

Copagos, nuevas formas de gestión y PFIs: *Ganar en responsabilidad sanitaria*

Abstract: Mejorar la sanidad requiere no sólo aportarle mayores recursos sino hacerlo al tiempo que se abordan sus principales deficiencias. En este trabajo se subraya la necesidad de que todos los agentes asuman en mayor medida sus responsabilidades, y se analiza, desde el punto de vista económico, mecanismos para hacerlo. La experiencia de nuestro país y de otros países europeos que se detalla manifiesta que son posibles mejoras sustanciales en la eficiencia.

Pablo Vázquez,
FEDEA y
Universidad Complutense
2006

CONSEJO ECONÓMICO Y SOCIAL
DE LA COMUNIDAD DE MADRID

La responsabilidad de las opiniones expresadas en este documento incumbe exclusivamente a sus autores y su publicación no significa que el Consejo Económico y Social de la Comunidad de Madrid se identifique con las mismas.

Colección Documentos de Trabajo
Número 1

Edita: Consejo Económico y Social. Comunidad de Madrid
Cardenal Marcelo Spínola, 14. 28016 Madrid. España

Depósito Legal: M-48637-2005

Fotomecánica: FCM, S.L.

Impresión: Intigraf, S.L.

1. Introducción

La sanidad ocupa hoy un lugar central en la agenda política de nuestro país, especialmente si pensamos en los gobiernos regionales. Es, por ejemplo, el principal tema de envergadura que va a abordar la recién estrenada conferencia de presidentes autonómicos. Y aquí en Madrid, el nuevo equipo de gobierno ha hecho de la sanidad un elemento singular de su compromiso electoral.

El centro del debate sanitario se sitúa hoy en la falta de recursos para financiar este servicio. Así por ejemplo, el mensaje oficial del gobierno catalán sobre el origen de los problemas de la sanidad en esa Comunidad Autónoma se centra en el déficit fiscal¹. La falta de recursos económicos —ya que una parte de ellos van a parar a otras CCAA— sería en gran medida la causante de las deficiencias observadas en el sistema público de Cataluña².

Centrar el debate en las insuficiencias de recursos es, probablemente, un error de planteamiento. Se entiende el interés por aprovechar una determinada coyuntura política y mejorar las partidas presupuestarias en áreas que se consideran propias, pero todos sabemos que incrementar el gasto en sanidad únicamente resuelve los problemas de tesorería, pero que a medio y largo plazo no arregla casi nada porque los componentes estructurales que han generado ese gasto siguen vigentes.

El último ejemplo de esta práctica consistente en aumentar las partidas de gasto sanitario sin resolver los problemas de fondo y que parece que nos empeñamos en repetir, es bastante reciente. En el año 2002, las CCAA que acababan de recibir la transferencia en sanidad decidieron celebrarlo con un incremento retributivo de sus profesionales, fruto de la presión sindical sobre los gestores menos experimentados así como del deseo de buscar la aceptación de los nuevos Servicios Regionales de Salud. Una a una todas las CCAA recién transferidas, acordaron incrementos en el capítulo I, mayores conforme la negociación se sucedía en el tiempo. La parte más razonable de esta medida se encontraba en las disparidades existentes con otros profesionales que trabajaban en las CCAA históricas. La menos deseable es que el aumento de las retribuciones (entre un 5 y un 12%) tuvo un carácter fijo (reduciendo el valor ya casi simbólico de los componentes variables en las retribuciones) y el hecho de venir acompañado de una reducción de jornada a 35 horas. Tres años después los problemas en los recursos humanos del SNS siguen siendo los mismos y esos incrementos únicamente han servido para que los profesionales de las CCAA donde no hubo esas subidas se sientan ahora mal pagados.

¹Si bien el mal llamado Informe Vinardell, un texto bastante heterogéneo en cuanto a su contenido, hace numerosas referencias a la necesidad de mejoras en la eficiencia. *Documento Marco del grupo de trabajo para la racionalización y la financiación del gasto sanitario* (2005).

²No es de extrañar que, en estas condiciones, el resto de CCAA hayan manifestado que también ellas tienen deficiencias de recursos y necesidades sin cubrir.

En el modelo actual, con frecuencia se diluye la responsabilidad del usuario, que no asume —en gran medida porque no lo conoce— el valor de los servicios que está recibiendo; se diluye la responsabilidad del profesional porque sencillamente nuestro sistema no premia el esfuerzo; se diluye la responsabilidad del gestor porque no responde de un presupuesto ya que éste con frecuencia propiamente no existe. Esta carencia de responsabilidades explica, en trazos muy gruesos, los problemas del sistema. Parece difícil que podamos abordar las grandes cuestiones de nuestro tiempo (envejecimiento, técnicas más costosas y usuarios cada vez más exigentes) sin aumentar las cuotas de responsabilidad a todos los niveles.

Este trabajo no pretende denunciar posibles errores o aportar una visión negativa del futuro de nuestra sanidad. Por el contrario, busca sacar a la luz abundantes experiencias, en España y en otros países, de acometer de forma positiva los problemas estructurales de nuestro sector. Todas ellas coinciden en otorgar mayor capacidad de decisión, mayor capacidad de elección, a los gestores, a los profesionales o a los usuarios.

El orden para abordar estas cuestiones será el siguiente: en primer lugar analizaremos la justificación económica de los copagos y franquicias, repasaremos los estudios económicos sobre su impacto y describiremos cómo funcionan en la práctica en algunos países europeos. La segunda parte del trabajo está dedicada a experiencias de mejoras en la organización con el fin de dar mayor autonomía a los gestores y mayor responsabilidad a los profesionales. Estudiaremos así la situación actual de las “nuevas formas de gestión” en las diferentes CCAA, los efectos que han tenido y nos detendremos en el estudio de la más novedosa en nuestro país y que está siendo usada intensamente por el actual gobierno de la Comunidad de Madrid: la participación privada en infraestructuras. El último apartado es para conclusiones.

2. La participación de los ciudadanos en la financiación sanitaria: copagos y franquicias

Probablemente la mayoría de los economistas estaríamos de acuerdo en que una reducción del precio en el momento del consumo como consecuencia de estar asegurado provoca un exceso de demanda por encima de lo deseable. Saber que tengo el coche asegurado *a todo riesgo* no me conduce a estrellarlo contra la primera esquina, pero sí probablemente a aparcarlo en la calle para ahorrarme el parking ya que los pequeños desperfectos que pudiera sufrir los pagará el seguro. Este hecho, bien conocido en el mundo de los seguros y que se denomina *riesgo moral* es el problema fundamental de conductas tan racionales como las de asegurarse.

