

# **EXPERIENCIAS EN EL ÁMBITO DE LA GESTIÓN SANITARIA DE LAS FÓRMULAS DE COLABORACIÓN PÚBLICO-PRIVADAS**

*Miguel Moreno Verdugo*

*Director General Servicio de Recursos Humanos  
Servicio de Salud de Castilla-La Mancha*

## **ÍNDICE**

1. EL ENTORNO ECONÓMICO
2. MARCO DE COLABORACIÓN ENTRE EL SECTOR PÚBLICO Y EL SECTOR PRIVADO
3. FORMAS DE GESTIÓN: DIRECTAS E INDIRECTAS
4. MODELOS PFI PARA LA CONSTRUCCIÓN Y EXPLOTACIÓN DE CENTROS
5. MODELO PPP DE LAS CONCESIONES ADMINISTRATIVAS SANITARIAS
6. ESTUDIOS ECONÓMICOS

### **1. EL ENTORNO ECONÓMICO**

Desde los últimos años se ha venido produciendo tanto en los EEUU como en otros países de la OCDE un incremento sustancial en el gasto sanitario con respecto al PIB o riqueza de cada uno de los países. Se prevé que en los EEUU llegue sobre el año 2020 hasta un 21% de recursos de destinados a Sanidad sobre la riqueza total del país y en la OCDE hasta un entorno del 16% con un incremento sostenido desde al año 1990 que ha sido mucho mas importante en los últimos 5 años del 2006 hasta 2011-2012.

Esa misma evolución del gasto sanitario se observa también en España donde desde al año 2002 el crecimiento sostenido del gasto sanitario público se ha incrementado en los últimos años desde el 2008-2009-2010 y con bajada a partir de 2013.

En el caso de Castilla La Mancha incluso en el año 2011 se ha producido una disminución del gasto sanitario de aproximadamente 150 millones de € y una disminución también de los presupuestos iniciales previstos para los mismos. Si tuviéramos también el gasto 2012 observaríamos que se ha producido una disminución total de 500 millones más estando en el entorno de los 2550 millones de € de gasto sanitario y además hay que tener en cuenta que se ha producido desde el año 2002 en adelante.

Incluso con las Comunidades Autónomas con transferencias también se producía con anterioridad una diferencia entre los presupuestos iniciales dedicado a sanidad con respecto al gasto que efectivamente se producía, esa diferencia suponía una deuda presupuestaria no financiera que se ha tenido que ir compensando con habilitaciones presupuestarias especiales en los años 2005-2006 y posteriormente en el año 2008.

En España a partir del año 2002 el incremento dedicado al gasto sanitario con respecto al PIB ha sido superior al propio crecimiento de la riqueza nacional, ahí podemos ver que por ej. en el año 2003 ha sido >al 11% del incremento del gasto sanitario cuando solamente la riqueza del país crecía un 7,31% en términos nominales y además tenemos que tener en cuenta que a partir del año 2009, los países de la OCDE los países y entre ellos España pasan a tener una situación de crisis económica produciéndose una disminución o un crecimiento negativo de la riqueza nacional en términos del producto interior bruto.

Esta disminución de la riqueza del país al mismo tiempo que se produce un incremento sustancial del gasto sanitario en los últimos años pueden llevar a la sanidad a un entorno de colapso, si alguien quiere destruir la sanidad pública solo tiene que dejar las cosas como estaban unos meses antes y todo eso dentro de un mercado sanitario público con una rigidez organizativa y burocrática muy elevada con una escasa transferencia de riesgo entre los distintos agentes que participan en el entorno del caos sanitario público con unos mecanismos perversos de incentivación que ha llevado por ejemplo que los profesionales pueden estar cobrando mayores salarios en una situación de incapacidad temporal que trabajando, con una baja atracción de directivos excelentes provocado por los bajos sueldos o retribuciones que tienen los directivos en las distintas instituciones sanitarias públicas.

## 2. MARCO DE COLABORACIÓN ENTRE EL SECTOR PÚBLICO Y EL SECTOR PRIVADO

Tenemos que evitar la falacia de que el estado del bienestar ha de ser un estado burocratizado y dar a la sociedad civil la posibilidad de también participar y contribuir dando un valor adicional a la sociedad del confort a la sociedad del bienestar.

Las letras PPP corresponden a la expresión inglesa Public-Private Partnerships o colaboración público-privada o sociedad público-privada. Los países anglosajones son los que han desarrollado esta modalidad de colaboración público-privada, es el Reino Unido el que más ha desarrollado junto con Australia y otros países anglosajones este modelo, aunque España es uno de los países que está en el segundo intervalo de desarrollo junto con Holanda, Francia o Canadá.

