

Area de Políticas Públicas, Sociales y Estado del Bienestar

OBSERVATORIO

POLÍTICAS DE SALUD

2010
SEPTIEMBRE
11

La organización general del
Sistema Sanitario Público

MANUEL MARTÍN



Fundación 1º de Mayo | Centro Sindical de Estudios
C/ Arenal, 11. 28013 Madrid. Tel.: 913640601. Fax: 913640838
www.1mayo.ccoo.es | 1mayo@1mayo.ccoo.es

Observatorio Medios de Comunicación y Sociedad. ISSN: 1989-6050

La situación de la Salud en España

Este documento forma parte de un amplio informe que lleva como título “La situación de la Salud y el Sistema Sanitario en España” elaborado por el Observatorio de Políticas de Salud de la Fundación 1º de Mayo, y se acompaña de algunos datos clave para su lectura, así como de una batería de propuestas que se consideran necesarias para la mejora del Sistema Sanitario en España.

Los distintos capítulos del informe serán publicados periódicamente en la página Web de la Fundación 1º de Mayo (www.1mayo.ccoo.es):

1. LA SITUACION DE SALUD EN ESPAÑA
Manuel Martín
2. DESIGUALDADES EN SALUD
Manuel Martín
3. FINANCIACION SANITARIA
Marciano Sánchez Bayle
4. EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD
Joan Canalls
5. EL PAPEL DE LAS CCAA Y LA COHESION DEL SNS
Joan Canalls
6. EL DESARROLLO LEGISLATIVO DE LAS CCAA
Joan Canalls
7. LA ORGANIZACIÓN GENERAL DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO
Manuel Martín
8. LAS MUTUALIDADES DE FUNCIONARIOS
Santiago Porras
9. LA SALUD LABORAL
Carmen Mancheño
10. SALUD Y GENERO
Mercedes Boix
11. LA SITUACIÓN DE LOS HOSPITALES EN ESPAÑA
María Luisa Lores
12. La ATENCION PRIMARIA DE LA SALUD EN ESPAÑA
Javier Gonzalez
13. CRISIS Y PERSPECTIVAS DEL MERCADO FARMACÉUTICO
Carlos Ponte
14. INVESTIGACION EN SALUD
Luis Palomo
15. LOS PROFESIONALES DE LA SALUD: NECESIDADES Y FORMACION
Marciano Sánchez Bayle
16. PARTICIPACION SOCIAL Y PROFESIONAL
Carmen Sánchez

LA ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO

Manuel Martín García

La Ley General de Sanidad estableció un modelo sanitario que integraba todas las estructuras y servicios públicos en una estructura que se definió como Sistema Nacional de Salud (SNS).

El SNS está integrado a su vez por el conjunto de los servicios de salud de las Comunidades Autónomas (que responde al modelo descentralizado de la Constitución Española) y contempla todas las funciones y prestaciones sanitarias de responsabilidad pública para garantizar así el carácter universal del derecho a la salud.

Sus características esenciales son: La universalidad, la integralidad, la coordinación de los recursos sanitarios públicos en un dispositivo único, la financiación pública y la prestación de una atención integral de la salud con una calidad debidamente evaluada.

En cada Comunidad Autónoma existe un Servicio de Salud que integra a su vez a todos los centros, servicios y establecimientos de la propia Comunidad, Diputaciones, Ayuntamientos y cualesquiera otras Administraciones territoriales intracomunitarias, bajo la responsabilidad de la respectiva Comunidad Autónoma.

Estos servicios de salud se deberán planificar con criterios de racionalidad de acuerdo con las necesidades sanitarias de cada territorio (Plan de Salud). Para garantizar esta planificación se dividió el territorio en demarcaciones geográficas y la legislación obliga a que la creación de nuevos centros o servicios sanitarios tiene que realizarse de acuerdo con los planes de salud autonómicos. Las CCAA pueden crear los órganos de gestión y control es sus servicios de salud, siempre y cuando no contravengan las bases fundamentales de la LGS.

Las Comunidades Autónomas deben garantizar la participación de los ciudadanos mediante órganos específicos a nivel de CCAA, área sanitaria y centro.

Las CCAA constituirán en su territorio las denominadas áreas de salud como estructuras fundamentales del sistema para garantizar la planificación, gestión, la coordinación entre niveles. Estas estructuras deberían estar dirigidas por un órgano que integre los diferentes niveles asistenciales y deberán quedar delimitadas de manera que puedan cumplirse desde ellas todos los objetivos establecidos por la LGS (como regla general entre 200.000 y 250.000 habitantes)

Para conseguir la máxima operatividad y eficacia en el funcionamiento de los servicios a nivel primario, las áreas de salud se dividirán en zonas básicas de salud marco territorial de la atención primaria de salud donde desarrollan las actividades sanitarias los centros de salud que deberán desarrollar su trabajo de manera integral e integrada y mediante el trabajo

en equipo todas las actividades encaminadas a la promoción, prevención, curación y rehabilitación de la salud.

