

Los Servicios de Salud de las comunidades autónomas son herederos de la arquitectura organizativa del antiguo INSALUD, organizaciones jerárquicas fuertemente integradas verticalmente y sujetas al Derecho Administrativo en la mayor parte de sus procesos y actuaciones. Presupuestariamente son centros de gasto y se gestionan básicamente como un centro de costes. Este marco de regulación administrativa y presupuestaria es más propio de una dirección general de la Administración que de una organización compleja sujeta a continuos procesos de cambio e innovación. Su marco de regulación laboral el Estatuto Marco, supone barreras significativas para una gestión de las relaciones laborales donde el esfuerzo, el mérito y la vocación puedan ser valorados de forma efectiva. La vocación, el voluntarismo o el deber ético de muchos profesionales se contraponen a un marco organizativo y laboral que desincentiva la creación de valor y la búsqueda de la excelencia profesional. Finalmente, aunque ha habido algunos avances en la profesionalización del gobierno de los centros sanitarios públicos, la posibilidad de ocupar un cargo directivo está más en función de la cercanía al poder político que de las capacidades y competencias de dirección.

Cataluña es una excepción relativa dado que solo un 30% de los

hospitales y un 80% de centros de atención primaria se adscriben a este modelo. El denominado modelo catalán históricamente integra una variedad de modelos jurídicos y organizativos en su oferta pública de servicios sanitarios que presenta características y problemas diferenciales que no son analizados en este texto.

A pesar de las innovaciones de tipo gerencial realizadas desde los años ochenta del pasado siglo (contratos programas, medidas de la actividad, sistemas de contabilidad de gestión, productividad, gestión clínica, etc.) la estructura organizativa de los Servicios de Salud de las comunidades autónomas no ha variado esencialmente del modelo burocrático y funcional heredado. Igual que en el genial microrrelato de Augusto Monterroso: “Cuando despertó el dinosaurio todavía seguía allí”.

Históricamente la reforma de los modelos burocráticos de gestión sanitaria se puede retrotraer al informe Abril Martorell (1991) que propuso separar las funciones de financiación, compra y provisión de servicios, y convertir los centros sanitarios en empresas públicas regidas por el ordenamiento jurídico privado en la gestión de sus recursos. La Ley 15/1997 sobre habilitación de nuevas formas de gestión del SNS admite cualquier forma jurídica para la gestión de centros sanitarios

siempre y cuando mantuvieran el carácter de servicio público de la asistencia. Asimismo, contempló la contratación externa de servicios con el sector privado remitiéndose a la Ley General de Sanidad, una ley importante y significativa. Desde entonces, se han desarrollado diversas estrategias de innovación organizativa en los distintos Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas que pueden agruparse en dos tipos, gestión directa e indirecta, según impliquen la privatización o no de la propiedad de la organización.

Distintas formas jurídicas de gestión directa (Entes de Derecho Público, Fundaciones, consorcios, etc.) fueron utilizadas por varias CA con el objetivo de mejorar los procesos de gestión y tener un marco de relaciones laborales, permaneciendo la propiedad en manos de la Administración Pública.

La gestión indirecta junto al mantenimiento de modelos de externalización tradicionales (conciertos parciales y totales) ha utilizado dos tipos de Colaboración Pública Privada (CPP), los modelos *Private Finance Initiative* (PFI) y las concesiones sanitarias caracterizados por una estrecha colaboración entre sector público y las organizaciones privadas, que actúan como socios en la gestión de un servicio público

Estos modelos suponen la construcción, equipamiento y gestión de los centros sanitarios durante un período de tiempo determinado por una empresa privada, a cambio de un pago periódico por parte de la Administración Pública. Su principal diferencia es el grado de externalización de la cadena de valor del centro sanitario. En las concesiones sanitarias también se asume la gestión sanitaria e incluso sociosanitaria. Los modelos de CPP se han extendido en las últimas décadas en otros países europeos como fórmula para lograr sinergias entre el sector público y privado, aunque no existe una evaluación sistemática sobre su impacto en la eficiencia y resultados en salud. Los modelos de CPP exigen altos estándares de ética pública, transparencia, y rendimiento de cuentas. Son modelos inadecuados en contextos de deterioro del capital ético de la sociedad, corrupción y falta de tradición en el rendimiento de cuentas.