La divergencia entre racionalidad individual y óptimo social, como consecuencia del riesgo moral, genera una pérdida del bienestar, ya que los servicios se demandan como si no tuvieran ningún coste³. En nuestro caso, dedicamos demasiados recursos a la sanidad porque no hay un mecanismo, el precio, que ajuste mis preferencias individuales con el óptimo social.

Para reducir esas pérdidas de bienestar, se puede actuar sobre el precio (copagos o franquicias) o sobre la cantidad. Merece la pena destacar desde el comienzo que si no se actúa sobre el precio, antes o después tendrán lugar restricciones en la cantidad, vía listas de espera, falta de recursos físicos o simplemente limitaciones en la calidad: alguna limitación *quedará establecida* nos guste o no⁴. Lo adecuado, desde el punto de vista de las políticas públicas, es elegir la óptima (es decir, la que provoque menos pérdida de bienestar).

Centrándonos en el copago, resulta útil conocer la eficacia de las diferentes fórmulas para establecerlo. El *Cuadro 1* resume el realizado por García y Pellisé en 2001 y en el que evalúan las diferentes alternativas.

³García y Pellisé, 2001.

⁴No es posible que el servicio de salud de una determinada Comunidad Autónoma pueda atender a la población universal. El hecho de que la Comunidad de Madrid haya asumido en los últimos años una población inmigrante semejante en tamaño a la que vive en Extremadura parece, sin embargo, cuestionar (aunque creo que sólo a corto plazo) esta afirmación.

De sus resultados, parece claro que la capacidad de limitación de la demanda *excesiva* viene determinada por la elasticidad precio (cómo responde la demanda a un aumento del precio) del bien sobre el que se establece el copago. Estaría por tanto más justificado en aquellos servicios más *sensibles* al precio, como la exclusión de determinadas prestaciones no vitales, la calidad hotelera de los establecimientos sanitarios o el acceso inmediato a un especialista en supuestos no urgentes.

Cuadro 1: Resultados empíricos de diferentes estudios sobre el copago

ESTUDIO	MEDIDA ANALIZADA	RESULTADOS
Manning et al	Experimento controlado sobre la introducción de diferentes niveles de copago y de reembolsos	Un incremento del 10% en el precio que debe pagar el usuario reduce la demanda en un 1-2%.
Chiappori	Introducción de un copago del 10% por visita al médico	Reducción, especialmente en los servicios más sensibles como la visita domiciliaria
Birch	Copago de medicamentos y cuidados dentales en Inglaterra	Los afectados por el copago redujeron el consumo un 7,5% frente a los exentos que aumentaron un 1%. Además los no exentos del copago hacían un mayor uso de las urgencias.
Beck	Pago de 1,50\$ por visita médica y 2\$ por visita domiciliaria y uso de urgencias	Reducción del uso de un 7% para la población en general, y de un 18% para la población más pobre
Helms	Pago de 1\$ por las primeras dos visitas al mes y 0,50\$ por las dos primeras prescripciones en Medicaid (personas con pocos recursos)	Reducción de las visitas médicas en un 8% pero incremento de las hospitalarias en un 17%
Harris et al	Copago para analizar el efecto sobre medicamentos esenciales y discrecionales	Reducción de ambos pero especialmente de los no esenciales
Soumeria	Tope de tres medicamentos mensuales y posterior sustitución del tope por el cobro de un 1\$ por receta	Reducción de un 30%, siendo especialmente perjudicados los enfermos polimedicados. Cuando sustituyó el tope por el pago de 1\$, la demanda se incrementó en un 1%.

Fuente: Elaboración propia a partir de la información recogida por García Cebrián y Pellisé Urquiza, 2001

Parece también bastante pacífico que la introducción de un copago supone una reducción de la demanda de servicios sanitarios, aunque su impacto va a depender de la naturaleza del servicio, de la magnitud del copago y del nivel de renta del individuo. En este último sentido, numerosos estudios sugieren que el copago supone una restricción más fuerte para personas de renta baja que para personas de renta alta. De los estudios también se desprende algunas otras realidades (algo obvias): un copago en atención primaria desplaza la demanda hacia urgencia y atención especializada, si éstas no cuentan con copagos. Algunos estudios más recientes subrayan que el copago en medicamentos puede generar incluso una pérdida de bienestar al suponer una barrera al cumplimiento terapéutico (Dor y Encinosa, 2005).

No es por tanto, sencillo el diseño del *copago óptimo*, al menos desde la literatura científica. Es claro que resulta eficaz (y el copago en medicamentos es un buen ejemplo), probablemente más efi-

caz cuanto mayor sea su cuantía (el copago propuesto hace unos meses desde el gobierno catalán de un euro por visita médica, por ejemplo, no parece muy disuasorio) y si se establece en servicios donde haya capacidad de elección. Tiene sin embargo problemas de equidad de difícil solución, que han tratado de resolverse en muchos casos dejando a colectivos completos fuera del copago. La solución a priori ideal de ajustar el copago al nivel de renta del ciudadano se hace de difícil gestión o con efectos indeseables (clasificar, por ejemplo, a los ciudadanos por su nivel de renta y hacer explícito esos niveles mediante una tarjeta no parece una buena idea).

Frente a estas limitaciones del copago hay que insistir en que la alternativa no es un servicio idéntico pero sin pagar, ya que los recursos, aunque sean en forma de tiempo, no son ilimitados. Cuando no hay copagos funcionan otros mecanismos menos transparentes pero que también suponen costes para los ciudadanos como las listas de espera o las limitaciones en la calidad.

El debate del copago, del que en nuestro país nadie habla pero que todos esperan, se va a mezclar por una vez felizmente con el debate de la atención a la dependencia. Parece que existe voluntad de regular la atención a las personas dependientes, estableciendo ciertas prestaciones dependiendo del nivel de cuidado que reciben los ciudadanos. Esas prestaciones tienen un carácter sociosanitario, incidiendo en personas con enfermedades crónicas que no necesitan cuidados médicos constantes sino una atención social especializada. La *buena noticia* es que esas personas ya están financiando las prestaciones sociosanitarias mediante un copago, y no menor: se calcula que el 70% de los costes monetarios de los cuidados sociosanitarios son pagados por el dependiente o sus familias⁵. Una regulación adecuada de la dependencia, y por tanto de estas prestaciones sociosanitarias, puede facilitar que se eliminen las principales resistencias a incorporar el copago en otros servicios puramente sanitarios.

