

# Reformas en la sanidad española

Miguel Ángel Villacorta Hernández  
Alfredo Cabezas Ares

Centro de Estudios Superiores Felipe II  
Universidad Complutense de Madrid  
C/ Lucas Jordán.  
28300. Aranjuez. Madrid  
[mianvi@emp.ucm.es](mailto:mianvi@emp.ucm.es)  
[amcaastor@retemail.es](mailto:amcaastor@retemail.es)

## RESUMEN

El artículo examina las reformas organizativas realizadas en la sanidad pública española y el modo en que estas reformas están siendo llevadas a cabo.

## ABSTRACT

The article examines the reforms made to Spanish public health and the way in which these reforms are being carried out.

Palabras clave: Contabilidad de gestión, gestión de organizaciones sin ánimo de lucro, Gestión de Administraciones Públicas, Sanidad Pública

Keyword: Management Accountant, Management of nonprofit enterprises, public health

## **1. Aproximación al conjunto de reformas realizadas en la sanidad pública española**

En las últimas décadas se ha producido un progresivo cuestionamiento de los sistemas sanitarios de los países desarrollados, provocado principalmente por la constante expansión de sus costes y el escaso avance en la eficiencia, lo que pone en peligro su propia financiación y supervivencia. Los diferentes intentos de reforma puestos en marcha han encontrado dificultades, principalmente por la propia inercia del sistema y por los temores generalizados de una posible privatización encubierta de los recursos sanitarios.

Nuestro país no ha sido ajeno a esta crisis, de tal modo que el Sistema Nacional de Salud se encuentra inmerso, desde hace varios años, en un proceso de reforma cuya finalidad es armonizar los generalmente insuficientes recursos sanitarios con las crecientes expectativas de los usuarios de las EAS.

Las medidas gubernamentales y parlamentarias del estado español se unen a las decisiones de gestión tomadas en la misma dirección por las empresas sanitarias:

- ❑ **Aplicación de estrategias gerenciales:** planes estratégicos, desarrollo de la gestión clínica, contratos-programa, sistemas de incentivos,...
- ❑ **Utilización generalizada del *outsourcing*.** La situación actual de los centros sanitarios se caracteriza por una creciente privatización de servicios auxiliares (lavandería, cocina, mantenimiento, seguridad,..) y de servicios intermedios (análisis clínicos, radiodiagnóstico,...).

Los Gobiernos españoles, a lo largo de las diferentes legislaturas, han establecido dos tipos de medidas normalizadoras. Las primeras pretenden garantizar la satisfacción de los objetivos de eficiencia y eficacia. El segundo paquete de medidas intentan reducir el gasto en sanidad.

La principal medida normativa para intentar promover la satisfacción de los objetivos de eficiencia y eficacia es la descentralización del modelo tradicional del INSALUD y la

*transferencia de las competencias sanitarias a las Comunidades Autónomas*. El proceso se ha completado, pues desde el 1 de enero de 2002, todas las Comunidades Autónomas tienen competencias exclusivas sobre sanidad.

Para atenuar la creciente dotación presupuestaria anual al Sistema Nacional de Salud los diferentes gobiernos españoles intentan fomentar el ahorro de consumos por vía legislativa. Entre las medidas para reducir el gasto sanitario destacan las destinadas al *Fomento del Ahorro de Financiación del Consumo Farmacéutico* (Real Decreto de Financiación Selectiva de Medicamentos de 1998).

Sin embargo, la medida legislativa más relevante, por sus posibles repercusiones, y por ser exponente de las dos medidas (búsqueda de la eficiencia y reducción del gasto sanitario), es la tendencia a implantar *modelos de gestión indirecta* en empresas de asistencia sanitaria de carácter público.

Esta medida introduce mayores dosis de competencia en el sector sanitario, permitiendo que la gestión de los servicios sea realizada por cualquier entidad de titularidad pública admitida en derecho para la gestión de los servicios públicos sanitarios (consorcios, empresas públicas, fundaciones de la Ley 30/1994 y Fundaciones Públicas Sanitarias...).

