurado mantener una política activa. Se han tenido mejoras para el personal durante muchos años. Digo se han tenido porque uno de los principales problemas donde ya nos encontramos es la globalización. Y es que quiero lo mismo que el otro y un poquito más. Cuantos más convenios haya en el sector sanitario, creo que es peor, porque uno arrastra al siguiente, y el primer consejo que daría es firmar cuanto antes, porque el que firma el último paga más. No soy economista, soy médico, pero quiero decir que ése es uno de los riesgos. Por lo tanto, algo habría que empezar a ajustar por ahí. Pero hemos tenido hasta ahora una buena empatía con los profesionales, hemos tenido una formación más elevada, etc. También es muy importante gestionar la gestión del edificio con el desarrollo de ingeniería, instalaciones, equipos. Hay una parte empresa que es muy importante y que no la debemos olvidar, que es lo que es una empresa. Y hasta ahora no éramos una empresa. El sector público era un ente administrativo, no gestionaba.

Dos cuestiones para terminar. Una, para el compañero Manuel, de la Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública. Puede que las fundaciones den esos resultados. Los nuestros no son éstos. Creo que Enric, además, decía antes que no. Y puede ser el modelo gallego, pero en nuestro caso, nuestro esfuerzo en cada consejo de administración del año es transmitir que utilizamos la transparencia, que el dinero se gasta bien, somos eficientes, y en algunos casos, no en todos, porque no podemos destacar en todos, somos líderes en los resultados asistenciales. Y eso me gustaría que quedara claro. Y eso me lleva a otra reflexión. Probablemente no es un problema de sistema, sino de quién gestiona los sistemas. Es la ideología del que está gestionando. El modelo no es bueno o malo en sí mismo, sino quien lo está llevando. Recientemente, y con eso quería acabar, hemos sacado una concesión, pero exclusivamente de un parking y de una galería comercial. Y de ahí cogemos un canon para financiar el edificio que es nuestro. Nosotros no concedemos servicios si es política de la Junta no hacerlo. O sea, que es como un instrumento de cofinanciación, y evidentemente un instrumento para obtener lo que, si no, sería difícil, con la restricción presupuestaria, como la obra de ampliación que vamos a acometer.

Juan Manuel Eguiagaray

■ Quiero que te sientas cómodo como empresario público aquí. No pasa nada. Jesús, me había saltado antes el turno.

Jesús Pérez

“ Se están diciendo muchas cosas. En primer lugar, no soy profesional sanitario. Es un handicap que quizá tenga en algunas circunstancias. En cualquier caso, me toca, por oficio al menos, y también por voluntad y vocación, representar una serie de intereses, no solo por supuesto de los profesionales que trabajan, sino también intereses de los trabajadores en su conjunto, que son los que mayoritariamente reciben

la prestación. Siguiendo un poco el consejo del moderador, quería retomar la invitación que nos hacía a reflexionar sobre lo chocante que resulta la ausencia de mecanismos, tanto de información, que es una nota común que prácticamente los tres ponentes nos han aportado al inicio, como de evaluación, etc. Eso partiendo desde lo empírico que se decía. Pero eso nos lleva, me parece a mí también, inmediatamente a un debate, si no ideológico, porque la palabra puede estar cargada también de connotaciones peyorativas, sí en general de las ideas y de lo que queremos, de modelo, como se decía también. Porque ya es curioso. ¿Por qué no hay voluntad de que se conozcan los datos, la información más elemental? No lo había oído nunca, Miguel Ángel, pero es curiosísimo que el 20% en algunos casos, porcentajes muy importantes de gasto público, efectivamente no estén presupuestados, no estén en los presupuestos. Y en algunos casos ni siquiera se confiesa. O los sistemas de evaluación. Porque yo creo que hay que empezar a hablar con claridad, no hay que confundir, no hay que mezclar todo. No es lo mismo las fórmulas de colaboración público-privada, PCI y todo esto, que lo que son gestión directa bajo las diferentes fórmulas de empresa, fundación pública, etc. No es lo mismo a ese nivel, claro, y creo que lo estáis diciendo perfectamente.

Pero, en cualquier caso, sí que hay que empezar a decir que hay cosas que ya están claras. Y lo dicen organismos tan solventes como la Organización Mundial de la Salud, y tan poco sospechosos. E incluso los propios que han puesto en marcha determinadas fórmulas, como en el Servicio Nacional de Salud británico. Ellos mismos hacen autocrítica y confiesan que efectivamente ese tipo de fórmulas no están siendo más baratas, no están siendo más eficientes (en definitiva, todo lo que sabéis mejor que yo), y que al final no mejoran la calidad ni la equidad de la prestación. Creo que eso hay que empezar a decirlo. Porque a los que vivimos en Madrid, nos perdonaréis los que no, se nos ponen los pelos de punta con lo que estamos viviendo, y con lo que puede ser el futuro del sistema, lo que decía *El País* el otro día. Porque con estas fórmulas se va a afectar profundamente al modelo público tradicional. Entonces, la viabilidad de los hospitales tradicionales es muy incierta con ese tipo de concepción, que es muy perversa. Se puede inaugurar, hacer una política de relumbrón: en este barrio hay un nuevo hospital, y lo ha hecho este político de turno. Cómo se va a pagar eso, a cuántos años nos hipotecamos, qué inversiones de futuro se van a condicionar, etc. Por lo tanto, hay que empezar a denunciar esas políticas.

Eso por un lado. Por otro, dentro de las fórmulas que se dicen de gestión directa, que entran dentro del campo de lo público, creo que también es bueno que empecemos a evaluar y empecemos a comparar. ¿Es mejor una fundación que una empresa pública? ¿Eso es mejor que la forma clásica y tradicional de gestionar? Son cuestiones que merece la pena debatir. Si no tenemos ideología *a priori*, y lo que buscamos es la mejora del sistema, creo que eso sí que merece la pena hacerlo también, y podría ser también a ese nivel muy interesante.

Quería resaltar alguna cosa sobre la otra línea de reflexión que se ha apuntado también, en relación con las transferencias y la descentralización. Es el Estado de las Autonomías que tenemos. Eso está así. Lo que pasa es que cabe preguntarse si lo estamos empleando, o estamos practicando ese Estado de las Autonomías con toda su plenitud y en toda su integridad. Las formulaciones que decía Juan Manuel con respecto al Tribunal Constitucional y otra serie de aspectos también van en ese sentido. Hay algunas cosas que, y entendedme bien con la palabra, "recentrar", en el mejor sentido de la expresión. No de volver al centra-

lismo. Que recentrar. Porque al final uno se pregunta, la Administración General del Estado (AGE), el Gobierno de la Nación, llamémosle como queramos, ¿pinta algo en la Sanidad? Porque si resulta que se dice que la Sanidad es competencia exclusiva de las comunidades autónomas, que todas tienen ya las transferencias, ¿pinta algo la AGE en la Sanidad? Creo que la Constitución también dice que “las bases y la coordinación general de la Sanidad es competencia exclusiva del Estado”. ¿Alguien ha reflexionado sobre lo que eso significa, sobre las implicaciones de eso? Ésa es una línea de reflexión absolutamente imprescindible en estos momentos, porque si no, creo que estaríamos haciendo una especie de Estado mostrenco. Estamos convencidos, desde la Unión General de Trabajadores, de que hay prestaciones de carácter universal, la educación, la sanidad, las pensiones. No se pueden comparar, cada una tiene su propia naturaleza de ser, naturaleza jurídica. Pero tienen un elemento común: que son de carácter universal, que conforman el Estado de Bienestar, que conforman el Estado de Derecho social y democrático que nos hemos dado. Entonces es muy difícil que alguien diga “yo tengo la competencia exclusiva de esto”, desde la perspectiva de la AGE o desde la perspectiva de las Administraciones autonómicas. ¿Y dónde está la leal colaboración entre las Administraciones públicas en este terreno y en este campo?

Nosotros nos hemos empeñado, y no lo hemos conseguido, en que se abriera una línea de reflexión y de diálogo social. Por qué no decirlo, nosotros no representamos los intereses generales. Representamos intereses particulares, pero muy amplios, como se sabe. Se supone que el diálogo interterritorial se produce en el Consejo Interterritorial del SNS. Y en materia de sanidad no hemos sido capaces, por más que lo hemos intentado, de conseguir que se abriera una mesa de diálogo social en esta legislatura, y en otras tampoco, con otros gobiernos. Se ha demostrado que el diálogo social es un factor muy interesante, muy importante de gobierno, de buena gobernación, de buenas prácticas, eso está claro. Pero en esta legislatura hay experiencias de diálogo social de un calado y de una profundidad muy importante. Hasta veinte acuerdos. No sé si son diecinueve o veintiuno, pero como el Gobierno o el ministro de Trabajo dicen que veinte, pues diremos veinte. Veinte acuerdos que nacen del diálogo social. En cambio, no hemos sido capaces de abrir un ámbito de diálogo social en la sanidad. A mí me parece que eso es bastante lamentable. ¿Por qué? Porque el argumento era que las competencias en sanidad son de las comunidades autónomas. Se puede producir una doble interacción, no sé si es así exactamente o si soy pedante, entre lo que es el diálogo interterritorial con las comunidades autónomas y el plano del diálogo social con los interlocutores sociales, que representan intereses muy amplios, no exclusivos. Hay que escuchar a más gente, a más organizaciones que tienen intereses en la sanidad, pero nosotros representamos intereses muy importantes.