La experiencia en otros países, a la que tanto nos gusta acudir en el nuestro, refleja que prácticamente en todos existe algún tipo de copago. Y que, sorprendentemente, son los países de mayor tradición socialdemócrata, como son los países nórdicos, los que hacen un mayor uso, frente a los que habitualmente se consideran liberales, como el Reino Unido o Holanda. Merece la pena detenerse en este punto.

Suecia es un país en el que la sanidad se encuentra altamente descentralizada, con un papel muy relevante de los ayuntamientos y con una provisión con frecuencia privada. En este país los ciudadanos deben pagar una cuantía fija por la mayoría de los servicios sanitarios que reciben (6 euros por ejemplo por acudir al dentista, 8 euros por ocupar una cama en un centro hospitalario, entre 16 y 27 euros por acudir a un especialista), copagos que fijan los ayuntamientos. El Estado sólo fija un tope de lo que un individuo puede pagar al año (99 euros al año en 2002 sin incluir atención hospitalaria). En el caso de los medicamentos, los ciudadanos van reduciendo su copago conforme aumenta el coste de estos productos, con una media de copago de entre el 25-30% con un tope de 175 euros al año. Niños y mayores están exentos de estos copagos (European Observatory, 2002⁶). El hecho de que en Suecia no se planteó ninguna discusión sobre la existencia de copagos tiene mucho que ver con el origen del sistema. Cuando en 1970 el gobierno decide socializar la atención sanitaria y crear un sistema público se enfrenta al riesgo de un crecimiento fuerte de la demanda y una oposición de los médicos, que se redujo mediante el establecimiento de estos copagos (Robinson, 2005).

Dinamarca cuenta con un sistema que resulta ilustrativo. Desde 1973 los individuos que demandan atención sanitaria pueden acceder a través de un doble sistema: Pueden acudir al médico de familia asignado y al especialista que éste les indique o bien pueden elegir el médico de familia que deseen y acudir al especialista que consideren más conveniente. En este segundo caso, se aplican un conjunto de copagos que van unidos a su elección. El resultado es que sólo el 2% ha optado por ejercer su derecho de elección. Existe también un tope de pagos anuales en este concepto (409 euros) y

⁵Casado D. y López G. (2001): *Vejez, dependencia y cuidados de larga duración*. Fundación La Caixa. Colección Estudios Sociales nº 6.

⁶Los datos que se recogen para el resto de países provienen de la misma fuente.

un copago anual en medicamentos que depende del gasto anual que se realiza (100% hasta 57 euros, 50% entre 57 y 130 euros).

Francia hace un uso extensivo de los copagos. En 2001 suponía el 30% del coste de la visita al médico de familia y un 20% del coste de la atención hospitalaria (aunque sólo en el primer mes y con un tope de 200 euros). Los individuos y sus empresas pueden cubrirse ante esos costes mediante un seguro. En cuanto a los medicamentos cuentan con un sistema similar al español en el que se paga dependiendo del tipo de medicamento y con lista negativa.

Alemania cobra 9 euros por día en el hospital (de los primeros 14) y 13 por uso de la ambulancia. No hay copagos por acudir al médico de familia o al especialista, aunque sí en el caso del odontólogo. Existe un complejo sistema de excepciones para menores, desempleados y enfermos crónicos.

Finalmente, el Reino Unido cuenta con el sistema más cercano al que hoy existe en nuestro país. No hay copagos para la atención médica y sólo para los medicamentos, aunque con tantas excepciones que el 85% de las prescripciones están exentas. Únicamente cuentan con copagos la atención bucodental (un 80%) y la visita al oftalmólogo, pero también con numerosas excepciones. El Parlamento de Gales, después de obtener hace pocos años una mayor autonomía, decidió eliminar los copagos, una actuación ilustrativa de lo que puede llegar a ser el caso español⁷. El *Cuadro 2* resume la situación en los diferentes países.

Cuadro 2: Copago en los principales países europeos

	ATENCIÓN PRIMARIA	ATENCIÓN ESPECIALIZADA	HOSPITALIZACIÓN	FARMACIA	LIMITACIONES
Suecia	11-15 euros Fijan Aytos.	16-27 euros 5,5-6,5 euros por ambulancia	8,6 euros diarios	99 euros deducibles y copago en proporción al gasto hasta techo de 175 euros	Max. 198 euros por año en medicamentos Max. 99 euros en copagos por AP y AE.
Dinamarca	Sólo si elección	Sólo si elección	No	100% hasta 57 euros, 50% entre 57 y 130 euros	Max. anual 409 euros en medicamentos
Francia	30%	30%	20% (hasta 31 días) y un per diem de 10.67 euros	Similar España	Mayoría tiene seguro para cubrir copago. Excepción para 31 graves enfermedades y procesos muy costosos
Alemania	No	No. Sólo cuidados no sanitarios	9 per diem hasta hasta un max. de 14 días	4-5 euros dependiendo de la compra. 100% por encima de los PR	Exclusión total o parcial para niños, desempleados, estudiantes con beca, y con renta baja.
Reino Unido	No	No	No	6 Libras por producto	Exclusión para niños, mayores, embarazadas y ciertas enfermedades

Fuente. Elaboración propia a partir de European Observatory (2002)

⁷O de lo que ya ha ocurrido. Cuando el gobierno aprobó la última lista negativa de medicamentos (el célebre *medicamentazo*), en 1998, la Junta de Andalucía decidió financiar esos fármacos con sus propios recursos.

Esta breve referencia a la situación de los principales países europeos pone de manifiesto que:

- a) La mayoría de los países cuenta con algún sistema de copagos, con una finalidad clara de contención de la demanda y no tanto recaudatoria.
- b) Los problemas de equidad de los copagos buscan resolverse mediante excepciones para grupos significativos y mediante un tope general de lo que se abona en este concepto anualmente.
- c) La importancia del sistema de copagos, su extensión y su intensidad tiene más relación con la evolución del sistema de salud que con el carácter más liberal o socialdemócrata de los gobiernos que han puesto en marcha estas medidas.