La externalización de los servicios en las distintas instituciones sanitarias y hospitales públicos puede ir desde los servicios generales hasta los servicios asistenciales que es núcleo central de los hospitales públicos pasando por los sistemas de información o los servicios centrales.

Hay que tener en cuenta que el marco de los escenarios de la colaboración público-privada en sanidad es amplísimo y que desde hace muchísimo tiempo existe, por ej. los hospitales contratan a una empresa suministradora el equipamiento, el fungible, los reactivos, los fármacos, también se contratan con empresa externa la limpieza, seguridad, cocina,

mantenimiento o laboratorios de referencia o centros sociosanitarios externos.

Así, por ej., las tres líneas de colaboración más frecuentes han sido los conciertos, el mutualismo administrativo y las concesiones administrativas, la mayoría de los sistemas regionales de salud tienen conciertos o convenios de colaboración o convenios singulares con entidades privadas que se dedican a ese mismo tipo de actividad, las resonancias, los PETs, las mamografías, los scanner, también tenemos algún tipo de terapias complementarias como son las respiratorias, la diálisis, la rehabilitación, etc. El mutualismo administrativo existe desde hace muchísimo tiempo, desde al año 1975 los funcionarios que están dentro de las mutualidades Muface, Mugeju e Isfas pueden optar a principio de cada año entre un aseguramiento público a través del INSS y los sistemas regulares de salud u otro aseguramiento privado donde pueden contratar su prestación sanitaria con las principales compañías aseguradoras del país como puedan ser Asisa, Adeslas, DKV e IMQ etc, y, por otro lado, las concesiones administrativas existen desde hace mucho tiempo y a lo largo de esta ponencia las vamos a ir exponiendo. Sobre el tema de conciertos podemos observar que más del 20% de la actividad que se realiza en España se realiza a través hospitales concertados o el 12% en centros ambulatorios o el 28% de los PET o el 20% de otras pruebas diagnósticas por imagen se realizan a través de entidades privadas concertadas.

## 3. FORMAS DE GESTIÓN: DIRECTAS E INDIRECTAS

El informe Abril Martorell del año 1991 es el primer "hito" donde se empieza a hablar de la participación de la gestión privada en el ámbito público sanitario. A partir del informe Abril Martorell incluso desde unos años antes se empiezan a utilizar técnicas gerenciales de empresa privada como es la dirección por objetivos, establecimientos de contratos programas o grandes líneas de objetivos para las instituciones sanitarias incluyendo acuerdos de actividad, financiación, medidas de la producción en primer lugar en UPAS y posteriormente en GRD o PMC, acuerdos de gestión incluyendo sistemas de información etc, etc.

Podemos distinguir entre la gestión directa en el sistema nacional de salud o la gestión indirecta. Dentro de la gestión directa vamos a hablar de los organismos autónomos administrativos, de las empresas

públicas, de los consorcios y de las fundaciones.

Los organismos autónomos administrativos es la fórmula jurídica que se utiliza en la mayoría de los sistemas regionales de salud, en concreto en 11 de ellos el régimen administrativo de los mismo es de derecho público, las personas que trabajan en el mismo tienen régimen funcional en los SSCC, y régimen estatutario en las instituciones sanitarias que existen en los mismos. El sistema de compras de contratación está basado en la Ley de contratos del sector público y los contratos son públicos o contratos administrativos, régimen de contabilidad, de contabilidad presupuestaria basada en la Ley presupuestaria y en la leyes de Hacienda de las distintas comunidades autónomas, la gestión presupuestaria de gestión pública y la intervención puede ser a través de selección previa con carácter general o en ocasiones mediante control control financiero permanente.

En segundo lugar nos encontramos con las empresas públicas también denominadas en modelo de la LOFACE (Ley de Organización y funcionamiento y administración civil del estado) del 98, como entidades públicas empresariales, organismos autónomos empresariales, o según la legislación Andaluza en agencias públicas empresariales.