Y por no dejar de responder a alguna alusión que se hacía en relación con los recursos humanos, y en relación con las condiciones de trabajo de los recursos humanos que trabajan en la sanidad, es muy importante saber que sería imprescindible, y creo que hay mecanismos para ello, que hubiera una negociación, que tendría que ser la adecuada, en el ámbito sectorial estatal de la sanidad, de determinadas cosas que no se pueden negociar en los ámbitos autonómicos, porque vamos a tener disfunciones muy importantes cuando eso lo haga cada uno por su lado. No estoy hablando de los salarios. Los que estamos en el sindicato sabemos perfectamente que una negociación colectiva lleva a diferentes salarios, teniendo la misma categoría y teniendo la misma profesión, lleva a diferentes salarios en función de muchos parámetros. Eso tendrá que determinarse y concretarse en muchos sitios, y otras cosas. Pero algunos aspectos troncales de la negociación colectiva de los re-

cursos humanos hay que negociarlos en el ámbito estatal, y no se está haciendo. Carrera profesional, formación profesional, la jornada y otros elementos, como sabe muy bien María José.

Enric Agustí

“ Por alusión, dos matizaciones. No lo he comentado, pero nosotros tenemos una partida muy elevada de conciertos en la cual no están determinados nominalmente los hospitales a los cuales va destinado el dinero. Pero sí tenemos un registro público de convenios y conciertos. Por lo tanto, los convenios son públicos.

En el ámbito de gestión de empresas públicas y consorcios, José Martín ha dicho una cosa muy importante. Es que cada vez tienen menos autonomía, cada vez menos. Los dos elementos que ha dicho son importantes. Primero, el personal médico: cada vez hay más homogeneización. Y por cierto, cada vez buscamos más especialistas que no tenemos y, por lo tanto, pagamos mucho más, y ya no pagamos sueldos de convenio, se contrata a salarios, en ocasiones exorbitantes. En segundo lugar, la rigidez en las normas de contratación (Ley de Contratos de las Administraciones públicas, límites de endeudamiento) hace que haya mucha menos flexibilidad gestora.

Ramón Gálvez

“ Soy un representante de las bolsas de ineficiencia. Al fin y al cabo soy director gerente ahora del Complejo Hospitalario de Toledo, y llevo 23 años siendo director de organizaciones ineficientes. Lo cual me permite hacer una reflexión desde algunos acontecimientos que han pasado a lo largo de mi vida profesional. He sido inicialmente un director provincial de instituciones sanitarias, que era como se llamaba al director médico tradicional. Posteriormente, en la etapa siguiente del gerencialismo y de los gerentes introducidos a partir del año 1985, me incorporo a la nueva figura de gerente. El Insalud procedía así a seguir la línea, copiando, como siempre, al National Health Service, eso sí, con cuatro o cinco años de retraso. Nuestro problema es que en el proceso de copia realmente hay traducciones un poco inexactas.

En la siguiente etapa pasamos a la actuación sobre la oferta de servicios con sus consecuencias sobre presupuestos e inversiones. Más tarde descubrimos el mercado como elemento clave de nuestros valores. El mercado sanitario como instrumento que iba a solucionar, a través de la competencia, competencia gestionada, la ineficiencia y falta de eficacia del sector sanitario público. Incorporamos a continuación los acuerdos de Maastricht con el tema central de la convergencia, y proponemos, de acuerdo con la estrategia para las empresas públicas, los contratos-programa que aplicamos como Endesa a la estructura sanitaria, etc.

Una vez terminada esta necesariamente muy breve excursión por el pasado de un directivo, debemos plantearnos algunas cuestiones. La primera cuestión que plantear se refiere a la naturaleza de los términos que utilizamos. La utilización de las palabras en un sentido o en otro define bien el enfoque que se quiere proponer. ¿Por qué decimos nue-

vas formas de gestión? ¿Por qué si no son nuevas? ¿Por qué hablamos de nuevas? Probablemente porque el término “nuevas” tiene un factor positivo. Aquéllos que nos quieren convencer de la maravilla de “sus” formas de gestión vienen a decirnos: “son nuevas, caramba. Ustedes son antiguos, obsoletos”. Esto es curioso. Seamos precisos. No hablemos de “nuevas”, es mejor identificar de qué formas hablamos: de gestión directa, de gestión indirecta, etc. Definamos bien los términos. Por lo tanto, ¿podríamos acabar con el tema de “nuevas”? Es una propuesta que pongo a consideración. Nuevas no, por favor. Son formas de gestión o alternativas de gestión. Hablemos de esta manera, porque, si no, le damos un elemento curiosamente positivo a formas bien descritas en la literatura y sometidas a discusión.

La segunda cuestión es el tema de hoy. Debemos analizar la estrategia de financiación de infraestructuras sanitarias PFI, que constituye una amenaza y un riesgo para el funcionamiento futuro de los hospitales y no tiene nada que ver con los temas de gestión directa. Algunos profesionales expresan su preocupación con la formulación de los modelos PFI y PPP (colaboración público-privada).

Esta estrategia supone un cambio importante, una ruptura sobre lo que hasta ahora habíamos visto en la evolución de las formas de gestión sanitaria. Significa algo totalmente nuevo. Antonio Arbelo ha sido concluyente y demoledor en su exposición. La realidad es que en este momento, por ejemplo, en el Hospital del Norte, que se está construyendo en Madrid, hay nueve agentes diferentes que intervienen en el proceso de construcción del hospital. Los bancos (BBVA, Banco Europeo de Inversiones) tienen su auditor-consultor. A continuación hay una empresa, Gerens, que gerencia el proyecto. El operador privado que entra en el modelo para la financiación y gestión de la parte no sanitaria tiene su propio auditor. La unión temporal de empresas de las constructoras dispone también de su propia consultora. Entonces el equipo de arquitectos que diseña y controla el desarrollo del proyecto tiene que discutir con un múltiple abanico de gente. Cada interviniente en el proceso defiende sus intereses y controla su inversión. En palabras de uno de los arquitectos sometidos a esta disciplina, “cada uno viene con su mochila”, la correspondiente consultoría. Todos estos agentes, por supuesto, reciben la financiación oportuna. La comparación con el Insalud, donde solo había una oficina de supervisión con un arquitecto, como J. L. Paniagua, que era el que revisaba todos los proyectos, pone de relieve una diferencia manifiesta. Ahora no, esto lo hemos multiplicado extraordinariamente.

¿Qué supone un modelo de PFI desde la perspectiva de un profesional clínico? Significa la ruptura del modelo de práctica clínica. Se está cambiando el modelo de práctica clínica mediante el proceso por el cual se externaliza la anatomía patológica, los laboratorios, la radiología. Evidentemente se puede hacer, al menos en teoría, un control exhaustivo a través de indicadores. Como se ha señalado en la intervención anterior, los pliegos presentan un número de indicadores tal que su manejo y control se convierte en imposible. ¿Cuántos eran los indicadores que señalaba Pepe Martín?

José Martín



A lo mejor cientos, pero no pretenderá que me los sepa. Lo estuve mirando y mi poca experiencia de hospitales me dice que esto es imposible de controlar.

Ramón Gálvez

“ Cuando planteas este problema la respuesta es simple: “no, no se preocupe usted, no hay ningún problema, porque ponemos en el pliego una serie de indicadores de calidad y esto está solucionado”. Estamos rompiendo el modelo de práctica clínica que en este momento existe, y esto para mí tiene una importancia muy considerable. Porque si reconocemos que ahora el modelo de práctica clínica está fuertemente ligado al conocimiento clínico y es de una complejidad importante, todas aquellas iniciativas que fragmenten la organización de la práctica clínica pueden causar graves riesgos para los pacientes.

¿Qué ocurre si tengo un anatomopatólogo que no es del personal propio del centro? ¿Qué sucede, cómo cambia eso las relaciones entre el neurocirujano y el patólogo, qué pasa ahí? La respuesta de los impulsores de este modelo es obvia: “Los indicadores. Está solucionado, en el pliego se recogen las especificaciones de colaboración”. No, la realidad es más amplia y profunda y algo más compleja que una sucesión de indicadores. El mundo sanitario y un hospital, aun obsoleto, es un delicado equilibrio, como un auténtico rompecabezas. Si muevo una pieza, se mueven las demás, y determino un modelo absolutamente diferente. Por lo tanto, debemos analizar las repercusiones con cierto cuidado. Estamos atacando a la organización de la práctica clínica, a la generación y difusión del conocimiento dentro de la práctica asistencial, como elemento clave. Esto tiene mucho que ver con lo que decía nuestro compañero antes de los profesionales. Sabemos, desde hace tiempo, que producir una glucosa y proporcionar el resultado de un paciente es algo en que la diferencia de un hospital a otro es muy pequeña, un 10%, un 20%, en el uso de reactivos y la utilización de recursos humanos. El problema de la glucosa no es el producto glucosa, sino cómo los profesionales utilizan la glucosa para diagnosticar y tratar seres humanos. Ahí es donde está el 70%-80% de las diferencias en la práctica clínica. Por lo tanto, deberíamos reflexionar acerca de la organización de la práctica clínica. Es como si renunciáramos en nuestro negocio, que es la sanidad, al núcleo básico de nuestra actividad, y no nos interesara mucho la perspectiva de sanidad. Sería algo similar a que a una empresa de informática no le interesara la informática, sino la sostenibilidad de la informática. Creo que esto hay que revisarlo de otra manera. Hay que hacer otro tipo de análisis que está ligado a la propia práctica que tiene la empresa, a su propia situación de negocio, y ver cómo eso se articula con la realidad.