3. Las nuevas formas de gestión

Hay numerosas formas de transitar en la provisión de la atención sanitaria de lo público a lo privado, y en nuestro país se han ensayado muchas de ellas. Ninguna de ellas en estos casi 30 años de vida democrática de nuestro país responde a lo que habitualmente se conoce como “privatización”, es decir, pasar un bien de titularidad pública a titularidad privada, lo que no deja de ser paradójico teniendo en cuenta que es la principal amenaza que todavía hoy se esgrime para defensa del *statu quo*⁸.

Pero sí se han utilizado numerosas herramientas para alejarse de una concepción puramente pública a fin de ganar mayor eficiencia: Se han externalizado recursos no estrictamente sanitarios en la práctica totalidad de los servicios de salud, se han creado empresas públicas cuando se ha querido contar con una relación contractual basada en el derecho privado (Andalucía); se han creado consorcios cuando el objetivo era ordenar y canalizar parte de la demanda a centros privados ya existentes (Cataluña); se han llevado a cabo concesiones administrativas a actores privados cuando el objetivo era trasladar el riesgo (Valencia) o se han creado Fundaciones para dotar de mayor autonomía a los centros (Galicia). Se han pretendido, en definitiva, incorporar al menos una parte de la lógica del mercado para ganar en eficiencia.

En el *Cuadro 3* se recogen de forma esquemática lo que en el sector se conoce como “nuevas formas de gestión” y las características que diferencian estas figuras del resto de instituciones del sector sanitario.

Cuadro 3: Nuevas formas de gestión en el SNS

	PERSONALIDAD JURÍDICA	ANIMO DE LUCRO	PATRIMONIO PROPIO	RELACIÓN LABORAL	ÓRGANO DE GOBIERNO
Fundaciones Públicas Sanitarias	SI	NO	SI	SI	Patronato
Empresas Públicas Sanitarias	SI	NO	SI	SI	Consejo Administración
Consortios	SI	NO	SI	SI	Consejo Rector
Concesiones	SI	SI	SI	SI	Comisión Mixta
EBAS	SI	SI	SI	SI	Consejo Administración
Conciertos	SI	SI	SI	SI	Consejo Administración

Fuente: Elaboración propia

⁸“Cuando nos planteamos la reversión de las situaciones claramente privatizadoras del PP, debemos tener claro que eso exige aportación de recursos. Y como no estoy dispuesta a mentir, le diré que no estamos en esa disposición de recursos. Pero al final, frente a la ofensiva privatizadora del PP, como ocurre en grado máximo en la Comunidad de Madrid, lo que se puede hacer es tratar de apoyar al máximo esos recursos” Entrevista a Elena Salgado, Ministra de Sanidad (El País, 13.II.2005).

Las nuevas formas de gestión son claramente minoritarias en nuestro sistema nacional de salud. La modalidad dominante es lo que se conoce como “gestión directa”, es decir, la provisión de servicios (sanitarios) sin personalidad jurídica propia. En este modelo, los centros sanitarios son básicamente una jefatura de servicio más de la consejería a la que están adscritos: no disponen de patrimonio propio, no disponen de tesorería, no tienen propiamente un presupuesto sino una estimación de gastos, y están sujetos a la misma normativa que cualquier otro servicio de la Administración, pensada habitualmente para garantizar la legalidad, pero no la eficiencia. Hospitales tan importantes en nuestra Comunidad como la Paz o el Gregorio Marañón, del que dependen varios miles de profesionales y con un presupuesto superior a los 200 millones de euros cuenta con las mismas herramientas de gestión que un servicio que tramite licencias de caza.

No es por tanto sorprendente que se hayan puesto en marcha a lo largo del tiempo iniciativas para dotar de mayor eficiencia al sistema. Todas coinciden en proporcionar personalidad jurídica, patrimonio y una relación laboral (se trata de un sector intensivo en mano de obra) a las instituciones que han ido creando. En la puesta en marcha de las **Fundaciones Públicas Sanitarias** se tuvo una especial preocupación para que no se entendiera como una *privatización oculta* del sistema. De ahí que se utilizara la figura de la Fundación, una institución propia del derecho privado, en la esfera de lo público. Ha tenido su desarrollo fundamentalmente en Galicia, aunque también ha estado presente en otras CCAA (en el hospital de Alcorcón, por ejemplo) e inspiró el último plan estratégico del Insalud, que incluía la transformación de todos los hospitales en Fundaciones Públicas Sanitarias⁹

Las **empresas públicas sanitarias** han sido la fórmula elegida en Andalucía y en menor medida en Cataluña para organizar jurídicamente la provisión de nuevos servicios sanitarios. Al dotarse de la forma organizativa de una empresa, pueden llevar a cabo su selección de personal al margen de la oferta pública, establecer retribuciones fijas y variables, cuentan con fondos propios, con la posibilidad de endeudarse y de externalizar numerosos servicios¹⁰.

La realidad de origen en Cataluña, con una presencia muy importante de la iniciativa privada y con una titularidad pública muy dispersa, ha justificado tradicionalmente la creación de **consorcios**, regulados por Estatutos bastante dispares. En la mayoría de los casos, los consorcios pueden contratar y tener su propio patrimonio. Más novedoso resulta en esa Comunidad Autónoma la presencia de las EBAS, o **entidades de base asociativa**. Se trata de empresas constituidas total o parcialmente por profesionales sanitarios que establecen una relación contractual con el Servicio Catalán de la Salud para ofrecer servicios sanitarios a cambio de una financiación capitativa. Trabajan en Atención Primaria, son ellos los que *compran* los servicios de Atención Especializada y pueden apropiarse una parte de los ahorros obtenidos sobre estándares pactados. Hay actualmente 12 Ebas, que cubren alrededor de 250.000 habitantes.