## **2. Reformas organizativas en el Sistema Sanitario Español**

La necesidad de mejorar la gestión de las EAS es un criterio compartido por todos los países de la Unión Europea y por todos los gobiernos que integran el Estado español. También existe consenso sobre el medio para orientar la modernización de la organización y gestión de las EAS: dotarlas de una mayor autonomía de gestión, o lo que es lo mismo, promover la descentralización de la gestión.

Esta argumentación se basa en la suposición de que el Sistema Público Sanitario se ha caracterizado tradicionalmente por tener un sistema de presupuestación rígido y un modelo

organizativo excesivamente burocratizado y centralista, incapaz de responder de forma adecuada a las demandas, cada vez más exigentes, de los ciudadanos. Los diferentes legisladores han considerado que un entorno jurídico más flexible puede mejorar el nivel de gestión de los centros sanitarios públicos.

La tendencia legislativa actual se materializa en la promoción de varios aspectos:

- Mejorar la gestión, dotando a los centros de titularidad jurídica propia, y así de mayor autonomía y flexibilidad, al permitirles gestionar su propio presupuesto y disponer de tesorería propia.
- Promover la competencia entre los entes sanitarios. En una situación de creciente interés porque se financie adecuadamente los recursos públicos, es fundamental conocer qué centros ofrecen mejores resultados, para lo cual parece necesario permitir que los gestores tengan mayor operatividad respecto a su gestión.
- Separar las competencias de financiación y compra de servicios sanitarios y las funciones de gestión y provisión. Se asume como un axioma que la separación de financiación y provisión proporcionará el establecimiento de un mercado interno de proveedores, que en última instancia, redundará en una mejora de la eficiencia del sistema y de la satisfacción de los usuarios.

Partiendo de estas ideas, existe el convencimiento de la necesidad de impulsar un conjunto de reformas organizativas para introducir paulatinamente modelos de gestión indirecta para las empresas de asistencia sanitaria de carácter público.

Los modelos indirectos para la gestión del Sistema Sanitario público español son las unidades económicas que cumplan tres requisitos, respecto a su finalidad, figura jurídica y ubicación:

- Unidad de producción de servicios sanitarios en cualquiera de sus funciones (atención especializada, atención hospitalaria, atención primaria, atención sanitaria, investigación biomédica, enseñanza o gestión sanitaria)
- Promoción pública pero gestionado por cualquier procedimiento diferente al directo. A estos efectos, consideramos como gestión directa la realizada en centros de titularidad

pública, sometida a la Ley de Contratos de las AA.PP. y financiada mediante Presupuestos Generales del Estado.

- Situados en territorial nacional (estatales, autonómicos, provinciales o locales)

Los últimos años se caracterizan por el incremento de modelos indirectos de gestión de centros de asistencia sanitaria pública. Las figuras jurídicas permitidas por la legislación española para gestionar las empresas de asistencia sanitaria de carácter público son las siguientes:

#### 1. Organismos Públicos:

- 1.1. Organismos Autónomos Administrativos o Institucionales
- 1.2. Organismos Autónomos Comerciales
- 1.3. Organismos Autónomos Locales
- 1.4. Entes Públicos de Derecho Privado (Entidad Pública Empresarial)

#### 2. Entidad de Derecho Público (Entes Públicos)

3. Sociedades Mercantiles Públicas
4. Consorcios
5. Entidades de Base Asociativa
6. Concesiones Administrativas
7. Institutos de Gestión (Agrupación de Servicios)
8. Fundaciones constituidas al amparo de la Ley 30/94
9. Fundaciones Públicas Sanitarias

### 3. Valoración de la implantación de modelos de gestión indirecta en España

El Sistema Sanitario Español presenta dos tipos de problemas: los relacionados con las deficiencias en las infraestructuras y los relacionados con la gestión.