A veces este tipo de cuestiones me asombran, personalmente. Nosotros somos muy ineficientes. ¿Cómo no, si no tenemos instrumentos y herramientas para dejar de serlo? Estamos, por ejemplo, sometidos a una bolsa de trabajo, a un sistema que imposibilita una selección adecuada de los puestos de trabajo. ¿Y eso no se puede cambiar en el ámbito del sistema público? Claro que se puede cambiar si existiera una voluntad decidida. ¿Es necesario ir a un modelo de PFI para hacer algo nuevo? No. El problema es que todas las herramientas que se introducen se nos dan bajo un criterio no discutible. “Esto es lo que hay”. “Como no podemos tener déficit público, esto es lo que hay, los modelos de PFI”. Sin embargo, podemos dudar razonablemente de que sea así. Incluso los economistas lo apuntan en un artículo reciente de *Gaceta Sanitaria*: el informe SESPAS 2006, donde Puig-Junoy señala que “el problema real no es la factibilidad o sostenibilidad de los aumentos del gasto sanitario público, sino la deseabilidad social de éste”. Añade que el sistema puede crecer en el gasto sanitario al realizar un análisis comparativo y de evolución de las

cifras económicas de nuestro país. Pero eso sí, a continuación la correspondiente amonestación. Somos muy ineficientes y, por lo tanto, cualquier incremento del gasto es indeseable. ¿Para qué queremos el dinero si somos ineficientes?

Concluyamos. Es interesante hablar de procesos de descentralización en el campo de la gestión sanitaria. Pero el modelo PFI va mucho más allá y exige de nosotros una respuesta más clara y contundente. Sería muy importante que como expertos en los diferentes campos pudiéramos establecer los elementos que consideramos demostrados. ¿Cuál es el escenario en los próximos años, qué tendencia prevéis, qué posiciones debemos tener como profesionales implicados en la gestión con respecto a los modelos PFI? Probablemente estamos ante uno de los mayores riesgos que el sistema sanitario público ha afrontado en los últimos años. Existen razones objetivas, como decía Antonio Arbelo, para que este tipo de modelos no sean “esto es lo que hay”.

Rafael Díaz-Regañón

“ Voy a apuntarme a muchas de las cosas que se han dicho hasta ahora. Pero me gustaría que fuésemos capaces de delimitar lo que es el marco conceptual donde nos movemos dentro del ámbito público, e identificar lo que pueden ser las fórmulas que introducimos para gestionar el sistema sanitario. Partiendo de la consideración de que las Administraciones públicas actuales son organizaciones diseñadas en el siglo XIX, que han pasado por el siglo XX, y que siguen funcionando en el siglo XXI, es necesario reflexionar sobre la forma en que se relacionan con el tipo de ciudadanos actuales para introducir herramientas que faciliten esa relación. Eso no quiere decir que esté de acuerdo con introducir cualquier tipo de forma de gestión. En el caso de la asistencia sanitaria estamos hablando de la producción de un bien social preferente, bien no económico, que hace efectivo el derecho a la protección de la salud. En una escala, desde el punto de vista del Derecho constitucional al Derecho administrativo, un sistema de colaboración público-privado se puede utilizar como herramienta que sirve para producir bienes de carácter económico, como hacer carreteras u otro tipo de prestaciones de carácter económico, pero no para la producción de bienes sociales. Lo del tema del PFI claro que no es nuevo, la Ley de Bases de Régimen Local del año 1955 o creo que del año 1958 incluye el PFI. No con ese nombre, pero todas las concesiones de gestión de agua de los municipios son un PFI. Es que nos ponemos a inventar unas cosas que no tienen nada de novedoso, pero creemos que todo es nuevo.

En cuanto al tema de la descentralización o no, creo que nosotros nos hemos dotado de un Estado descentralizado en autonomías. Y el tema de esto que llamamos la lealtad institucional empieza a fallar cuando en algunas mentes se piensa que esto es un Estado federal. Y esto no es un Estado federal, es un Estado autonómico. Y en el ámbito de la sanidad es más complejo, porque el Estado, de acuerdo con el artículo 41 de la Constitución, está obligado a tener un sistema de Seguridad Social para casos de contingencia. De otra parte, el artículo 149 le da competencia exclusiva en la gestión económica de la Seguridad Social, aunque en el Estatuto de Autonomía de Cataluña (artículo 156 ó 165) lo han puesto como competencia compartida, creo que esto puede ser inconstitucional y lo van a retirar. Eso ¿qué quiere decir? Que el Estado utiliza, porque no hemos cambiado las leyes a ese respecto, a quien tiene la competencia de la asistencia sanitaria, que es la Seguridad Social, y hace

efectivo el derecho de la protección de la salud a través del SNS. Y, por otro lado, el Estado traspasa la "gestión de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social a las comunidades autónomas". No cede las competencias sanitarias. Esta circunstancia, bien es verdad, puede originar que cada comunidad autónoma gestione su asistencia sanitaria en función de sus necesidades y condicionantes específicos, porque aquí sí que podría hacer como le dé la gana. Pero para eso entiendo que hay una ideología en cada caso. En este caso, la prestación sanitaria es una prestación no contributiva de la Seguridad Social, puesto que la pagamos vía impuestos, pero se presta desde los servicios regionales de salud, y tiene que darse en condiciones de calidad y equidad, como servicio público financiado públicamente. ¿Qué mecanismos tiene el Ministerio de Sanidad y Consumo para actuar sin romper la línea de actuación de las CC AA? Creo que la Ley de Cohesión y Calidad del SNS tiene muchísimas partes donde el ministerio puede poner elementos que faciliten la cohesión del sistema, además de otras normas específicas.

Sobre el tema de los sistemas de información, no creo que las comunidades autónomas tengan que darle información al Ministerio, creo que hay que montar un sistema de información para que de forma automática llegue la información simultáneamente a la comunidad autónoma y al ministerio. No creo que haya que esperar a que me den el disquete, lo ideal es que cuando se introduzca el dato en la comunidad autónoma, el mismo dato, en los parámetros que se determine, aparezca en el ministerio.

En cuanto al tema de la implantación de formas diferentes de gestión en los centros hospitalarios, repito lo que al principio: entiendo que no son las más adecuadas para dar un servicio que es un bien social de carácter preferente, que podría ser un bien privado como es en Estados Unidos, de acuerdo, pero nosotros hemos decidido que sea un bien social de carácter preferente por vía constitucional. Porque anteriormente ha sido un bien privado, y tenemos catedráticos ilustres que, basados en su buen criterio, están en esa línea de pensamiento, se esté o no de acuerdo con ellos. Para dar más flexibilidad a la gestión, tengo mis dudas de que podamos introducir fórmulas donde pongamos en manos privadas la prestación de servicios estatales (bienes sociales). Un derecho de carácter constitucional no se puede poner en manos privadas desde ningún estamento. Si se mide el nivel de endeudamiento de las comunidades autónomas, en el año 2005 nos encontramos con comunidades autónomas que tienen un nivel de endeudamiento del 11,5%, y algunas tienen el 3%, el 2,8%, y no quiere decir eso que tengan menos servicio de salud. El País Vasco tiene el 2,1%, Navarra tiene el 4,2%, Valencia, que tiene el 11%, es la que más deuda pública tiene... No creo que eso sea una justificación como para introducir medidas de esas características. Lo que sí creo es que deberíamos, a partir del sistema tradicional, intentar introducir cambios organizativos y de gestión que hagan más eficiente el modelo. Es muy difícil transportar el modelo de un sitio a otro. En Cataluña hay un modelo porque históricamente tendía a ser ese modelo. En Inglaterra ahora están en otro proceso de desregulación en alguna parte, y van mucho más lejos de lo que hay en Madrid, y en Suecia también. O sea, que ya ni siquiera los modelos socialdemócratas nos pueden servir como referencia. Pero en relación con lo del PFI, en el año 2004 hay un informe del Consejo Económico y Social de Europa sobre la cuestión PFI. Hay un libro verde sobre la colaboración público-privada de la Comisión Europea, y sobre el modelo PFI del Consejo Económico y Social, como ya se ha apuntado, en las conclusiones dice: "dejar que la PPP evolucione de esa forma durante varios años". Esto recomienda el libro: "Pedir a los Estados miembros que comuniquen de forma sistemática los distintos tipos de PPP y las dificultades existentes, ventajas e incon-

venientes, respecto a las formas tradicionales. Crear un observatorio donde se indique la evolución de PPP con representantes de Estados miembros, Comisión, etc.”, es decir, que todo el mundo respecto a la implantación de estas formas de gestión pone sus alertas. Personalmente creo que no es lo mismo hacer una carretera con peaje en la sombra, que es un PPP o un PFI, que gestionar un centro asistencial, donde se va a dar una prestación de un servicio que tiene que ver con la salud de los ciudadanos.