Conciertos desde la Administración con empresas privadas para la provisión de servicios sanitarios (como para otras actividades) han existido desde un principio y siguen perviviendo en todos los sistemas regionales de salud. En la Comunidad Valenciana se decidió sin embargo dar un paso más ambicioso y encargar la atención sanitaria de un área del mapa sanitario a una Unión Temporal de Empresas (formada por Agbar-Adeslas, Cajas de ahorro y constructoras). Comparten con las EBAS de Cataluña el hecho de que sean unos gestores privados los que presten el servicio a cambio de un capitativo. Se diferencian en que la atención sanitaria lleva incorporado un compromiso de inversión (la construcción del hospital de la Ribera en la primera fase y un centro de salud en la segunda) y

⁹Que pese a llevar el mismo nombre no deben ser confundidas con las Fundaciones que establece el art.111 de la Ley de Acompañamiento de 1999 (50/98) y que fueron desarrolladas en un Reglamento unos meses antes de las elecciones generales del año siguiente (Decreto 29/2000). Las Fundaciones Públicas Sanitarias hoy existentes tienen su base en la Ley de Fundaciones del año 94, que quedaron posteriormente confirmadas en la nueva Ley de Fundaciones del año 2002.

¹⁰Son empresas públicas los hospitales de la Costa del Sol, de Poniente y del Alto Guadalquivir (Andujar) y la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias. En Cataluña utilizan también esta figura jurídica el Instituto Catalán de Oncología y el Parc Sanitari Pere i Virgili, entre otros.

una limitación al 7,5% en la tasa interna de rentabilidad (TIR). En un primer momento la concesión se hizo para la atención especializada por un periodo de 10 años prorrogable a otros 15. Posteriormente, en 2003, y visto los resultados, se decidió ampliar la concesión a la atención primaria, ampliando también los plazos. La relación de los trabajadores con la empresa es de carácter laboral y supone en promedio 150 horas más que el personal estatutario del servicio valenciano de salud. Hay además una serie de criterios de calidad fijados en la concesión (cirugía mayor ambulatoria, estancia media, mejora en la accesibilidad —horarios por la tarde—, hoteleras) supervisadas por una Comisión Mixta.

En todas estas experiencias hay tres elementos comunes que merece la pena destacar:

- a) Pese a los discursos más o menos ideológicos, la presencia de las “nuevas formas de gestión” es común al conjunto de Comunidades Autónomas, independientemente del color político del Gobierno que en ese momento se encuentre desarrollando su gestión. Son, sin embargo, en su gran mayoría realidades locales; una vez realizadas las transferencias en materia sanitaria, parece como si hubiera algo en cada una de esas fórmulas de gestión que las hace propias de un determinado territorio: las empresas públicas en Andalucía, los concesiones en Valencia, los consorcios y las EBAS en Cataluña,... lo que resulta útil al investigador que quiere contar con experimentos naturales para contrastar hipótesis pero que dice poco de la vertebración del sistema nacional de salud.
- b) Se tratan, en su gran mayoría, de iniciativas que se realizan sobre nuevos proyectos, no sobre hospitales o centros ya existentes. Se transmite el mensaje de que lo existente es difícilmente reformable pero que a futuro, en los nuevos proyectos, se debería hacer de otra forma. De hecho, sólo el último Plan Estratégico del Insalud, antes de las transferencias, incorporaba un programa de actuaciones sobre todo el sistema que estaba bajo su responsabilidad y se aportaban las herramientas para hacerlo. Herramientas que, paradójicamente, todavía hoy están disponibles para las Comunidades Autónomas que desearan transformar sus antiguos centros.
- c) El hecho de que se tratan hoy de realidades “marginales” en el conjunto de centros que forman un sistema regional de salud genera con mayor frecuencia más dificultades que ventajas. Las nuevas formas de gestión tienen que demostrar constantemente que realizan su labor con mayor eficacia que los centros tradicionales, con restricciones superiores a las de esos centros. El hecho, por ejemplo, de que las nuevas fórmulas cuenten con un presupuesto y de poder endeudarse supone que, a diferencia de los centros tradicionales, a final de año tienen que cuadrar las cuentas mientras en el resto de supuestos serán directamente las arcas autonómicas las que asuman las desviaciones.

Las nuevas formas de gestión coinciden también en arrojar, independientemente de la figura elegida, mejores resultados que la gestión directa. Los estudios realizados demuestran que efectivamente las nuevas formas de gestión resultan más eficientes que los sistemas tradicionales. La Memoria de 2001 del Insalud recoge, por ejemplo, cómo el Hospital de Alcorcón presenta una estancia media y un porcentaje de ingresos claramente inferior de la media del territorio Insalud; y por el contrario, un porcentaje de cirugía ambulatoria claramente superior. En el caso de las empresas públicas sanitarias de Andalucía, Pérez y otros (1997) comparan esos centros con 18 hospitales públicos comarcales de Andalucía, subrayando el elevado nivel de eficiencia de los primeros. Para las EBAs, se realizó en el año 2003 una evaluación de los diferentes proveedores de atención primaria en Cataluña (Ponsa y otros, 2003): Instituto Catalán de la Salud, EBAs y otros proveedores. Los resultados manifiestan que las EBAs presentan los mejores resultados en cuanto a accesibilidad, un menor coste por habitante en gasto farmacéutico, un uso menor de enfermeros por habitante y un mayor nivel de satisfacción por parte de los profesionales.

En el próximo apartado se analiza una nueva forma de gestión que se está desarrollando en la Comunidad de Madrid y que merece una atención singular: la participación privada en infraestructuras.

4. Lo privado en la financiación de infraestructuras sanitarias

La financiación privada de infraestructuras públicas (PFI) comienza en el año 1992 en Inglaterra de la mano del gobierno conservador, pero ha tenido su desarrollo fundamental en las dos legislaturas de gobierno laborista. Se ha utilizado en el Reino Unido para financiar todo tipo de infraestructuras desde escuelas de pequeño tamaño hasta el túnel del Canal de la Mancha. Hasta 2001 se habían puesto en marcha 450 proyectos en el Reino Unido por un valor de 20 billones de libras (House of Commons, 2002).

En nuestro país se ha utilizado especialmente en la financiación de autovías y de medios de transporte, tanto por el Ministerio de Fomento como por las Comunidades Autónomas, habitualmente a través de fórmulas de peajes en la sombra. Sin embargo, la participación privada en la financiación de infraestructuras sanitarias irrumpe recientemente con la decisión del Gobierno de la Comunidad de Madrid de construir ocho hospitales y del gobierno catalán de hacer lo propio para la construcción de un hospital en el Bajo Llobregat.

