

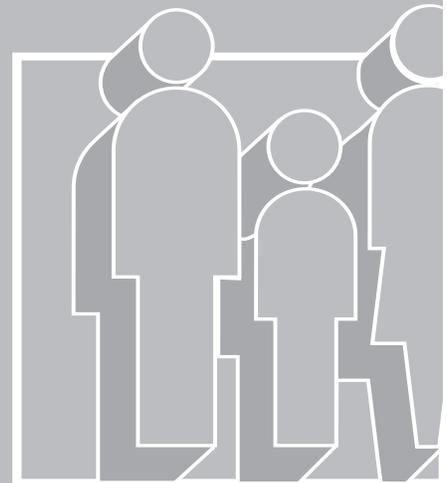
LOS SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD A DEBATE: ¿EXTERNALIZACIÓN O NUEVA GESTIÓN PÚBLICA?

5

61

JOSÉ RAMÓN REPULLO

Jefe del Departamento de Planificación y Economía de la Salud
en la Escuela Nacional de Sanidad / Instituto de Salud Carlos III



INTRODUCCIÓN: DELIMITANDO EL MARCO CONCEPTUAL DE LO PÚBLICO Y LO PRIVADO EN LA SANIDAD.

Tras la Segunda Guerra Mundial en los países de la Europa Occidental se desarrolla bajo el término “Estado de Bienestar” un cambio histórico en el papel de los poderes públicos: éstos dan respuesta a necesidades de los individuos que anteriormente estaban desatendidas. Particularmente en el ámbito de la salud, se produce el gran salto desde la tradicional salud colectiva (higiene y salubridad) a la protección de la salud individual (con subsidios, regulación o servicios), cubriendo, por tanto, una serie de necesidades de asistencia sanitaria a las personas.

En la segunda mitad de los años 40, prácticamente todos los países europeos crearon sus sistemas públicos de salud, de acuerdo a dos grandes modelos o patrones de intervención:

- a) En el modelo de Seguro Social Sanitario vinculado al sistema general de Seguridad Social (“*Bismarckiano*”) de la Europa continental (Alemania, Francia, etc.), dominaba el componente regulatorio, al imponer a los agentes económicos (empleadores y empleados) un aseguramiento obligatorio vinculado a la relación laboral (fundamentalmente por cuenta ajena); éste componente se complementaba con subsidios económicos desde el Estado para cubrir aspectos de interés colectivo,

bien por grupos poblacionales (funcionarios, pobres, etc.) o por funciones y servicios (inmunizaciones, salud mental, etc.); la provisión es mixta, pública (normalmente hospitales del Estado o las Universidades) y privada (atención ambulatoria y hospitales o clínicas con o sin ánimo de lucro).

- b) En el modelo de Servicio Nacional de la Salud (de inspiración “*Beveridge*”) de la Europa del norte (Reino Unido y países escandinavos), dominaba el componente de provisión, al crear un servicio público (con empleados públicos -o contratos de servicio asimilables- y presupuestos), que por su naturaleza era de vocación universal y basado en derechos de ciudadanía o residencia; obviamente, esto arrastraba una regulación (marco de función pública) y un subsidio (financiación por impuestos).

Los países del sur de Europa, cuyos sistemas nacieron dentro de la Seguridad Social, migraron tempranamente a una forma atípica de Seguro Social Sanitario, al desarrollar una red de provisión propia y pública de servicios (que combinaban con la contratación o concertación de otras redes públicas y del sector privado). Y esta evolución les llevó en los años 80 a configurarse en modelos más cercanos a los del norte de Europa, a través de cambios en la cobertura (de trabajadores a ciudadanos), y de fuentes de financiación (de cuotas a impuestos)².

Al observar la estructura europea de los sistemas públicos de salud, cabe hablar de un razonable consenso sobre

la función de financiación y aseguramiento público; la provisión pública o integrada de servicios es objeto de menor nivel de apoyo político y social (de hecho muchos países utilizan mayoritariamente la contratación de servicios). La tendencia a externalizar y privatizar la provisión pública ha crecido a lo largo de los años 80 y 90. En nuestro país, en los años 80 se extendió la contratación externa de servicios generales, y en los 90 diversas administraciones autonómicas han optado por modelos de externalización de centros y servicios sanitarios.