Cada área de salud estará vinculada o dispondrá, al menos, de un hospital general, con los servicios que aconseje la población a asistir, la estructura de ésta y los problemas de salud que deberá coordinar su actuación con los servicios de AP y con el resto de la CCAA a través de una red integrada de hospitales del sector público (sector privado podrá colaborar con el sistema público mediante convenio siempre y cuando las necesidades asistenciales lo justifiquen y con carácter complementario)

En los servicios sanitarios públicos se tenderá hacia la autonomía y control democrático de su gestión, implantando una dirección participativa por objetivos.

La evaluación de la calidad de la asistencia prestada deberá ser un proceso continuado que informará todas las actividades del personal de salud y de los servicios sanitarios del Sistema Nacional de Salud, mediante órganos en los que deberán participar los profesionales.

La Atención Primaria sufrió una profunda reforma en su organización y funciones en los años 80 (constitución de los equipos de atención primaria multidisciplinares, creación de la figura de coordinador de centro, trabajo planificado por programas, diagnóstico de salud, etc.). Sin embargo esta quedó paralizada por falta de recursos (su financiación no superó nunca el 14-15% del presupuesto sanitario y el no desarrollo de las áreas de salud impidió la coordinación con los hospitales impidiendo así que pasara a desempeñar el papel de eje del sistema). Desde entonces apenas se han puesto en marcha mejoras reformas organizativas salvo los contratos programa de escasa repercusión real. La informatización de los centros y la eliminación de las limitaciones en el acceso de recursos diagnósticas pueden abrir una puerta a la mejora de la coordinación con los hospitales que garantice la medicina integral e integrada

El sistema sanitario en España se enfrenta a tres importantes retos

1.- ***Fragmentación y descoordinación*** del sistema como consecuencia de un proceso de descentralización de las competencias sanitarias que se desarrolló a un largo período de tiempo de casi 20 años mediante negociaciones bilaterales en las que tuvieron una fuerte influencia intereses políticos ajenos a la sanidad que determinaron el surgimiento de importantes diferencias y que culminó 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 que lo limitan: La Ley de Cohesión del Sistema Nacional de Salud (aprobada unánime por todos los partidos) no se ha desarrollado ni aplicado; no existen mecanismos de coordinación efectiva dado que el Consejo Ínter territorial se ha transformado en un escenario de lucha partidaria; el Modelo de Financiación Sanitaria no garantiza la suficiencia ni el carácter finalista de la misma; no existen instrumentos efectivos para reducir las desigualdades entre CCAA; no se dispone de un sistema de información sanitaria a nivel de Estado. Un

problema asociado a la descentralización es está siendo aprovechada por las fuerzas conservadoras para introducir cambios organizativos y funcionales para debilitar privatizar el sistema sin suscitar una respuesta general por parte de todo el sistema.

2.- **Ineficiencia e irracionalidad** de su funcionamiento que se traduce en baja productividad, variabilidad irracional de muchas decisiones clínicas, ausencia de evidencia científica en las decisiones clínicas y desmotivación profesional. Esta situación tiene que ver con la ausencia de una política de personal incentivadora; con deficiencias en la gestión consecuencia de que gran parte de los gestores son nombrados atendiendo a criterios de afinidad y finalidad política; con la paralización del desarrollo de las áreas sanitarias como espacios de gestión integrada y de la descoordinación entre niveles asistenciales

3.- Un importante **crecimiento del gasto** sanitario consecuencia del desarrollo de las nuevas tecnologías, del envejecimiento de la población, del cambio en las expectativas y demandas de los ciudadanos y de la presión de la industria farmacéutica y del sector privado por apoderarse de una parte sustancial de los fondos que el Estado destina a sanidad (el gasto farmacéutico crece muy por encima del sanitario, las aseguradoras participan en la provisión de asistencia sanitaria de los funcionarios del Estado con MUFACE, ISFAS con un importante sobrecoste, o la colaboración privada en la Financiación y construcción de las nuevas infraestructuras multiplica el precio final de los centros).

Esta crisis, compartida por los sistema sanitarios de todos los países desarrollados, ha generado dos estrategias antagónicas:

1.- Una fundamentada en criterios científicos y racionales entre las que cabría destacar la Estrategia "Salud Para Todos" de la Organización Mundial de la Salud que pretendía reorientar los sistemas a la promoción de la salud, poner la Atención Primaria como eje del sistema y responsabilidad a la población en el cuidado de su salud y otras corrientes que compartían una parte de sus planteamientos como la Epidemiología Clínica y la Medicina Basada en la Evidencia.

2.- Otra de corte neoliberal que pretende reducir el papel del Estado en la prestación de los servicios sociales (incluyendo los sanitarios) e introducir el Mercado como solución a los problemas de ineficiencia.