La financiación privada de infraestructuras es un tipo de relación contractual entre el sector público y el sector privado, a través de la cual la Administración obtiene un *servicio* en lugar de un *activo*. El comprador público, en nuestro caso, la Consejería de Sanidad, define los servicios que necesita y realiza un concurso para que el sector privado presente propuestas que cubran esas necesidades. Obtenido el concurso, el ganador diseña, construye, financia y opera el hospital en las condiciones fijadas con la Administración. En este modelo, la Administración no es propietaria del activo y paga un alquiler a la empresa adjudicataria en concepto de uso. Una vez que el contrato expira, normalmente a los 30 años, el hospital puede revertir en la Administración (lo más común) o permanecer en manos privadas.

La actividad sanitaria sigue siendo responsabilidad de la Administración que la realiza a través de personal a su servicio¹¹. La empresa adjudicataria es responsable de la construcción del hospital, de su mantenimiento, y de la explotación de actividades relacionadas como el aparcamiento o las tiendas. También es concesionaria de las actividades de seguridad, limpieza, restauración, residuos, conservación de viales y jardines, lavandería y en general todas las actividades no-sanitarias que se realicen en el hospital¹².

La financiación privada de infraestructuras no es, por tanto, una forma de privatización, ya que el sector público se reserva la actividad fundamental (los servicios sanitarios), los profesionales pueden seguir manteniendo una relación estatutaria (frente a lo que ocurre en la mayoría de las nuevas formas de gestión) y mantiene un papel sustancial en todo el proceso de puesta en marcha y desarrollo del contrato¹³.

El término financiación privada puede también inducir a una nueva confusión. Aunque haya una aportación inicial de recursos del sector privado, el hospital al final se pagará, tanto su construcción

¹¹Así figura, por ejemplo, en los Pliegos de las Cláusulas Administrativas para la redacción, construcción y explotación de los nuevos hospitales de Madrid, en el que se señala que la empresa adjudicataria será responsable de “*la explotación y mantenimiento de la obra pública y del mobiliario relacionado en el Anexo (...) sin incluir en ningún caso los servicios médico-sanitarios*” (Pliego de Cláusulas Administrativas del Hospital del Tajo (HT), p.9). El clausulado de los pliegos es prácticamente similar en todos los hospitales de Madrid. Utilizaremos el pliego del Hospital del Tajo como referencia por ser el más reciente.

¹²Así por ejemplo, en el caso de los hospitales de Madrid, la empresa concesionaria es responsable de las actividades de transporte externo-interno y gestión auxiliar, almacenes y distribución, gestión de la recepción y centralita además de las citadas *supra* (HT, p.101). La concesión alcanza no solo al aparcamiento y a las tiendas, sino a las televisiones y teléfonos instalados, así como a las máquinas de alimentos líquidos y sólidos (HT, p.104).

¹³Esta diferencia con otras formas de gestión como las empresas públicas o las fundaciones es lo que ha motivado, probablemente, una posición *no beligerante* por parte de los sindicatos.

como su actividad, con recursos públicos (de la misma forma que si una persona decide comprarse un coche con un crédito, nadie piensa que por eso el banco esté pagando una parte del automóvil). Aunque la *financiación* sea privada, los *fondos* son públicos.

La principal ventaja de este modelo es que permite a los responsables políticos poner en marcha una nueva infraestructura sin incurrir en un gasto directo y sin endeudarse, al menos en un primer momento. De hecho el Reino Unido ha construido a través de esta fórmula 64 nuevos hospitales, la mayor inversión en infraestructuras en la historia del NHS y Madrid está a punto de llevar a cabo un proceso similar. En un horizonte en el que los fondos europeos para nuestro país están en entredicho, el atractivo de esta figura cobra si cabe mayor fuerza.

Esta, que es sin duda una de sus principales ventajas, es al mismo tiempo motivo de preocupación. Si como recoge la teoría de la *Elección Pública*, los políticos maximizan el número de votos y los votantes son *miopes* en cuanto a la percepción de las ventajas que le reportan la actividad de los políticos, hay un poderoso incentivo a realizar actuaciones cuyo pago se difiera en el tiempo. La PFI sería un buen ejemplo de esta situación en la que es posible que el gestor político del momento t_0 construya el hospital y se lleva los votos, y el gestor político del momento t_1 lo empiece a pagar (aumentado la presión fiscal) y soporte los costes. Este efecto incluso puede intensificarse por el hecho de que el gasto de un año de funcionamiento de un hospital equivale prácticamente al coste de su construcción. Por las normas contables aprobadas por Eurostat la inversión para el diseño y construcción del hospital no computa en déficit y por tanto puede dar una imagen engañosa del estado de las finanzas de una determinada Comunidad o del Estado.

Desde el punto de vista del análisis económico el aspecto fundamental que justifica el uso de esta figura es que permite un mejor uso del dinero público que en los proyectos tradicionales, al transferir parte del riesgo al sector privado y conseguir costes más reducidos de construcción, de gestión, y una mayor calidad en el mantenimiento de la infraestructura. Merece la pena detenerse en este punto.

Transferir una parte del riesgo al sector privado es, probablemente, el elemento fundamental que da sentido a este modelo de financiación¹⁴. El *análisis económico del derecho* ha subrayado el principio de que el riesgo debe ser soportado por aquél que es capaz de gestionarlo mejor (Polinski, 1985), y la PFI trata de aprovechar el hecho de que algunos riesgos se gestionan mejor en el sector privado. Tiene sentido que el sector privado asuma el riesgo del diseño, la construcción (tiempo de ejecución y modificados), el mantenimiento del hospital y la gestión de actividades complementarias, donde claramente tiene una ventaja comparativa sobre el sector público. Al no comenzar a recibir ingresos vía alquiler hasta que no esté entregada la obra, hay un poderoso incentivo a hacerlo en tiempo y forma.

Existen dos ventajas adicionales. Con frecuencia en el diseño de un proyecto público, como puede ser la puesta en marcha de un hospital, hay deficiencias en la apreciación del riesgo. Se tiende a presupuestar el coste y el tiempo sobre la hipótesis más optimista, no sobre la más probable. El resultado son retrasos y frecuentes modificados de la obra inicial. El mérito de la PFI es que transfiere este riesgo al sector privado, introduciendo incentivos para evitar esos problemas. Además, bajo un contrato de estas características, los pagos anuales del sector público dependen del cumplimiento de unos estándares de calidad previamente acordados, una exigencia continuada que no puede establecerse en la contratación tradicional.