Mientras que los argumentos de los llamados “fallos del mercado” avalan ampliamente la preferencia europea por la financiación y aseguramiento público poblacional, las críticas a los “fallos del Estado” (rigidez, ineficiencia de medios, segmentación de procesos, interferencias políticas y burocráticas) están impugnando el modelo tradicional de gestión administrativa, o incluso proponiendo directamente la externalización y privatización de provisión de servicios sanitarios de financiación pública, a centros y servicios privados contratados o concertados³.

1. LAS CLAVES DEL DEBATE EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD ESPAÑOL

Cuando hablamos de externalización con privatización, no nos referimos a las fundaciones, consorcios, entes o empresas públicas; estas son variantes de la gestión directa, que si bien tienen personalidad jurídica propia y capacidad de actuar en diversas funciones dentro del

derecho privado, nos encontramos que al levantar “el velo de la forma de gestión”, hallamos en la función de gobierno a la misma administración pública que los ha creado. Nos referimos por tanto a la contratación o concierto de centros y procesos sanitarios, a la concesión de obra o servicios y a la concesión administrativa.

Esta externalización con privatización, puede referirse a centros sanitarios, a servicios asistenciales, a servicios centrales (laboratorio e imagen), o a servicios generales (limpieza, lavandería, etc.). En un par de artículos se evaluaban estos cuatro tipos en función de diversos criterios (fundamentalmente la teoría de costes de transacción)⁴. Aquí sólo comentaremos el primer tipo.

En esencia, la externalización de un centro sanitario bajo financiación pública implica un modelo de “*concierto substitutorio*”: el financiador-asegurador público contrata a un proveedor externo (privado), y le trasfiere la responsabilidad asistencial para una población y un elenco amplio de servicios (hospital general). La pregunta clave es si al hacerlo puede librarse el Estado de sus fallos sin incurrir en mayores problemas.

Esto dependerá de si el contrato puede realmente transferir la responsabilidad y el riesgo al proveedor privado; la experiencia de conciertos substitutorios (como los de la Fundación Jiménez Díaz de Madrid) nos muestra cómo la erosión de competencias estratégicas del comprador y los riesgos estructurales lleva a que el sector público acabe recibiendo el impacto de los problemas financieros del proveedor: en definitiva, la imperfección contractual hace

que la posibilidad del oportunismo ex–post consolide una alianza entre proveedor privado, profesionales y opinión pública que impida una apropiada “rendición de cuentas” y transferencia de riesgos. Es importante señalar que buena parte de esta imperfección no está en el cuerpo del contrato, sino en el contexto político y social: simplemente no se puede dejar que entre en crisis un activo sanitario que cumple un papel central para una población determinada.

No hay duda de que un centro privado, a través de su mayor capacidad de incentivación a sus profesionales y empleados, obtendría ganancias adicionales de agilidad y efectividad en la función gestora (general y clínica), y mejoras en la obtención de economías de *inputs* y procesos. El dilema estriba en si dichas ganancias logran compensar los mayores costes de transacción, los beneficios empresariales y los costes sobrevenidos por la pérdida de control estratégico que soportará el asegurador en la medida en la cual los contratos sean muy imperfectos y el proveedor pueda generar alianzas para revertir los riesgos al financiador público.

Las propuestas de contrato en base al “pago capitolativo” (vinculado al tamaño de la población a proteger, con o sin ajustes por probabilidad de enfermar), introducen una variación importante, especialmente cuando integran la responsabilidad de un proveedor externo o privado sobre la atención primaria y la especializada para una población y territorio. En esta modalidad, lo que realmente ocurre es que el financiador público externaliza buena parte de su

función de “asegurador” a una entidad a la que concede el monopolio de la provisión, y que, por tanto, integra localmente ambas funciones de aseguramiento y la provisión. Desde la perspectiva contractual, hablaríamos de un mercado de derechos, que lleva a concesiones administrativas: se compite por el mercado cuando no se puede competir en un mercado.