La correlación de fuerzas fue cambiando a lo largo de los años 80 y 90 en los que los planteamientos salubristas de la OMS fue cediendo terreno a los neoliberales que contaron con importantes apoyos políticos, empresariales, académicos y sobre todo de organismos internacionales como el Banco Mundial, la Organización Mundial del Comercio y del Fondo Monetario Internacional. El Informe Banco Mundial 1987 planteaba los pilares de la estrategia privatizadora que se ha ido desarrollando progresivamente en los países europeos y en España: Trasladar a usuarios gastos de prestaciones (copago), potenciar el aseguramiento privado, utilizar los recursos privados para proporcionar asistencia pública, fragmentar y descentralizar servicios sanitarios públicos, trasladar las relaciones de mercado al ámbito sanitario y

mejorar la eficiencia de los servicios con intervenciones que busquen maximizar la productividad y reducir costes.

En España estas propuestas de reforma se concretaron en el Informe Abril que planteaba una reforma basada en: Separar financiación de provisión; transformar a los centros sanitarios públicos en empresas de gestión privada; y crear un mercado sanitario interno para introducir la competencia entre proveedores de servicios sanitarios. El desarrollo de la misma se plasmó en una serie de medidas desarrolladas con mayor o menor intensidad en los Servicios de Salud Autonómicos: Desregulación de las relaciones sanitarias; recortes de gastos que afectaron especialmente a las Atención Primaria y al personal sanitario; intentos de laboralización del personal para recortar derechos adquiridos; otorgar dar autonomía a los centros sanitarios para contratar personal y adquirir recursos y subcontratar servicios con el sector privado (externalizar servicios)

En base a estos planteamientos y contando con la colaboración de grupos de presión política, empresarial y multinacional, se están desarrollando y experimentando diferentes fórmulas alternativas a la gestión pública, a la que se califica de burocrática, ineficiente, desincentivadora y poco transparente. Estas propuestas que se podrían denominar como Nueva Gestión pretenden eliminar el carácter jerárquico de las organización sanitaria fraccionándolo en múltiples empresas acogidas al modelo privado y dotadas de autonomía plena para que desarrollen los mecanismos de mercado en la sanidad y en los que la población y los sanitarios no están teniendo ninguna oportunidad de intervenir.

Como consecuencia se están introduciendo importantes cambios organizativos y funcionales en el Sistema Nacional de Salud, que agrupan fórmulas jurídicas y modelos de gestión directa, indirecta e híbridos, que oscilan entre dos polos: las burocracias públicas caracterizadas por el principio de jerarquía y la planificación y el mercado caracterizado por la descentralización y los incentivos económicos.

Estos cambios varían según Comunidad Autónoma y están conformando un nuevo modelo sanitario fragmentado y con un fuerte componente privado que está poniendo en riesgo el modelo universal, equitativo y basado en las necesidades sanitarias de la población establecido por la Ley General de Sanidad y pueden desembocar en la desaparición del Sistema Nacional de Salud público, accesible, gratuito y redistributivo.

Las estrategias de reforma en la gestión pública puestas en marcha en España pueden resumirse en la introducción de tres grupos de medidas:

1.- Cambios en la gestión:

Desarrollando modelos gerenciales en los centros y servicios que aplican las técnicas de gestión empresarial: contratos-programa, sistemas de información sobre actividad y costes, planes estratégicos a nivel de CCAA, centros o servicios o gestión clínica, incentivos monetarios, Etc. Los contratos de gestión, adoptados como instrumentos de mejora de la calidad de la asistencia en Atención Primaria y, como medio para la incentivación

de los profesionales no han cumplido, ninguno de los objetivos para los que fueron creados y sufren una importante contestación profesional.

2.- Dotar de autonomía a los centros y desarrollo de mecanismos de mercado

Se han introducido una gran cantidad de medidas que pretenden trasladar el funcionamiento del mercado en las relaciones sanitarias cambiando la estructura y organización de los servicios sanitarios públicos (Fundaciones, consorcios, sociedades anónimas, concesiones administrativas, conciertos singulares, etc.).

3.- Privatización de los recursos y de las prestaciones

Entre ellas cabría destacar: El incremento de la concertación de actividades y servicios con el sector privado; la externalización de servicios tanto sanitarios como de apoyo (laboratorio, radiología, informática, documentación, lavandería, limpieza, etc.), la asignación de la atención de algunas áreas sanitarias (hospitales y/o AP) a aseguradoras o empresas privadas con ánimo de lucro.

En algunos servicios de salud autonómicos se ha dada autonomía de gestión a los centros para favorecer la competencia entre los proveedores, dando así oportunidad al sector privado de hacerse con una parte del presupuesto sanitario público.

Esta idea se ha plasmando en tres tipos de procesos de reforma desarrollados de manera simultánea:

- Contratos programa, contratos de gestión, gestión clínica y gestión de procesos.
- Dotar de personalidad jurídica propia a los hospitales y centros de salud mediante diferentes fórmulas como entes públicos, fundaciones públicas y consorcios.
- Contratos con proveedores privados como las EBAS (Entidades de Base Asociativa de Cataluña, la concesión administrativa a un consorcio empresarial en Alzira en Valenciana o el Hospital de Valdemoro de Madrid).