Hay una serie de comunidades autónomas que han establecido estas formas jurídicas de gestión para sus sistemas regionales de salud como son Cataluña, Asturias, País Vasco, Baleares, Murcia y Madrid y otras comunidades autónomas que la han desarrollado a nivel de centros sanitarios: nos encontramos el caso del ICS que está iniciando ahora un proceso de descentralización creando 20 unidades administrativas como entidades públicas empresariales con personalidad jurídica independiente para cada una de ellas, una especie de holding dentro del ICS, o en Andalucía que ha desarrollado mucho esta figura a través de la empresa pública de Emergencia Sanitaria, a través del Hospital de la Costa del Sol, del Hospital de Poniente o del Hospital de Andújar. En otras comunidades autónomas como la de Madrid se ha utilizado para la empresa pública el Hospital de Fuenlabrada. Las características de este tipo de entidades públicas empresariales o empresas públicas es que su régimen jurídico es de derecho administrativo pero las relaciones que regulan sus relaciones con terceros son de régimen privado, utiliza el derecho mercantil o el derecho civil o en el tema de relaciones con el personal fundamentalmente el derecho laboral. En cuanto a compras y contratación se utiliza actualmente la ley de contratos del sector

público pero como son sector público que no es administración pública los contratos que realicen son contratos privados que en cuanto a su preparación y adjudicación se aplican las normas de derecho público establecido en la Ley de Contratos y para los efectos y extinción el derecho primado. En cuanto a contabilidad de gestión presupuestaria no utilizan las fórmulas típicas del derecho administrativo sino que estas empresas están obligadas a establecer planes de actuación, inversión y financiación anuales y por supuesto a establecer presupuestos de explotación y capital de acuerdo al derecho mercantil.

En cuanto a los Consorcios la regulación es muy escasa, se encuentran regulados en el artículo 6.5 de la ley de procedimiento administrativo o ley de régimen jurídicos de las AA PP procedimiento administrativo común. También en la legislación local, y lo permite la Ley 15/97 y hay un desarrollo a través del RD 29/2000 para el Insalud. Los consorcios se pueden establecer por colaboración entre la administración del Estado, comunidades autónomas o entidades locales y se permite también la participación de entidades locales sin ánimo de lucro, se prevé una sinergia entre el sector público y el sector privado sin ánimo de lucro. Se ha utilizado mucho en Cataluña donde hay unos 12 consorcios sanitarios públicos aunque actualmente en en Cataluña lo que se pretende es la separación entre el patrimonio de los mismos de su gestión estableciendo entidades gestoras privadas para la gestión de estos consorcios. En Andalucía existe desde hace ya más de 10 años el consorcio de Aljarafe encargado de la gestión del hospital del Aljarafe consorcio constituido entre la Junta de Andalucía y la Orden de San Juan de Dios.

Respecto a las Fundaciones nos encontramos por un lado las Fundaciones constituidas al amparo de la Ley de fundaciones del año 94 donde se constituyen la de Verín y Barbanza en Galicia, Alcorcón en Madrid y Manacor en Baleares que posteriormente cambian el amparo jurídico a través de las fundaciones del sector público de la Ley 50/2002. Las primeras fundaciones del año 94 eran fundaciones privadas en manos públicas pero posteriormente a partir del año 2002 se constituyen como fundaciones del sector público ya que en la mayoría del patronato de estas fundaciones y el capital con la financiación de las mismas son públicos. Por otra parte nos encontramos que en el año 98 a través de la Ley 50/98 en el artículo 111 se desarrolla el concepto de fundaciones públicas sanitarias posteriormente desarrollada mediante el RD 29/2000. Estas fundaciones públicas sanitarias tienen un régimen jurídico muy similar a lo que se

rían los entes públicos empresariales, la principal diferencia es que el personal de las mismas si tienen régimen estatutario y no laboral como cuando hemos visto en las anteriores. El resto del régimen jurídico de las mismas como son contabilidad y gestión presupuestaria etc, se aplican las mismas normas que en las entidades públicas empresariales. La sensibilidad de estos hospitales o estas instituciones a la interferencia política es alto o muy alto ya que los cargos políticos o altos cargos se encuentran incluidos dentro de los patronatos por ej. de las fundaciones o de los consejos de administración de los entes públicos empresariales, no existe un modelo consolidado y especialmente aceptado. La negociación colectiva según van pasando los años cada decisión cada vez quiere acercarse más a lo que son los hospitales tipo estatutario de administración pública clásica y los niveles de transferencia de riesgo aunque son mayores que en los hospitales clásicos, cada vez son mas bajos.

Por otra parte nos encontramos con los modelos de gestión indirecta de colaboración entre el sector público y privado, ahí vamos a hablar de tres: concesión de obra pública o PFI, en segundo lugar de las concesiones administrativas sanitarias tipo o modelo Alzira y en tercer lugar de las EBAS (entidades de base asociativas, denominadas modelo VIC).