Juan Manuel Eguiagaray

■ Carlos, tú querías hacer una puntualización, y Miguel Ángel García también. Creo que hemos consumido ya un primer turno, entramos ya en la segunda ronda de intervenciones.

Carlos Barra

“ Represento a la sectorial de salud del Partido Socialista de Madrid (PSM). Madrid está siendo la estrella en la introducción a lo bestia del modelo de PFI, y creo que tengo que decir algo. Retomo la pregunta que ha hecho Ramón, que como me conoce desde hace muchos años sabe la respuesta. No tengo ninguna gana de que en Madrid funcione ningún tipo de PFI. Pero no es mi posición, también es la posición del Partido Socialista Obrero Español en Madrid. Creo que, de todas maneras, en los últimos tiempos se ha producido en muchos de nosotros una especie de diferente sensibilidad. Hemos sido muy sensibles todos para ver lo que funciona mal en el modelo tradicional y hemos sido muy poco sensibles para analizar qué pasaba con los nuevos modelos, y en concreto con el modelo PFI, que no es nuevo, como bien decía Rafael. Y a mí eso me preocupa, porque parece que estamos perdiendo y haciendo dejación de lo que representa una evolución de un sistema sanitario público español durante muchos años, logro universal de los españoles, y que ha funcionado muy bien, como decía Ramón. Por cierto, con muy poca financiación, y no tanta ineficiencia. Porque, cuando comparamos cómo funcionan los llamados eficientes en relación con nuestro sistema, nos llevamos grandes sorpresas.

Yo, además, sufro en Madrid, al lado de mi trabajo, la presencia de un hospital público, la Fundación de Alcorcón, que por cierto es el hospital de Madrid que tiene más reclamaciones en toda la Comunidad Autónoma, y sé muy bien cómo funciona. El control sobre esa Fundación es mucho menor que el que Juan Antonio dice tienen los hospitales-empresas públicos andaluces, que tienen control parlamentario. Pero en Madrid no tienen control parlamentario. La opacidad de Alcorcón llega a tal nivel que el concejal de sanidad del ayuntamiento de Alcorcón, miembro del Patronato, no tiene información de nada de lo que pasa en el hospital.

Dicho esto, he de decir que también a mí me ha llamado la atención, y sé que Rosa lo dice con criterio, el tema de la imposibilidad de que el ministerio asuma algo que está en el marco constitucional español. Otra cosa es que el ministerio haya hecho dejación de funciones muchas veces. Pero tiene un marco constitucional, el art. 149, que le permite cosas, y, sin embargo, no las está practicando. Decías tú con mucha razón, Je-

sús, sobre la coordinación general sanitaria, que no es nada prestado, que es una competencia constitucional. Y ya que tenemos unas posiciones tan encontradas con el Partido Popular, que ahora se ha hecho muy constitucionalista, habrá que decirle que la respete. Porque se podrán crear órganos, independientes, de personas cualificadas, con prestigio, pero en el marco de lo que marca nuestra ley, y es que el ministerio es garante de determinadas cosas. Y no hablo solamente de sanidad exterior, que ya se la dejan. No. Hablo de la coordinación general sanitaria. Y, por tanto, seguramente ejerciendo eso, no pasaría lo que está pasando. Y eso es un mecanismo de autocritica para todos los ministerios que ha habido, nuestros y del Partido Popular.

Y, por último, lo de Madrid. No solamente es malo que entre el PFI, sino que llama la atención lo poco que en Madrid se ha luchado contra la implantación del modelo PFI desde partidos de la oposición de izquierda, desde sindicatos, desde todos. Nos han colado un gol de ocho hospitales, y ha habido poco ruido social. Nos han colocado ocho, no uno, ocho. Y de los ocho, uno no solamente PFI, sino concesión administrativa pura y dura, como Valdemoro, por cierto, con cartas de la Presidenta, como conoceréis, dirigidas a los vecinos de otra área sanitaria, diciéndoles “no, mire usted, tiene usted al lado el hospital de Parla, tiene usted al lado el hospital de Getafe, pero mire usted, vaya al hospital de Valdemoro que va a ser maravilloso. Mientras que el 12 de Octubre está sobresaturado”. El informe de la consultora Mensor que anteayer apareció en prensa revela la intención clara de la Comunidad de Madrid de cerrar mil camas en los hospitales públicos a consecuencia de la apertura de los nuevos. Ésa es la gran realidad, cerrar mil camas en hospitales públicos de Madrid. Porque no se puede concebir la construcción de ocho hospitales nuevos sin ningún estudio previo de planificación, y sin conocer previamente el impacto sobre los hospitales funcionantes. Así, el hospital Gregorio Marañón pierde 500 camas. Por tanto, me parece que hay que tener un cierto cuidado. Las empresas públicas funcionan bien, tú lo has dicho, funcionan bien las que tienen un buen gestor. Las que tienen un mal gestor funcionan mal. Fuenlabrada no funciona tan bien como el tuyo, Juan Antonio, y es una empresa pública exactamente igual que la tuya.


Y hay un tema que sí que está claro. Todo esto se ha producido porque han triunfado las ideas neoliberales y el capital privado ha entrado en el sector público y punto. Y ha habido muy poca reacción, a mi juicio, de los partidos socialdemócratas, que han admitido hasta en Suecia, pero claro, con un matiz enorme, porque fíjate de dónde parten y dónde están. Es que en España partimos de casi nada y con esto nos quitan todo. Ésta es la gran diferencia. Que ha habido poca reacción desde la izquierda para plantearse que desde la Administración pública se puede hacer mejor gestión. No es una verdad absoluta que gestionen mejor los privados que los públicos. No es verdad, hay ejemplos de todo.

Por otro lado, hay que cambiar las leyes, pero se puede hacer desde el Estado y, además, hay que creerse lo del servicio público. Y ahí viene otro punto que me parece importante. Muchas de las personas que hoy tienen puestos de responsabilidad en el sector público no creen en el sector público sanitario, y, como no se lo creen, no lo defienden, y quizá haya que plantearse que la salud es un derecho de ciudadanía. Por eso, en nuestro programa electoral en Madrid los ciudadanos van a tener algo que decir, con órganos de participación real, donde puedan decir cosas, porque se sienten afectados. En Madrid han de

saber, por ejemplo, que la señora Aguirre ha planificado ocho hospitales, ha planificado digo entre comillas, porque hay servicios que no los planifica en ninguno. Porque hacen selección adversa también. No. Anatomía patológica no lo van a externalizar, Ramón. Nuestros anatomopatólogos han mirado por el microscopio muchas horas. Ahora, externalizan radioterapia, donde el riesgo no existe para el que invierte. Le garantizamos que en Madrid todos los años hay 26.000 casos de nuevos cánceres, de los cuales el 65% son susceptibles de tratamiento de radioterapia. Por tanto, no solamente está el Anderson, ya quiere venir la clínica de Navarra a Madrid, y está buscando locales, porque es un chollo. ¿Dónde está el riesgo empresarial si le garantizo 3.000 pacientes al año para que pongan allí su acelerador lineal?

Y termino. No solamente estamos perdiendo la práctica clínica. Estamos perdiendo el conocimiento. Porque los hospitales privados tienen tecnología punta, y ya no la tenemos nosotros. Y hoy el movimiento MIR (médico interno residente) está en peligro, pero no por lo que han dicho los que se han ido a manifestar al ministerio, no. La formación pelagra porque no hay medios. Y porque, por ejemplo, hoy, en radioterapia, se pueden formar muy pocos especialistas, porque en Madrid solamente hay cinco hospitales que la tengan, y en el resto de España más o menos lo mismo. Ése es el peligro que tenemos. No que no puedan librar la guardia, y que por cierto, la pueden librar siempre que quieran, es un derecho laboral. Otra cosa es que no la libren porque tengan miedo a enfrentarse con el jefe de servicio. Eso es diferente. No hay ningún problema en que mis residentes libren la guardia, desde hace ya mucho tiempo. Si no libran, será porque tienen miedo a mi jefe. Ése es el debate que yo creo que hay que abrir, y en Madrid estamos muy preocupados, claro que sí, porque nos quedamos sin sistema público. Eso está más claro que el agua.

Carlos Nicolás

 Un poco iba en una línea de lo que ha dicho Carlos. Pero fundamentalmente veo las cosas desde fuera. Soy un defensor acérrimo del SNS, de toda mi vida, y creo que estamos viviendo un momento en que se sobrevalora la eficacia del sistema privado.