¹⁴En los contratos para la construcción de los hospitales de Madrid, se incluye esta cláusula con claridad: “La ejecución del contrato en todas sus fases se desarrollará a riesgo y ventura de la Sociedad Concesionaria, que no tendrá derecho a indemnización o compensación alguna por los daños y perjuicios que se le hubieran producido salvo por causa de fuerza mayor o imputable a la Administración. A los efectos de este contrato, tendrán la consideración de fuerza mayor las establecidas en el artículo 144 del TRLCAP” (Hospital del Tajo, Cláusula 12).

El sector público debe seguir asumiendo el riesgo de la incorrecta especificación de la obra pública¹⁵, de las posibles críticas que realicen los ciudadanos a la gestión del hospital y evidentemente de la gestión sanitaria. Hay sin embargo algunos riesgos donde no es tan evidente su titularidad efectiva (por ejemplo, la posible obsolescencia de la tecnología del hospital)¹⁶.

De ahí que asignar de manera óptima el riesgo, es decir, establecer con claridad quién es responsable y su alcance, es un elemento esencial en el contrato que suscribe sector público y privado. No es fácil determinar cuándo esa asignación ha sido óptima, teniendo en cuenta además que hay una tendencia *natural* de los gestores públicos a transferir la mayor parte del riesgo posible (aunque sólo sea para reducir su desembolso inicial). Lo que claramente no sería eficaz: si el sector privado tiene que asumir un riesgo para el que no tiene una ventaja, lo hará a cambio de un *premium*.

Transferir algunos riesgos al sector privado, con los costes económicos que esa cesión supone, es lo que hace que la PFI sea más eficiente que los modelos tradicionales de financiación (vía deuda pública, por ejemplo). Para comprobar que esto ocurre, en el Reino Unido se lleva a cabo un test (el Public Sector Comparator, PSC) como un paso más en la aprobación del proyecto, en el que se calculan los costes de todo el proyecto en los dos modelos y en los que se otorgan valores al riesgo que mantiene el sector público en ambos supuestos. Esta figura no existe todavía en nuestro país.

La evaluación de esos costes es uno de los principales motivos de controversia entre los que apoyan y rechazan la PFI. Después de revisar 121 proyectos, la National Audit Office del Reino Unido (NAO, 2001) manifestó que poner en marcha un hospital con esta fórmula en lugar de la financiación tradicional supone en promedio un ahorro de costes del 1,7%. Se trata de una cifra no muy elevada y que depende críticamente, como en cualquier otro proyecto con rendimientos en el futuro, del tipo de interés que elijamos¹⁷.

Otro motivo de objeción a los proyectos con financiación privada se refiere a la refinanciación de los proyectos. Una vez que la construcción del hospital está terminada, es bastante frecuente que el ente promotor consiga una re-financiación mucho más ventajosa de los recursos que había solicitado para hacer frente a la obra. Una gran parte del riesgo se ha eliminado y el deudor del alquiler es la Administración por lo que el riesgo es muy bajo. Los críticos de este modelo señalan que esas ventajas sólo alcanzan al ente promotor sin que el sector público se beneficie de la refinanciación, en definitiva, que el ente promotor está haciendo *negocio a costa del sector público* (Unison, 2001)¹⁸. Esta objeción es probablemente poco consistente. Por un lado, es razonable que el ente promotor, precisamente por asumir el riesgo, se beneficie de la buena gestión del proyecto. Por otro lado, participar o no en los beneficios de la refinanciación depende de las condiciones del contrato, no de haber optado por la fórmula de la PFI. De hecho, las *Guías* elaboradas por la *Office of Government Commerce* del Reino Unido ya incluyen una cláusula sobre refinanciación en los contratos estándar que se proponen y en el caso de los hospitales de Madrid existe una cláusula específica que contempla este supuesto¹⁹.

¹⁵En los contratos de construcción de los hospitales de Madrid se estipula que la Administración es responsable de los cambios sobrevenidos que se realicen después de aprobado el contrato (Pliego de Cláusulas Administrativas del Hospital del Tajo, p.11).

¹⁶En el caso de Madrid, se ha decidido que toda la tecnología puramente sanitaria, así como su mantenimiento va a cuenta de la Administración.

¹⁷De acuerdo a las instrucciones elaboradas por el Tesoro Británico para elaborar una propuesta de PFI, el tipo de interés es del 6%, que pretende recoger el coste del capital a largo plazo para proyectos de inversión con riesgo bajo en el sector privado (House of Commons, 2002). En el caso de Madrid, la tasa de descuento que figura en todos los pliegos es del 5,5% indexada anualmente a una inflación prevista del 2,8%.

¹⁸La central sindical británica alega que mediante la refinanciación del Hospital de Dartford & Gravesham se obtuvo un ahorro para las empresas de 20 millones de libras sobre un presupuesto total de 133 millones (Unison, 2001).

¹⁹“La Administración deberá restablecer el equilibrio financiero del contrato en su beneficio, en el supuesto de que acontezca una refinanciación posterior a la adjudicación, que suponga un beneficio para la sociedad concesionaria sobre la financiación inicialmente prevista” (Cláusula 20, HT).

Finalmente, en el caso británico, se ha criticado el uso de la PFI en el National Health Services, al entender que causaban una reducción del número de camas en los nuevos hospitales construidos con esta fórmula. El Parlamento británico (House of Commons, 2002) elaboró un informe estudiando esta reducción en el número de camas y concluyó que no existían evidencias que ligaran el uso de los PFI con el número de camas en un hospital. Es cierto, sin embargo, que habitualmente los nuevos hospitales suelen tener menos camas que los antiguos a los que reemplazan, aunque sólo sea porque se trata de la variable más sencilla para controlar el gasto de un hospital. En el caso de los hospitales de Madrid y el de Cataluña son todos de nueva creación excepto el nuevo 12 de octubre, por lo que no se podría aplicar este argumento.