Entre las deficiencias en **infraestructuras** sanitarias básicas nos encontramos:

- Escasez de camas hospitalarias (menor número de camas por mil habitantes de la UE)
- Déficit generalizado de centros y camas para crónicos, y en algunas zonas también de agudos
- Atención Primaria pendiente de completar (en 1998, aún más del 35% de la población no era atendida por este modelo), y mal dotada de personal y medios
- Escasa estructura para enfermos de salud mental

- Déficit de centros de día
- Deficiente atención geriátrica
- Necesidades no cubiertas (servicio bucodental, salud mental, enfermedades de la vejez)

Entre los problemas de **ineficiencia** destacamos:

- Desajustes territoriales en la distribución de las infraestructuras sanitarias
- Desequilibrios y desigualdades entre las diferentes regiones
- Orientación básicamente curativa
- Abuso de las urgencias
- Hiperconsumo de fármacos
- Falta de una dirección política entre los niveles, estatal, autonómico o local
- Masificación de la asistencia con exceso de burocratización
- Multiplicidad de redes asistenciales públicas y su descoordinación. Por ejemplo, la saturación generalizada coexiste con estructuras asistenciales municipales, autonómicas o ministeriales, sin cometido asistencial claro e infrautilizadas.
- Falta de coordinación entre Atención Primaria y Especializada y entre las diferentes especialidades hospitalarias
- Infrautilización de quirófanos y de otras infraestructuras
- Personal escasamente motivado
- Escasez de plantillas y abuso de la interinidad
- Excesivas listas de espera para determinadas especialidades
- Fraudes en el consumo
- Peligrosas conexiones con la asistencia privada (derivaciones a centros concertados y personal que trabajan en ambos)

Frente a estos dos tipos de problemas, existen multitud de medidas para resolverlos, muchas de ellas de aplicación simultánea, pero todas ellas englobadas en una mayor y más controlada aportación de fondos para resolver los primeros, y en una mejora de la gestión para resolver los segundos. Sin embargo, *las reformas realizadas en España se limitan a un único aspecto: intentar lograr sistemas más ágiles de gestión sanitaria y aumentar el grado de competencia entre las EAS.*

Parece generalizada la idea de dotar al sistema público de un sistema más ágil y menos rígido de gestión; un sistema que permita a las entidades competir entre sí, dar a conocer sus logros, flexibilizar sus sistemas de contratación y aprovisionamiento y en definitiva premiar a las instituciones que demuestren una mayor eficiencia. Además, tiene un alto consenso la idea de que sólo una adecuada competencia permitirá valorar a los centros que consiguen mejores resultados. En esta situación, las Reformas se centran en fomentar el cambio jurídico de los centros públicos de producción de sanidad en fórmulas de gestión indirecta con la intención de ofrecer una mayor operatividad.

Desde aquí *presentamos dudas sobre la forma y el contenido de las Propuestas, basándonos en las malas experiencias anteriores y en la razonabilidad de que los resultados no sean satisfactorios o de que junto a ellos se producirán nocivos efectos secundarios.*

### **3.1. Malas experiencias anteriores**

Admitiendo que existen áreas de ineficiencia en el sistema sanitario y que la excesiva burocratización y la rigidez de los procedimientos administrativos pueden constituir una limitación para buen servicio los ciudadanos, las experiencias realizadas hasta el momento no ofrecen buenos resultados.

En los Estados donde se ha aplicado el tipo de reformas que se proponen en España (contención de los gastos sanitarios y separación entre financiación, compra y provisión de servicios) los resultados no han sido los previstos. Para analizarlo observamos lo ocurrido en el Reino Unido.

La reforma Thatcher cerró más de 200.000 camas hospitalarias, disminuyó en 50.000 el personal de enfermería y aumentó en 20.000 el de altos cargos directivos (*NHS Support Federation and NHS Consultants Association, 1996*), descendiendo los niveles de salud y la calidad de la atención (*NHS Support Federation and NHS Consultants Association, 1992*).