Una idea compartida en los planteamientos teóricos que justifican estas propuestas es la necesidad de los gerentes asuman riesgos como estímulo fundamental para mejorar la eficiencia en la gestión. Sin embargo la realidad es que allí donde se ha puesto en práctica la realidad se ha ocupado de mostrar que esto es una falacia: El endeudamiento de las Fundaciones Sanitarias Gallegas fue asumido por el Servido Gallego de Salud; las pérdidas y endeudamiento del Hospital de Alzira en Valencia fueron sufragadas por la Consejería de Sanidad o la administración sanitaria madrileña no penalizó económicamente los incumplimientos en los plazos de entrega de los nuevos hospitales de financiación privada de esta CCAA. Al calor de la Nueva Gestión se han desarrollado una multitud de formas de organización y gestión de los centros sanitarios, sin que en ningún caso existan pruebas o evidencias científicamente comprobadas que las respalden.

Sin embargo comparten una serie de planteamientos: Gestión privada, separación financiación de provisión, autonomía empresarial centros, eliminación de controles, laboralización del personal y dotar de mayor poder de los gerentes

1.- Formulas de gestión directa:

Implica la producción del servicio público directamente por la Administración pública, con fórmulas públicas puras o mediante otras con personalidad jurídica propia.

- Formas sin personalidad jurídica propia
- Entes Públicos
- Consorcios
- Fundaciones sanitarias
- Sociedades Mercantiles Públicas
- Entidades Públicas Empresariales

La personificación jurídica propia de los centros sanitarios pretende escapar del Derecho Público (al que se atribuye innumerables problemas como rigidez, burocracia o falta de incentivos) para poder aplicar el Derecho Privado manteniendo el carácter público. Esta fórmula persigue aumentar la flexibilidad y la autonomía de funcionamiento de los centros, sin embargo las evaluaciones realizadas de los resultados de las mismas (y su comparación con de gestión pública), muestran la falacia de esta fórmula que ha sido utilizada como excusa para reducir recursos y actividad asistencial, contratar personal sin criterios de mérito o capacidad, asignar y contratar recursos y equipamiento externo utilizando criterios de afinidad política.

Por otro lado estas formas de gestión son más desincentivadoras para el personal que las públicas, generan déficit importantes y ocultan sistemáticamente información sobre sus resultados. La explicación de este fenómeno es que el modelo empresarial permite escapar de la legislación de las Administraciones públicas, de sus mecanismos de control, y les permite utilizar las normas privadas en materia de contratación, personal y patrimonio, y actuar bajo un régimen presupuestario poco exigente.

La Ley 15/1997, destinada a dar cobertura legal a esta estrategia, no excluye ninguna forma jurídica concreta para la gestión de centros sanitarios lo que abre la posibilidad de crear nuevas fórmulas organizativas con carácter ilimitado, que fragmentarán el sistema y limitarán la posibilidad de gestión integral e integrada.

- Entes de Derecho Público

Son organizaciones con personalidad jurídica de carácter público, pero que gestionan sus recursos conforme al ordenamiento jurídico privado. Están dirigidas a prestar servicios o realizar funciones de autoridad sanitaria (aseguramiento, compra y contratación de servicios). Aunque han sido derogadas en el ámbito de la Administración General del Estado siguen en vigor para las CCAA.

Su regulación se establece en su Ley de Creación, lo que les otorga una enorme capacidad de experimentar fórmulas. Sus recursos humanos están sometidos al derecho laboral privado (laboralización, contratación directa, salario fraccionado, incentivos productividad), aunque pueden aplicar también el régimen funcional o estatutario.

En relación con la gestión de sus recursos materiales y la contratación de equipamiento y servicios deben someterse al TRLCAP. Su gestión financiera y presupuestaria no está sometida al régimen presupuestario de la Administración Pública, sino a un programa de actuación, inversión y financiación y su control se realiza mediante auditorías. Ejemplos: Servicio Catalán de Salud; Servicio Vasco de Salud (Osakidetza); Hospital Costa del Sol, la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias, el Hospital de Poniente o el de Andújar en Andalucía.

- Consorcios

Son entidades con personalidad jurídica y patrimonio propio, que integran a instituciones de la Administración Pública distintos (estatal, autonómico o local), aunque también admiten que puedan integrarse en ellos entidades privadas. Su regulación es mínima, siendo en muchos casos una simple figura que da cobertura legal y que admite los más variados contenidos que son definidos por el Estatuto de cada consorcio que pueden definir el marco organizativo y legislativo aplicable, tanto de sus órganos de dirección como de gestión de sus recursos.

El Consorcio puede utilizar cualquier forma de gestión de servicios como la gestión directa, crear entes jurídicos instrumentales con personalidad propia, crear empresas mercantiles o adjudicar el servicio a un concesionario o arrendatario privado (lo que supone una bicoca para quienes gobiernan las administraciones que los pueden utilizar al servicio de sus intereses político generando lazos de dependencia con sectores empresariales afines).