En cuanto a los modelos de concesión de obra pública o PFI nos encontramos con que la Comunidad de Madrid ha desarrollado 6 Hospitales: Vallecas, Coslada, Parla, San Sebastian de los Reyes, Aranjuez y Arganda del Rey cuya principal característica es que no incluyen la atención primaria. En Castilla-León se ha establecido en el hospital General Yagüe, en Baleares en el hospital Son Dureta, en Castilla La Mancha estamos trabajando en la elaboración de los pliegos para el futuro hospital de Toledo. En cuanto a concesiones administrativas sanitarias modelo Alzira la comunidad que mas ha desarrollado las mismas es la Comunidad Valenciana donde nos encontramos con los hospitales de Alzira, Denia, Manises, Elche y Torrevieja que como peculiaridad con respecto a Madrid es que si han tenido en cuenta la atención primaria, si en Madrid los contratos tienen una duración media de 30 años el modelo Alzira en Valencia tiene una duración de 15 años prorrogable a 5 años mas. Actualmente la Comunidad de Madrid, como ya se sabe por todos los medios de comunicación, los 6 hospitales del modelo PFI van a cambiar al modelo de concesión administrativa o ya existe este modelo en los hospitales de Valdemoro, Torrejón y Móstoles y los nuevos hospitales que se construyan en

Collado-Villalba serán dados de alta con la concesión administrativa sanitaria.

Respecto a la EBA actualmente existen 12 entidades de base asociativa en Cataluña y la Comunidad de Madrid ha anunciado que de los 250 centros de salud que existen 25-27 van a pasar a constituirse como entidades de base asociativa.

#### 4. MODELOS PFI PARA LA CONSTRUCCIÓN Y EXPLOTACIÓN DE CENTROS

En los modelos PFI el servicio de salud contrata con una empresa adjudicataria o con una UTE la construcción de un edificio y su equipamiento y es esta empresa adjudicataria la que aporta la financiación, la parte adjudicataria a su vez gestiona la parte de servicios generales de los mismos, pero no gestiona la parte sanitaria y puede subcontratar estos servicios generales con otras empresas del sector.

Para que la inversión que ha realizado la empresa concesionaria o contratista no compute como deuda o déficit de la comunidad autónoma es necesario que se cumpla con lo establecido en las normas de la Unión Europea o sistema de contabilidad año 95, para ello se exige que el riesgo de construcción lo asuma el empresario o adjudicatario y que uno de los dos riesgos siguientes también sean asumidos por el empresario que son el riesgo de disponibilidad o riesgo de demanda. El riesgo de construcción está asociado a la construcción de la infraestructura y a los incrementos de costo en el retraso de su construcción y el riesgo de disponibilidad supone la existencia de penalizaciones efectivas por no suministrar los servicios en el volumen o la calidad acordada en los pliegos y el riesgo de demanda de servicios sea distinta a las previstas por motivos ajenos a la concesionaria.

#### ¿Cuales son los puntos débiles a la estrategia de colaboración público-privada?

Pues nos encontramos que alguien debe pagar los costes financieros y el beneficio industrial y que los costes financieros suelen ser mas elevados en el sector privado que en el sector público y supone también altos costes de transacción. Trasladamos gasto público presente hacia el futuro, una hipoteca a 30 años que pueden llegar hasta 50 años y también se produce una mayor presión sobre los trabajadores.

Sin embargo también nos encontramos con una

serie de puntos fuertes como son que facilitan la financiación de infraestructuras y la renovación tecnológica sin generar deuda ni déficit para la comunidad autónoma, que introducen dinámicas que por lo tanto no se computan como deuda pública, introducen dinámicas de mejora de servicios, que se produce un traslado del riesgo desde el sector público al sector privado y que se eviten sobrecostes y retrasos en la construcción. Puede mejorar la calidad de la prestación de los servicios.

## **5. MODELO PPP DE LAS CONCESIONES ADMINISTRATIVAS SANITARIAS**

O lo que en España se ha venido denominando modelo Alzira, en este caso el servicio de salud contrata con una concesionaria que puede ser una empresa como puede ser el caso del hospital de Denia, que se llama Marina Salud, o con una UTE formada por una empresa concesionaria y una constructora, la gestión de todos los servicios sanitarios y no sanitarios de un área de salud o un departamento como se denominan en Valencia. Esta empresa es la que gestiona esa área integra de salud directamente a través de su contratista, financiando la obra en el caso que haya obra y el equipamiento correspondiente.

Este modelo de gestión se basa en cuatro principios fundamentales: la propiedad es pública y el control es público y se realiza a través de una figura llamado comisionado, la financiación es pública a través de pagos capitativos y solamente la gestión es privada o se externaliza.