El descenso en la calidad de la atención puede observarse en que el gobierno laborista se enfrentó en el 1999 con 115.000 demandas por negligencia médica contra las unidades organizativas sanitarias semejantes a las fundaciones españolas, por valor de casi 4.000 millones de euros (El País, 20-1-2000).

El descenso en los niveles de salud puede observarse en el empeoramiento de los indicadores de salud. Entre ellos destacamos el aumento en los niveles de mortalidad; en enero de 2000 se reconocieron alrededor de 5.000 muertes al año debido al aumento de las infecciones hospitalarias, mientras otras 15.000 personas fallecían semanas después de recibir el alta por complicaciones derivadas del contagio, ambas provocadas por los recortes presupuestarios en medidas de seguridad básicas y en medicamentos, así como por la falta de camas (El País, 18-2-2000). Al mismo tiempo, hubo un aumento de 10.000 muertos al año directamente relacionados con el descenso del número de médicos y enfermeras en los hospitales británicos. Además, se incrementó la mortalidad infantil “(...) *volviendo a aparecer las enfermedades dickensianas*” (The Observer, 1997, abril). A todo esto hay que añadir el abandono de los servicios no considerados rentables económicamente. La falta de determinados especialistas, como es el caso de cardiólogos y oncólogos dio lugar a que Gran Bretaña sea el país con peores tasas de supervivencia frente a enfermedades como el cáncer (El País, 18 enero 2000).

Esta situación generó un clima de alarma social que forzó al gobierno británico a aumentar en un 20 % el gasto sanitario hasta el año 2003 (Expansión 18 de enero 2000), para reflotar el sistema, al tiempo que dotó un crédito extraordinario para contratar urgentemente a 10.000 nuevas enfermeras y reincorporar a 20.000 enfermeras jubiladas (El País 22 marzo 2000).

### **3.2. Deficiente implantación actual**

A pesar de que la introducción de instrumentos y métodos de gestión empresarial en las EAS públicas tiene como objetivo un aumento de la eficiencia, las experiencias prácticas puestas en marcha en España (tanto en el Estado como en las diferentes Comunidades) no han dado los resultados esperados, a tenor de las deficiencias e irregularidades puestas de manifiesto en los

estudios realizados al respecto (Vaamonde *et al.*, 2000) y en los informes de fiscalización del Tribunal de Cuentas.

Las **Fundaciones de Manacor** (Mallorca) y **Alcorcón** (Comunidad de Madrid), gestionadas ambas en origen por el INSALUD, no han presentado públicamente y difundido los resultados de su gestión. Sin embargo, el Tribunal de Cuentas ha hecho público la existencia de irregularidades contables en dichas Fundaciones. El Tribunal de Cuentas ha detectado: subvenciones públicas indebidas por valor de 4 millones de euros, ingresos de 585 millones no contabilizados y gastos de 330 millones en contratación de servicios externos considerados innecesarios. Hay que recordar que la Fundación de Alcorcón había recibido una inyección económica extraordinaria de 9 millones de euros en diciembre de 1998 (El Periódico, 11-4-2000).

Esta mala gestión económica va acompañada de una calidad asistencial baja. La Fundación de Alcorcón es el hospital público con mayor número de quejas de usuarios desde el año 2000 (CGT, 2000, 7). Este dato es más importante si consideramos que el número de quejas de la Fundación de Alcorcón es de 13.000 frente a las 6.000 del segundo, el Ramón y Cajal de Madrid, a pesar de que tiene un 400% más de número de camas y nivel de actividad.

La gestión indirecta de la Fundación de Alcorcón únicamente ha obtenido éxito en la reducción de sus plantillas (2,1 trabajadores por cama frente a los 4 que tiene el Hospital de Móstoles (de gestión directa y en el mismo Área de Salud), lo que al contrario de ser un buen dato denota una pérdida en la calidad asistencial.

El conjunto de las experiencias de fundaciones realizadas en **Galicia** presentan problemas relevantes: personal reducido, aumento de los gastos de gestión y administración y personal con peores condiciones económicas y laborales que los del resto del Sistema Nacional de Salud.