En Cataluña es donde más se ha utilizado, probablemente debido a la existencia de numerosos centros sanitarios propiedad de los ayuntamientos, y a los que el Gobierno Catalán ha aportado las inversiones y financiación ordinaria mediante la compra de Servicios. En Andalucía la Consejería de Salud, el SAS y la Orden Hospitalaria San Juan de Dios han llegado a un acuerdo para constituir un consorcio sanitario que gestión, curiosamente se ha asignado a una orden religiosa (no se sabe por qué concepto ni a qué intereses responde) lo que sí está claro es que dota al centro de una gran flexibilidad tanto en su política de recursos humanos como para equipamiento y gestión, en detrimento de los intereses de los trabajadores y profesionales sanitarios.

- Fundaciones Públicas Sanitarias

Constituyen organizaciones con personalidad jurídica y sin ánimo de lucro, constituidas por personas físicas o jurídicas, públicas o privadas, que destinadas a realizar fines de interés general. Esta fórmula supone un uso fraudulento de la Ley 50/2002, de 26 de diciembre de Fundaciones (BOE num.310 de 27 de diciembre de 2002), que pretendía regular y facilitar la colaboración privada en actividades de interés general a través del

mecenazgo y sin fines lucrativos (no para gestionar y proporcionar servicios sanitarios).

Los estatutos de cada fundación establecen sus fines, las reglas básicas de funcionamiento, y los órganos de gobierno (Patronato). En términos generales se rigen por el derecho privado, la gestión de sus recursos humanos está sometida al régimen laboral, mientras que para la contratación de obras, bienes y servicios, no les es de aplicación ni el TRLCAP, ni la legislación mercantil, sino las normas de derecho civil, dado su carácter no lucrativo. En relación con la gestión recursos financieros, las fundaciones se rigen por normas de derecho privado con las especificidades establecidas por su legislación específica. Al menos un 70% de los ingresos obtenidos deben dedicarse a los fines fundacionales, el resto, una vez deducidos los gastos de administración y gestión, deben dedicarse a aumentar la dotación fundacional.

Los resultados de algunas evaluaciones realizadas comparándolas con hospitales de características similares demuestran que: Las Fundaciones ofertan menos recursos que los hospitales de similares características: a) Menos personal por habitante, 28,3 % médicos, 40,7% enfermeras, 68,5% personal no sanitario; b) Menos recursos asistenciales 29,7 % camas o 21,5 % quirófanos; c) 18,9 % menos estancias; c) ofertan Menos actividad asistencial : 24,1 % ingresos, 27,4 % consultas; 27,5 % urgencias; d) Realizan selección de riesgos derivando más pacientes a otros centros públicos (69%).

Además las auditorías públicas han detectado numerosas irregularidades laborales: temporalidad y contrataciones irregulares a dedo; externalizaciones con contratos con la misma empresa; adjudicaciones incomprensibles; contratos ruinosos para la CCAA; y una gestión presupuestaria sin rigor ni transparencia que les llevó al endeudamiento y la descapitalización.

En resumen estas fórmulas son menos transparentes, reducen personal más allá de lo racional, reducen actividad asistencial, tienen mayores listas espera, favorecen las corruptelas y el favoritismo y las peores condiciones laborales favorecen la desmotivación y frustración profesional.

- Empresas Públicas

Las Empresas Publicas de Andalucía presentan resultados bastante similares a las Fundaciones, caracterizándose por plantillas escasas, número reducido de camas, falta de transparencia informativa y problemas de los pacientes con patologías más complejas que son derivados frecuentemente a centros de gestión pública.

La Empresa Publica de Fuenlabrada en la CCAA de Madrid creada en 2002 y que se puso en funcionamiento en 2004, no ha sido aún evaluada.

2.- Fórmulas de Gestión Indirecta

En estas formas la producción del servicio público es realizada por el sector privado (lucrativo o no), mediante contratos externos con la Administración Pública que los financia.

- Formas de contratación externa:

Convenios

- Conciertos

Los conciertos sanitarios con contratos administrativos destinados a prestar servicios empleando con medios ajenos. En la mayoría de las CCAA la concertación tenía un carácter limitado a algunos servicios y pruebas complementarias (oxigenoterapia, tomografía, resonancias, etc.), sin embargo en los últimos años se está incrementando de manera importante. La concertación se ha extendido progresivamente a servicios como lavandería, limpieza, seguridad, mantenimiento o catering, y en algunas CCAA como Madrid supera ampliamente el 50% de los centros.

Los resultados de estas externalizaciones muestran problemas de calidad sin que a medio-largo plazo reduzcan los costes.

a asistencia de un área sanitaria a un centro privado que a cambio debe someterse (al menos teóricamente), al mismo régimen sanitario, administrativo y económico de los hospitales públicos, excepto en los aspectos relacionados con la titularidad del centro y la relación laboral con el personal.

El caso de POVISA en Vigo muestra que estos centros no cuentan con recursos equiparables a los de los centros públicos, ofertan menos servicios, su rendimiento es menor (el tiempo de espera quirúrgica duplica al de los hospitales públicos de áreas limítrofes).