Otra experiencia de gestión indirecta son las Entidades de Base Asociativa de Cataluña (EBAs) iniciada en el año 1993 con la experiencia de Vic. Las EBAS están formadas por profesionales sanitarios, tienen personalidad jurídica propia y al menos el 51% del capital social debe pertenecer a los profesionales sanitarios que presten en ésta sus servicios.

Las experiencias de gestión directa a pesar de las expectativas creadas no se han consolidado como alternativas al modelo tradicional, y han ido desapareciendo progresivamente integrándose en los Servicios de Salud de las diferentes CA que las habían impulsado, como son los ejemplos de las fundaciones de Galicia y Baleares o las empresas públicas de Andalucía.

Las experiencias de CPP han sido creadas en medio de un fuerte nivel de confrontación política tanto en la Comunidad de Madrid como en la de Valencia. En esta última, líder con su experiencia pionera de la concesión sanitaria de Alzira, durante la anterior legislatura se inició el proceso de reversión de estas experiencias una vez concluido su periodo contractual de 10 años.

Finalmente, las EBAS catalanas no han sido capaces de desarrollarse en otras Comunidades Autónomas y permanecen estancadas en Cataluña donde constituyen experiencias minoritarias, aunque a priori serían una forma muy atractiva de afrontar la profunda crisis de la atención primaria al proponer un modelo similar al existente en otros países con modelos de atención primaria más exitosos como Inglaterra o Dinamarca.

Las decisiones sobre el cierre de las distintas experiencias de empresas

públicas sanitarias, así como de las CPP se han realizado sin una evaluación robusta de los resultados obtenidos, más al albur de las presiones y contingencias políticas del momento que de un análisis detenido de sus resultados.

Aun existiendo limitaciones en las evaluaciones efectuadas por falta de información y calidad de esta, los resultados disponibles señalan una mayor eficiencia derivada de la personificación jurídica de los hospitales públicos y su marco laboral, así como un mejor desempeño de las CPP que los hospitales tradicionales integrados en los Servicios de Salud. Los resultados no debieran sorprender. Lo realmente milagroso, hubiera sido lo opuesto a la vista del deterioro de la gobernanza de los hospitales públicos en la totalidad de las CA.

En conclusión, un panorama sombrío donde el escenario más previsible es una profundización del deterioro de la sanidad pública esclava de una concepción organizativa y laboral rígida y arcaica. Una reforma sustantiva del marco de gobernanza exigiría un pacto de estado más allá del ciclo electoral que permitiera afrontar con posibilidades de éxito las fuertes resistencias que enfrentaría. Dado el panorama de polarización política actual ni el Cándido de Moliere apostaría por este escenario.

Reflexiones del Consejo Asesor de SEDISA

II. Organizaciones Públicas y Privadas en el Sistema Sanitario Español

Consejo
Asesor
SEDISA



Noviembre 2024

Afortunadamente, el futuro es incierto y permanece cierta esperanza. La difusión de tecnologías disruptivas como la Inteligencia Artificial, la robótica y la medicina personalizada puede abrir una ventana de oportunidad para modificar en profundidad la arquitectura organizativa de hospitales y centros de atención primaria. Aunque se debe ser cuidadoso. Como dice la oración de los alcohólicos anónimos: “concédenos la serenidad para aceptar todo lo que no podemos cambiar, valor para cambiar lo que podemos y la sabiduría para reconocer la diferencia”

Bibliografía

Ley sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud. L. N° 15/1997 (25 abril 1997). <https://www.boe.es/buscar/pdf/1997/BOE-A-1997-9021-consolidado.pdf>

Martín, J. J., del Amo, M. D. P. L., & Hita, J. M. C. (2016). La empresa pública en la sanidad: Prestación de sanidad pública por hospitales y ambulatorios privados. *Presupuesto y Gasto Público*, 83, 81–104.

Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad (IDIS). (2023). Sanidad privada aportando valor. Fundación IDIS. https://www.fundacionidis.com/folletos/idis_sanidad_privada_aportando_valor_2023_20230522.pdf

Associació Catalana d'Entitats de Base Associativa. (2022). Memòria 2022. <https://www.aceba.cat/es/transparencia/memoria-anual/memoria-aceba-2022.htm>

Incluso cuando las evaluaciones sugieren una mayor eficiencia, las recomendaciones de los auditores sorprendentemente se inclinan por integrar las empresas públicas sanitarias en el Servicio Regional de Salud como ha sucedido en Andalucía. Véase:

Costa del Sol: <https://www.juntadeandalucia.es/organismos/apescs/estructura/transparencia/informacion-economica-presupuestaria/informes-auditoria.html>

Poniente de Almería: <https://www.juntadeandalucia.es/organismos/apeshp/estructura/transparencia/informacion-economica-presupuestaria/informes-auditoria.html>

Alto Guadalquivir: <https://www.juntadeandalucia.es/organismos/ephag/estructura/transparencia/informacion-economica-presupuestaria/informes-auditoria.html>

Bajo Guadalquivir: <https://juntadeandalucia.es/organismos/apesbg/estructura/transparencia/informacion-economica-presupuestaria/informes-auditoria.html>

Empresa Pública de Emergencias Sanitarias: <https://juntadeandalucia.es/organismos/epes/estructura/transparencia/informacion-economica-presupuestaria/informes-auditoria.html>

López-Casasnovas, G. (2024). The lack of data and the conceptual mistakes in assessing public-private partnerships as a form of healthcare privatization. *Gaceta Sanitaria*, 38. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2024.102363>

Pérez-Romero, C., Ortega-Díaz, M. I., Ocaña-Riola, R., & Martín-Martín, J. J. (2019). Análisis multinivel de la eficiencia técnica de los hospitales del Sistema Nacional de Salud español por tipo de propiedad y gestión. *Gaceta Sanitaria*, 33, 325–332. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.02.005>

Ocaña-Riola, R., Pérez-Romero, C., Ortega-Díaz, M. I., & Martín-Martín, J. J. (2021). Multilevel zero-one inflated beta regression model for the analysis of the relationship between exogenous health variables and technical efficiency in the Spanish National Health System hospitals. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(19), 10166. <https://doi.org/10.3390/ijerph181910166>

Reflexiones del Consejo Asesor de SEDISA

II. Organizaciones Públicas y Privadas en el Sistema Sanitario Español

Consejo
Asesor
SEDISA



Noviembre 2024

Documento realizado por el Consejo Asesor de la Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA), de mano de **José Jesús Martín Martín**, Catedrático del Departamento de Economía Aplicada de la Universidad de Granada y Profesor Asociado de la Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP) y miembro de dicho Consejo.

Creado en 2021, este Consejo Asesor funciona como un importante foro de reflexión, asesoramiento y Comité científico, ético y estratégico de la Junta Directiva de SEDISA, la Fundación SEDISA y las juntas directivas de las Agrupaciones Territoriales de la Sociedad, en materias tales como tendencias en formación y profesionalización de directivos sanitarios, de planificación estratégica y operativa sanitaria, actualizaciones en gestión de organizaciones sanitarias, reforma de las organizaciones sanitarias, código de buenas prácticas, estrategias

de responsabilidad social corporativa, ética en práctica asistencial y en las líneas de investigación biomédicas, comunicación y marketing sanitario, economía de la salud y en cuantas otras materias solicite la Presidencia de SEDISA.

Formado por 16 referentes del Sistema y referentes institucionales de cada comunidad autónoma. Presidido por Mariano Guerrero Fernández, el Consejo está formado por Mikel Álvarez Yeregui, Miguel Ángel Asenjo, Carina Escobar, Enrique Delgado, Pepe Martín, José M^a Martín Moreno, José Antonio Moreno, Rafael Pacheco, Luis Cortina, Javier Sádaba, Paloma Alonso, Beatriz González López-Valcárcel, María Berta Sáez Gutiérrez, José Manuel González Álvarez y Elena Gazapo Carretero.