Los modelos de pago capitolativo, en concesiones administrativas ofrecen ciertas ventajas sobre la concertación por servicios de centros sanitarios, en la medida en la cual los contratos pueden simplificarse formalmente, la tendencia a la provisión excesiva e inapropiada de servicios se reduce, y si abarca a la atención primaria, se crean poderosos incentivos a la integración de niveles. Además, si el marco es un monopolio territorial y el plazo de concesión es suficientemente amplio (es decir, que las personas no pueden cambiar de asegurador cada año), el concesionario puede también tener interés en introducir enfoques preventivos y de promoción de la salud.

Pero, en el medio plazo, el concesionario local a través de este modelo adquiere una información y un poder muy grande, al cual no es fácil contraponer otro similar, dada la debilidad política y la capacidad de transferirle riesgos del contratador público. Es fácil caer en la tentación de infra-proveer servicios a su población, reducir calidades, o realizar selección de riesgos remitiendo a terceros casos graves. La naturaleza pública del financiador y las características del mercado político, institucional y electoral, son las que en buena medida determinan la dificultad

para hacer efectivas las ventajas potenciales que podría tener este modelo.

2. LA ALTERNATIVA EN CLAVE DE NUEVA GESTIÓN PÚBLICA

Algunos hablan de modernización, pero se ha abusado tanto de este término para rediseñar el Estado, que su uso es excesivamente polisémico: para el pensamiento liberal se trata de una “cura de adelgazamiento”, mientras que para las burocracias y tecno-estructuras que pueblan el aparato administrativo es un reclamo para más recursos, más tecnología y poder.

Términos como gestión pública emprendedora o nueva gestión pública, quizás sean más directos (o aún menos gastados) que éste de modernización o de “tercera vía” (que Giddens y Blair actualizaron para editar una política centrista desde la izquierda laborista). En último término se plantea revisar la organización pública y rediseñarla para mejorar su desempeño, asumir los fallos del Estado (y no sólo los fallos del mercado), y buscar soluciones o alternativas

El ámbito de la medicina y los sistemas sanitarios parece un lugar clave en este propósito: en la sanidad se deben dar respuestas a necesidades muy importantes de los individuos, y en un entorno enormemente complejo y cambiante (salud, enfermedad, cronicidad, co-morbilidad, especialización, cambio tecnológico, cambio en el rol de paciente, cambios sociales...), en el cual la asimetría de

información hace muy difícil el control de arriba a abajo (jerarquía /Estado) y mucho más difícil el control de abajo a arriba (pacientes, clientes o mercados).

En otros términos; para la provisión de servicios sanitarios, considerando su alta valoración social y su enorme complejidad, los modelos convencionales (burocracias administrativas) son poco apropiados, porque además no son capaces de incorporar y ajustarse a las preferencias del paciente (tanto en su principio de autonomía como en el de calidad percibida). Pero los modelos de externalización-privatización no parecen ser la solución, ya que incurrir en importantes costes de transacción, la regulación contractual queda dificultada por complejidad y cambios tecnológicos (revisión permanente), y la lógica contractual (por información imperfecta y oportunismo de agentes), lleva a que la oferta induzca más demanda y más utilización, y se eleven exponencialmente los costes de oportunidad de la sanidad.

Es esencial explorar si entre la jerarquía burocrática y la competición de mercado existen otros esquemas de gestión pública, que aporten un fuerte componente integrado, que estimulen el “profesionalismo” de médicos y demás trabajadores sanitarios, que permitan un alto grado de autonomía y descentralización de las unidades clínicas, y que consigan a través de la gestión contractual y la rendición de cuentas, que ésta autonomía sea responsable y esté alineada con los intereses de la sociedad. El contexto necesario de este enorme cambio son los modelos avanzados de buen gobierno.

Siendo más pragmáticos; si nuestro SNS parte de un modelo mayoritariamente burocrático, parecería cuando menos razonable iniciar una migración hacia una posición intermedia, sin llegar al mercado: buscar una gestión pública más abierta y más emprendedora. Dos estrategias se plantaron desde mediados de los años 90; una para los centros y servicios sanitarios de nueva creación, y otra para cambiar los centros existentes; no hay que olvidar que éstos últimos son y serán la gran mayoría de los que proveen atención sanitaria a toda la población, e incluyen los grandes hospitales donde se ubica la alta especialización, y se concentra buena parte de la docencia y la investigación.