La publicación del "*Informe de Fiscalización del Consello de Contas de Galicia*" ([www.ccontasgalicia.es](http://www.ccontasgalicia.es)), sobre la Fundación Hospital de Verín (Orense) puso de manifiesto serias deficiencias, entre las que se encuentran:

- ❑ Irregularidades laborales (contratación a través de una empresa privada sin respetar los principios de publicidad, mérito y capacidad)
- ❑ Abuso de la contratación temporal
- ❑ Externalización de determinados servicios (limpieza, lavandería, alimentación) con adjudicación directa a tres empresas en cuyos contratos figura la misma persona
- ❑ Adjudicación de servicios de Anatomía Patológica y Citología a un laboratorio de Santiago en unas condiciones desproporcionadamente ventajosas para la empresa privada

A esto hay que añadir que la realidad proporciona datos que sitúan a este hospital con unos niveles de recursos humanos inferiores y unos costes superiores respecto a hospitales públicos similares. La Fundación de Verín (88 camas) tiene 2,27 trabajadores por cama, frente a los 3,59 del Hospital Comarcal Valdeorras (gestión directa y 84 camas). La Fundación de Verín presenta costes por estancia superiores (369 euros frente a las 310 de Valdeorras) y costes por cama (95 euros frente a los 129 de Valdeorras); y esto a pesar de que la mayoría de las patologías atendidas en Verín, según los GRD, son de poca complejidad sanitaria y por tanto de bajo coste.

En la generalidad de los centros observamos una notable sobrefacturación por parte de las autoridades sanitarias hacia aquellas empresas de gestión privada, respecto a los propios centros públicos. A MEDTEC algunas pruebas le son abonadas hasta el 255% superior que el propio Servicio Gallego de Salud paga a sus centros públicos, por ejemplo el cateterismo en MEDTEC cuesta 4.600 euros, mientras que el precio oficial es de 1.290 euros.

Respecto al resto de fórmulas de gestión que no son fundaciones, **Cataluña** es la Comunidad Autónoma donde existe mayor experiencia y diversidad de alternativas. El sistema de financiación de Cataluña se basa en la separación de los papeles en la asistencia sanitaria: planificación por parte del Plan de Salud de Cataluña, financiación por parte del *Servei Català de la Salut* y provisión por la Red Hospitalaria de Utilización Pública (XHUP) donde se

integran tanto el *Institut Catalá de la Salut* (ICS) como otros centros concertados. Este sistema autonómico dispone, desde hace muchos años, de una red de hospitales comarcales gestionados por Consorcios, todos ellos gestionados por el ICS. No se han demostrado mejoras significativas en los resultados obtenidos por éstos centros, sin embargo, Cataluña tiene el gasto sanitario por habitante más elevado de España, sin ofrecer resultados (nivel de salud, prestaciones y calidad de los servicios) mejores que los del resto del Estado, incluso es notorio su retraso en la Reforma de la Atención Primaria.

El déficit de la sanidad en Cataluña (100.000 euros/año asumido por el Estado) viene provocado por la duplicidad de medios de alta tecnología sanitaria (para poder competir con el resto de EAS), por las campañas de marketing para atraer clientes, por el incremento de los gestores y sus retribuciones, etc.

En la sanidad catalana no son extrañas prácticas como la del Consorcio Hospitalario *Parc Taulí* de Sabadell del Servicio Catalán de Salud, que da cobertura a 390.000 personas del Vallés Occidental, que invirtió en 1997 más de 6 millones de euros para crear productos que atrajeran más pacientes privados. Este hecho podría no ser negativo si no fuese porque en el informe de gestión de ese ejercicio exponía que con sus recursos sólo podía atender al 80% de la demanda existente en su zona y que mantenía unas listas de espera media superior a los 500 días (Diario Médico, 4/9/97).