Es interesante, para terminar, conocer la opinión de los gestores de los nuevos hospitales que se han abierto bajo esta nueva fórmula en Inglaterra. Un estudio reciente analiza la opinión de los gestores de cuatro centros de los ocho que ya están a pleno rendimiento (Field, 2003) en ese país. De acuerdo a ese estudio, los gestores tienen una opinión positiva de la calidad del servicio proporcionada por los entes promotores en cada uno de esos centros, y están convencidos que no es claro que con las fórmulas tradicionales se ofreciera mayor calidad, aunque seguro que sí de forma más costosa. Es motivo de preocupación el hecho de que la relación entre el sector público y el privado sea tan a largo plazo, ya que entienden que se pierde flexibilidad y capacidad de adaptarse a necesidades cambiantes que no se hubiera podido incorporar en el contrato inicial. Y echan en falta una auténtica colaboración entre sector público y ente promotor ya que, a lo largo de la vida del contrato, tienen intereses distintos aunque no contrapuestos. Este último punto es el que va a resultar definitivo a largo plazo. En una institución van a convivir trabajadores con una condiciones laborales completamente diferentes, que al mismo tiempo reciben instrucciones y tienen objetivos establecidos por dos superiores cuyas funciones a maximizar no tienen por qué coincidir. Gestionar esa diversidad no parece una tarea sencilla.

5. Conclusiones

En todo sistema en el que los riesgos están fuertemente asegurados, hay déficit de responsabilidad. Cuando hay *alguien* que me asegura el servicio o los medicamentos que necesito, hay *alguien* que me garantiza un puesto de trabajo indefinido independientemente del esfuerzo, o simplemente hay *alguien* que no me puede pedir cuentas de mi gestión porque no tengo autonomía para realizarla y pedirme cuentas sería como pedírselas a él mismo; en estos supuestos, no tiene mucha lógica que me preocupe por asumir responsabilidades como paciente, profesional o gestor. Es más razonable que me ocupe en intentar aprovechar al máximo el *seguro* con el que cuento.

Superar esta situación requiere no ya aumentar los recursos económicos, sino cambiar las reglas del juego. Centrar el problema en la falta de recursos económicos es quedarnos probablemente en el problema del corto plazo. Seguro que hacen falta más recursos para la sanidad, siempre ocurrirá, pero al menos que estos recursos ayuden a cambiar las instituciones en las que los agentes toman sus decisiones.

En este trabajo se han analizado —de forma breve— experiencias reales, en España y en otros países europeos, donde se gana en eficiencia, es decir, en bienestar para la sociedad, gracias a que usuarios, profesionales o gestores asumen una mayor cuota de responsabilidad. Numerosos estudios publicados, a los que nos referimos en el texto, prueban una y otra vez que estas experiencias han funcionado.

Cambiar las reglas del juego para ganar en responsabilidad no es sólo un problema de eficiencia, es también un problema de equidad. En la realidad de nuestro país del 2005 ya existen, por ejemplo, copagos como resultado de la evolución de nuestro sistema, que no responden con frecuencia a una clara lógica económica. No parece, por ejemplo, muy razonable que una silla de ruedas absolutamente imprescindible para muchos discapacitados lleve copago y en cambio no lo lleve el transporte sani-

tario para rehabilitación o diálisis, cuando estas personas podrían hacer uso de su propio vehículo. Parecería necesario reformular la aportación de los ciudadanos de una forma más adecuada, más equitativa, más ajustada a las realidades de hoy.

Las nuevas formas de gestión suponen, en todos los casos y con las diferencias que hemos analizado, un avance en la asunción de responsabilidades por parte de los gestores y de los profesionales sanitarios. Los trabajos publicados hasta ahora demuestran que esa mayor responsabilidad ha supuesto mejores resultados.

Finalmente, la participación privada en infraestructura como mecanismo de asignación del riesgo a aquél que puede soportarlo de forma más eficiente supone una oportunidad para mejorar la organización de los centros sanitarios, aunque nadie puede esperar que por sí mismo solucione muchos problemas pendientes.

Bibliografía

- Allen, G. (2001): "The Private Finance Initiative", *House of Commons Research Paper* 01/117.
- Black, Andy (2002): "Health services consultant and former NHS trust chief executive Reconfiguring health systems". *BMJ*. 325(7375):1290-1293, November 30, 2002.
- Cooper, John (2003): "Carol Physicians and Foundation Hospitals". *Clinical Medicine*. 3(6):546-549, November/December 2003.
- Documento Marco del grupo de trabajo para la racionalización y la financiación del gasto sanitario (2005). www.icf.uab.es/informacion/noticias/marco.pdf
- Dor, A. y Encinosa, W. (2005): "Does Cost Sharing affect Compliance: The Case of Prescription Drugs" *NBER, Working Paper*. 10738. Cambridge, Mass.
- European Observatory of Health Care Systems (2002): *Health Care Systems in Eight Countries: trends and challenges*. April. Madrid
- Field, J. E. 1; Peck, E. (2003): "Public-private partnerships in healthcare: the managers' perspective". *Health & Social Care in the Community*. 11(6):494-501, November 2003.
- García, A. y Pellisé, L. (2001): "La participación del usuario en la financiación sanitaria: el aseguramiento y el pago directo de los servicios" en López-Casasnovas, G., García, A. y Pellisé, L. (eds): *El control del gasto sanitario*. Springer.
- House of Commons: Select Committee on Health (2002). *First report. The role of the private sector in the NHS*. London: Stationery Office
- Klein, Rudolf. (2004): "Britain's National Health Service Revisited". *New England Journal of Medicine*. 350(9):937-942, February.
- NAO (2001): *Managing the relationship to secure a successful partnership in PFI projects*, HC 375. Session 2001/2002.
- Pérez, M., Martín, J., Carretero, L. y López del Amo, M. (1997): "Empresa Pública Costa del Sol. Innovaciones y eficiencia en la gestión hospitalaria" en *Costes y calidad en la contratación de servicios de salud, XVII. Jornadas de Economía de la Salud 1997*. Murcia. 113-20.
- Polinski, M.n (1985) *Una introducción al análisis económico del derecho*. Ariel, Barcelona.
- Ponsá, J. Cutillas, S., Elias, A. Fusté, J. Lacasas, M., Olivet M. (2003): "La reforma de l'atenció primària a Catalunya" *Fulls econòmics del sistema sanitari*, núm. 37, setembre.
- Robinson, P. (2005): "How do we pay? Funding Public Services in Europe" *Institute for Public Policy Research, Working Paper*. London.
- UNISON (2001): *Profiteering from Public Services*, Nov. 2001. Unison.