a) CENTROS Y SERVICIOS DE NUEVA CREACIÓN

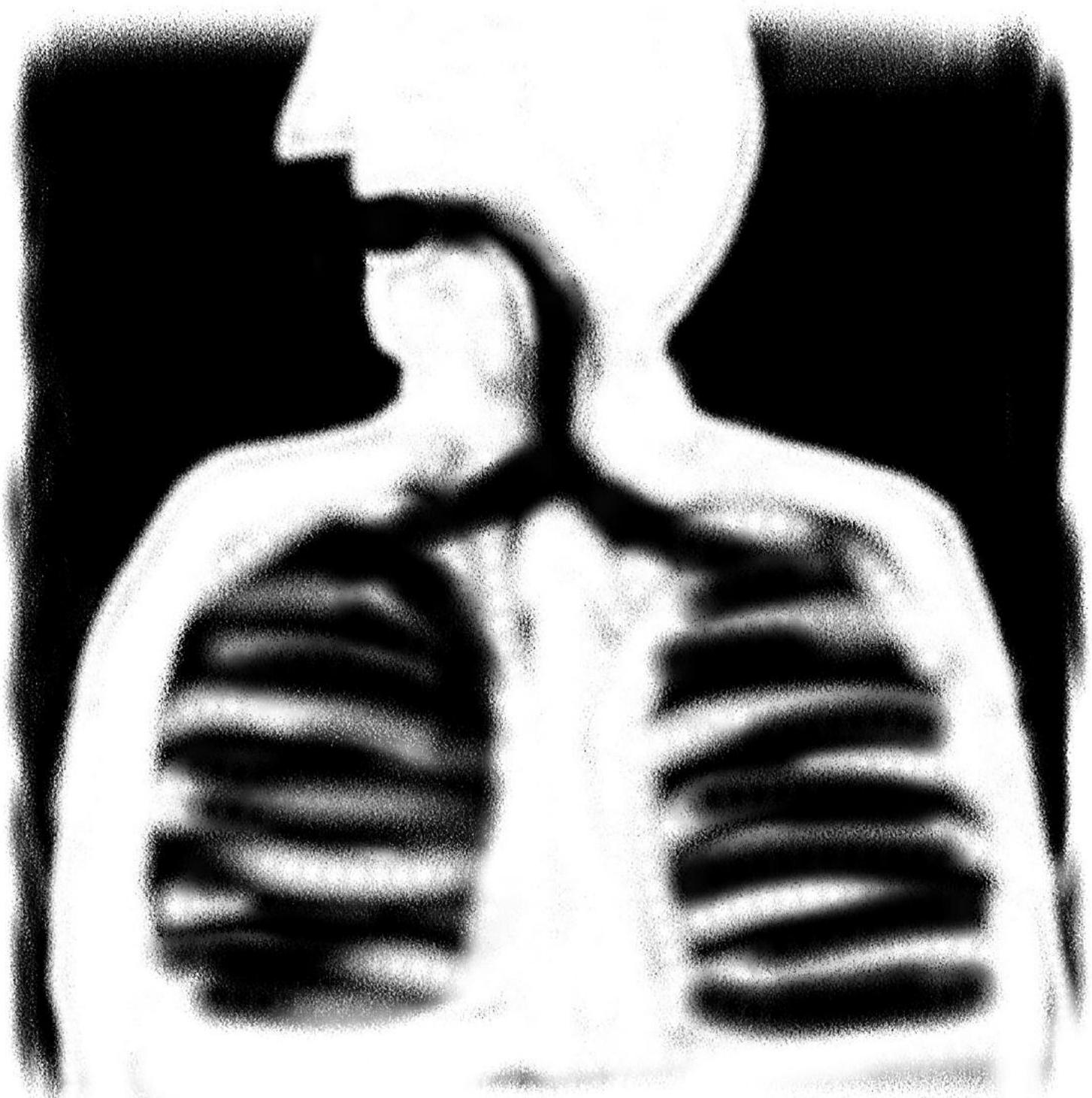
Para la nueva oferta que se iba a instalar (para la que no existían condicionantes organizativos o laborales), las Comunidades Autónomas, desde finales de los años 80 ensayaron distintos modelos de gestión directa e indirecta (consorcios, empresas públicas, fundaciones y concesiones), que en general ponían en marcha hospitales pequeños para extender la red a lugares donde la población tenía demandas muy activas de un hospital; el tamaño medio de estos centros era casi la mitad de camas de lo habitual (algo más de 200 camas de media frente a unas 400 de los otros hospitales)⁵, lo que confirma que se diseñaron más como “lanchas rápidas” que como “transatlánticos”.