A la hora de valorar, iba un poco en la línea apuntada por Carlos, hay que preguntarse por qué hay tan poca actitud crítica por parte de la población. Desde mi punto de vista, creo que no hemos llegado a la población, o no habéis llegado los partidos fundamentales de la oposición, y nos están, o están comiendo el pan en el sentido de que se nos presentan como más eficaces, o con mejor acogida. No sé hasta qué punto eso habría que valorarlo. Creo que también hay una actitud en esta tendencia, y en la línea de la encuesta que ha citado Javier a dejarnos llevar por unas ideas que se están imponiendo. No se acepta o no sabemos transmitir concretamente cuál es el mensaje, o la realidad del sistema público. Y también de alguna manera la falta de crítica social. Se está viendo la sanidad orientada por la falta de participación, por una especie de paternalismo, que aceptamos que nos lo den todo. Y, además, en Madrid, y se está viendo con el señor Lamela, se está utilizando la demagogia continuamente. Se utilizó la demagogia para la vacuna del neumococo, y se está utilizando la demagogia de los hospitales, diciendo que qué más da que se la sirvan, o le den a usted la asistencia en un centro

privado o en un centro público, si no va a pagar nada cuando lo reciba. Creo que ése es el problema de fondo, desde mi punto de vista.

Miguel Ángel García

He escuchado varias veces que se echaba la culpa al déficit público para justificar algunos de los problemas de la asistencia sanitaria. Como soy un gran defensor de unas cuentas públicas saneadas, siempre incorporo al debate la perspectiva de los ingresos. El saldo de las Administraciones públicas es resultado de los ingresos y los gastos. En España la presión fiscal es cinco puntos del Producto Interior Bruto inferior a la media de la Unión Europea; la diferencia es todavía más amplia cuando la comparación se realiza con los países que componen la zona euro. La asistencia sanitaria está transferida a las comunidades autónomas, y las comunidades autónomas tienen mecanismos potentísimos para conseguir recaudación al disponer de capacidad normativa en distintos tributos; sin embargo, la suelen utilizar para disminuir la capacidad de ingresos, tal y como defiende el Gobierno de la Comunidad Autónoma de Madrid y le siguen la mayor parte de los gobiernos autonómicos. Se quejan de falta de recursos financieros para la sanidad, pero rebajan el IRPF y prácticamente se hace desaparecer el Impuesto sobre Sucesiones y Donaciones. Este comportamiento en relación con los ingresos públicos es generalizado a todas las comunidades autónomas, con independencia del partido que las gobierne. Cada uno busca su justificación. “No, es que como la bajó uno yo ahora para evitar la competencia fiscal estoy obligado a seguir el mismo camino”. Por tanto, se puede combinar saneamiento de las cuentas públicas con mayor gasto en asistencia sanitaria, incluso cuando éste crece por encima de la riqueza creada, siempre que se utilicen los mecanismos tributarios de una manera adecuada.

La segunda cuestión, que tiene que ver con la responsabilidad fiscal, que era uno de los principales objetivos de la reforma del sistema de financiación: la integración de todas las políticas, incluida la asistencia sanitaria, pretendía evitar la justificación de una mala gestión por parte de las comunidades autónomas, al abrigo de una insuficiente financiación de la sanidad. Se aumentaron los recursos financieros totales (financiación total garantizada), se aumentó la autonomía fiscal de las comunidades autónomas y, sin embargo, se ha avanzado muy poco en responsabilidad fiscal. No solamente no se ha avanzado, sino que se está retrocediendo, porque hay una conducta denominada en economía restricción presupuestaria blanda, es decir, que cuando alguien va a un lugar y le dan 1.300 millones de euros sin comprometerle a nada, quien lo hace –el Presidente del Gobierno en la Conferencia de Presidentes– está mandando una señal en dirección contraria a los objetivos marcados. El mensaje es: gasta, no te preocupes, que ya veremos cómo te damos el dinero.

Los ejercicios de voluntarismo en coordinación e información no llevan a ningún sitio. Podemos hablar del tema y quedar como cuatro o cinco locos que pretenden ordenar el segmento autonómico dentro del sector público, pero en la práctica no vale. Desde hace tiempo, algunas personas, entre las que me incluyo, hemos defendido la creación de una oficina estadística en el Senado, al ser la cámara territorial. Una oficina estadística con la suficiente independencia al estilo de la que existe en el Congreso de Estados Unidos, que permita reunir y tratar toda la información relacionada con las políticas transferidas a las comunidades autónomas. Información exhaustiva y en lo posible en

tiempo real a la que accedieran tanto las comunidades autónomas como la Administración General del Estado, y conseguir de esta manera por lo menos que se maneje la misma información y evitar una exposición interesada de las cifras. Esta decisión, que debería ser compartida por todos los partidos políticos, ayudaría bastante a desarrollar el Estado de las Autonomías.

Manuel Martín

Existen medidas para mejorar la eficiencia y la productividad de los centros públicos, como la exigencia de la dedicación exclusiva de los profesionales del sistema sanitario público, la participación de los profesionales en su gestión o una política de personal incentivadora. La doble dedicación al sistema público y al privado de muchos profesionales, especialmente los jefes de servicio, explica una parte importante del problema de ineficiencia de nuestros centros. Sin embargo, la exigencia de la dedicación exclusiva es una decisión que nunca acaba de imponerse, pese a que existe un nivel de acuerdo importante entre quienes apuestan por el sistema público sobre su necesidad e importancia. Por otro lado, la participación de los profesionales sanitarios en la gestión de los hospitales se considera como algo necesario para garantizar su implicación y su compromiso con la mejora de la calidad, la eficiencia y el rendimiento de los centros, pero no deja de ser más que otro lugar común que todo el mundo repite desde hace años, pero que no se pone en práctica. Tampoco se acaban de poner en práctica los incentivos económicos o profesionales, y los pocos que se han llegado a implementar han sido muy limitados, por lo que no han alcanzado los resultados esperados o incluso han sido contraproducentes y han contribuido a desacreditarlos ante muchos profesionales. Por último, creo que la participación ciudadana en las decisiones sobre planificación y evaluación de los recursos sanitarios podría contribuir a mejorar su gestión y calidad.

Los órganos de gobierno de los centros tienen, en el plano teórico al menos, un papel esencial como instrumento para mejorar la eficiencia; sin embargo, los gestores tienen problemas para influenciar a los colectivos profesionales por falta de incentivos y, por otro lado, son remisos a tomar iniciativas que puedan suscitar su rechazo, dado que los conflictos sanitarios generan mucho ruido mediático y preocupan mucho a las administraciones y a los políticos que las dirigen. No existe una barrera o escalón entre los gerentes que gestionan los hospitales y los políticos que forman parte de las administraciones y que sufren los efectos negativos de los conflictos sanitarios. El que los gerentes sean designados directamente por las administraciones favorece que estas decisiones estén influenciadas por afinidad política o personal, lo que perpetúa esta situación. Para corregir este hecho parece lógico profesionalizar la gestión y hacer que la cobertura de los cargos se realice por concurso para evitar que cualquier problema profesional o laboral acabe siendo politizado. La falta de participación profesional facilita que determinados sectores en la sanidad pública (minoritarios y vinculados al sector privado o con intereses en él) tengan una gran influencia y un eco desproporcionado y consigan cierto éxito en su rechazo de cualquier medida destinada a mejorar la eficiencia o la racionalidad. Resumiendo, considero que existen muchas medidas que podrían contribuir a mejorar la gestión y la eficiencia de los hospitales públicos, pero que nunca se acaban de adoptar. Esto impide, a mi entender, la gestión racional de los centros y contribuye a desacreditar el modelo de gestión pública.

Antes se ha planteado, creo que acertadamente, el problema de la falta de recursos. Llama la atención que los hospitales públicos mantengan un aceptable nivel de eficacia y eficiencia y de satisfacción de la población, el mismo (como reconocía recientemente una encuesta nacional), equiparable o incluso superior al de los países europeos con mucho mayor gasto sanitario (más de un 1% de PIB), más médicos de familia o camas hospitalarias. Es decir, seguimos garantizando la universalidad de las prestaciones y la gratuidad en el acceso a los recursos con un presupuesto sanitario proporcionalmente muy bajo, lo que a mi entender es la prueba de que nuestro sistema sanitario basado en la gestión y provisión pública no es tan malo como muestran sus detractores. Si los recursos aumentaran algo, se podrían alcanzar mejoras importantes. No parece ni justo ni razonable que pese a los déficits relativos de recursos sanitarios que repercuten en el buen funcionamiento del sistema sanitario se presuma (como si de un logro se tratara) de que España tiene superávit público, sobre todo si tenemos en cuenta los problemas sanitarios de muchos ciudadanos para acceder a la asistencia (listas de espera, camas de crónicos, congestión en las urgencias hospitalarias, falta de tiempo en las consultas de atención primaria, etc.).