Todo esto en lo que respecta a la gestión privada de centros públicos, pero la otra alternativa, ***abonar con dinero público la asistencia ofrecida en centros privados, ha ofrecido aun peores resultados.***

Una auditoría realizada por la Inspección Sanitaria del INSALUD en 1998, analizó a los 259 centros asistenciales gestionados por las 21 mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, concluyendo que existían deficiencias y riesgos importantes. Entre ellos, dificultad de acceso físico y temporal (sólo funcionan los días laborables en horario diurno), falta de requisitos físicos para prestar la atención, equipamiento escaso, dotación de especialistas insuficiente y escasez de plantilla (destacable es que tratándose de mutuas de

accidentes la nota general es la inexistencia de traumatólogos y rehabilitadores, siendo la mayor parte generalistas).

Un estudio llevado a cabo en Galicia (Martín García, 1997), pone de manifiesto las debilidades del sector hospitalario privado, no reuniendo las condiciones mínimas necesarias para ser concertado por el sector público (escasa dotación e inadecuado equipamiento, bajos indicadores de calidad asistencial, mortalidad quirúrgica superior a la de los centros públicos en un 14%, casi la quinta parte de personal médico y de enfermería que en la pública...). Además, el sistema privado concentra sus camas y su inversión en alta tecnología en las provincias de mayor nivel de desarrollo.

A pesar de todo ello, el SERGAS (Servicio Gallego de Salud), realizó en 1994 un concierto con el centro privado POVISA, en crisis financiera. En éste, la escasez de personal apenas alcanza el 1,83 como índice de personal por cama (la mitad del Hospital Xeral de Vigo), y además las listas de espera han crecido por los bajos rendimientos (Dirección Provincial de Pontevedra del SERGAS, 1995).

Esta situación no tiene como resultado una disminución de las transferencias a centros privados, al contrario por acuerdo del Consejo de Gobierno de la Comunidad de Madrid se derivaban 3.719 pacientes a centros privados (para ser intervenidos en octubre y diciembre del año 2002), destinando para ello 4'3 millones de euros. Este acuerdo unidos a los firmados anteriormente con la patronal privada, suman un total de 18.000 intervenciones canalizadas hacia el sector privado, lo que representan un 6'56% de las producidas en la Comunidad (ABC, 2-9-02).

### **3.3 Forma en que se ha desarrollado este proceso**

Las nuevas fórmulas de gestión suponen una importante modificación del sistema sanitario. No es un simple cambio en las maneras de gestionar, representa un cambio en la titularidad de los centros, supone segregar en numerosas microempresas la red sanitaria pública y puede tener efectos secundarios importantes en la forma de atender a los ciudadanos. Una

transformación de tal magnitud debería realizarse con enorme transparencia, amplio debate previo y procurando alcanzar el máximo acuerdo entre los agentes sociales y profesionales. Sin embargo esto no ha sido así; valgan como muestra los dos hechos siguientes:

- Una medida Legislativa tan importante, como la que permite la creación de las Fundaciones Públicas Sanitarias, se ha realizado a través de una enmienda a la Ley de acompañamiento de los presupuestos generales del Estado para 1999, presentada en el último día. De esta forma se esquivó cualquier posibilidad de debate parlamentario sobre una modificación tan importante para la sanidad pública.
- El Reglamento sobre las nuevas formas de gestión fue publicado en el BOE sin el apoyo mayoritario de los grupos parlamentarios, las fuerzas sindicales y la Organización Médica Colegial.

### **3.4. Resultados negativos razonadamente esperables**

\* Incrementar las posibilidades de exclusión de pacientes. Los medios de gestión indirecta de las EAS públicas tienen incentivos para evitar aceptar pacientes en situaciones que requieran un tratamiento caro, quedándose con los rentables.

El sistema sanitario debe atender colectivos y necesidades poco o nada rentables en cuanto a precio. La promoción de la competencia entre EAS puede impulsar mecanismos de selección de riesgos de pacientes. La búsqueda de buenos resultados de gestión puede provocar que algunas EAS intenten rechazar aquellos pacientes que por sus numerosos problemas de salud o características personales puedan generar mayores costes.