El uso de estos modelos hacía más rápido y sencillo el proceso de crear y dotar nueva estructura, y se propugna-

ba también como medio para ensayar innovaciones y facilitar la futura transición de los “transatlánticos” hacia nuevas formas de gestión. La generalización de estos modelos en todas las CCAA con transferencias (no en las 10 que no tuvieron transferencias del INSALUD hasta 2002), obligó a dotar el experimento de una base jurídica y una protección legal; este fue el objetivo de la Ley de Nuevas Formas de Gestión de 1997⁶, que consiguió un masivo apoyo parlamentario, ya que todos los partidos que la apoyaron habían creado en las CCAA que gobernaban alguna de estas innovaciones organizativas.

Pero el desarrollo de estas nuevas formas de gestión no ha podido abandonar el papel complementario con el que realmente nacieron. Su posibilidad de exportar innovación a los hospitales grandes y medios de gestión clásica ha sido insignificante; mientras que la posibilidad de que éstos contagien sus expectativas retributivas y de condiciones de organización y trabajo a aquellos es cada vez más amplia, dado el carácter mayoritario y la escasez de médicos y enfermeras (que pueden migrar de los nuevos modelos a los clásicos si la retribución disminuye y la penosidad aumenta).

Este efecto de atracción hacia el planeta mayor (regresión a la media que diría un estadístico), se puede explorar en tres lugares: en Cataluña, donde la red ajena al Instituto Catalán de la Salud es mayoritaria, la tendencia de los hospitales concertados a mimetizar estructuras retributivas de los centros públicos; y en los centros consorciados, a introducir en sus estructuras de gobierno a



representantes de la administración autonómica financiadora (captura del financiador); todo ello reduciendo el riesgo de empleados y empleadores. El segundo ejemplo ha sido en Andalucía, donde la extensión de empresas públicas para servicios y pequeños hospitales (los de alta resolución incluidos), llevó a que las mismas pasaran a gestionar varios centros en ámbitos territoriales, y a facilitar la movilidad de sus empleados (régimen laboral) entre centros, mimetizando el modelo de función pública de red; sólo que aquí consolidando dos redes paralelas. Y en tercer lugar, el caso de Galicia, donde en la legislatura 2005-2009, de coalición entre socialistas y nacionalistas, se revierten las fundaciones al modelo convencional, integrándose al modelo clásico.

Vemos que es difícil mantener la apuesta por una mayor transferencia de riesgos (de financiador a centro, y de centro a unidades y profesionales), cuando tratamos de hacerlo en modelos minoritarios que discurren paralelos a la red general, y que en ésta no se producen cambios en el *statu quo*.

El cambio es minoritario, incluso en CCAA como Valencia y Madrid, donde han apretado a fondo el acelerador para crear nuevos centros sanitarios. En éstas se apuesta de forma entusiasta por un modelo de IFP (Iniciativa de Financiación Privada), que permite poner en marcha hospitales dentro de una legislatura (menos de cuatro años), de forma que sean inaugurados antes de las siguientes elecciones; y con una enorme ventaja: que los costes recaen en el siguiente período legislativo (y la hipoteca se extiende hasta la siguiente generación).

La paradoja es que la atención y dedicación política se centra en estos nuevos centros (venta política tanto por ser nuevos como por ser innovadores), y abandona los clásicos que son, sin embargo, los que proveen la mayoría de los servicios y los de mayor coste y complejidad.

Además, en el caso valenciano y madrileño, el exagerado énfasis en la concesión administrativa, y la introducción de aseguradoras privadas en el negocio de la prestación pública de servicios, ha supuesto un cuestionamiento sobrevenido de la Ley 15/1997, de forma que se aprobó en noviembre de 2009 una Proposición de Ley para revisarla y en su caso reformarla de manera que se salvaguarde el interés público en la provisión de servicios⁷.

b) CENTROS Y SERVICIOS YA EXISTENTES

La otra línea de cambio en el modelo de gestión, sintonizaba más con el concepto de introducir nueva gestión pública en los centros de gestión convencional. En el período final de gestión del INSALUD (principios del año 2000), vio luz un interesante texto legal, que ponía en pie un modelo de "fundaciones públicas sanitarias", desarrollado ad-hoc para la sanidad, y específicamente diseñado para que se pudiera transitar desde la gestión directa sin personalidad jurídica, a otra de con personificación y capacidades nuevas y amplias, de gestión autónoma⁸.