Las políticas económicas impulsadas por la Unión Europea no son neutrales y responden a los intereses de los grupos de presión empresarial y económica del sector privado que pretenden, por un lado, el control del déficit público (limitando la capacidad de las administraciones sanitarias para endeudarse en la construcción de nuevos hospitales) y, por otro, establecen un sistema de contabilidad como el Eurostat, que lo maquilla, ya que si el endeudamiento lo realiza una empresa privada y lo paga el sistema sanitario con fondos públicos no se considera déficit público. Ésta es la trampa legal que están favoreciendo las PFI (como antes las fundaciones sanitarias hospitalarias).

¿Estamos condenados a dejar en manos del sector privado y a un precio exorbitante la construcción, mantenimiento y gestión de los nuevos hospitales? Creo que no. Galicia, la comunidad autónoma pionera en las experiencias de gestión empresarial, va a serlo también en su restitución a la gestión pública. Es la primera vez que las políticas neoliberales dan marcha atrás, indudablemente de la mano de un partido como el Partido Socialista. Es una buena noticia que abre un rayo de esperanza a los que creemos y defendemos la sanidad pública, y es el resultado de la evaluación de los resultados de la gestión privada y no de planteamientos ideológicos influenciados por intereses económicos y políticos. Recientemente un catedrático de economía miembro del Consello Galego de Contas publicaba un artículo sobre el déficit público real de la Comunidad Autónoma de Galicia que demostraba que, en lugar del descenso del que alardeaba la administración conservadora utilizando la trampa que no contempla como déficit público el contraído por las fundaciones (no solo sanitarias), éste había aumentado siguiendo una curva ascendente (como una asíntota).

¿Necesitamos más experimentos para saber qué es lo que está pasando? No hay ninguna voluntad para analizar los resultados de la gestión empresarial de los centros sanitarios públicos. Apenas existen publicaciones que muestren los resultados de estos experimentos en términos de salud y de equidad para la población y los usuarios. Es difícil conseguir información que permita realizar un análisis serio y riguroso, pero hay que intentarlo. Creo que el Partido Socialista se debería dotar de una estrategia para hacer frente a estas formas de gestión privada (que no son tan nuevas, como se ha dicho anteriormente en este

foro), y para equilibrar la tremenda presión en su favor que realizan los poderosos *lobbys* del sector privado. Las fundaciones sanitarias, las PFI y otras propuestas de gestión sanitaria responden a intereses económicos vinculados a agentes económicos que se están repartiéndose la tarta del presupuesto sanitario público, sin mejorar su eficiencia y dañando su equidad.

Ricardo Campos

Al hilo de lo que estaba diciendo Manolo Martín, esto ocurre en empresas nuevas y no tan nuevas, porque concretamente en Valencia, el Consorcio Hospital General hace ya años que ha privatizado (o externalizado) servicios no clínicos, y ahora, incluso, servicios clínicos, como el laboratorio.

Voy a ser breve, pero la verdad es que hay que poner orden en todo esto. Insisto en que me da pánico la extensión de estos sistemas de gestión, fundamentalmente porque la planificación sanitaria se deja en manos de empresas privadas. Está claro que no son hermanitas de la caridad. Su objetivo es ganar dinero y, por consiguiente, asignan los recursos en función de sus necesidades comerciales. Por lo tanto, me lo cuenten como me lo cuenten, pelagra la calidad: menos camas, menos profesionales y sobrecargas de trabajo. Creo que a ciertos políticos o a la clase política le ha entrado pánico a que sean etiquetados de rancios y obsoletos porque no quieren explorar o seguir las medidas de las formas de gestión alternativas. Considero que hay que dejar de asustarse por defender un sistema sanitario público que ha demostrado eficacia en muchos aspectos. Indudablemente habrá que articular mecanismos para poder transformar lo que no funciona bien, sin tener que recurrir a estas formas de gestión o a poner en manos de la gestión privada completa, de las empresas privadas esto, porque al final se convierte la salud en un negocio. La salud es algo más que un negocio. Las empresas privadas pueden participar, pero no se debe hacer negocio con lo que entendemos como salud de la población. Ayer mismo, le decía al gerente del Complejo de Alzira: “Yo no soy dogmático, yo puedo estar abierto a las nuevas formas de gestión. Lo que no puedo valorar seriamente es si son o no son eficaces”, y en eso le contesté a De Rosa “si a mí los datos que me hacen falta para poder evaluar realmente la calidad que ofrecen y que es lo mejor del mundo se me ocultan, no puedo tener una opinión”. Existe falta de transparencia. Se ocultan los datos a las Cortes, con la excusa de que como es una empresa privada no tienen por qué dar información, aunque el partido que esté gobernando, que la está soportando, sí que la tiene. En la Sindicatura de Cuentas le han tirado de las orejas, pero actualmente han dejado de darles tirones de orejas porque ya no pueden con ellos. Sí que coincido, y no me asusto en decirlo, en que soy partidario de la descentralización, como decía De Rosa, pero deben existir unas mínimas normas de comportamiento. Hay que aumentar las competencias del Estado, que debe tener más competencias de las que tiene en este momento, y así poner orden y transparencia en las listas de espera, indicadores, sistemas informáticos, etc.

Respecto a las nuevas formas de gestión, ya he comentado anteriormente que me preocupa muchísimo la formación. El nivel de calidad que tenemos en la formación de los médicos residentes en España se va a perder. No tengo nada en contra de profesionales de otros países, pero, por poner un ejemplo, en el hospital de Torrevieja, que es el segundo que se ha puesto en marcha después de Alzira bajo la fórmula de concesión ad-

ministrativa, más de la mitad de la plantilla son médicos importados de países del Este. No sé dónde y cómo se han formado esos médicos, no lo voy a poner en duda, pero el que tengan el título no quiere decir que tengan la capacitación. Lo siento mucho, pero esto es así. Y, para terminar, igual que ha dicho Carlos, existe un compromiso firme del Partido Socialista en el País Valenciano, compromiso reflejado en primer lugar en la Conferencia Política del año pasado y, actualmente, en el Programa Electoral Autonómico que aprobamos en el Comité Nacional el sábado pasado. El compromiso es que no se va a hacer ninguna concesión administrativa más. Respecto a qué vamos a hacer con las que ya existen, es la pregunta del millón. Pues ya veremos. Si volvemos a gobernar, se abrirá la caja, y después de ver lo que hay se decidirá. Lo que sí es cierto es que hay una voluntad política, como la del Gobierno gallego, de rescatar todo lo que se pueda y devolverlo al sistema público (en el momento en que las finanzas lo permitan, ya que es la comunidad más endeudada, a pesar de formar parte del eje de la prosperidad con Madrid).

Javier Rey

“ Estoy de acuerdo con muchísimas de las cosas que se han dicho, y solo voy a subrayar o matizar algunas de ellas. La primera, como ha señalado Ramón Gálvez, es que el modelo de gestión de los servicios públicos que se aplica en cada caso influye de manera sustantiva en los servicios que se prestan a la población. Y eso se traduce en cosas como las que decía Ramón y de las que se podrían multiplicar los ejemplos. Yo mismo he tenido hace pocos días conocimiento de los servicios prestados en un hospital público inglés a la hija de un amigo también médico. Dentro de ese hospital diferentes servicios, entre ellos en el que ingresó por una peritonitis la hija de mi amigo, funcionan como “institutos” autónomos que gestionan sus servicios de manera independiente y en régimen de concierto o acuerdo con los restantes servicios del hospital, incluidos los de carácter general (radiología, laboratorio u otros), pagando por cada una de las actuaciones que demandan a éstos. El sistema es semejante al que se ha puesto en funcionamiento en diferentes hospitales públicos españoles, entre ellos algunos gallegos. Esta chica casi se muere porque en el servicio así constituido, según el relato de su padre, que es cirujano, le hicieron la menor cantidad posible de pruebas analíticas y radiológicas indicadas para no tener que pagarlas, e incluso tuvo que someterse a una segunda intervención, porque en la primera de ellas, practicada de urgencia sin esos estudios previos, no la limpiaron suficientemente como para resolver una peritonitis generalizada y la tuvieron que volver a abrir. No sería difícil encontrar otros casos semejantes, y multitud de desastres como ése, que se ha resuelto con la evacuación de la paciente a España (gestionada a través de un seguro privado español tras numerosos problemas burocráticos), se podrían poner como ejemplos perfectamente explícitos de lo que decía Ramón en último término: el modelo influye en la calidad de la prestación. Y esto es lo que creo que, primero, tendría que resaltarse por los propios partidos de izquierda que empiezan a aclararse un poco sobre el asunto.