Permitir el rechazo de pacientes no rentables tiene como resultado último y final destinar pocos recursos a esta clase de enfermos. El peligro de selección adversa puede reducirse de varias maneras. Una de ellas es obligar a aceptar a todos los pacientes que se presenten, hasta un cierto límite.

\* Incrementar las posibilidades de exclusión de zonas geográficas. Las empresas de gestión pública indirecta tendrán incentivos para aumentar el peso de las actividades más rentables en

las regiones geográficas más provechosas. Sin embargo, el sistema sanitario debe atender colectivos y necesidades poco o nada rentables en cuanto a precio, por ejemplo, situar centros de salud en zonas poco pobladas.

Este hecho ya puede verse en la sanidad privada, donde la cobertura no alcanza a las zonas del territorio donde es antieconómica su presencia. Por ejemplo MUFACE no se hará cargo de la asistencia en las zonas rurales (Diario Médico, 23-9-1997).

Es necesario establecer medidas compensadoras porque en caso contrario, aumentarían las desigualdades por razones geográficas, discriminando a las zonas geográficas con menor desarrollo económico, que son, además, las que presentan peores indicadores de salud.

\* Empeoramiento de la estructura de costes. La fragmentación produciría una multiplicación de los procesos administrativos. Este hecho es muy importante porque produciría un aumento de los gastos de gestión y administración que, por su carácter de costes fijos, deben ser minimizados en todas las organizaciones.

\* Incremento de los costes de publicidad. La instauración de un mercado sanitario generará que hospitales, centros y servicios entren en competencia por la captación de enfermos, y la venta de servicios, con el objeto de obtener beneficios. Desde el mismo momento en que la atracción del cliente comience a ser importante para los centros y repercuta en sus dotaciones y presupuestos, el uso de la publicidad, directa o indirecta será inevitable. La competencia favorecerá que una parte de la financiación de los centros se destine a campañas de imagen y propaganda para captar clientes, en vez de ir destinados a mejorar la calidad asistencial, como hemos visto en el Consorcio Hospitalario *Parc Taulí* de Sabadell. Con ello se corre el riesgo de que cada centro invierta una cantidad importante en la captación de clientes, en vez de dotar fondos para la mejora de sus servicios, por ejemplo, con la disminución de sus listas de espera.

A esto hay que añadir que la competencia favorecerá los flujos de clientela hacia determinados centros, que no podrán ser asumidos sin generar problemas de listas de espera, sobrecargas y

una tendencia a la explotación de servicios por encima de lo recomendable para mantener unos mínimos niveles de calidad.

\* Incremento global de los costes. A mayor número de hospitales mayor es el gasto de cada hospital, ya que todos quieren tener todas las especialidades rentables, las más modernas tecnologías o las mejores condiciones hoteleras, para atraer clientes y competir con éxito en el mercado. Todos los centros querrán tener ciertos recursos para competir con el resto de EAS, lo que provocará un incremento global de los costes por duplicidad, por ejemplo en elementos de alta tecnología sanitaria. En el conjunto de centros fragmentados sólo son practicables la reducción de los costes salariales y el ahorro en determinado tipo de material, con los consiguientes riesgos sobre la calidad del trabajo realizado.

\* Disminución de las ratios personal/paciente. Los centros de gestión indirecta de sanidad pública tendrán una tendencia a deteriorar las condiciones de trabajo, con jornadas laborales excesivas, y con contratos laborales con peores condiciones económicas, tanto de temporalidad como de precariedad, y en última estancia, la segura tendencia a reducir el personal para disminuir el apartado de gastos de personal.

\* Limitaciones a la planificación global del sistema. La fragmentación en múltiples microempresas que compiten en un mercado supondrá un lastre para la coordinación y planificación global del sistema sanitario público, con la consiguiente reducción en la calidad global.