En cuanto a la financiación ya hemos dicho que es pública y se realiza a través de técnicas de capitación o de cápita, se establecen penalizaciones adicionales bien por facturaciones a terceros o bien por sistemas de calidad. La actualización de cápita se hace en base al IPC o incremento de precios al consumo de cada año con respecto al anterior y también se produce una facturación intercentros de forma que los pacientes que son atraídos de otros departamentos o áreas de salud se pueden facturar al 80% del coste real efectivo de acuerdo a lo establecido en los precios públicos o en las tasas de precios públicos y los pacientes de tu área que son tratados en otro hospital, en los otros hospitales del sistema te lo van a facturar al 100% del coste real efectivo o coste medio establecido por precios públicos.

Un modelo en el que la concesionaria solo gana si se presta un servicio de la máxima calidad y cuya

característica básica es que en la financiación el dinero sigue al paciente. Los hospitales de la comunidad autónoma de Valencia o los hospitales que son concesiones administrativas han sido premiadas, por ejemplo el Hospital de la Ribera ha obtenido en 5 ocasiones en el ranking de TOP 20 ha sido considerado el mejor hospital de España, el hospital de Torrevieja también ha tenido varios premios internacionales y ha sido reconocido como mejor hospital también en el ranking TOP 20. Este tipo de concesiones tiene ventajas para los pacientes, ventajas para los profesionales y ventajas para la administración. Para los pacientes por ej. mayor accesibilidad y mejores tiempos de respuesta, mayor calidad percibida, desarrollo tecnológico, la concesionaria solo es viable si tiene un servicio de calidad y se descartan las opciones de cierre con un modelo de gestión eficiente.

Para los profesionales: docencia e investigación, reconocimiento y potenciación de los buenos profesionales, sistema retributivo innovador, estabilidad profesional y aporte de tecnología.

Para la Administración: coste per cápita por debajo del coste de gestión pública canon inversión inicial e inversión anual realizada por concesionario, pago capitativo, control público por la administración a través de la figura del comisionado, transferencia de riesgo financiero al proveedor o utilización de herramientas gerenciales de empresas privadas.

Las distintas encuestas de satisfacción que se han realizado sobre las concesiones administrativas observamos una alta valoración por parte del usuario y los profesionales de este tipo de instituciones de hospitales o de departamentos sanitarios.

## **6. ESTUDIOS ECONÓMICOS**

Estudios realizados por la empresa IASIST en el año 2012 correspondientes a los datos existentes en el análisis de los TOP 20 del año 2010. En este caso la empresa IASIST ha hecho una clasificación de los hospitales presentado en dos grupos: hospitales con gestión de derecho administrativo frente a hospitales con otras fórmulas de gestión y ahí se incluyen lo que hemos dicho antes de entidades públicas empresariales, consorcios, fundaciones y concesiones administrativas ya sean modelo PFI o modelo PPP o concesiones administrativas sanitarias. En cuanto a indicadores de calidad tanto el índice de mortalidad frustrado como el índice de complicaciones como el índice de readmisiones es mejor para los hospitales

con otras fórmulas de gestión respecto a los hospitales de gestión de derecho administrativo. Lo mismo sucede con el índice de cirugías sin ingreso donde es superior para hospitales con otras fórmulas de gestión. También sucede lo mismo con el índice de estancias ajustadas Donde la estancia es inferior en un 15% en los hospitales de nuevas fórmulas de gestión con respecto a hospitales de derecho administrativo.

Y por último en cuanto a indicadores de eficacia económica por una parte nos encontramos que el coste de producción ajustado por línea de producto es un 26% mas barato en los hospitales de otras fórmulas de gestión, la productividad del personal sanitario es muy superior en caso un 38% para los hospitales de nuevas fórmulas de gestión y en cuanto al coste de aprovisionamiento la unidad de producción hospitalaria son casi un 40% mas eficientes los nuevos hospitales que están dotados con nuevas fórmulas de gestión respecto a los hospitales clásicos de derecho administrativo.

Como conclusión del estudio podemos decir que los hospitales con otras fórmulas de gestión son centros mas pequeños en tamaño y plantilla, tratando pacientes de singularidad y complejidad hacen una utilización mas eficiente de las camas y son mas intensivos en el uso de alternativas ambulatorias, sus recursos humanos con similares estructuras producen un 35% mas de unidades de actividad, son mas eficientes al tener un coste por unidad de producción de un 30% inferior y obtienen muy buenos resultados de calidad científico-técnica.