La Fundación Jiménez Díaz en Madrid amparándose su carácter no lucrativo ha gozado hasta hace unos años de un concierto para prestar asistencia sin tener asignada un área determinada, situación que le generó problemas económicos resueltos periódicamente con dinero público. Tras la adquisición de la misma por la aseguradora multinacional con ánimo de lucro CAPIO consiguió que la Consejería de Sanidad de Madrid le cambiara los términos del concierto y que le otorgara un área de 400.000 habitantes y un presupuesto muy superior al de los hospitales públicos.

Tanto las concertaciones como las externalizaciones están sirviendo para derivar al sector privado una parte importante del presupuesto sanitario público. Así en la Comunidad Autónoma de Madrid el sector privado cuenta ya con el 47% de los centros y con el 37% de las camas hospitalarias (suponen el 15% del total de la facturación privada en España), y vemos como empresas privadas como Sanitas o Quirón han incrementado su presencia en Madrid contando gracias al apoyo del Gobierno de la Comunidad.

- Concesiones

La asistencia sanitaria especializada de la comarca de La Ribera (Alzira) ha sido adjudicada a una Unión Temporal de Empresas (UTE) constituidas por la aseguradora privada Adeslas (51%), un grupo de Cajas de Ahorros (45%) y empresas constructoras (4%).

Esta concesión implicó la construcción, equipamiento y gestión del centro. Su financiación se realiza por el sistema per cápita, y sus relaciones con la administración Valenciana se realizan por Comisión Mixta con representantes de ambas partes, cuya función es vigilar el cumplimiento del contrato. El régimen jurídico del personal es el laboral regulado por un convenio colectivo propio. El sistema retributivo es flexible, permitiendo retribuir de forma diferente a algunos especialistas, con un sistema de incentivos para incrementar el rendimiento y existe una carrera profesional propia que no exige la dedicación exclusiva (sin embargo en cuatro años el 23% de los médicos ha cambiado, a pesar de que suelen hacer contratos indefinidos, y existe un gran malestar profesional falta de personal y por una desmesurada carga de trabajo)

Desde el comienzo de su actividad este hospital tuvo importantes pérdidas: un millón de euros en su primer año; 900.000 en 2000, 450.000 en 2001 y 2,67 millones en 20021. El pago por persona atendida no era suficiente por lo que se le concedió la posibilidad de facturar por proceso a pacientes de otras áreas de salud (lo que tampoco redujo las pérdidas).

Como consecuencia la Generalitat, contraviniendo la teoría neoliberal del riesgo empresarial como instrumento para mejorar la eficiencia, que acudió en auxilio de la empresa rescindió la concesión administrativa en 2003 (seis años antes de lo previsto), indemnizó a la unión de empresas con 69 millones (43 por el hospital y 25 como "lucro el cesante" que iban a dejar de ganar por la rescisión anticipada, a pesar de las elevadas pérdidas que habían cosechado hasta ese momento), sacó a concurso una nueva concesión con unas condiciones más ventajosas, que incluían no sólo la atención especializada del área, sino también la primaria, los centros de salud (lo que le permite controlar la demanda), un incremento del 68% del canon anual por habitante (de 225 a 379 euros y a 494,7 en 2006) que no incluye farmacia y oxigenoterapia, prótesis y transporte sanitario (la diferencia entre lo presupuestado y lo gastado en farmacia paso de un 16% en 1996 a un 48% en 2005, el transporte de un 41%, y la oxigenoterapia de un 52%). Por último se adjudicó el concurso a la misma UTE de empresas.

El coste de esta política ha condicionado que el Gobierno Valenciano haya aplazado hasta el año 2015 el pago de miles de millones de euros del sistema de salud, por lo que se enfrenta a 579 sentencias que condenan a la a pagar 413 millones de euros en facturas pendientes e intereses por suministro de material (la punta del iceberg), consecuencia de táctica el gobierno de postergar a futuros ejercicios económicos los gastos de la atención sanitaria (en el presupuesto de 2007 se relegó para años

¹ según datos publicados por el diario económico *Cinco Días*

venideros el pago de casi cuatro mil millones de euros). En 2008, se produjo un salto espectacular que obligará a los futuros gobiernos a asumir pagos por más seis mil quinientos millones de euros. Esa monumental factura comprometerá los presupuestos de la sanidad pública valencia al menos hasta 2015, que tendrá que compaginar con la obligación de mantener la asistencia sanitaria de las personas enfermas. Esta hipoteca de 7.809 millones de euros supone que los intereses de demora pasaran de 2,7 millones en 2005 a 51,9 en 2007. Esta gestión ha obligado a comprometer 639 millones de euros en el presupuesto de 2008; 496 en el de 2009; 328 en 2010; 276 en 2011 y 2.225 millones de euros en años posteriores. Ante una crisis de esta magnitud la propia administración valenciana está planteando introducir el copago para que los ciudadanos incrementen sus aportaciones económicas a la sanidad.