Una segunda cuestión sobre la que deberían mantener una postura los partidos de la izquierda es sobre las razones que justifican la introducción de cambios en la gestión de los servicios públicos, y entre ellos los hospitalarios. La razón que se ha venido invocando, inicialmente desde la derecha, pero que se ha aceptado luego de manera acrítica desde la

izquierda, ha sido la mejora de la eficiencia de los servicios así gestionados. Esa razón, como se ha puesto de relieve en distintas intervenciones, es sencillamente falsa. La prueba es que reformas de este carácter no se han puesto en marcha donde había más ineficiencia en el conjunto del sistema, sino, por el contrario, en los sistemas que eran globalmente más eficientes, en concreto en aquellos países que disponían de sistemas caracterizados como “servicios nacionales de salud”. Una segunda prueba de la falacia de esas razones es que una vez introducidas las reformas, y como se ha puesto de manifiesto en numerosos análisis, tampoco se ha preocupado nadie de evaluar los cambios en la eficiencia que se pueden haber producido por su introducción. El mejor ejemplo es el Reino Unido, donde la afirmación de que “las reformas que hemos ido introduciendo nadie las ha evaluado” es un lugar común. Es por eso aún más paradójico que reformas de este carácter las haya difundido en el Reino Unido el Partido Laborista, en contra de lo que había comprometido en su programa inicial cuando accedió al gobierno, y haya desarrollado sin límites lo que no había hecho ningún gobierno conservador: en el momento actual hay más de 50 iniciativas del tipo de la PFI para gestión de hospitales promovidas por el Partido Laborista. La razón invocada para su desarrollo es la mejora de la eficiencia de su gestión, y está previsto extender aún más el modelo sin evaluar sus resultados, que están siendo puestos en cuestión desde ámbitos académicos y sindicales.

Una tercera cuestión a resaltar desde el ámbito de la izquierda es que el desarrollo de estos “no nuevos”, como decía Ramón Gálvez, modelos de gestión es que carecemos de la información necesaria para evaluarlos, y que sin ella podemos suponer que su introducción y difusión obedecen a razones e intereses distintos a los que públicamente se aducen para justificarlos. De cara a la constitución de sistemas de información adecuados, esta cuestión también tiene una proyección sobre España. Se ha hablado de recentralizar, de superar competencias, etc. Personalmente me parece imposible que sea responsabilidad de la Administración General del Estado el establecimiento de sistemas de información, imprescindibles para la gestión descentralizada de un sistema de protección sanitaria universal como el nuestro. Aunque esté totalmente de acuerdo con los criterios que, además, también los hemos compartido leyendo libros comunes (una fuente de inspiración muy reciente que recomiendo es el libro de Ricardo Sosa Wagner *El Estado fragmentado*, que analiza el caso del Imperio austrohúngaro, invocado con frecuencia como modelo desde ámbitos catalanes, incluidos algunos socialistas como el malogrado Ernest Lluch). Pero creo que también hay que reconocer que en la realidad la constitución de esos sistemas de información se ha convertido en una pura cesión a quienes gobiernan en cada una de las CC AA, cuyos intereses no pasan por proporcionar información sobre cómo gestionan los servicios de los que son responsables. A mí me parece que esa situación es la que desde el punto de vista político de alguna forma se ha patrocinado también cuando ha gobernado la izquierda. A ésta, sin embargo, creo que hay que demandarle ahora propuestas distintas para la constitución de sistemas de información eficaces. El modelo para crear sistemas de información en el SNS no puede ser el discurso competencial. Conforme a la Ley General de Sanidad, el Estado es competente en tal o cuales cosas, entre ellas la constitución de los sistemas de información. Siendo así, ¿por qué hemos permitido que éstos se desarrollen en sentido contrario? Esto lo vamos a pagar durante unos cuantos años. A mí me parece que la constitución de sistemas de información va en la línea de lo que decía Rosa. Es decir, construyamos sistemas de información con incentivos. Como nos dediquemos a decir “es que la competencia en lograr la información es del Estado”,

estamos tan condenados al fracaso como lo hemos estado en los últimos veinte años, y yo lo he podido vivir en directo. Constituyamos sistemas de información, por ejemplo, como el canadiense, el Instituto Canadiense de Información Sanitaria, que está radicado no en el propio sistema y, por tanto, no es “propiedad” del Gobierno central, sino en una universidad, y de cuyo patronato u órgano de gobierno pueden formar parte todas las administraciones, tanto la central como las regionales (en aquel caso las provincias canadienses, que vienen contribuyendo con sus datos de toda clase, incluidos los referidos a su gestión económica, a ese Instituto desde hace más de veinte años). Y luego establezcamos incentivos financieros, que no pueden ser de otra manera, de financiación condicionada, para que el que no aporte la información requerida no reciba determinada financiación. Eso también lo ha mencionado Rosa, lo ha defendido Pepe Martín en un trabajo para la Fundación BBVA y modestamente yo también lo he propuesto en otro trabajo reciente para la propia Fundación Alternativas. Establezcamos modificaciones no sustanciales en el sistema de financiación autonómica que permitan introducir mecanismos de incentivación en el mantenimiento de ciertos objetivos comunes del sistema, entre ellos la disponibilidad de sistemas adecuados de información que nos permitan evaluar también estas modalidades de gestión antes de su generalización o su dispersión. Porque si no hay incentivos de este tipo esto se nos va al garete. Y lo que predominan son los intereses locales. En fin, es mi opinión. Ya que se hablaba de constitución de sistemas de información, creo que es importante que discutamos también cómo hacerlo de manera eficaz y con propuestas diferenciadas desde el ámbito de la izquierda.

M.^a José Alende

“ Estoy de acuerdo con aquéllos que dicen que, si desde la izquierda pusiéramos más énfasis en la defensa de la cohesión y los elementos que nos caracterizan, posiblemente estaríamos en un escenario distinto al que tenemos. Por tanto, lo mismo que no voy a renunciar a defender un sistema sanitario como el que todos tenemos en la cabeza, no voy a renunciar a la crítica de algunos elementos de gestión y del sistema de gobierno. Mirando a estos países que llevan muchos años de modelo general, como es el alemán, los grandes grupos que son alternancia en este país tendrán que llegar a puntos de acuerdo, si no vamos a la descapitalización absoluta, no del Estado, sino de lo que es Administración General del Estado, que es la que tiene que propiciar la cohesión y los modelos de cohesión. Digo, porque yo que soy gallega, hecho y derecho diferencial, siempre me he sentido identificada con la clase de pertenencia y no con la partida de nacimiento. Eso me ha parecido siempre absolutamente retrógrado. Sea gallega, valenciana, creo que estamos perdiendo la esencia de la izquierda: se denomina modernas a las nuevas formas de gestión simplemente porque son nuevas, lo que obliga a muchos a sentir la obligación de defenderlas, aunque sean contrarias a su ideología.

Hay algunas cosas sobre las que me gustaría reflexionar. Nosotros no tenemos un modelo sanitario público. Tenemos modelo sanitario mixto, y es el que se ha definido en la Ley General de Sanidad, en la que damos al sector público un papel permanente y un elemento complementario al sector privado. Además, en todas las normativas que se han aprobado desde el proceso de transferencias, independientemente de cuándo se hayan producido, se ha configurado una gestión pública.

Creo que, además, tenemos otro problema, y es que hemos hecho mal el recorrido del modelo Bismarck al modelo Beveridge. Todavía tenemos reminiscencias Bismarck en un modelo Beveridge, como es el tema de farmacia, o porque mantenemos aseguramientos diferentes, cuando hablamos de funcionarios, con lo cual no existe. Existe un modelo universal para el común de los mortales, menos para dos millones de ciudadanos, más los militares, más los que generan opinión en este país a través de las tertulias, que son los periodistas. Es así. Ese modelo, algún ciudadano lo ha querido copiar y tenemos a seis millones de ciudadanos en este país con seguro complementario, que además se sustenta en el modelo que hemos nutrido, que es Sanitas, Adeslas... y podemos darle la espalda, pero, si no tenemos en cuenta esto, nos equivocamos.

En mi opinión, el problema del PFI no es la externalización. Porque externalización de lo que son sistemas no sanitarios existe en todos los modelos, desde el modelo de gestión tradicional, que ha ido externalizando la cocina, la limpieza, la lavandería, lo que no era estratégico para el diagnóstico. Ése no es el problema del PFI desde mi punto de vista. Voy a decir cuáles son los dos problemas por experiencia propia, y los compañeros de Valencia me daréis la razón. Cuando se hizo la concesión administrativa de Alzira, del PFI, desde Comisiones Obreras fuimos hasta las últimas consecuencias y nos encontramos bastante solos porque lo hicimos solos, sin apoyo ni del Parlamento, ni de la oposición, ni del Gobierno, ni de los ciudadanos mismos... porque lo que estaba calando es “usted va a tener un hospital y qué más le da a usted cómo se gestione”. Era como nadar contra corriente, y los partidos, en aquel momento, cegados por los intereses de inversión en alguna caja autonómica, no vieron que tuviesen que remar en la misma dirección que Comisiones Obreras. Lo digo porque luego de aquellas cosas vienen estas otras.