\* Desaprovechamiento de las economías de escala. La gestión en múltiples empresas sanitarias parece incoherente con la eficiencia que se dice perseguir, pues impide las ventajas de la economía de escala. Resulta chocante que se esté buscando la eficiencia mediante la ruptura de la red sanitaria pública en múltiples microempresas, cuando la tendencia en el sector privado se encamina hacia la concentración empresarial y el reforzamiento de las macroestructuras, por medio de fusiones y demás vínculos de colaboración, y recurriendo en un número despreciable de ocasiones hacia la fragmentación.

\* Incremento del *outsourcing*. Se producirá un incremento notable de las externalizaciones en la provisión de diversos servicios mediante la subcontratación con empresas privadas.

\* Posibilidad para la enajenación de recursos públicos. Dotar a los centros de patrimonio propio permitirá invertir dicho patrimonio como mejor decida su Consejo de Administración, arrendando bienes y servicios públicos a empresas privadas, enajenando dicho patrimonio, realizando gravámenes (hipotecas, usufructos, cesiones a privadas...), al tiempo que se permite la entrada de capitales y donaciones privadas en dichas empresas. La parte del patrimonio de las Fundaciones Públicas Sanitarias, que se permite enajenar procede de la Seguridad Social y ha sido sufragado con las cuotas de los trabajadores e impuestos de todos los españoles.

\* Imposibilidad de establecer un mercado real para los consumidores. No puede haber un mercado si los usuarios no pueden elegir donde ser atendidos. La elección depende de: (a) poder salvar las retenciones administrativas existentes para poder cambiar de médico u hospital (salvo servicio de urgencias), (b) de la información (teniendo en cuenta lo manipulable que es la información cuando están en juego grandes intereses comerciales), y (c) de las posibilidades económicas del usuario (por ejemplo un pensionista que viva en un pueblo de León tendrá dificultades para financiar los traslados y estancias para ser atendido prolongadamente en Madrid o Barcelona).

\* Desatención de los recursos intangibles. La competencia entre centros conlleva una disminución de inversiones en investigación y formación, dos aspectos profundamente relacionados con el capital humano y organizativo, pilares fundamentales del capital intelectual de la economía global y particular de cada región.

\* Importantes beneficios económicos a sujetos externos al sistema público. De esta situación se beneficiarán las personas encargadas de efectuar los nombramientos de los cargos rectores de estas empresas y demás cargos que tengan potestad para efectuar contratos con las empresas proveedoras. Permitir a los gestores escapar del control administrativo del presupuesto, eliminando así, parte del control burocrático existente hoy día parece un buen

objetivo, sin embargo, también conlleva una pérdida de control, por ejemplo, posibilitaría, la obtención de material sin tener que acudir a concurso público.

Del mismo modo, salen beneficiadas las grandes compañías multinacionales del sector sanitario-farmacéutico, que esperan acceder a una parte de los cuatro billones del gasto sanitario público. Por un lado intentarán compartir la gestión de empresas tan grandes como la Fundación Jiménez Díaz, y por otro, intentarán beneficiarse del desaprovechamiento de las economías de escala que provoca las multidivisiones del sistema.

Todos aspectos críticos nos llevan a afirmar que ***la implantación de métodos indirectos para la gestión de las EAS públicas presenta peligros e incertidumbres que, al menos, compensan las ventajas***. No parece una medida adecuada disgregar todo el Sistema Sanitario en múltiples unidades económicas con estas características, en todo caso podría implantarse para gestionar únicamente determinados ámbitos con tecnología o naturaleza específica.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CGT (2000): *Campaña de Otoño*, Dossier Informativo, Secretaría Acción Sindical CGT, Madrid.

MARTÍN GARCÍA, M. (1997): "Los cuestionables éxitos de la política sanitaria gallega", *Salud 2.000* nº 61.

NHS SUPPORT FEDERATION AND NHS CONSULTANTS ASSOCIATION (1996): *Health care - private corporations or public service?*, NHS, London.

--- (1992): *This fourth reorganization of the NHS*, NHS, London.

VAAMONDE GARCÍA, P. (coord.) (2000): *Nuevos modelos de gestión: fundaciones*, disponible electrónicamente en la página web [www.semfyec.es](http://www.semfyec.es)