A pesar de estos resultados la CCAA de Madrid ha asignado a CAPIO una concesión administrativa para la la gestión y explotación de del Hospital de Valdemoro y de dos centros de especialidades del centro de Madrid (Pontones y Quintana).

Concesión de Obra Pública o Colaboración Público Privada para construir nuevos hospitales (PFI)

La Iniciativa de Financiación Privada (PFI), fue copiada del Reino Unido que desde 1991 para financiar y construir nuevos hospitales recurriendo a la colaboración privada, y persigue que grupos empresariales privados financien inicialmente y construyan o remodelen centros hospitalarios a cambio de unos pagos anuales (canon), durante periodos largos de tiempo (20, 30, 50 años), reservándose la gestión de los servicios no sanitarios del centro. Las empresas adjudicatarias también explotan determinados servicios no sanitarios como lavandería, limpieza, seguridad, comidas, mantenimiento, seguridad, informática, archivo, bares y cafeterías, tiendas y aparcamientos.

Las teóricas ventajas de esta formula es que la empresa adelanta el capital y entrega en un plazo fijado con anterioridad.

Sin embargo la experiencia de la aplicación de esta fórmula en el Reino Unido y Madrid demuestra que:

1º) solo durante los dos primeros años las inversiones de las empresas son superiores a los pagos y a partir del 7º año se producen beneficios netos para las empresas adjudicatarias, por lo que reciben entre 4 y 6 veces el monto de la inversión realizada;

2º) La entrega en plazos no se cumple y tampoco se ejecutan las penalizaciones por incumplimiento de los mismos;

3º) Existen problemas de calidad asociados a las prisas en la construcción y al interés de las empresas por maximizar sus ganancias . Un Informe Inspección Provincial de Trabajo de la Seguridad Social de mayo de 2009 señala que los nuevos hospitales PFI de la Comunidad de Madrid presentan importantes anomalías y deficiencias: Problemas de seguridad; carencias generalizadas de personal relacionados con la mezcla de residuos y su no

adecuado almacenaje; problemas en la hospitalización psiquiátrica; deficiencias en las estructuras; falta de material y equipamiento necesario para el funcionamiento de los centros; utilización de los hospitales de día por enfermos oncológicos mezclados con otras patologías; camas duplicadas en alguna unidad de Cirugía Mayor ambulatoria, etc.

Otros problemas consecuencia del afán de lucro empresarial y de los elevados costes por pago del canon, son la reducción de recursos como: Camas (cuyas las ratios son insuficientes para poder garantizar una atención sanitaria de calidad) estos hospitales disponen de 0,9 por mil habitantes, un 68% menos que las 3 por mil habitantes de los hospitales públicos madrileños; médicos que oscilan entre 0,46 y 0,73 por mil un 64-7% menos que los 1,3-2,4 por mil de los hospitales públicos.

Estas bajas dotaciones de recursos obedecen a que estos hospitales están concebidos como grandes centros de urgencias con poco espacio para la hospitalización, que básicamente se van a dedicar a cirugía poco complicada, hospitalización de día y a estabilizar y clasificar a los enfermos mas graves para poder derivarlos a los hospitales de referencia.

Un tercer grupo de problemas está el relacionado con la existencia de dos empresas gestionando un mismo centro, una de las cuales tiene intereses económicos empresariales, lo que provoca descoordinación funcional y conflictos de intereses ante cualquier problema, a lo que habría que añadir que el diseño arquitectónico con frecuencia es inadecuado

Otros problemas relacionados con este modelo son el pago de un canon elevado que además de poner en riesgo a medio plazo el sostenimiento económico sistema, reduce los recursos disponibles, hipoteca la capacidad planificadora de la administración.

- Cooperativas

Cataluña ha sido pionera en la contratación y gestión indirecta de servicios de atención primaria con proveedores ajenos al ICS. En 1991 la Mutua de Tarrasa y SAGESA, asumieron la atención primaria en tres áreas básicas de salud, posteriormente la Ley 11/95 de 29 de septiembre amplió la posibilidad de contratación de servicios a entidades de base asociativa (EBAS) constituidas por profesionales sanitarios que participan en la gestión de los servicios.

Estas entidades deben estar acreditadas, deben tener personalidad jurídica propia, estar legalmente constituidas e inscritas en el registro correspondiente según alguna de las siguientes fórmulas jurídicas (Sociedad Anónima (SA), Sociedad de Responsabilidad Limitada (SL), Sociedad Laboral o Cooperativa) en las que al menos el 51% del capital social debe pertenecer a los profesionales sanitarios que presten los servicios. Ninguno de los profesionales deberá tener más del 25% del capital social y el 49% restante puede estar en otras personas físicas o jurídicas En cuanto a la distribución de acciones, cada socio podrá tener una participación no superior al 25% del Capital Social. Cada profesional es responsable de un número determinado de pacientes, siendo parte de su

retribución proporcional al número de pacientes asignados, con una media de trabajo asistencial de 5 h.