Pero no me preocupa si se produce una externalización o le dan la concesión a alguien de la limpieza, la cocina o el mantenimiento. Me preocupa que el modelo de PFI no es rentable económicamente si no se controla la demanda. Y solo se controla la demanda si se gestiona la atención primaria. Y el tiempo nos viene a dar la razón. No fue una experiencia piloto de una gestión de un hospital que podríamos observar, no soy nada beligerante si se trata de mejorar la calidad del funcionamiento del sistema. Es que el tiempo nos ha dado la razón. Es que no es rentable y se ha ido a su generalización, a la generalización del modelo en la atención primaria. Porque si no, no salen las *ratios*. Porque, si no controlo el equipo, no hago el efecto y, por tanto, el hospital tiene que atender todo lo que llega. Y por tanto, se dispara el gasto en función del beneficio que yo tenía pensado obtener. El problema no es solo que sea una experiencia, como se ha demostrado, que no añade ningún valor, sino que, además, se extiende como una mancha de aceite.

Ramón Gálvez

“ Tal vez sea necesario añadir ahora alguna reflexión general sobre el modelo progresista de sociedad. Efectivamente, desde el ámbito de las posiciones consideradas de “izquierda” se viene asumiendo acriticamente que las alternativas y desarrollos del actual sistema de mercado constituyen las únicas formas posibles.

Sin embargo, es preciso señalar que existe al menos otro enfoque: reivindicar las libertades republicanas entendidas como garantía clave para una sociedad diferente, frente

a las libertades individuales que defiende la derecha. Señalaba Luis García Montero recientemente, desde su visión como poeta y ciudadano, su rechazo de “aquellas libertades individuales” que posibilitan todo tipo de acciones dirigidas exclusivamente a la extorsión y el beneficio.

La sanidad, como la educación, es la base desde la que la izquierda debe impulsar fuertemente acciones dirigidas a conseguir la equidad de los ciudadanos en el desarrollo de sus libertades republicanas.

Juan Manuel Eguiagaray

■ Tras estas palabras es difícil añadir otras tan inspiradas. En todo caso, quería agradecer a todos vuestra participación.

Para terminar, dos consideraciones que me han sugerido algunas de las intervenciones. Estaba en algún momento sonriendo para mí mismo, al comprobar en algunos comentarios un cierto toque de nostalgia. Algunos de los viejos sistemas del pasado producían una cierta seguridad, y el mundo quizás era algo más simple hace un tiempo. Incluso los presupuestos ideológicos estaban más claros. Hoy están menos claros y el mundo es infinitamente más complejo. Sin embargo, no estoy del todo convencido de que solamente con un discurso ideológico seamos capaces de hacer que prevalezcan los valores que estamos queriendo defender. Estamos queriendo defender las libertades republicanas, sin duda la libertad individual, pero también el marco de libertades colectivas y de igualdad y equidad para el conjunto de ciudadanos. No podemos estar seguros de que solamente con la bandera, regional, territorial o ideológica, sea suficiente. Me parece que para tener un discurso que pueda ser parcialmente compartido en esta sociedad más bien racionalista, que tiende a ser racionalista, necesitamos argumentos basados en datos empíricos. Necesitamos un terreno común de discusión, y para ello son necesarios indicadores acertados y sistemas de información, de los que se ha hablado abundantemente. Pero yo no creo que podamos hacer una condena incondicional ni de los viejos ni de los nuevos sistemas de gestión si no es en términos de sus propios méritos. Y, por tanto, creo que hay que hacer un análisis uno por uno en función de las circunstancias y de lo que ocurre. En el ámbito de la izquierda sanitaria y en otros servicios públicos nos falta un discurso algo más compacto y mejor fundamentado. Pero no un discurso basado tanto en la legitimidad de origen, en una ideología más o menos de la izquierda, sino en algo que tenga que ver con valores que otra gente pueda compartir o que, por lo menos, les parezcan racionales, si no es muy difícil el diálogo. Si al final el debate sobre las nuevas formas de gestión es que el PP hará esto y el PSOE hará lo contrario, pero no en función de parámetros o de pruebas fehacientes del éxito o del fracaso de los modelos, sino en función de que unos son de izquierda y los otros de derecha, etcétera, estaremos haciendo un debate escasamente racional. Y creo que hay pruebas en contrario. Seguramente en las formas –no nuevas, por cierto, sino antiguas– de gestión, hay muchos elementos de éxito y de avance. Y también hay, además, evidencias empíricas en el Reino Unido, en Australia, en otros sitios, que sugieren que hay que tener un poquito de cuidado con lo que se hace en vez de pretender la generalización de estas experiencias.

Pero en fin, me quedaría con una impresión final. Los elementos de la cohesión del sistema, más allá de las competencias que pueda tener el Ministerio de Sanidad, son tam-

bién problemas de opinión pública. Si la opinión pública estuviera de acuerdo en que las comunidades autónomas fueran por su lado y solicitasen más dinero cuando lo necesitaran, tendríamos que hacer frente a un problema de opinión pública. Efectivamente, si alguien piensa: aunque ineficientes, si vamos a la Comisión del SNS o a la Conferencia de Presidentes y pedimos más dinero y nos lo dan, eso significa que nuestra comunidad ha “triunfado”. Entonces, ¿qué disciplina hay? Seguramente, no es un problema jurídico, sino un problema de opinión pública, bastante más complejo.

Por lo tanto, información, evaluación, datos, creo que son elementos de importancia. No sé si de verdad tenemos todos los ingredientes del discurso debidamente acabados. Pero una cierta idea de lo que es sensato y de lo que es insensato o contraproducente quizás valdría la pena poner por escrito, a partir de ahí podemos avanzar. Hagámoslo.

Cuadernos publicados

- 1/2004. El control político de las misiones militares en el exterior. Debate de expertos.
- 2/2004. El sector del automóvil en la España de 2010. Debate de expertos.
- 3/2004. La temporalidad en la perspectiva de las relaciones laborales.
- 4/2004. La contención del gasto farmacéutico. Ponencia y Debate de expertos.
- 5/2004. Alternativas para la educación. Debate de expertos.
- 6/2004. Alternativas para el cambio social. Zaragoza, 26 de noviembre 2004
- 7/2005. Las bases y los límites del consenso en la política exterior española. Debate de expertos.
- 8/2005. Los mecanismos de cohesión territorial en España: análisis y propuestas. Debate de expertos.
- 9/2005. La inversión de la empresa española en el exterior: nuevos aspectos económicos, políticos y sociales. Debate de expertos.
- 10/2005. El futuro de RTVE y EFE. Debate de expertos.
- 11/2005. El recurso de amparo constitucional: una propuesta de reforma. Debate de expertos.
- 12/2005. Guerra de Irak y elecciones del 14 M: un año después. Debate de expertos.
- 13/2005. Azaña y Ortega: dos ideas de España. Debate de expertos.
- 14/2005. El aborto en la legislación española: una reforma necesaria. Debate de expertos.
- 15/2005. Los objetivos políticos del Presupuesto de Defensa español. Debate de expertos.
- 16/2005. Alternativas para la España plural. Debate de expertos.
- 17/2005. Reformas para revitalizar el Parlamento español. Debate de expertos.
- 18/2005. Las nuevas tecnologías aplicadas a la agroalimentación. Entre la preocupación y la urgencia. Debate de expertos.
- 19/2005. El crecimiento del sistema español de I+D. De la teoría a la realidad. Debate de expertos.
- 20/2005. La Agencia Europea de Defensa y la construcción europea: la participación española. Debate de expertos.
- 21/2006. Alternativas para la España plural. Debate de expertos.
- 22/2006. La crisis energética y la energía nuclear. Debate de expertos.
- 23/2006. Unión Europea y América Latina: retos comunes para la cohesión social. Debate de expertos.
- 24/2006. Alternativas para la España plural. Debate de expertos.
- 25/2006. Una financiación autonómica equitativa y solidaria. Debate de expertos.
- 26/2006. Solución de conflictos por medios no jurisdiccionales. Debate de expertos.
- 27/2006. El sistema de servicios sociales español y las necesidades derivadas de la atención a la dependencia. Debate de expertos.
- 28/2006. El modelo social europeo. Laboratorio Alternativas-Policy Network.
- 29/2006. Alternativas para la España plural. Debate de expertos.
- 30/2006. Inmigración e integración: un reto europeo. Debate de expertos.
- 31/2006. La intervención médica y la buena muerte. Debate de expertos.
- 32/2006. La frontera entre el sistema público de I+D+i y las empresas. Un obstáculo capital para el desarrollo. Debate de expertos.
- 33/2006. Retos del modelo social y económico europeo. Debate de expertos.
- 34/2006. Alternativas para la España plural. Debate de expertos.
- 35/2006. Sanidad y cohesión social. Debate de expertos.
- 36/2006. La identidad europea: unidad en la diversidad. Sevilla, 16 de noviembre de 2006
- 37/2006. Un espacio de seguridad compartido en el Magreb: la contribución franco-española. 13 de noviembre de 2006.
- 38/2006. Justicia de las víctimas y reconciliación en el País Vasco. Debate de expertos.
- 39/2007. Servicios sociales y atención a las necesidades de dependencia. Debate de expertos.
- 40/2007. Hacia un Espacio Europeo de Educación Superior. Murcia, 5 de febrero de 2007.
- 41/2007. La cooperación en cultura-comunicación, vista desde Iberoamérica.
- 42/2007. Misiones de paz de las Fuerzas Armadas españolas. Zaragoza, 7 de junio de 2007.