Lamentablemente el proceso quedó extinguido como el propio INSALUD en el vendaval de negociaciones de transferencias y modelo de financiación autonómica, que se

inició el propio año 2000 y acabó en enero de 2002; y por ello el modelo más serio de cambio organizativo para los “transatlánticos” del SNS quedó huérfano y abandonado. Desde entonces, ninguna CCAA ha desarrollado intento significativo alguno de cambiar el modelo de gestión directa administrativo: para gozo de quienes no quieren que nadie perturbe la paz de estos lugares, y para desesperación de todos los que pensamos que estamos condenando a la ineficiencia y el desgobierno a nuestros principales centros y servicios asistenciales.

3. CONCLUSIONES: TRES OPCIONES PARA REORIENTAR LAS POLÍTICAS DE PROVISIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS DE FINANCIACIÓN PÚBLICA

Las opciones que hoy existen, son en esencia tres: cada una plantea ventajas y dificultades:

La primera consistiría en no promover cambios substanciales en los modelos de organización y gestión pública; el retorno al apacible edén burocrático de la gestión directa es tan confortable como caro; no permite la transferencia de responsabilidades y riesgos ni la implicación de los profesionales para la gestión clínica. Para transitar por esta senda hace falta mucho dinero, lo que no es fácil de realizar en los próximos años de recuperación de la crisis y pago del endeudamiento público acumulado.

Por ello, este escenario inmovilista con infra-financiación, se traducirá probablemente en erosión de la calidad, desmoralización de los profesionales, y pérdida de legiti-

midad de los pacientes y sociedad. Si las capas medias y altas empiezan a fugarse hacia la sanidad privada de forma significativa, ya sabemos lo que puede ocurrir: el SNS pasaría a ser un sistema para pobres que acaba siendo inevitablemente un pobre sistema. A esta fuga a la privada por la mala calidad de la pública, podríamos llamarla privatización inducida, que no por silente es menos preocupante y de efectos sociales devastadores (quiebra de la cohesión y pérdida de capital social).

El segundo escenario es el de la privatización abierta y amplia de la provisión; avanzar a un modelo tipo canadiense, donde el aseguramiento y financiación es pública, y la provisión es privada. La implicación creciente de las compañías aseguradoras en las concesiones administrativas, apunta esta posibilidad de cambio en la naturaleza de su negocio. Es curioso, pero podría decirse que es más cómodo que sea el gobierno el que saque del bolsillo de los españoles el dinero (la impopular función recaudatoria), para que todos los agentes luego se apresten a participar en la cascada contractual que posibilita el dinero público.

El modelo es más ineficiente e ingobernable que el actual: ineficiente por su tendencia natural a racionar servicios para mejorar márgenes económicos; e ingobernable, porque la pérdida de control estratégico que dan los sistemas integrados hará más difícil que prevalezca el interés general sobre el de los grupos proveedores. No es fácil que se siga esta opción (gobierne quien gobierne), porque presenta enormes resistencias sindicales y labora-

les (los famosos derechos adquiridos tan queridos en la cultura gremial y corporativa). Sin embargo, en términos de equidad, posiblemente sería menos dañino que la privatización inducida, a la que antes nos hemos referido.

Y en tercer lugar, quedaría la opción de avanzar por una alternativa de nueva gestión pública: es seguramente la mejora alternativa; pero el camino es muy vulnerable: le tocaría cargar con el coste de transformación de los grandes hospitales y redes asistenciales, provocando fuertes resistencias sindicales; supone también la democratización del gobierno y la profesionalización de la gestión, por lo cual no va a contar con simpatías reales de los propios políticos, que perderían grados de libertad y capacidad de influencia⁹. Sin embargo, es la única opción que combinaría eficiencia y equidad.