Se financian de forma capitativa con fondos procedentes del Servicio Catalán de Salud y del Instituto Catalán de la Salud. El incremento interanual de las tarifas per cápita se vincula al incremento del IPC. El personal estatutario y funcionario, mediante una excedencia por incompatibilidad, durante un periodo máximo de tres años, con la posibilidad de solicitar una excedencia voluntaria al final de dicho período. Estas empresas dispone de fondos para comprar materiales y consultas externas especializadas. Las entidades de base asociativa pueden negociar con el SCS distintos niveles de corresponsabilidad farmacéutica como incentivo para contener costes. Otras vías de financiación son la posibilidad de realizar acuerdos con laboratorios y pueden endeudarse como empresas.

De las 360 áreas básicas de salud que hay en Cataluña está previsto que 126 pasen a estar gestionadas por entidades ajenas (71 ya lo están), ya sea por consorcios, fundaciones, mutualidades hospitalarias o entidades de base asociativa, Sociedades mercantiles de titularidad privada y Fundaciones privadas. Curiosamente ninguno de los estudios realizados para evaluar sus resultados demuestran que sean más eficientes o presten una asistencia de mayor calidad que los Equipos de Atención Primaria de Gestión Pública

Tampoco se ha abordado en la mayoría de los acuerdos una reforma en profundidad de la actual regulación del complemento específico, orientado a la dedicación exclusiva de los facultativos, o al menos de los responsables clínicos de las nuevas fórmulas de gestión directa.

Conclusiones

Los resultados de estas fórmulas de gestión que en todos los casos aspira a liberarse de controles administrativos y presupuestarios y dotarse de marcos de regulación y gestión de personal más flexibles y específicos muestran que no solo no mejoran la eficiencia de la gestión respecto de la gestión pública, sino que son más costosas, reducen prestaciones, limitan el acceso a los recursos, son menos incentivadoras, mas opacas, dificultan la integralidad, la coordinación de los niveles asistenciales y la participación ciudadana y profesional.

Pero probablemente el mayor riesgo para el sistema público lo constituya la financiación, construcción y gestión de los nuevos centros sanitarios a través de la colaboración público privada ya además de que su elevado coste reduce los fondos disponibles para asistencia sanitaria y pone en riesgo la sostenibilidad económica del sistema, pueden favorecer que las empresas adjudicatarias adquieran una posición monopolística imposible de revertir.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Martín Martín (2003): "Nuevas fórmulas de gestión en las organizaciones sanitarias". Fundación Alternativas. Documento de Trabajo 14
- 2.- Martín García, M. Resultados asistenciales de la gestión empresarial en las Fundaciones Sanitarias . CAD. ATEN. PRIMARIA 2004; 11: 26-29
- 3.- Sánchez Bayle, M.; *Martín García, M. Nuevas formas de gestión: Las fundaciones sanitarias en Galicia. CAD. ATEN. PRIMARIA 2004; 11: 7-25
- 4.- Ruiz Hervella, V. La situación laboral en las Fundaciones Sanitarias en Galicia. CAD. ATEN. PRIMARIA 2004; 11: 35-38
- 5.- JAIME PRATS Sanidad constata un aumento de quejas en el 'modelo Alzira' y detecta riesgo de 'quemar' al personal . EL PAÍS Valencia - 05-10-2005
- 6.- Informe de Fiscalización de la Cuenta General de la Generalitat del ejercicio 2007 Sindicatura de Comptes. Ejercicio 2007. C Valenciana
- 7.- Martín García M. Concesiones de obra para construir hospitales. Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública FADSP 2007.
- 8.- A. Prieto Orzanco, A. Arbelo López de Letona y E. Mengual García . El papel de la financiación público-privada de los servicios sanitarios Fundación Alternativas Documento de trabajo 99/2006
- 9.- Marciano Sánchez Bayle y Manuel Martín García. Nuevas formas de gestión:Las fundaciones sanitarias en Galicia Documento de trabajo 43/2004.
- 10.- Manuel Martín-García/a Marciano Sánchez_Bayle. NC Nuevas formas de gestión y su impacto sobre las desigualdades . Gac Sanit 2004;18(Supl 1):96-101IACIÓN
- 11.- Tribunal de Cuentas. Informe de Fiscalización sobre la contratación celebrada por las Fundaciones constituidas al amparo de la Ley 15/1997 de 25 de Abril. Sobre habilitación se nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud . Ejercicios 1999,2000 y 2001. Nº 168
- 12.-. Pla d'Innovació d'Atenció Primària i Salut Comunitària Elements estratègics per a la innovació . Generalitat de Catalunya Departament de Salut.
- 13.- Carlos Nicolas El Medico, Los Contratos Programa en Estado críticoo
- 14.- Vicente Navarro. La Atención Primaria de Salud en España y sus comunidades autónomas. semfyc 2009.

15.- Ana Rico y Richard Saltman ¿Un mayor protagonismo para la atención primaria? Reformas organizativas de la atención primaria de salud en Europa. Observatorio Europeo de Sistemas Sanitarios