Para hacerla viable, sería necesario ensayar un contrato social renovado; sólo un acuerdo muy ancho entre partidos políticos, sindicatos y organizaciones empresariales, colegios y sociedades profesionales, y colectivos representativos de la ciudadanía y sociedad civil, podrían avalar este tipo de cambios. En esta clave, y con la metáfora de los pactos de Toledo para garantizar la sostenibilidad del sistema de pensiones, se promovió en 2005 una línea de trabajo para proponerlo desde el mundo sindical y profesional¹⁰.

El pacto por la sanidad que hoy se desarrolla, no ha entrado en esta dimensión aún; no acaba de decidir el abordaje de cambios estructurales relevantes, y esto hace

peligrar su efectividad en clave de sostenibilidad futura. Máxime, cuando los responsables políticos y hacendísticos de las CCAA se sienten aterrorizados por el porcentaje que les supone la sanidad en su presupuesto (cerca del 40%), y reaccionan a las amenazas de la crisis económica con medidas de racionamiento y restricción que empeoran el modelo burocrático, y paralizan su necesaria evolución hacia alternativas emprendedoras.

Esperemos que la propia dinámica de los debates políticos, económicos y sociales que rodearán el proceso, haga que emerjan los auténticos contenidos de cambios estructurales en la línea del buen gobierno y la nueva gestión pública. 

NOTAS

- ¹ (William Henry Beveridge, primer Barón de Tuggal; Rangpur, 1879 - Oxford, 1963) Economista británico. Trabajó en investigaciones centradas en los problemas del desempleo y del estado del bienestar y, tras la publicación del *informe Social Insurance and allied services* en 1942 (más tarde conocido como "*Informe Beveridge*"), fue reconocido como un pionero en el desarrollo de los modernos sistemas de Seguridad Social.
- ² Repullo JR. *Cambios y reformas en sistemas y servicios sanitarios*. En: Repullo JR, Iñesta A. *Sistemas y Servicios Sanitarios. Manuales de Dirección Médica y Gestión Clínica vol 1*. Madrid: Díaz de Santos; 2006: 121-195.
- ³ Para una revisión de fallos del mercado y fallos del Estado ver: Repullo JR. *Políticas de salud y servicios sanitarios. Condiciones y alternativas de mejora del gobierno en los sistemas públicos de salud*. Cuadernos África – América Latina. 2007; (42): 13-36.
- ⁴ Repullo JR. *Externalización, eficiencia y calidad (primera parte). Público y privado en la sanidad*. Rev Calidad Asistencial. 2008;23 (2): 83-7
- ⁵ Repullo JR. *Externalización, eficiencia y calidad (segunda parte). Análisis de costes y efectos potenciales de las políticas de externalización*. Rev Calidad Asistencial. 2008; 23 (3): 131-5
- ⁶ Cifras estimadas a partir del Catálogo de Hospitales y de la Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado. Disponible en: <http://www.msps.es/ciudadanos/prestaciones/centrosServiciosSNS/hospitales/inforEstadistica/home.htm>
- ⁷ Ley 15/1997, de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud.
http://noticias.juridicas.com/base_datos/Admin/l15-1997.html
- ⁸ Proposición de Ley de modificación de la Ley 15/1997, de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud.
http://www.congreso.es/public_oficiales/L9/CONG/BOCG/B/B_111-01.PDF
- ⁹ Real Decreto 29/2000, de 14 de enero, sobre nuevas formas de gestión del Instituto Nacional de la Salud.
http://noticias.juridicas.com/base_datos/Admin/rd29-2000.html
- ¹⁰ Belenes R. *Un balance personal de 25 años de gestión sanitaria moderna en el Sistema Nacional de Salud*. Gacet Sanit; 17 (02): 150-6.
- ¹¹ Repullo JR, Oteo LA (editores). *Un nuevo contrato social para un sistema nacional de salud sostenible*, Ariel, Barcelona, 2005.
- ¹² El Contrato Social desde la perspectiva de la profesión médica fue abordado en un debate en febrero de 2005, en la Organización Médica Colegial, que tuvo y tiene un notable interés, y cuyas aportaciones pueden descargarse en esta dirección: http://www.cgcom.org/noticias/2005/02/05_02_24_contrato_social